



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของ
ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ชุตติกานต์ งามเสงี่ยม

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2565

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของ
ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง



ชุติกานต์ งามเสงี่ยม

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2565

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

Factors related to falls efficacy in older adults with hypertension



CHUTIKAN NGAMSANGIEM

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR THE MASTER DEGREE OF NURSING SCIENCE
IN GERONTOLOGICAL NURSING
FACULTY OF NURSING
BURAPHA UNIVERSITY

2022

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ ชุตติกานต์ งามเสงี่ยม ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา พิพัฒน์วิศิษฏา)

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)

..... ประธาน

(รองศาสตราจารย์ ดร.ขวัญใจ อำนวยศักดิ์เชื้อ)

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา พิพัฒน์วิศิษฏา)

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ชนัดดา แนบ

เกษร)

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัย
บูรพา

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรีย์ ไชยมงคล)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

62920261: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้สูงอายุ; พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

คำสำคัญ: ปัจจัย/ การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้ม/ ความดันโลหิตสูง/ ผู้สูงอายุ

ชื่อกานต์ งามเสงี่ยม : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. (Factors related to falls efficacy in older adults with hypertension) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: นัยนา พิพัฒน์วิเศษชา, Ph.D., พรชัย จุลเมตต์, Ph.D. ปี พ.ศ. 2565.

การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ พบได้บ่อยในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลให้ผู้สูงอายุจำกัดการทำกิจกรรมและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้ การวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้ม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังจันทร์ จังหวัดระยอง จำนวน 158 คน ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเครียดในผู้สูงอายุไทย แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบประเมินภาวะโรคร่วม แบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการมองเห็น แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว แบบประเมินดัชนีจุฬาเอดีแอล และแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มฉบับภาษาไทย (ฉบับปรับปรุง)

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับสูง ($x = 3.51$, $SD = 0.53$) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน แรงค์ ออเดอร์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า และภาวะซึมเศร้า ($r_s = -.464$, $p < .001$; $r_s = -.359$, $p < .001$ ตามลำดับ) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นซับซ้อน และการรับรู้ความสามารถในการมองเห็น ($r_s = .462$, $p < .001$; $r_s = .383$, $p < .001$; $r_s = .333$, $p < .001$ ตามลำดับ) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทาง

ลบในระดับต่ำ ได้แก่ อายุ ประสบการณ์การหกล้ม และอาการเวียนศีรษะ ($r_s = -.175, p = .014$; $r_s = -.169, p = .017$; $r_{bp} = -.137, p = .043$ ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพ เพศ ภาวะโรคร่วม และประเภทของกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_s = .096, p = .114$; $r_{bp} = -.073, p = .360$; $r_s = -.066, p = .206$; $r_s = .044, p = .291$ ตามลำดับ)

บุคลากรด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุมาก เคยมีประสบการณ์การหกล้ม มีการรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า มีการรับรู้ความสามารถในการมองเห็นและการทรงตัวไม่ดี ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นซับซ้อนได้ และมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งบุคลากรควรใช้ผลการวิจัยนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวปฏิบัติหรือโปรแกรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

62920261: MAJOR: GERONTOLOGICAL NURSING; M.N.S. (GERONTOLOGICAL NURSING)

KEYWORDS: FACTORS/ FALLS EFFICACY/ HYPERTENSION/ OLDER ADULTS

CHUTIKAN NGAMSANGIEM : FACTORS RELATED TO FALLS EFFICACY IN OLDER ADULTS WITH HYPERTENSION. ADVISORY COMMITTEE: NAIYANA PIPHATVANITCHA, Ph.D., PORNCHAI JULLAMATE, Ph.D. 2022.

Low of falls efficacy is common and could potentially cause daily activity restriction and hypertension uncontrol among hypertensive older adults. The objective of this descriptive correlation research aimed at to study falls efficacy and factors related to falls efficacy among older adults with hypertension. The simple random sampling technique was used to identify the sample of 158 older adults with hypertension who visited Ban Wang Chan subdistrict health promoting hospital in Rayong province. The demographic questionnaire, Thai Geriatric Depression Scale [TGDS-15], Questionnaires of Perceived health status, Charlson comorbidity index [CCI], Perceived orthostatic hypotension, Perceived visual ability, Perceived balance ability, Chula ADL index [CAI], and the Thai modified falls efficacy scale [TMFES] (Revised edition) were the research instruments.

According to the data analysis, the majority of the sample had a high level of falls efficacy ($x = 3.51$, $SD = 0.53$), the results of the Spearman rank order and the point-biserial correlation coefficient analysis revealed that factors had moderate negatively correlation with falls efficacy among hypertensive older adults at a level of .01 included perceived orthostatic hypotension and depression ($r_s = -.464$, $p < .001$; $r_s = -.359$, $p < .001$ respectively). Factors having moderate positively correlation with falls efficacy among older adults at level of .01 included perceived balance ability, chula ADL index, and perceived visual ability ($r_s = .462$, $p < .001$; $r_s = .383$, $p < .001$; $r_s = .333$, $p < .001$ respectively), having low negatively correlation with falls efficacy among older adults included age, falls experience and dizziness ($r_s = -.175$, $p = .014$; $r_s = -.169$, $p = .017$; $r_{bp} = -.137$, $p = .043$ respectively). However, perceived health status, gender, disease comorbidity and antihypertensive drug groups were not statistically significant in relation to falls efficacy among older adults with hypertension at level of .05. ($r_s = .096$, $p =$

.114; $r_{bp} = -.073, p = .360$; $r_s = -.066, p = .206$; $r_s = .044, p = .291$ respectively).

The findings recommend that healthcare providers should recognize falls efficacy among older adults with hypertension, especially persons who have older age, previous fall experience, perceived orthostatic hypotension, impaired perceived visual and balance, inability daily routines, and depression. Providers might apply these results as the basic knowledge for developing clinical nursing practice guidelines or nursing interventions to promote falls efficacy among this group.



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี เนื่องมาจากความกรุณาอย่างยิ่งของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นัยนา พิพัฒน์วณิชชา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำแนะนำ และคำปรึกษา ช่วยเหลือในทุกขั้นตอนของการทำวิจัยและที่สำคัญอย่างยิ่ง คือ การอบรมสั่งสอนที่ดีตลอดมา ตลอดจนแนวทางการแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในพระคุณเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง ทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ Horacio Kaufmann และศาสตราจารย์ Keith Hill ที่อนุเคราะห์ให้นำเครื่องมือที่ท่านได้พัฒนาขึ้น มาแปลเป็นภาษาไทย และใช้ในวิทยานิพนธ์นี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. สุภาพ อารีเอื้อ รองศาสตราจารย์ ดร. ดวงฤดี ภาสุชะ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เรวดี เพชรศิริสัมพันธ์ คุณกมลพร วงศ์พนิตกุล และคุณชนภรณ์ พิพัฒน์วณิชชา ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ขอขอบพระคุณ คุณระวีวรรณ พานิชจรกุล รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังจันทร์ จังหวัดระยอง และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวก ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่กรุณาสละเวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่มีคุณค่าในงานวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณ หัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลวังจันทร์ รวมทั้งเพื่อนร่วมงานทุกท่าน ที่ได้ให้การช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และเสียสละในการปฏิบัติงานแทน ทำให้ผู้วิจัยสามารถผ่านพ้นอุปสรรคทุก ๆ อย่าง ไปได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณ คุณพ่อ แม่เลี้ยง พี่ชาย เพื่อนชาวต่างชาติ และผู้ที่ผู้วิจัยไม่ได้เอ่ยนามอย่างครบถ้วนในที่นี้ ที่คอยให้คำปรึกษา ให้การสนับสนุน ให้กำลังใจ และคอยช่วยเหลือทุกอย่าง ทำให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินการทำวิทยานิพนธ์จนสำเร็จไปได้ด้วยดี

ชุตติกานต์ งามเสีรัมย์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฅ
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ.....	ฐ
บทที่ 1	1
บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	10
วัตถุประสงค์การวิจัย	10
สมมติฐานการวิจัย.....	10
กรอบแนวคิดการวิจัย	11
ขอบเขตของการวิจัย.....	14
นิยามศัพท์เฉพาะ	14
บทที่ 2	17
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	17
โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ.....	17
การหกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.....	25
การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดัน โลหิตสูง	28

แนวคิดตามบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ.....	34
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้ม	40
ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.....	40
บทที่ 3	48
วิธีดำเนินการวิจัย	48
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	48
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	50
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย.....	57
การเตรียมผู้ช่วยวิจัย.....	60
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	61
การเก็บรวบรวมข้อมูล	61
การวิเคราะห์ข้อมูล	64
บทที่ 4	67
ผลการวิจัย.....	67
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	68
บทที่ 5	77
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	77
สรุปผลการวิจัย.....	77
อภิปรายผลการวิจัย.....	79
ข้อเสนอแนะ	95
บรรณานุกรม	98
ภาคผนวก	111
ภาคผนวก ก	112
ภาคผนวก ข	114

ภาคผนวก ค119

ภาคผนวก ง.....126

ภาคผนวก จ130

ประวัติย่อของผู้วิจัย146

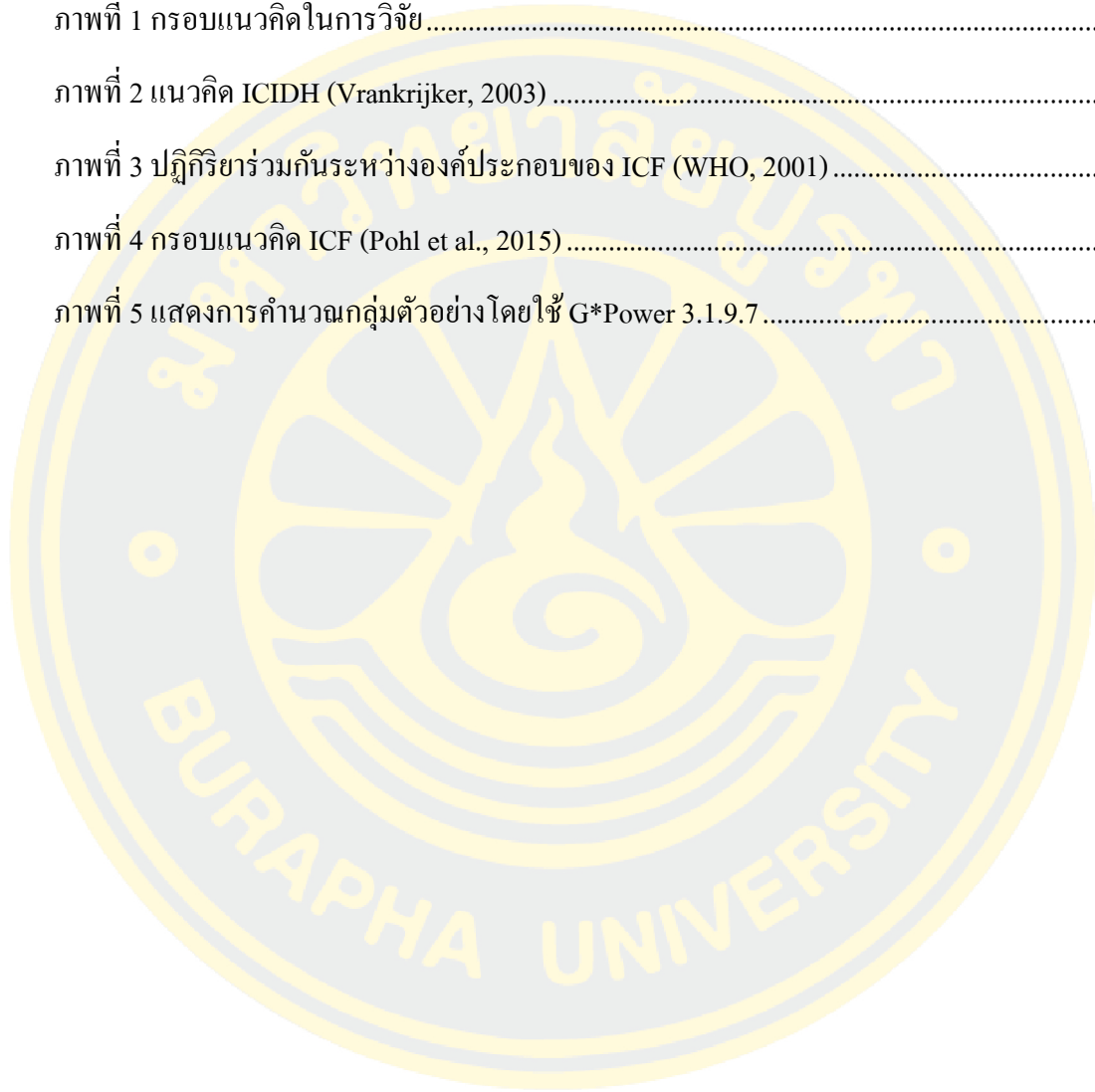


สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 การจำแนกโรคความดันโลหิตสูงตามความรุนแรงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปี ขึ้นไป.....	18
ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 158$).....	68
ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละ ของตัวแปรที่ศึกษา ($n = 158$).....	70
ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้ความมั่นใจการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ($n = 158$).....	73
ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปร กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.....	75

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	13
ภาพที่ 2 แนวคิด ICIDH (Vrankrijker, 2003)	35
ภาพที่ 3 ปฏิกริยาร่วมกันระหว่างองค์ประกอบของ ICF (WHO, 2001)	37
ภาพที่ 4 กรอบแนวคิด ICF (Pohl et al., 2015)	39
ภาพที่ 5 แสดงการคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ G*Power 3.1.9.7	127



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ประชากรทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1.13 พันล้านคน เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงถึง 7.5 ล้านคน และคาดการณ์ว่า จะมีผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 25 ในปี ค.ศ. 2025 (World Health Organization [WHO], 2019) สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย พบผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ 2564 มีจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 43.90 ส่วนจังหวัดระยอง มีจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 45.19 ซึ่งพบผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มากเป็นอันดับ 3 ในอำเภอวังจันทร์ ร้อยละ 48.08 และพบผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังจันทร์ ร้อยละ 53.70 (คลังข้อมูลสุขภาพ, 2564) เนื่องจากอำเภอวังจันทร์เป็นพื้นที่ติดชายทะเล ทำให้การเข้าถึงอาหารทะเลและอาหารที่มีรสเค็มหรืออาหารที่มีโซเดียมมีมากกว่าในอำเภออื่น ๆ ประกอบกับอายุที่มากขึ้น ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลให้เขตอำเภอวังจันทร์ พบจำนวนผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด

การเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุนั้นแตกต่างจากในผู้ใหญ่ เนื่องจากมีปัจจัยที่เพิ่มขึ้นจากกระบวนการสูงอายุ คือการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของหลอดเลือดแดงตามวัยสูงอายุที่เกิดขึ้น ได้แก่ การที่หลอดเลือดแดงตีบแข็ง เนื่องจากมีไขมันอุดตัน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ เมื่ออายุมากขึ้น ผนังหลอดเลือดแดงจะหนาตัวขึ้น ทำให้มีความแข็งมากขึ้น ความยืดหยุ่นลดลง และการตีตัวของกล้ามเนื้อเรียบมากขึ้น โดยมักเกิดร่วมกับการสะสมของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันและไขมันในผนังหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดมีความแข็งตัวมากขึ้น ส่งผลให้ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดแดงลดลง จึงทำให้เกิดโรคความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น (Padmanabhan & Azam, 2019) ปัจจัยร่วมที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เค็มหรือมีไขมันสูง ภาวะอ้วน ความเครียด ขาดการออกกำลังกาย และการปฏิบัติตัวในการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม จะทำให้มีอาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย วิงเวียนศีรษะ ซึ่งมักเป็นหลังจากการตื่นนอน พอตอนสายอากาศจะทุเลาลง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจึงเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มมากกว่าวัยอื่น จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดัน

โลหิตสูง มีประวัติการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 43 (Margolis et al., 2019)

การหกล้มเป็นปัญหาที่สำคัญ นำไปสู่การได้รับบาดเจ็บและเสียชีวิตได้บ่อยในผู้สูงอายุ โดยในปี พ.ศ. 2562 มีจำนวนผู้สูงอายุที่บาดเจ็บด้วยสาเหตุการพลัดตกหกล้ม 141,895 ราย คิดเป็น ร้อยละ 29.50 (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2563) และจังหวัดระยองคิด 1 ใน 10 อันดับแรก ที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงสุดจากการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 20.10 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562) โดยสาเหตุของการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ เกิดจากปัจจัยภายนอก เช่น การรับประทานยาหลายชนิด ถึงแหวดล้อมที่เป็นอันตราย เป็นต้น ส่วนปัจจัยภายใน เช่น การเปลี่ยนแปลงตามวัย และการเจ็บป่วยเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคความดันโลหิตสูง (Morin et al., 2019) จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มประมาณ 1.86 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว (เพ็ญพักตร์ หนูผุด และคณะ, 2563) ซึ่งการหกล้มส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ทางด้านร่างกายทำให้เกิดการบาดเจ็บ ตั้งแต่บาดเจ็บเล็กน้อย เช่น ฟกช้ำ เกิดแผลฉีกขาดหรือแผลถลอก จนกระทั่งบาดเจ็บรุนแรง โดยพบว่าประมาณ 1 ใน 10 คน มีการบาดเจ็บรุนแรง เช่น ภาวะกระดูกสะโพกหักและการบาดเจ็บของสมอง (Centers for Disease Control and Prevention, 2019) ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และสูญเสียความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันและสูญเสียค่าใช้จ่าย (Newgard et al., 2020) ผลกระทบด้านจิตใจ พบว่า ผู้สูงอายุที่เคยมีประสบการณ์การหกล้มจะเกิดความกังวล มีภาวะซึมเศร้า ตลอดจนสูญเสียความมั่นใจในการเดิน ขาดความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ (Newgard et al., 2020) ทำให้หลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น แยกตัว และไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม บางคนไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ สูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและเกิดภาวะพึ่งพาตามมา ทำให้สูญเสียความภาคภูมิใจและความมีคุณค่าในตนเองลดลง ในที่สุดก็จะทำให้คุณภาพชีวิตลดลง (Newgard et al., 2020) นอกจากผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นต่อผู้สูงอายุแล้ว ยังมีผลกระทบอย่างมากทางด้านเศรษฐกิจอีกด้วย ผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้สูงอายุและครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ผู้สูงอายุที่หกล้มบางรายต้องรักษาอยู่โรงพยาบาลนานอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ ข้อกระดูกต่าง ๆ ติดแข็ง หรือเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ซึ่งทุกภาวะที่เกิดขึ้นย่อมเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีความเครียด กังวลใจในด้านเศรษฐกิจ (Centers for Disease Control and Prevention, 2019)

การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้ม มีความสำคัญต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับสูง จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง สามารถรับรู้ภาวะอันตราย ทำให้เกิดการเรียนรู้และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองในทางที่ดีขึ้น โดยลักษณะการเรียนรู้เป็นลักษณะที่เกิดจากประสบการณ์ เมื่อคนเผชิญปัญหาหรือประสบการณ์ใด ๆ คนก็จะพยายามดึงเอาสิ่งที่เก็บสะสมไว้มาใช้ให้เกิดประโยชน์ โดยการแสดงออกมา รวมทั้งมีการแสวงหาความรู้จากแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ (Krishnamurti, 1986) เช่น จากบุคลากรทางสุขภาพ จากบทความสุขภาพออนไลน์ เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเกิดการเรียนรู้ที่จะอยู่กับพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นของตนเอง จึงมีการปรับตัวอย่างเหมาะสม โดยการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง และไม่ขาดยา มีการออกกำลังกาย มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลภายนอก และมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้สึกมีคุณค่าต่อตนเองสูง มีความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้น สามารถแก้ไขปัญหารับรู้ปัญหาได้ตามสภาพความเป็นจริง มีความเคารพตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีความสุข (Howard, 2010) ส่งผลต่อความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ดีและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตน้อยลง อย่างไรก็ตามหากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกไม่มั่นใจ รู้สึกถึงอันตราย พยายามหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมต่าง ๆ จำกัดการเคลื่อนไหว (Deshpande et al., 2008; Gillespie & Friedman, 2007) และหลีกเลี่ยงการออกกำลังกาย ทำให้การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ดี ส่งผลให้อวัยวะที่สำคัญของร่างกายถูกทำลาย ได้แก่ หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ ประสาทตาเสื่อม และไตวายในที่สุด (นิพนธ์ภัทร์ สิ้นทรัพย์ และคณะ, 2560) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง หากยังมีการจำกัดการทำกิจกรรมต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง อาจนำไปสู่การเจ็บป่วยที่รุนแรงเพิ่มขึ้น จะทำให้มีความซับซ้อนและยุ่งยากมากขึ้นในการรักษา นำไปสู่การเกิดภาวะทุพพลภาพ และเสียชีวิตได้ (Mohamed et al., 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทั้งในและต่างประเทศ พบว่า ยังไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทย อย่างไรก็ตาม มีงานวิจัยน้อยมากที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นการศึกษา

ในต่างประเทศ (Kakhki et al., 2018) พบว่า มีปัจจัยที่ศึกษาเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง คือ ประเภทของกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีเพียง 1 ปัจจัย ทำให้ยังไม่ครอบคลุม และไม่เพียงพอในการศึกษาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งการศึกษานี้เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งบริบทของต่างประเทศกับประเทศไทยนั้นมีความแตกต่างกัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเพิ่มเติม เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เพื่อค้นหาปัจจัยทั่วไปและปัจจัยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง และเป็นแนวทางในการส่งเสริมการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้ม เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

จากการศึกษานำร่องของผู้วิจัย (Pilot Study) ช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563 ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดระยอง จำนวน 14 คน พบว่า มีอาการเวียนศีรษะ (ร้อยละ 71.40) ความดันต่ำขณะเปลี่ยนท่า (ร้อยละ 42.9) และตาพร่ามัว (ร้อยละ 14.3) ซึ่งเป็นอาการที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ โดยระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยองนั้น หากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี และเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้รับการรักษาและพบแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน หากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี และไม่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจะได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน มารักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังจันทร์ อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

อายุ เมื่ออายุมากขึ้นร่างกายจะเริ่มเสื่อมถอยลงตามการเปลี่ยนแปลงตามวัย ทั้งในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบประสาท และระบบการรับรู้ความรู้สึก ทำให้การทำงานของร่างกายลดลง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จะมีผลต่อท่าทางการเดิน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะรู้สึกว่าไม่สามารถยกเท้าได้สูงเท่ากับที่เคยทำได้ มีการเปลี่ยนแปลงในการเคลื่อนไหวของสะโพกในการรับน้ำหนักของขาขณะเดิน ทำให้ผู้สูงอายุอาจมีการสะดุด เมื่อเดินบนพื้นที่ขรุขระหรือระดับต่างกันได้ง่าย กลไกในการทำงานที่ควบคุมการทรงตัวของระบบอวัยวะต่าง ๆ ลดลง ทำให้การทรงตัวบกพร่องเกิดการหกล้ม (ปริศนา รดสีดา, 2561) และมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

โดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำได้ โดยมีการศึกษา พบว่า อายุที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคกระดูกพรุน และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น (อนันตศักดิ์ จันทศรี และคณะ, 2562; Bruce et al., 2015; Kelly et al., 2013; Meyer et al., 2019) ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษาที่ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคความดันโลหิตสูง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น (ชนภรณ์ พิพัฒน์วิชิชา และคณะ, 2561; ลลิตา ปักขมา ยัง และคณะ, 2562; Kakhki et al., 2018; Oliveira et al., 2014) ดังนั้น จึงไม่สามารถสรุปได้ว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่ จำเป็นต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

เพศ โดยทั่วไปมีการกำหนดบทบาทของเพศชายและเพศหญิงแตกต่างกัน โดยเพศหญิงเป็นเพศที่ต้องทำงานบ้านและดูแลครอบครัว ส่วนเพศชายเป็นเพศที่ต้องทำงานนอกบ้าน เพื่อหาเงินมาเลี้ยงครอบครัว จากการกำหนดบทบาทดังกล่าว ส่งผลให้เพศหญิงมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ (Blackstone, 2003) ร่วมกับเมื่อเพศหญิงเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน ระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนในร่างกายก็จะลดต่ำลง ทำให้เพศหญิงมีโครงสร้างของกระดูกบางกว่าเพศชาย เมื่อเกิดการหกล้มจึงทำให้เกิดผลกระทบที่รุนแรง เช่น กระดูกหัก ส่งผลให้เพศหญิงมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ (Hernandez et al., 2003) โดยมีการศึกษา พบว่า เพศหญิงมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน เป็นต้น โดยเพศหญิงมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ (ลลิตา ปักขมา ยัง และคณะ, 2562; อัจฉราวรรณ รัตนมณี และนัยนา พิพัฒน์วิชิชา, 2560; Kakhki et al., 2018; Moreira et al., 2019) ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษาที่ พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคเบาหวาน เป็นต้น (ชนภรณ์ พิพัฒน์วิชิชา และคณะ, 2561; Oliveira et al., 2015) ดังนั้น จึงไม่สามารถสรุปได้ว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่ จำเป็นต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

ภาวะซึมเศร้า เป็นการรับรู้ภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด รู้สึกมีคุณค่าต่ำ ต่ำหนิตนเองและมีความบกพร่อง

ในการทำกิจวัตรประจำวัน (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2538) ซึ่งการศึกษาของ Bruce et al. (2015) พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้ม เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีการรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง เกิดการหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมและมีการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินมากขึ้น (Hellström et al., 2009) ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษาที่ พบว่า ภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (ลลิตา ปักเขมา ยัง และคณะ, 2562) ดังนั้น จึงไม่สามารถสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่ จำเป็นต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

การรับรู้ภาวะสุขภาพ ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี จะทำให้ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่ดีเท่าที่ควร ขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง และการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง (ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง, 2559) ทำให้มีระดับความดันโลหิตสูงเรื้อรังและเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย ทำให้มีตนเองในแง่ลบและมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hoang et al. (2017) ที่พบว่า ผู้สูงอายุทั่วไปที่รับรู้ว่าคุณภาพในระดับไม่ดี มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ แต่บริบทและลักษณะบุคคลของคนไทยและชาวต่างชาติที่แตกต่างกัน ทำให้การรับรู้ภาวะสุขภาพอาจเป็นปัจจัยของการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำเป็นต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

ประสบการณ์การหกล้ม เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กล่าวคือผู้สูงอายุที่เคยมีประสบการณ์การพลัดตกหกล้ม จะมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เคยหกล้ม ร้อยละ 54.40 (Kakhki et al., 2018) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ พบว่า ประสบการณ์การหกล้มมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคเบาหวาน เป็นต้น (อนันตศักดิ์ จันทรศรี และคณะ, 2562; Bruce et al., 2015) อย่างไรก็ตาม มีการศึกษา พบว่า มากกว่า ร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ ไม่เคยมีประวัติหกล้มมาก่อน (Scheffer et al., 2008) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) เชื่อว่า ประสบการณ์ทั้งของตนเองและบุคคลอื่น มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของบุคคล ซึ่งถ้าบุคคลมีประสบการณ์ที่ไม่ดี

จะทำให้ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรม จึงมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำได้ ดังนั้น จึงไม่สามารถสรุปได้ว่า ประสิทธิภาพการหกล้มมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงหรือไม่ จำเป็นต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

ภาวะโรคร่วม จัดเป็นปัจจัยด้านบุคคล ที่ส่งผลต่อการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มีโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคไตวาย และโรคหัวใจ เป็นต้น (Kalra et al., 2010) การมีภาวะโรคร่วมมาก จะส่งผลให้การรักษามีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้นเช่นกัน เสี่ยงต่อการเสียชีวิต และทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพนำไปสู่ความต้องการพึ่งพาศูนย์อื่นมากยิ่งขึ้น (Mohamed et al., 2020) จากการศึกษา พบว่า ภาวะโรคร่วมมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (Moreira et al., 2017) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาที่พบว่า ภาวะโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ลลิตา ปักเขมา ยัง และคณะ, 2562; อนันต์ศักดิ์ จันทศรี และคณะ, 2562; Kakhki et al., 2018) ดังนั้น จึงไม่สามารถสรุปได้ว่า ภาวะโรคร่วมมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่ จำเป็นต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

ประเภทของกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งในกลุ่มยาขับปัสสาวะและกลุ่มยาด้านแคลเซียมมีผลต่อระบบสายตาและการทรงตัว เกิดความดันโลหิตต่ำในขณะที่เปลี่ยนท่า (นิพพานัทร์ สิ้นทรัพย์ และคณะ, 2560) สอดคล้องกับการศึกษาของ Tinetti et al. (2014) พบว่า ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงบางชนิด ทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า เวียนศีรษะ และการทรงตัวบกพร่อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำได้ จากการศึกษา พบว่า ประเภทของกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (Kakhki et al., 2018) ดังนั้น ปัจจัยประเภทของกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง จึงเป็นปัจจัยที่น่าสนใจ เนื่องจากเป็นปัจจัยเฉพาะ โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งยังไม่มีการศึกษาและยังไม่มียังมีความรู้เกี่ยวกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำเป็นต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า เป็นความรู้สึของผู้สูงอายุที่เกี่ยวกับอาการและความรุนแรงของความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า อาจเกิดจากความเสื่อมและการเปลี่ยนแปลงตามวัยในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีการหดและการขยายตัวของหลอดเลือดผิดปกติ การไหลเวียนของเลือดกลับสู่สมองเป็นไปได้ช้า ร่วมกับการเปลี่ยนอริยาบถอย่างรวดเร็ว จึงทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด คล้ายจะเป็นลมชั่วขณะ (Lipsitz, 1989) ร่วมกับการใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งยาบางชนิด ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่รับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงมีความบกพร่องในการทรงตัว ทำให้ความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ดังนั้นปัจจัยการรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า อาจเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำเป็นต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

อาการเวียนศีรษะ คือ อาการวิงเวียน ปวดมึน หน้ามืด และตาลาย โดยไม่มีอาการบ้านหมุนหรือเห็นสิ่งแวดลุ่มรอบตัวหมุนหรือเคลื่อนไหวผิดปกติ (Voorde et al., 2012) จากการศึกษาสำรวจของผู้วิจัย (Pilot Study) ช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563 ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดระยอง จำนวน 14 คน พบว่ามีอาการเวียนศีรษะ (ร้อยละ 71.40) ซึ่งเป็นอาการที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ โดยในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จะมีความผิดปกติของหลอดเลือด การหด และการขยายตัวของหลอดเลือดผิดปกติ การไหลเวียนของเลือดกลับสู่สมองเป็นไปได้ช้า ร่วมกับการเปลี่ยนอริยาบถอย่างรวดเร็ว จึงทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด คล้ายจะเป็นลมชั่วขณะ (Gangavati et al., 2011) สอดคล้องกับการศึกษาที่ พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจะมีอาการเวียนศีรษะมากที่สุด (ร้อยละ 41.50) ซึ่งอาการดังกล่าวทำให้สูญเสียการทรงตัว และมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ (Abate et al., 2009) ดังนั้น อาการเวียนศีรษะ อาจเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำเป็นต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

การรับรู้ความสามารถในการมองเห็น จากการเปลี่ยนแปลงตามวัยในผู้สูงอายุ ทำให้ปฏิกิริยาการตอบสนองของรูม่านตาต่อแสงลดลง เลนส์ตาสูญเสียความยืดหยุ่น ทำให้การมองเห็นไม่ชัดเจน (Polak et al., 2009) ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุทำให้เกิดประสาทตาเสื่อม ต้อกระจกและต้อหิน (Wong & Mitchell, 2004) ส่งผลให้การมองเห็นบกพร่อง (Lim et al., 2012) จากการศึกษา พบว่า การรับรู้ความสามารถในการมองเห็นมีความสัมพันธ์กับการรับรู้

ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (ชนภรณ์ พิพัฒน์ วนิชชา และคณะ, 2561) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาที่ พบว่า การรับรู้ความสามารถในการมองเห็น ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ เพศหญิงที่อาศัยอยู่ในชุมชน (Murphy et al., 2003) ดังนั้น จึงไม่สามารถสรุปได้ว่า การรับรู้ ความสามารถในการมองเห็นมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่ จำเป็นต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว เป็นความรู้สึกละเอียดและความคิดเห็นของผู้สูงอายุ ที่มีต่อความสามารถทางร่างกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในการรักษาสมดุลของร่างกาย ให้คงอยู่บนฐานที่รองรับร่างกาย จากการเปลี่ยนแปลงตามวัยในผู้สูงอายุ พบว่า ปริมาณเนื้อเยื่อ กล้ามเนื้อและขนาดของเส้นใยกล้ามเนื้อจะค่อย ๆ ลดลง (Villa-Forte, 2015) การสูญเสียมวล กระดูกและกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดการทรงตัวบกพร่อง มีการศึกษาที่ พบว่า การรับรู้ความสามารถ ในการทรงตัวมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (Hausdorff et al., 2003) ร่วมกับ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จะมีอาการปวดศีรษะ การมองเห็นลดลง หัวใจเต้นเร็ว มีอาการ หายใจลำบาก อ่อนแรงแขน ขาและข้อเท้าบวม (Fletcher & Bulpitt, 1990) และมีการรับรู้ ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำได้ ประกอบกับบริบท และสภาพแวดล้อมของประเทศไทยและต่างประเทศที่แตกต่างกัน ทำให้การรับรู้ความสามารถ ในการทรงตัว อาจเป็นปัจจัยของการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้ม ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำเป็นต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นซับซ้อน หมายถึง การกระทำกิจกรรม ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันขั้นซับซ้อน ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ความมั่นใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับต่ำ จะมีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ขั้นซับซ้อน ทำให้มีการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง และเกิดการจำกัดกิจกรรมตามมา (Brustio et al., 2018) ดังนั้น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นซับซ้อน อาจเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิต สูง จำเป็นต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

ผลของการศึกษานี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนาแนวปฏิบัติ การพยาบาลหรือโปรแกรมการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มีการรับรู้ ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มอยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ภาวะสุขภาพ ประสิทธิภาพการหกล้ม ภาวะโรคร่วม ประเภทของกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า อาการเวียนศีรษะ การรับรู้ความสามารถในการมองเห็น การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นซับซ้อน มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ภาวะสุขภาพ ประสิทธิภาพการหกล้ม ภาวะโรคร่วม ประเภทของกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า อาการเวียนศีรษะ การรับรู้ความสามารถในการมองเห็น การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นซับซ้อน

สมมติฐานการวิจัย

1. อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
2. เพศ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
3. ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
4. การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

5. ประสบการณ์การหกล้ม มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

6. ภาวะโรคร่วม มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

7. ประเภทของกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

8. การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

9. อาการเวียนศีรษะ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

10. การรับรู้ความสามารถในการมองเห็น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

11. การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

12. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นซับซ้อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์กรอบแนวคิดตามบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ (International classification of functioning, disability and health [ICF]) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2001) แบบจำลองนี้อธิบายสุขภาพและเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคล การทำงานและความพิการ ถือเป็นปฏิสัมพันธ์แบบพลวัต ซึ่ง Pohl et al. (2015) นำมาใช้ในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

1. ปัจจัยด้านบุคคล (Personal factors) ประกอบด้วย อายุ เพศ ภาวะซึมเศร้า ประสบการณ์การทรมาน และภาวะโรคร่วม
2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental factors) ประกอบด้วย ประเภทของกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง
3. ปัจจัยด้านกิจกรรมและการมีส่วนร่วม (Activity & Participation) ประกอบด้วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นซับซ้อน
4. ปัจจัยด้านโครงสร้างของร่างกาย (Body Function) ประกอบด้วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า อาการเวียนศีรษะ การรับรู้ความสามารถในการมองเห็น และการรับรู้ความสามารถในการทรงตัว ซึ่งปัจจัยทั้งหมดที่กล่าวมานี้สามารถแสดงเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพที่ 1

ปัจจัยด้านบุคคล

อายุ

เพศ

ภาวะซึมเศร้า

ประสบการณ์การหกล้ม

ภาวะโรคร่วม

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ประเภทของกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง

กิจกรรมและการมีส่วนร่วม

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นซับซ้อน

การทำงานหรือโครงสร้างของร่างกาย

การรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า

อาการเวียนศีรษะ

การรับรู้ความสามารถในการมองเห็น

การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว

การรับรู้
ความมั่นใจ
ในการปฏิบัติ
กิจวัตร
ประจำวัน
โดยไม่หกล้ม
ของผู้สูงอายุ
โรคความดัน
โลหิตสูง

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังจันทร์ จังหวัดระยอง จำนวน 158 คน ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ในช่วงระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2565

ตัวแปรศึกษา ประกอบด้วย ตัวแปรด้านบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะซึมเศร้า ประสิทธิภาพการหกล้ม และภาวะโรคร่วม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ประเภทของกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยด้านกิจกรรมและการมีส่วนร่วม ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นซับซ้อน ปัจจัยด้านโครงสร้างของร่างกาย ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า อาการเวียนศีรษะ การรับรู้ความสามารถในการมองเห็น และการรับรู้ความสามารถในการทรงตัว และการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะผิดปกติทางอารมณ์ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยมีภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า เหงา ว้าเหว่ วิตกกังวล ขาดความสุข ร่วมกับมีความรู้สึกหมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกไร้ค่า ต่ำหนีดตนเอง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมและการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ประเมินได้จากแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS-15) ที่ Wongpakaran and Wongpakarun (2012) โดย อรวรรณ ลีทองอิน (2535) แปลมาจากแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของ Yesavage et al. (1982) จำนวน 30 ข้อ ต่อมาได้มีการดัดแปลงแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุโดย กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537) แล้ว Wongpakaran and Wongpakaran (2012) นำมาพัฒนาปรับเหลือ 15 ข้อ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความคิดเห็นของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มีต่อภาวะสุขภาพโดยรวมของตนเอง ประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ วันดี เข้มจันทร์ฉาย (2538) ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม (Ferraro, 1980; Melanson & Downe-Wamboldt, 1987; Mossey & Shapiro, 1982)

ประสิทธิภาพการหกล้ม หมายถึง จำนวนนับเป็นครั้งของการหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

ภาวะโรคร่วม หมายถึง คะแนนของโรคร่วมที่มีผลต่อการทำงานของร่างกาย และการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ซึ่งได้จากประวัติการรักษา ร่วมกับสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ประเมินได้จากแบบประเมินภาวะโรคร่วม (Charlson Comorbidity Index [CCI]) ที่ Utriyaprasit (2001) แปลมาจากแบบประเมินภาวะโรคร่วมของ Charlson et al. (1987)

ประเภทของกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ประเภทของยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง มีจำนวนกลุ่มยาทั้งหมด 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มยาขับปัสสาวะ (Thiazide-type diuretics) ยาปิดกั้นเบต้า (Beta-Adrenergic Blockers [BBs]) ยาต้านแคลเซียม (Calcium Channel Blockers [CCBs]) ยาต้านระบบ Renin (Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors [ACEIs]) และยาต้านตัวรับแองจิโอเทนซิน (Angiotensin II Receptor Blockers [ARBs]) ประเมินได้จากเวชระเบียนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังจันทร์

การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า หมายถึง ความรู้สึกของผู้สูงอายุที่เกี่ยวกับอาการและความรุนแรงของความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า ประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า ที่ผู้วิจัยแปลเป็นฉบับภาษาไทย และดัดแปลงลักษณะคำตอบจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า (Orthostatic Hypotension Questionnaires) ของ Kaufmann et al. (2012)

อาการเวียนศีรษะ หมายถึง การรับรู้ของความรู้สึกวิงเวียน ปวดมึน หน้ามืด และตาลาย โดยไม่มีอาการบ้านหมุนหรือเห็นสิ่งแวดล้อมรอบตัวหมุนหรือเคลื่อนไหวผิดปกติ ประเมินได้จากแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

การรับรู้ความสามารถในการมองเห็น หมายถึง ความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่มีต่อความสามารถในการมองเห็นในชีวิตประจำวัน ประเมินได้จากแบบประเมินที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ในการมองเห็นของ National Eye Institute (2000)

การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว หมายถึง ความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่มีต่อความสามารถทางร่างกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในการรักษาสมดุลของร่างกายให้คงอยู่บนฐานที่รองรับร่างกาย ประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการทรงตัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นซับซ้อน หมายถึง ความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่มีต่อระดับความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันที่จำเป็น เพื่อคงไว้ซึ่ง

การดำเนินชีวิตประจำวัน ประเมินได้จากแบบประเมินดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index [CAI]) ของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2537)

การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้ม หมายถึง ความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อความรู้สึกมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยไม่เกิดการหกล้ม ประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มฉบับภาษาไทย (ฉบับปรับปรุง) ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มฉบับภาษาไทย ที่ ชนภรณ์ พิพัฒน์วณิชชา และคณะ (2561) แปลมาจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้ม ของ Hill et al. (1996)



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาประเภทหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีสาระสำคัญในหัวข้อต่าง ๆ ตามลำดับ ดังต่อไปนี้

1. โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
2. การหกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
3. การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
4. แนวคิดตามบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ (International classification of functioning, disability and health [ICF]) กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

ความหมายของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ คือ ภาวะที่มีความดันในหลอดเลือดแดงสูงกว่าปกติอย่างต่อเนื่อง เกิดจากการที่หลอดเลือดแดงเล็กลงหรือการหดตัวของหลอดเลือดเล็ก ๆ ทั่วร่างกาย ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ช้าและน้อยลง ทำให้หัวใจบีบตัวแรงขึ้นเพื่อเพิ่มแรงดันภายในหลอดเลือดแดง เพื่อสูบฉีดเลือดที่มีออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอ (Padmanabhan & Azam, 2019) ทั้งนี้ สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2562) ได้ให้ความหมายของความดันโลหิตสูง ดังนี้

Hypertension หมายถึง ระดับ SBP มากกว่าหรือเท่ากับ 140 mmHg และ/ หรือ DBP มากกว่าหรือเท่ากับ 90 mmHg โดยอ้างอิงจากการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล

Isolated systolic hypertension หมายถึง ระดับ SBP มากกว่าหรือเท่ากับ 140 mmHg

แต่ ระดับ DBP น้อยกว่า 90 mmHg โดยอ้างอิงจากการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล

White-coat hypertension หรือ Isolated office hypertension หมายถึง ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่สถานพยาบาล อยู่ในเกณฑ์สูงผิดปกติ (SBP มากกว่าหรือเท่ากับ 140 mmHg และ/ หรือ DBP มากกว่าหรือเท่ากับ 90 mmHg) แต่ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่บ้านเป็นปกติ (SBP น้อยกว่า 135 mmHg และ DBP น้อยกว่า 85 mmHg)

Masked hypertension หมายถึง ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่สถานพยาบาลเป็นปกติ (SBP มากกว่า 140 mmHg และ DBP น้อยกว่า 90 mmHg) แต่ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่บ้านสูงผิดปกติ (SBP มากกว่าหรือเท่ากับ 135 mmHg และ/ หรือ DBP มากกว่าหรือเท่ากับ 85 mmHg)

เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาจากความเสื่อมตามวัย ทำให้หลอดเลือดแดงแข็งตัว ขาดความยืดหยุ่น หัวใจทำงานเพิ่มสูงขึ้น ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีความดันโลหิตสูงเฉพาะ SBP ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น แต่มีระดับ DBP ลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความดันโลหิตสูงได้ง่าย ซึ่งสามารถจำแนกได้ ดังนี้

การจำแนกประเภทระดับความดันโลหิตสูง

การจำแนกความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงใช้กำหนดจากระดับความดันโลหิตที่วัดในคลินิก โรงพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุขเป็นหลัก (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การจำแนกโรคความดันโลหิตสูงตามความรุนแรงในผู้ใหญ่ อายุ 18 ปี ขึ้นไป

BP Classification	SBP BP (mmHg)		DBP BP (mmHg)
Optimal	< 120	และ	< 80
Normal	120-129	และ/ หรือ	80-84
Hight normal	130-139	และ/ หรือ	85-89
Hypertension ระดับ 1	140-159	และ/ หรือ	90-99
Hypertension ระดับ 2	160-179	และ/ หรือ	100-109
Hypertension ระดับ 3	≥ 180	และ/ หรือ	≥ 110
Isolated systolic hypertension (ISH)	≥ 140	และ	< 90

โดยการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในวัยผู้สูงอายุนั้น ใช้ค่าความดันโลหิตเหมือนในวัยผู้ใหญ่ กล่าวคือ ค่าความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท

และค่าความดันไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตร ในผู้สูงอายุที่มีอายุอยู่ในช่วง 65-79 ปี ค่าเป้าหมายคือ 130-139/ 70-79 มิลลิเมตรปรอท และผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ค่าเป้าหมายคือ 130-139/ 70-79 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

สาเหตุของความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับกระบวนการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในระบบหัวใจและหลอดเลือด อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า มีปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกับระดับความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ และพบว่าความชุกของโรคความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ดังต่อไปนี้

1. ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเมื่ออายุมากขึ้น

1.1 ความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือดลดลง หลอดเลือดแดงตีบแข็ง เนื่องจากมีไขมันอุดตัน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ เมื่ออายุมากขึ้น ผนังหลอดเลือดแดงจะหนาตัวขึ้น ทำให้มีความแข็งมากขึ้น ความยืดหยุ่นลดลงและการตีตัวของกล้ามเนื้อเรียบมากขึ้น โดยมักเกิดร่วมกับการสะสมของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันและไขมันในผนังหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดมีความแข็งตัวมากขึ้น (Padmanabhan & Azam, 2019)

1.2 อัตราการกรองของไตลดลงและปริมาณเลือดที่ไหลไปยังไตลดลง มีการศึกษาพบว่า โครงสร้างของไตมีการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากปริมาณเลือดที่มาเลี้ยงไตจะลดลง ร้อยละ 1 และเมื่ออายุ 70 ปี หน้าที่ไตจะลดลง ร้อยละ 50 หรือมากกว่า (Ali & Vickrey, 2011) ผลที่ตามมาคือ ทำให้อัตราการกรองของไตลดลง (มณีรัตน์ จิรปภา, 2557) ซึ่งเป็นสาเหตุให้มีการคั่งของของเสียและเกลือแร่ ส่งผลให้มีการคั่งของเหลวในร่างกายเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตจึงเพิ่มสูงขึ้น

1.3 การทำหน้าที่ของ Renin-angiotensin system ลดลง พบว่า เมื่ออายุมากขึ้น ความสามารถในการทำหน้าที่ของ Renin จะลดลง เป็นเหตุทำให้มีการกระตุ้นการสร้าง Renin เพิ่มขึ้น โดยการกระตุ้น Renin ในไตให้เปลี่ยน Angiotensinogen ที่เป็นโปรตีนพลาสมาในตับเป็น Angiotensin I และ Angiotensin converting enzyme ที่อยู่ในปอดจะเปลี่ยน Angiotensin I เป็น Angiotensin II ซึ่ง Angiotensin II มีผลต่อหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดหดตัวและจะไปกระตุ้น Adrenal ให้มีการหลั่ง Aldosterone มากขึ้น ส่งผลให้ไตเกิดการดูดกลับน้ำและโซเดียม ไอออน ปริมาตรน้ำเพิ่มขึ้นใน ECF ปริมาตรเลือดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (Safar, 2005)

1.4 บาร์โรรีเซพเตอร์มีความไวลดลง เกิดจากสาเหตุ 3 ประการ ได้แก่ การไม่สมดุลระหว่างสารเร่งออกซิเดชันและสารต้านออกซิเดชันในร่างกาย ทำให้เกิดภาวะออกซิเดชันมากขึ้น

ส่งผลให้สารไนตริกออกไซด์ช่วยให้หลอดเลือดขยายตัวมีจำนวนลดลง ทำให้เซลล์เยื่อผนังหลอดเลือดมีการสูญเสียหน้าที่การแข็งตัวของหลอดเลือดที่เกิดจากความเสื่อมตามวัย และการตอบสนองต่อ Cholinergic ของหัวใจที่ลดลงตามอายุ ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

2. แบบแผนการดำเนินชีวิต การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การรับประทานโซเดียมมากเกินไป ภาวะอ้วน การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกายและความเครียด เป็นต้น โดยปัจจัยร่วมเหล่านี้ ส่งผลให้มีการเพิ่มขึ้นของปริมาณเลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาทีทั้งสิ้น ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (นิพพานัทธ สันทรัพย์ และคณะ, 2560)

งานวิจัยนี้ ทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ และได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนให้รับยาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังจันทร์ อย่างไรก็ตาม หากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดได้ จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่ออวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายตามมาส่งผลให้มีอาการ และอาการแสดง ดังนี้

อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้สูงอายุที่มีระดับความดันโลหิตสูงระดับอ่อนหรือปานกลาง มักจะไม่แสดงอาการ แต่มักตรวจพบด้วยความบังเอิญ มีส่วนน้อยเท่านั้นที่มีอาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย วิงเวียนศีรษะ ซึ่งมักเป็นหลังจากการตื่นนอนช่วงเช้า (นิพพานัทธ สันทรัพย์ และคณะ, 2560) ความดันโลหิตสูงในระดับปานกลางถึงระดับสูง มักมีอาการวิงเวียนศีรษะ ปวดศีรษะ เลือดกำเดาไหล ตามัว มองไม่เห็น เหนื่อยง่าย ใจสั่น มือเท้าชาและแขนขาอ่อนแรง (จันจิราภรณ์ วิชัย และคณะ, 2558) ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจึงเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มมากกว่าวัยอื่น และส่งผลให้มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้ หากเกิดความดันโลหิตสูงวิกฤต (Hypertension Crises) ซึ่งเป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติมาก ๆ ในระยะเวลาสั้นและรวดเร็ว โดยที่ไม่มีเกณฑ์แน่นอนที่วัดว่าสูงระดับใด แต่โดยทั่วไปอาจประมาณได้ว่ามีความดันโลหิตสูงกว่า 180/110 mmHg ซึ่งเกิดในผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงอยู่แล้ว และไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ลดลงเข้าสู่ระดับปกติได้ หากไม่ได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที อาจทำให้อวัยวะที่สำคัญ เช่น หัวใจ สมอง ทำงานผิดปกติ อาจหมดสติ หรือถึงแก่ชีวิตได้ (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555) และทำให้อาการแสดง ดังนี้

อาการแสดง ได้แก่ เจ็บหน้าอกรุนแรง ปวดศีรษะรุนแรง ปวดต้นคอมาก หรือต้นคอแข็ง ก้มศีรษะไม่ลง รม่านตาขยาย อัตราการเต้นของหัวใจเร็วมาก หรืออาจจะช้ากว่าปกติ ม่านตาไว ต่อแสง เหงื่อออกมาก อาจพบมีไข้ หรือหนาวสั่น หรือผิวหนังขึ้นเย็นได้ คลื่นไส้ อาเจียน เลือดกำเดาออก และตามองไม่เห็นข้างหนึ่งชั่วคราว (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ซึ่งสามารถแบ่งอาการออกได้เป็น 2 ภาวะ ดังนี้

1. Hypertension urgency ภาวะที่ระดับความดันโลหิตสูงวิกฤต แต่ยังไม่พบผลเสีย ต่ออวัยวะสำคัญ เช่น สมอง หลอดเลือด หัวใจ ไต และตา ซึ่งจะพบได้ทั้งที่ไม่มีอาการแสดงและมี อาการแสดง เช่น ปวดศีรษะรุนแรง (รับประทานยาบรรเทาปวด ยังไม่รู้สึกลึกลับขึ้น) คลื่นไส้ อาเจียน วิดกกังวล หายใจถี่ เจ็บบริเวณหน้าอก โดยทั่วไปพบระดับความดันโลหิตสูงกว่า 180/ 110 mmHg (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

2. Hypertensive emergency ระดับความดันโลหิตสูงวิกฤต และพบผลเสียต่ออวัยวะ สำคัญ เช่น ภาวะที่ความดันโลหิตสูงมากทำให้ เลือดออกในสมอง สมองขาดเลือด สมองบวม ชัก สับสน สำหรับหัวใจจะทำให้เกิดภาวะหัวใจขาดเลือด หัวใจล้มเหลว น้ำคั่งในปอด เส้นเลือดแดง ใหญ่ปริแตก ไตวาย และความดันในลูกตาสูง โดยทั่วไปพบระดับความดันโลหิตสูงกว่า 220/ 140 mmHg ซึ่งต้องรีบรักษาโดยเร่งด่วนเพื่อลดความเสี่ยงที่เป็นอันตรายถึงชีวิต (สถาบันวิจัยและ ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

นอกจากนี้ภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ จะส่งผลให้อวัยวะที่สำคัญ ของร่างกายถูกทำลาย ได้แก่ หัวใจ สมอง ตาและไต มีการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิต สูงจะมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น 3 เท่า ภาวะหัวใจวายเพิ่มขึ้น 6 เท่า และอัมพาตเพิ่มขึ้น 7 เท่า (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2557) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เนื่องจากไม่แสดง อาการให้เห็นชัดเจน (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ส่งผลให้ขาดการป้องกัน โรคที่ถูกต้อง ปล่อยให้โรคดำเนินต่อไปเรื่อย ๆ ส่งผลให้มีค่าความดันโลหิตสูงในระดับรุนแรง มาเป็นระยะเวลานาน จนกระทั่งเกิดภาวะแทรกซ้อน มีการทำลายอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ดังนี้

1. ภาวะแทรกซ้อนที่หัวใจ

โรคความดันโลหิตสูงเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือด จากการที่มีการ อักเสบเรื้อรังของหลอดเลือด ส่งผลให้ผนังหลอดเลือดหนาตัวขึ้นเรื่อย ๆ ร่วมกับการมีหินปูน

และไขมัน ไปสะสมระหว่างหลอดเลือด เกิดเป็นคราบ plaque ทำให้หลอดเลือดตีบตัน ส่งผลให้มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกคล้ายกับมีของหนักมาทับที่หน้าอก เจ็บบริเวณหัวใจ หายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้ (Varounis et al., 2017) ผลจากการที่หลอดเลือดตีบแคบและแข็งตัวมากขึ้น ทำให้หัวใจบีบตัวเพื่อต้านกับแรงดันที่เพิ่มขึ้นในหลอดเลือดแดง หากเกิดการบีบตัวต้านแรงดันที่เพิ่มขึ้นอยู่ตลอดเวลาและมากขึ้นเรื่อย ๆ เส้นใยของกล้ามเนื้อจะหย่อน ไม่สามารถขยายได้อีก ส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในที่สุด (นิพพานัทธร์ สนิททรัพย์ และคณะ, 2560) ผลของภาวะแทรกซ้อนที่หัวใจในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จะทำให้ผู้สูงอายุต้องมีชีวิตอยู่ด้วยความทุกข์ทรมานและมีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง มีการเพิ่มประเภทยากลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น ได้แก่ กลุ่มยาขับปัสสาวะ และขยายหลอดเลือด เป็นต้น (Anderson et al., 2006) ซึ่งยาดังกล่าว ทำให้เกิดผลข้างเคียงต่อผู้สูงอายุ เกิดความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า เวียนศีรษะ และหน้ามืดได้ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดข้อจำกัดทางร่างกาย (จันทิมา ฤกษ์เดือนฤกษ์, 2555) และหกล้มตามมาได้ นอกจากนี้ยังส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ

2. ภาวะแทรกซ้อนที่สมอง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นผลมาจากการที่หลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงสมอง เกิดการตีบแคบลง ส่งผลให้เกิดภาวะเนื้อสมองตาย จากการขาดเลือดและออกซิเจน เรียกว่า โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ถ้าผู้สูงอายุยังมีความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง อาจทำให้หลอดเลือดแดงโป่งพองและแตก เลือดที่ออกในสมอง จะกลายเป็นก้อนเลือด ซึ่งจะขยายขนาดเพิ่มขึ้น เกิดการกดเบียดเนื้อสมอง ทำให้ความดันในสมองเพิ่มขึ้น หากไม่ได้รับการรักษาอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555) หากผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สมอง จะทำให้เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับระบบประสาทสั่งการ และระบบประสาทสัมผัส (Manaf et al., 2012) ส่งผลให้มีการสูญเสียกำลังของกล้ามเนื้อ ทำให้รู้สึกวobble แขนหนักขึ้นเคลื่อนไหวลำบากหรือเคลื่อนไหวไม่ได้เลย ทำให้มีการจำกัดกิจวัตรประจำวันมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ และเกิดการหกล้มตามมาได้ (Schmid et al., 2009)

3. ภาวะแทรกซ้อนที่จอประสาทตา

ความดันโลหิตสูงทำให้ผนังหลอดเลือดแดงที่จอประสาทตาหนาตัวขึ้น เกิดการตีบแคบของหลอดเลือดฝอยที่ตา ทำให้มีการหดเกร็งของหลอดเลือดและมีแรงดันในหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงตาเพิ่มขึ้น เกิดการแตกของหลอดเลือดที่ตา มีเลือดซึมออกมา ทำให้ประสาทตาเสื่อมเกิดอาการ

ตาพร่ามัวและตาบอดได้ (Wong & Mitchell, 2004) ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องในการมองเห็น จะมีผลกระทบต่อความสามารถในการอ่านหนังสือ การทำกิจวัตรประจำวันและงานอดิเรก ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้ ยังมีผลต่อความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ และทำให้เกิดการหกล้มร่วมด้วย (ลัดดา เทียมวงศ์ และจอม สุวรรณ โณ, 2557)

4. ภาวะแทรกซ้อนที่ไต

การเกิดโรคไตในผู้สูงอายุ มักจะเกิดในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมากเป็นระยะเวลานาน ซึ่งเป็นผลมาจากหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตมีผนังภายในที่หนาและแข็ง รุหลอดเลือดตีบ หรือแคบลง ขรุขระ ทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาของหลอดเลือดในผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงของไต โดยมีการทำลายโกลเมอูลัส ท่อของหน่วยไตมีการฝ่อลีบ และมีการตายของหน่วยไตเกิดขึ้น ทำให้ไตมีขนาดเล็กลงและเกิดภาวะไตวายในเวลาต่อมา (Miller, 2019) ในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตวาย จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความทุกข์ทรมานจากการดำเนินของโรค ทำให้มีอาการเหนื่อย อ่อนล้า ไม่มีเรี่ยวแรง ปวดตามร่างกาย ปวดกระดูก และมีอาการเบื่ออาหาร (สาคร อินโทโล, 2562) จากอาการดังกล่าว ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการจำกัดการเคลื่อนไหว และมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ

ดังนั้น โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ จึงควรได้รับการรักษาระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากภาวะความดันโลหิตสูงที่เรื้อรังยาวนาน ซึ่งมีผลต่ออวัยวะสำคัญของร่างกายและส่งผลกระทบต่อการทำงานต่าง ๆ เนื่องจากมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเกิดความทุกข์ทรมาน และมีคุณภาพชีวิตลดลง อย่างไรก็ตาม ยังมีการรักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และการให้ยาลดความดันโลหิต ดังนี้

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นการรักษามาตรฐานมี 2 วิธี คือ การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และการให้ยาลดความดันโลหิต ดังนี้

1. การรักษาโดยไม่ใช้ยา (Non pharmacological treatment)

การรักษาโดยไม่ใช้ยาเป็นวิธีที่ใช้กันมานาน ซึ่งเป็นวิธีการที่ต้องปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอในการรักษาความดันโลหิตสูงระดับน้อย และใช้วิธีนี้ร่วมกับการรักษาด้วยยา ในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับปานกลางและรุนแรง ได้แก่ การควบคุมอาหารและการควบคุมน้ำหนักตัว

การออกกำลังกายและการพักผ่อน หลีกเลี่ยงปัจจัยที่ส่งเสริมการเกิดโรค การเลิกสูบบุหรี่ การเลิกดื่มสุราและการจัดการกับภาวะเครียด เป็นต้น

2. การรักษาโดยใช้ยา (Pharmacological treatment)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ยอดความดันโลหิตที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน มีทั้งหมด 5 กลุ่ม (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ได้แก่

2.1 กลุ่มยาขับปัสสาวะ (Diuretics)

กลไกการออกฤทธิ์ ออกฤทธิ์ขับน้ำหรือของเหลวและเกลือ ส่งผลให้ร่างกายขับปัสสาวะบ่อย ความดันโลหิตจึงลดลง และเป็นยาในกลุ่มแรกที่นำมาใช้ในการรักษาความดันโลหิตสูง ผลข้างเคียง เกิดโปตัสเซียม แมกนีเซียมและโซเดียมในเลือดต่ำและแคลเซียมในเลือดสูง การเผาผลาญไขมันผิดปกติ ทำให้เกิดไขมันในเลือดสูง การเผาผลาญกลูโคสผิดปกติ ทำให้เกิดน้ำตาลในเลือดสูงและมีกรดยูริกในเลือดสูง และเกิดความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้ เช่น Furosemide, Thiazide และ Spironolactone เป็นต้น (Laurent, 2017)

2.2 ยาปิดกั้นเบต้า (Beta-adrenergic blocker [BBs])

กลไกการออกฤทธิ์ โดยการลดปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที ยับยั้งการหลั่ง Renin (Bain, 2018) ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลง ผลข้างเคียง ทำให้หลอดเลือดตีบแคบจากการหดตัว ทำให้หายใจลำบาก อ่อนเพลีย และหัวใจเต้นช้าลง จึงควรระวังในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย โรคที่เกี่ยวข้องกับทางเดินหายใจ หรือโรคหลอดเลือดส่วนปลาย เป็นต้น ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้ เช่น Atenolol, Bisoprolol, Carvedilol และ Metoprolol เป็นต้น (Bain, 2018)

2.3 ยาต้านแคลเซียม (Calcium Channel Blocker [CCBs])

กลไกการออกฤทธิ์ ยับยั้งการเคลื่อนตัวของแคลเซียมไอออนผ่านช่องทางบริเวณผนังของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจและเซลล์กล้ามเนื้อเรียบ เป็นผลให้เซลล์กล้ามเนื้อเหล่านั้นไม่สามารถหดตัวได้ เกิดการคลายตัวในที่สุด ทำให้เกิดการขยายตัวของหลอดเลือด ผลที่ตามมาคือความดันโลหิตลดลงด้วย

ผลข้างเคียง คือ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ หน้าแดง ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ขาบวม เป็นผลจากหลอดเลือดขยายตัว บางรายอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และท้องผูกได้ เป็นต้น ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้ เช่น Verapamil และ Nifedipine เป็นต้น (Laurent, 2017)

2.4 ยาต้านระบบ Renin (Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors [ACEIs])

กลไกการออกฤทธิ์ ออกฤทธิ์ยับยั้งการหลั่ง Renin และยับยั้งการทำงานของ Renin รวมทั้งยับยั้งการหลั่งเอนไซม์เพื่อให้มี Angiotensin I เปลี่ยนเป็น Angiotensin II ไม่ให้หลอดเลือด

หดรัศมีและเพิ่มการหลั่ง Aldosterone (Laurent, 2017)

ผลข้างเคียง อาการไอ ผื่นขึ้น เม็ดเลือดขาวต่ำ ภาวะพะอืดพะอมและลำไส้อักเสบ
โปแตสเซียมในเลือดสูง การรับรสเปลี่ยนไป เป็นต้น ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้ เช่น Enalapril, Benazepril,
Fosinopril, Lisinopril, Perindopril, Accupril และ Captopril เป็นต้น (Laurent, 2017)

2.5 ยาต้านตัวรับแองจิโอเทนซิน (Angiotensin II Receptor Blockers [ARBs])

กลไกการออกฤทธิ์ ออกฤทธิ์โดยการปิดกั้นตัวรับสาร Angiotensin II ทำให้สาร
Angiotensin II ไม่สามารถออกฤทธิ์ได้ เกิดเส้นเลือดขยายตัว ทำให้ความดันโลหิตลดลง

ผลข้างเคียง อาจมีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด ปวดศีรษะ ใจสั่น ความดันโลหิตต่ำ
ขณะเปลี่ยนท่า มึนงง ท้องร่วง เป็นต้น ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้ เช่น Candesartan, Irbesartan, Losartan,
Telmisartan และ Valsartan เป็นต้น (Laurent, 2017)

สรุปได้ว่า อายุที่เพิ่มมากขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ และมีโอกาส
เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่ไม่แสดงอาการ
และเป็นโรคที่ต้องรับประทานยาเป็นจำนวนมากกว่า 1 ชนิดขึ้นไป จากผลข้างเคียงของยาบางชนิด
จะส่งผลให้เกิดความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า อาการเวียนศีรษะและมึนงง เกิดความบกพร่อง
ของความสามารถในการทรงตัวและทำให้เกิดการหกล้มตามมาได้

การหกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ความหมายของการหกล้ม

การหกล้ม หมายถึง การเปลี่ยนท่าโดยไม่ได้ตั้งใจและเป็นผลให้ร่างกายทรุดลง
หรือนอนลงกับพื้น (เปรมกมล ขวนขวาย, 2550) หรือระดับที่ต่ำกว่า เช่น โຕ้ะ เก้าอี้ เป็นต้น
ทั้งนี้การหกล้มที่เกิดขึ้น อาจทำให้ร่างกายได้รับบาดเจ็บหรือไม่ก็ตาม แต่ไม่รวมการหกล้ม
อันเกิดจากแรงกระทำภายนอก เช่น ถูกเดินชน หรือการหกล้มที่เกิดจากการเจ็บป่วย
เช่น การเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรือการเป็นลม เป็นต้น (Piphatvanitcha, 2006)

สรุปได้ว่า การหกล้ม หมายถึง การสูญเสียการทรงตัวโดยไม่ได้ตั้งใจ ทำให้ส่วนใด
ส่วนหนึ่งของร่างกายสัมผัสกับพื้นหรือระดับที่ต่ำกว่าทั้งภายในและภายนอกบ้าน แต่ไม่รวม
การหกล้มที่เกิดจากแรงกระทำภายนอก เช่น โรคหลอดเลือดสมอง การถูกรถชน การถูกเดินชน
และการถูกทำร้ายร่างกาย เป็นต้น

อุบัติการณ์การหกล้มในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

อุบัติการณ์ของการหกล้มในผู้สูงอายุ สูงเป็นอันดับสองรองจากอุบัติเหตุจราจร
บนท้องถนน ปัจจุบันปัญหาการหกล้มในผู้สูงอายุยังคงมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ตามจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น (CDC, 2019) จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีประวัติการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 43 (Margolis et al., 2019) อาการที่เกิดขึ้นขณะหกล้มที่พบบ่อย คือ ความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า ร้อยละ 61 (Gangavati et al., 2011) กล้ามเนื้ออ่อนแรง ร้อยละ 23.80 และเวียนศีรษะ ร้อยละ 20.3 (ลาวรรณ ตั้งอำพรทิพย์ และคณะ, 2557) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ พบว่า ความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าจากการได้รับยาลดความดันโลหิตทำให้เกิดการหกล้ม ร้อยละ 64 (ละออม สร้อยแสง และคณะ, 2557)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ปัจจัยของการหกล้มสามารถจำแนกได้เป็น 2 ปัจจัย ได้แก่

1. ปัจจัยภายใน (Internal factor)

เกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยและภาวะสุขภาพของตัวผู้สูงอายุเอง เช่น อายุที่เพิ่มมากขึ้น จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบประสาท การมองเห็น การได้ยินลดลง การเปลี่ยนแปลงของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ (จิตติมา ทาสวรรณอินทร์, 2559) ทำให้สูญเสียความสามารถในการทรงตัว กลืนปัสสาวะไม่ได้ และมีประวัติหกล้ม เป็นต้น สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงนั้น ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการหกล้ม ได้แก่ อาการเวียนศีรษะ การรับรู้ความสามารถในการมองเห็นลดลง และความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า (Tinetti et al., 2000)

2. ปัจจัยภายนอกร่างกาย (External factor)

ปัจจัยที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุ ได้แก่ สิ่งแวดล้อม ซึ่งขัดขวางการเคลื่อนไหว ทำให้ไม่ปลอดภัยทั้งภายในบ้านและนอกบ้าน เช่น พื้นลื่น พื้นเรียบไม่สม่ำเสมอ พรมเช็ดเท้าที่ไม่ยึดเกาะพื้น รวมทั้งการสวมเสื้อผ้าและรองเท้าที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น (จิตติมา ทาสวรรณอินทร์, 2559) สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงนั้น ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการหกล้ม ได้แก่ การใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงและยาขับปัสสาวะ (Bromfield et al., 2017; Skanebo, 2019) จะไปมีผลต่อ Central information processing ที่ทำหน้าที่ประมวลข้อมูลนำเข้าจากประสาทสัมผัส (Sensory input) ที่ส่งเข้ามาและเลือกลักษณะการตอบสนอง ยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูงบางชนิด มีผลข้างเคียง คือ เดีนเซ สับสน (Fragoso & McAvay, 2020) ทำให้เกิดการหกล้มในผู้สูงอายุได้

การหกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมักเกิดจากปัจจัยชักนำที่เสี่ยงหลายประการ ส่งผลให้เกิดการหกล้มและมีผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจตามมา ดังนี้

ผลกระทบของการหกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

การหกล้มเป็นปัญหาสุขภาพหนึ่งที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เกิดจากการสูญเสียการทรงตัว เป็นผลให้ร่างกายหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายปะทะกับสิ่งต่าง ๆ ซึ่งผลกระทบของการหกล้ม ไม่เพียงส่งผลต่อผู้สูงอายุเท่านั้น ยังส่งผลต่อครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านร่างกาย การหกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อาจรุนแรงไปถึงศีรษะ กระแทกกับพื้นและได้รับการกระทบกระเทือน ทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการบาดเจ็บที่ศีรษะ จากเลือดออกในสมอง ความเสี่ยงนี้จะสูงมากขึ้น ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (CDC, 2019) เนื่องจากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จะมีพยาธิสภาพที่หลอดเลือด ภาวะโรคเรื้อรัง จะส่งผลให้หลอดเลือดอ่อนแอลงเรื่อย ๆ เกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดได้ง่าย ผู้สูงอายุบางราย ต้องรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด ผลข้างเคียงคือ ทำให้เลือดออกง่ายหยุดยาก หากมีการหกล้ม ศีรษะได้รับการกระทบกระเทือน จะมีความเสี่ยงสูงต่อเส้นเลือดในสมองแตก เกิดภาวะเลือดออก ภายในสมอง ก้อนเลือดที่ขยายขนาดใหญ่ขึ้นจะไปกดเบียดเนื้อสมอง ทำให้เกิดความดัน ในกะโหลกศีรษะ ถือเป็นภาวะที่อันตรายและร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิต (CDC, 2019) ในกรณีที่ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไม่เสียชีวิต ได้รับการบาดเจ็บจากการหกล้ม เช่น ฟกช้ำ และกระดูกหัก การบาดเจ็บนี้จะสร้างความเจ็บปวดเรื้อรัง ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูง มากกว่าหรือเท่ากับ 180/ 100 mmHg ส่งผลต่อหลอดเลือดต่าง ๆ ในอวัยวะภายในร่างกาย ทำให้เกิด โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ เกิดตาพร่ามัวเนื่องจากเส้นเลือดฝอยฉีกขาดจากระดับ ความดันโลหิตที่สูงมากและไตวายเฉียบพลัน (เพ็ญพักตร์ หนูผุด และคณะ, 2563)

2. ด้านจิตใจ การหกล้มส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีความเครียด ความวิตกกังวล หรือภาวะซึมเศร้า จากอาการดังกล่าว ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงขาดความมั่นใจ ในการปฏิบัติกิจกรรม และมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้ม อยู่ในระดับต่ำ (นารีรัตน์ จิตรมนตรี, 2554) ทำให้สูญเสียความมั่นใจในการเดินและการทำกิจกรรม ต่าง ๆ ลดการทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อหลีกเลี่ยงการหกล้ม นอกจากนี้ ยังทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพ ชีวิตลดลงและบางรายอาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้

3. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เมื่อผู้สูงอายุได้รับการบาดเจ็บจากการหกล้ม จำเป็นต้อง เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้นทั้งตัวของผู้สูงอายุ ครอบครัว โรงพยาบาล และภาครัฐ ทำให้สูญเสียค่ารักษาพยาบาลหลังการหกล้ม สูญเสียเวลาในการทำงานของญาติ เมื่อต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ในปี 2015 มีการเสีย ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้สูงอายุที่หกล้มมากกว่า 5 หมื่นล้านบาท (Florence et al., 2018)

สรุปได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเกิดการหกล้มจะมีผลกระทบตามมา ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ทั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มมาแล้วจะมีโอกาส หกล้มซ้ำในปีต่อมา และจะเกิดผลแทรกซ้อนจากการหกล้มมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ รู้สึกว่าตนเองด้อยค่าไร้ความสามารถ ต้องคอยพึ่งพาบุคคลอื่นอยู่เสมอ ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพ ชีวิตลดลง เกิดภาวะซึมเศร้า และเสียชีวิตตามมาได้ จากผลกระทบและความรุนแรงดังกล่าว ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังหัวข้อต่อไปนี้

การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ความหมายของการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้ม

การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้ม หมายถึง การรับรู้ความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการหกล้ม โดยการทำกิจกรรมที่ไม่เป็นอันตราย (Tinetti & Powell, 1993) และมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้ม (Jung et al., 2015; Pua et al., 2017; Yardley et al., 2005)

สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยให้คำจำกัดความของการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้ม หมายถึง ความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อความรู้สึกมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยไม่เกิดการหกล้ม

การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับสูง จะยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองว่าเป็นเรื่องธรรมดา (Padmanabhan, 2019) มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ผู้สูงอายุจึงมีการปรับตัวให้เหมาะสมกับโรคที่ตนเองเผชิญ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ออกกำลังกาย ไม่จำกัดกิจกรรมและการเคลื่อนไหว มีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ มีการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง และไม่ขาดยา ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มนี้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ดี มีภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงน้อย และคิดว่าความเจ็บป่วยนั้นเป็นเพียงสิ่งผิดปกติเล็กน้อยและไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจึงสามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิต การรับประทานยา และการเลือกรับประทานอาหาร พร้อมทั้งยังได้รับคำแนะนำ

การรับประทานยาโรคประจำตัวจากเภสัชกร และการดูแลตนเองจากพยาบาลตามระบบ
ของโรงพยาบาลเป็นอย่างดี ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

อย่างไรก็ตาม หากผู้สูงอายุมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่
หกล้มอยู่ในระดับต่ำ จะส่งผลให้เกิดความไม่มั่นใจ ไม่เชื่อในความสามารถของตนเอง พยายาม
หลีกเลี่ยงกิจกรรมต่าง ๆ จนก่อให้เกิดการจำกัดกิจกรรมตามมารวมไปถึงการไม่ออกกำลังกาย
ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ดีเท่าที่ควร ก่อให้เกิด
ภาวะแทรกซ้อนจากระดับความดันโลหิตสูง เช่น ภาวะแทรกซ้อนจากหลอดเลือดสมอง
หลอดเลือดหัวใจ ประสาทตาเสื่อม และไตวายเรื้อรัง เป็นต้น หากเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว
ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปรับตัวได้ จะเกิดภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เนื่องจากรู้สึกว่
ตนเองมีคุณค่าลดลง บอบช้ำในสังคมลดลง และเป็นภาระของลูกหลาน โดยมีการศึกษา พบว่า
ในเพศหญิงมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ
65.8 ซึ่งมากกว่าเพศชายที่มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ใน
ระดับต่ำ ร้อยละ 50 (Chang et al., 2016) สอดคล้องกับการศึกษาของ Thiamwong and Suwanno
(2017) พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
โดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 50 สาเหตุหนึ่งมาจากพยาธิสภาพของโรคความดันโลหิตสูง
กล่าวคือ เมื่ออายุมากขึ้น ผนังหลอดเลือดแดงจะหนาตัวขึ้น และการตีตัวของกล้ามเนื้อเรียบมาก
ขึ้น โดยมักเกิดร่วมกับการสะสมของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันและไขมันในผนังหลอดเลือด ทำให้ผนัง
หลอดเลือดมีความแข็งตัวมากขึ้น (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2554) จึงทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง
ในผู้สูงอายุ หากมีภาวะความดันโลหิตสูงที่อยู่ในระดับต่ำหรือปานกลาง อาการอาจไม่ปรากฏ
ให้เห็น ส่วนผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงในระดับรุนแรง อาการจะปรากฏให้เห็น เช่น ปวดศีรษะ
เหนื่อยง่าย หรือเลือดกำเดาไหล (จันจิราภรณ์ วิชัย และคณะ, 2558) นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาการ
รับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้ม ที่เปรียบเทียบการใช้ยาในโรคเรื้อรัง
ต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ พบว่า การใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความมั่นใจ
ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำมากที่สุด ร้อยละ 39.8 (Filiatrault et al.,
2009) นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาที่ พบว่า ยาต้านตัวรับแองจิโอเทนซิน (Angiotensin II Receptor
Blockers [ARBs]) มีการใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มยารักษาโรคความดันโลหิต
กลุ่มอื่น ร้อยละ 40.8 (Kakhki et al., 2018) ซึ่งยากกลุ่มนี้มีผลข้างเคียง อาจมีอาการเวียนศีรษะ
หน้ามืด ปวดศีรษะ ใจสั่น ความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า มึนงง ท้องร่วง เป็นต้น จึงส่งผลให้
ผู้สูงอายุรู้สึกไม่มีความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ สูญเสียการทรงตัว ทำให้มีการรับรู้

ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ และผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เคยมีประสบการณ์การหกล้ม ทำให้มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 30.2 (Kakhki et al., 2018) ส่งผลให้ผู้สูงอายุเสียความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และเป็นผลให้จำกัดการเคลื่อนไหวของตนเองและเพิ่มการพึ่งพาผู้อื่น เป็นภาระแก่ครอบครัว (Lane et al., 2014) ส่งผลกระทบและเกิดภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจตามมา

ผลกระทบของการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ เปรียบเสมือนสิ่งที่ปิดกั้นความสำเร็จในการพัฒนาความสามารถของผู้สูงอายุ ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงตามวัยที่เกิดขึ้นรวมทั้งการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของสภาวะร่างกายที่เสื่อมถอยลง ทำให้ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีลักษณะของความเปราะบางมากกว่าวัยอื่น ๆ แม้ว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยความระมัดระวังมากขึ้น แต่ในขณะเดียวกัน การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำนี้ จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจ มีความรู้สึกถึงอันตราย พยายามหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยจำกัดการเคลื่อนไหว เนื่องจากเชื่อว่าสามารถป้องกันการหกล้มได้ ซึ่งผลกระทบจากการไม่เคลื่อนไหวร่างกาย เนื่องจากการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำดังกล่าว นับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญ และส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก (ลักษณะ มะรังกา และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2555) ซึ่งสามารถสรุปได้ ดังนี้

ผลกระทบทางด้านร่างกาย

1. เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการไม่เคลื่อนไหวร่างกาย (Immobilization syndrome) ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 50-83 พยายามหลีกเลี่ยงหรือจำกัดตนเองในการทำกิจกรรม (Gillespie & Friedman, 2007) เพราะผู้สูงอายุคาดหวังว่าจะช่วยป้องกันตนเองจากการหกล้ม แต่ผลระยะยาวที่เกิดการเปลี่ยนแปลงตามมา เนื่องจากมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการจำกัดกิจกรรม ซึ่งส่งผลกระทบและเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ดังนี้

1.1 ภาวะแทรกซ้อนในระบบไหลเวียนโลหิต ได้แก่ ภาวะความดันเลือดต่ำขณะเปลี่ยนท่า (Postural hypotension) ภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน (Deep vein thrombosis)

ร้อยละ 27.50 (Malarvizhi & Hemavathy, 2015) และภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดในปอด (Pulmonary embolism) (Laksmi et al., 2008)

1.2 ภาวะแทรกซ้อนในระบบกระดูก ข้อต่อ และกล้ามเนื้อ มีการสูญเสียมวลกระดูก (Demineralization of bones) ทำให้กระดูกบาง กระดูกพรุน เนื่องจากไม่มีการเคลื่อนไหว หรือเคลื่อนไหวน้อย เกิดข้อยึดติด การเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ ได้ไม่เต็มที่ (Limited range of motion) (Fried et al., 2004) นอกจากนี้ ผลกระทบต่อการเคลื่อนไหวน้อย เป็นระยะเวลา 7 วัน ทำให้เกิด กล้ามเนื้อฝ่อลีบ (Muscle atrophy) ร้อยละ 45 (Goldspink, 1977) กล้ามเนื้ออ่อนแรง และ โรคกระดูกพรุน (Osteoporosis) มีการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหวนานมากกว่า 6 สัปดาห์ ส่งผลให้เกิดการสูญเสียมวลกระดูกที่ ulna มากที่สุด ร้อยละ 24.1 และ humerus ร้อยละ 10.8 (Uthoff & Jaworski, 1978)

1.3 ภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินอาหาร จากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ไปในทางเสื่อมสภาพ ทำให้การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารลดลง (Miller, 2019) ร่วมกับ ผู้สูงอายุทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง เพราะผู้สูงอายุไม่ค่อยได้เคลื่อนไหวร่างกาย หรือสูญเสีย ความสามารถในการเดิน ทำให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวน้อย ดูดซึมอาหาร ได้น้อยลง ส่งผลให้เกิด ภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ อาการท้องผูก (Constipation) ร้อยละ 58.25 (Malarvizhi & Hemavathy, 2015) ก้อนอุจจาระอุดตันในลำไส้ (Fecal impaction)

1.3.1 อาการเบื่ออาหาร (Anorexia) และภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) การที่ร่างกายไม่มีการเคลื่อนไหว ทำให้ความต้องการพลังงานและสารอาหารลดลง เกิดอาการ เบื่ออาหาร ร่างกายขาดวิตามินที่จำเป็นต่าง ๆ นอกจากนั้นระดับของสังกะสีและแมกนีเซียมในเลือด ก็ลดลง เนื่องจากการขับออกปัสสาวะและอุจจาระเพิ่มขึ้น ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลง ทางเสื่อมของกระดูกและกล้ามเนื้อจากการไม่เคลื่อนไหวร่างกาย

1.4 โรคติดเชื้อ ได้แก่ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection) เนื่องจากการไม่เคลื่อนไหวร่างกายหรือการนอนนาน ๆ นอกจากนี้ ยังส่งผลให้เกิดปอดอักเสบ จากการสูดสำลัก (Aspiration pneumonia) และแผลกดทับติดเชื้อ (Infected pressure ulcer)

1.5 ภาวะแทรกซ้อนในด้านเมตาบอลิซึม

1.5.1 การเพิ่มขึ้นของปัสสาวะ ปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ และการเปลี่ยนแปลง ของน้ำนอกเซลล์ (Increased diuresis, Natriuresis, and Extracellular fluid shifts) เมื่อมีการขับ ปัสสาวะ ส่งผลให้เกิดการกระตุ้น antidiuretic hormone ซึ่งเป็นเปปไทด์ฮอร์โมนที่ทำให้เส้นเลือด หดรัศมี และลดการหลั่งปัสสาวะ นำไปสู่การสะสมของปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ ทำให้มีระดับ

โซเดียมเพิ่มขึ้นชั่วคราวในหลอดเลือด ทำให้มีการกระตุ้นการหลั่งของฮอร์โมน Antidiuretic hormone, Aldosterone และ Cortisol เกิดภาวะการบวมน้ำตามมา (Goldspink, 1977)

1.5.2 ภาวะพร่องสมดุลไนโตรเจน (Negative nitrogen balance)

ภาวะนี้เกิดขึ้นแม้ผู้สูงอายุที่สูญเสียความสามารถในการเดินจะได้รับอาหารประเภทโปรตีนอย่างเพียงพอก็ตาม ซึ่งเป็นผลจากการที่กล้ามเนื้อฝ่อลีบ จากการไม่เคลื่อนไหวเป็นเวลานาน ทำให้มีการขับธาตุไนโตรเจนออกทางปัสสาวะเพิ่มมากขึ้น (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2554)

1.5.3 ความทนต่อกลูโคสบกพร่อง (Impaired glucose tolerance)

จากการที่กล้ามเนื้อไม่มีการเคลื่อนไหว ทำให้ความไวของเนื้อเยื่อต่อฮอร์โมนอินซูลินลดลง เกิดภาวะคือต่ออินซูลิน (Insulin resistance) ระดับน้ำตาลในเลือดจึงสูงนานกว่าปกติ ระดับกลูคาگونลดลงและตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นช้าลง (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2554)

1.5.4 ภาวะแคลเซียมในเลือดสูงและการสูญเสียแคลเซียม (Hypercalcemia and calcium loss)

ผู้สูงอายุที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจะมีการสูญเสียแคลเซียมในร่างกาย การสูญเสียแคลเซียมสูงสุดจากกระดูก จะเกิดขึ้นในช่วงสัปดาห์ที่ 4-5 ในผู้สูงอายุบางรายอาจมีอาการจากภาวะแคลเซียมในเลือดสูง เช่น มีอาการเบื่ออาหาร ปวดท้อง คลื่นไส้ วิงเวียน ปวดศีรษะ กระหายน้ำ ปัสสาวะมาก ง่วงนอน และอาจไม่รู้สึกรู้สิดัว ในสัปดาห์ที่ 4-8 ที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหว (Lawrence et al., 1973)

1.5.5 นิ่วในไต (Renal stone) อาจเกิดได้จาก 3 สาเหตุหลัก ๆ ที่ทำให้เกิดนิ่วในไต

หรือนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ ได้แก่ ภาวะแคลเซียมมากในปัสสาวะ มีการขังของน้ำปัสสาวะ และการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (Goldspink, 1977)

1.6 ผลกดทับ จากการเปลี่ยนแปลงสภาพของผิวหนังในผู้สูงอายุ จะพบว่าผิวหนัง

มีการเหี่ยวย่น แห้ง มีจุดดำและขาว เส้นเลือดฝอยใต้ผิวหนังแตกง่าย ต่อมเหงื่อมีจำนวนและขนาดลดลง ผิวหนังขาดความมันและความยืดหยุ่น ขาดความชุ่มชื้น (Teasell & Dittmer, 1993) และในผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย เนื่องจากมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ ทำให้เนื้อเยื่อหรือเซลล์บริเวณเฉพาะเหนือปุ่มกระดูกที่เกิดแรงกดทับ กระทำต่อผิวหนังเป็นระยะเวลานาน ทำให้เนื้อเยื่อขาดเลือดไปเลี้ยง ส่งผลให้เกิดแผลกดทับตามมา

2. เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดการหกล้มสูงขึ้น การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ ทำให้ความสามารถในการก้าวเดินลดลง ซึ่งรูปแบบการก้าวเดินลักษณะนี้ทำให้ความมั่นคงของศีรษะลดลง ลำตัวโอนเอนล้มง่ายขึ้น การตอบสนองของกล้ามเนื้อขา การควบคุมการทรงตัว ความแข็งแรงของข้อสะโพก และข้อเข่าของผู้สูงอายุ

ที่มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ มีการตอบสนองที่ช้า และมีความสามารถต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้ม (Gillespie & Friedman, 2007) มีการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มประมาณ 1.86 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว (เพ็ญพักตร์ หนูสุด และคณะ, 2563) ส่วนในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า พบว่า มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ร้อยละ 32 (Velde et al., 2007) สาเหตุดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อการหกล้มเพิ่มขึ้น

ผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์

ในผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงตามวัยในด้านจิตสังคม ทำให้สูญเสียบทบาทหน้าที่ หากเกิดร่วมกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ จะทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความวิตกกังวล ลังเล ไม่แน่ใจในการก้าวเดินเพื่อปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ เกิดการจำกัดการดำเนินชีวิตประจำวันและกิจกรรมทางสังคม เนื่องจากไม่กล้าไปไหนคนเดียว และไม่กล้าเข้าสังคม เพราะกลัวว่าจะต้องไปพบกับสิ่งแวดล้อมหรือฝูงชนที่จะทำให้ตนเองเกิดการหกล้ม (Cumming et al., 2000) ทำให้ต้องคอยพึ่งพามวลคนอื่น จนเกิดความรู้สึกด้อยค่า ไร้ความสามารถ และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ Suzuki et al. (2002) พบว่า หลังจากการหกล้ม ผู้สูงอายุบางรายอาจมีประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาด้านอารมณ์ รวมไปถึงภาวะซึมเศร้าและสูญเสียความมั่นใจในตนเอง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตลดลง และมีความวิตกกังวล และการศึกษาของ Gillespie and Friedman (2007) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้ม

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม

ผลสืบเนื่องจากผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อผู้สูงอายุมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ ส่งผลให้ญาติหรือผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลมากขึ้น ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง หรือทำหน้าที่ลดลง ส่งผลกระทบต่อครอบครัว ประสิทธิภาพ ทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่กล้าเคลื่อนไหวร่างกาย หรือทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง (Medina et al., 2011) นอกจากนี้ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการไม่เคลื่อนไหวร่างกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายน้อย ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

ของผู้สูงอายุก่อให้เกิดความพิการ ดังนั้น การใช้จ่ายด้านการแพทย์เพื่อช่วยลดความพิการที่ใช้จ่ายไปแล้วกว่า 2.5 ล้านล้านบาทหรือร้อยละ 2.5 สำหรับการดูแลผู้สูงอายุ (Cutler, 2001)

จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ ทำให้เกิดการจำกัดกิจกรรมและการเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพของอวัยวะร่างกายเร็วขึ้น ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้น้อย มีอัตราการพึ่งพา และเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกายโดยตรง ไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของบุคคลในครอบครัว ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ จึงควรได้รับการประเมินการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้ม เพื่อให้ได้รับการแก้ไขและเพิ่มความมั่นใจในการทรงตัวและการทำกิจกรรม ซึ่งจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบจากการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำดังกล่าวข้างต้น

อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาที่นำทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองมาใช้ในการอภิปรายในงานวิจัย (ชนภรณ์ พิพัฒน์วิมลชชา และคณะ, 2561; สติดา ปักเขมา ยัง และคณะ, 2562; อัจฉราวรรณ รัตนมณี และนัยนา พิพัฒน์วิมลชชา, 2560) ทั้งนี้ จากทฤษฎีดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมขอบเขตสุขภาพ และขอบเขตส่วนประกอบที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของแต่ละบุคคล จึงได้มีการนำแนวคิดตามบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ (ICF) เข้ามาอภิปรายเพิ่มเติมในงานวิจัย เพื่อบ่งบอกความสามารถทางด้านร่างกายและจิตใจ ความจำกัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการมีส่วนร่วมในสังคม (อนันต์ศักดิ์ จันทร์ศรี และคณะ, 2562)

แนวคิดตามบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ

แนวคิดตามบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ

(International classification of functioning, disability and health [ICF]) ก็กับการรับรู้

ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

1. แนวคิดบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน สุขภาพและความพิการ

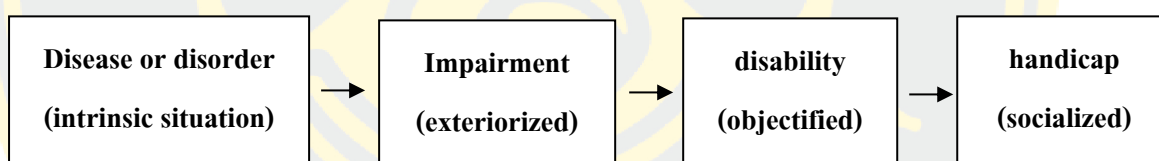
บัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน สุขภาพและความพิการ (International classification of functioning, disability and health [ICF]) เป็นแนวคิดและรหัสที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลสุขภาพ รวมทั้งสมรรถนะของบุคคลที่องค์การอนามัยโลกประกาศให้ใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 (WHO, 2001) ประเทศไทยได้นำรหัส ICF เข้ามาใช้โดยศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุขตั้งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 และได้มีการจัดสัมมนา ICF workshop ในประเทศไทย พ.ศ. 2546 รหัส ICF รวมทั้งความหมายของแต่ละรหัส

ได้ถูกแปลเป็นภาษาไทยในปี พ.ศ. 2548 (องค์การอนามัยโลก, 2544)

2. การพัฒนา ICF และการนำไปใช้ประโยชน์

ICF สามารถใช้ในการแสดงข้อมูลที่เป็นองค์ประกอบของสุขภาพได้อย่างชัดเจน และหลากหลายมิติ ไม่เพียงแต่เฉพาะข้อมูลทางการแพทย์เท่านั้น แต่ยังสามารถใช้การให้บริการ ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ด้วย องค์การอนามัยโลกสนับสนุนให้มีการบันทึกรหัส ICF ร่วมกับ รหัส International Classification of Diseases (ICD) โดย ICD เป็นการบันทึกข้อมูลด้านโรค และความเจ็บป่วย ส่วน ICF เป็นการบันทึกสภาวะสุขภาพที่ได้รับผลกระทบจากความเจ็บป่วย รวมทั้งคุณภาพชีวิต (องค์การอนามัยโลก, 2544)

ICF ได้พัฒนาขึ้นมาจากเครื่องมือบันทึกความพิการเดิม (International Classification of Impairment, Disability and Handicap [ICIDH]) (Vrankrijker, 2003) ซึ่งพัฒนาขึ้นมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2518 เพื่อใช้อธิบายผลกระทบ (Consequences) ของโรคและความเจ็บป่วยต่าง ๆ ดังภาพที่ 2 ทำให้เกิดความบกพร่อง (Impairment) นำไปสู่ความพิการ (Disability) และความด้อยโอกาส (handicap) ในที่สุด



ภาพที่ 2 แนวคิด ICIDH (Vrankrijker, 2003)

จากแนวคิด ICIDH พบว่า ข้อจำกัดด้านร่างกายและการทำงานของมนุษย์เกิดจากปัจจัย ทางด้านร่างกายเพียงอย่างเดียว แต่แนวคิดของ ICF ได้รวมปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมเข้ามาด้วย ทำให้มีความครอบคลุมสมรรถนะของคนพิการ คุณภาพชีวิตและความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อความสามารถในการดำรงชีวิตของมนุษย์เข้ามาด้วย ทำให้แนวคิด ICF อธิบาย ส่วนประกอบของคุณภาพชีวิตที่ครอบคลุมมากกว่าแนวคิด ICIDH

3. แนวคิดในการประเมินและจัดทำชุดรหัส โดย ICF ถูกนำมาใช้ใน 2 รูปแบบ

3.1 ชุดรหัส มีการพัฒนาชุดรหัสหลัก (ICF core sets) สำหรับเก็บข้อมูลสุขภาพ ในแต่ละโรค และได้มีการรายงานการพัฒนาชุดรหัส ICF เพื่อนำมาใช้ในกลุ่มโรคเรื้อรังต่าง ๆ ปัจจัยที่เป็นส่วนประกอบของคุณภาพชีวิตจะมีรหัส (Code) ที่ใช้แทนเนื้อหาในทุกหมวด รหัส ICF

ประกอบด้วยตัวหนังสือภาษาอังกฤษ 1 ตัว ตามด้วยตัวเลขตั้งแต่ 1-4 ตัว และตัวเลขหลังจุดทศนิยม ตั้งแต่ 1-5 ตัว

3.2 กรอบแนวคิด (Conceptual framework) กรอบแนวคิดการศึกษานี้เป็นแบบจำลองที่ใช้ในการนิยามความพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 การใช้บัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ (International classification of functioning, disability and health [ICF]) มีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อการนำเสนอภาษามาตรฐานที่รวมไว้ด้วยกันและโครงสร้างในการอธิบายสุขภาพและสถานะส่วนประกอบที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยนำมาใช้ในการเก็บข้อมูลด้านสุขภาพ ความพิการ ทำให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม ความเจ็บป่วย และผลกระทบของความเจ็บป่วย ในการมองปัญหาสุขภาพแบบบูรณาการ โดยใช้ในการค้นหาความสามารถในการดำรงชีวิตของมนุษย์ และเพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้

ICF ใช้แสดงสถานะที่ครอบคลุมขอบเขตสุขภาพ และขอบเขตส่วนประกอบที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของแต่ละบุคคลบ่งบอกความสามารถทางด้านร่างกายและจิตใจ ความจำกัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการมีส่วนร่วมในสังคมโดยสามารถประเมินได้จากกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ (Active of Daily Living [ADL]) ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำและการเดิน เป็นต้น โดยพิจารณาประเด็นหลักที่สำคัญ ได้แก่

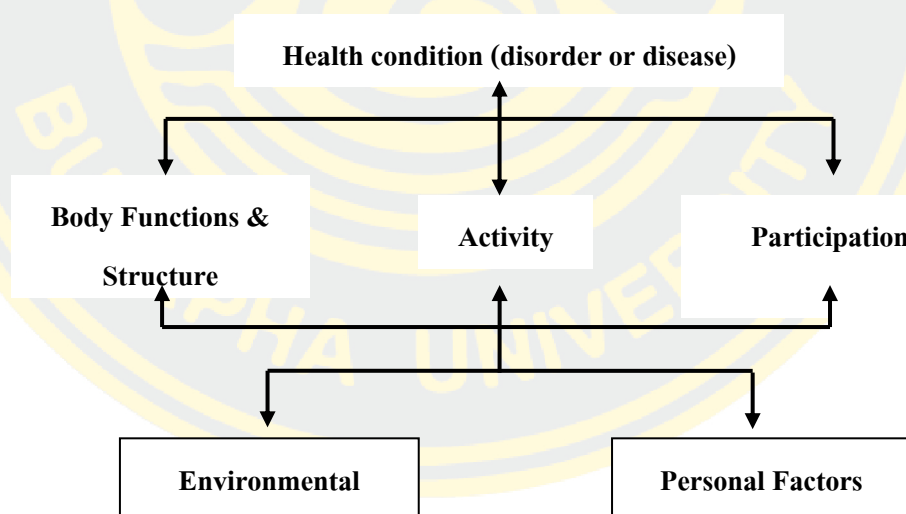
1. การทำงานของร่างกายและ โครงสร้างของร่างกาย (Body function & structure) การสูญเสียความสามารถของร่างกายทำให้เกิดความบกพร่อง (Impairment) หรือการสูญเสียการทำงานที่ของโครงสร้างหรือระบบต่าง ๆ ในร่างกาย
2. กิจกรรม (Activity) การปฏิบัติกิจกรรมของแต่ละบุคคล ซึ่งถ้าบุคคลมีการสูญเสียความสามารถส่วนนี้ จะส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการทำกิจกรรม (Activity limitation)
3. การมีส่วนร่วม (Participation) ความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม หากสูญเสียความสามารถส่วนนี้ จะก่อให้เกิดปัญหาในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม หรืออุปสรรคในการมีส่วนร่วม (Participation restriction)
4. สภาพะสุขภาพของบุคคล อาจได้รับผลกระทบจาก
 - 4.1 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental factors) สภาพแวดล้อมทางกายภาพที่มีผลกระทบต่อสถานะสุขภาพหรือสถานะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคล เช่น สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (ชุมชน สถานที่ อุปกรณ์ช่วย) ทักษะที่บุคคลอาศัยและดำรงชีวิต
 - 4.2 ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Personal factors) เป็นภูมิหลังของชีวิตและการดำรงชีวิต

ของบุคคล ไม่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพหรือสถานะสุขภาพ ปัจจัยนี้อาจรวมถึง เพศ เชื้อชาติ อายุ รูปแบบการดำเนินชีวิต อุปนิสัย รูปแบบการเผชิญและการจัดการปัญหาและปัจจัยอื่น ๆ

ความกระตือรือร้น และสภาวะทางจิต (Psychological functions)

ดังนั้น ในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ไม่เพียงแต่ดำเนินการต่อร่างกายโดยตรงเท่านั้น ยังต้องปรับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยภายในจิตใจด้วย เช่น การให้คำปรึกษา การให้อุปกรณ์/เทคโนโลยีช่วย เป็นต้น

การจำแนกประเภท ICF มิได้เป็นการจัดรูปแบบของ “กระบวนการ” ของการทำหน้าที่ของร่างกายและความพิการแต่สามารถนำมาใช้อธิบายถึงกระบวนการได้ โดยให้วิธีการจัดส่วนประกอบย่อยและขอบเขตต่าง ๆ และให้มุมมองที่หลากหลาย ในการจำแนกการทำหน้าที่ของร่างกาย และความพิการในลักษณะที่กระบวนการที่มีปฏิสัมพันธ์และวิวัฒนาการ นอกจากนี้ยังเป็นพื้นฐานสำหรับผู้ใช้ในการสร้างรูปแบบและศึกษาแง่มุมต่าง ๆ ของกระบวนการ ดังนั้นสามารถที่จะมอง ICF ว่าเป็นภาษา ซึ่งข้อความความสามารถที่จะสร้างขึ้นจากความคิดสร้างสรรค์และความละเอียดรอบคอบของผู้ใช้แผนผัง ที่ปรากฏในภาพที่ 3 จะช่วยให้เข้าใจในการปฏิสัมพันธ์ของส่วนประกอบต่าง ๆ ดังนี้



ภาพที่ 3 ปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างองค์ประกอบของ ICF (WHO, 2001)

การนำ ICF มาใช้ในการพัฒนาฐานข้อมูล ทำให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนคุณภาพชีวิตของมนุษย์แบบบูรณาการ นั่นคือ การมีสุขภาพที่ดีไม่ใช่เพียงแต่การไม่เป็นโรคเท่านั้น แต่ยังรวมถึงความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม ICF มีการกำหนดรหัสให้กับ

ทุกองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ทั้งโครงสร้างทางร่างกาย การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ การทำกิจกรรมและการเข้าสู่สังคม และสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อความสามารถในการดำรงชีวิตของมนุษย์ แนวความคิดของ ICF เป็นการปรับเปลี่ยนมุมมองความพิการจากมุมมองทางการแพทย์ไปเป็นมุมมองทางสังคม โดยไม่ได้มองว่าความพิการเป็นความบกพร่องของร่างกาย แต่เพียงอย่างเดียว แต่ความพิการเป็นเรื่องของปฏิสัมพันธ์ระหว่างความผิดปกติของร่างกายกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยให้คนพิการใช้ชีวิตได้เหมือนกับคนปกติ การใช้ ICF ในการเก็บข้อมูลคนพิการทำให้ได้ข้อมูลครอบคลุมทั้งความเจ็บป่วย และผลกระทบของความเจ็บป่วย รวมทั้งสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ได้ข้อมูลสมรรถนะของคนพิการอย่างครบถ้วน สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า Pohl et al., (2015) ได้นำกรอบแนวคิดทฤษฎีตามบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ International classification of functioning, disability and health (ICF) ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2001) มาศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในผู้สูงอายุ โดยนำแบบจำลองนี้มาอธิบายสุขภาพและเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคล การทำงานและความพิการถือเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ของส่วนประกอบต่าง ๆ แบบจำลองสะท้อนให้เห็นด้านบวกและด้านลบในองค์ประกอบ ซึ่งสามารถแยกได้ ดังแสดงในภาพที่ 4



ภาพที่ 4 กรอบแนวคิด ICF (Pohl et al., 2015)

ผลการศึกษา พบว่า สัดส่วนเพศหญิงมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำกว่าเพศชาย ความมั่นใจในระดับต่ำและความวิตกกังวลจะทำให้ผู้สูงอายุเพิ่มการรับรู้ความเสี่ยงและยอมรับพฤติกรรมที่มุ่งเน้นความปลอดภัย เนื่องจากความบกพร่องการทำงานที่โครงสร้างของร่างกาย เช่น ความบกพร่องการทำงานของระบบ

ประสาทสัมผัส อาจมีผลต่อความสมดุลการทรงตัว ส่งผลให้เกิดการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะในเพศหญิง (Pohl et al., 2015)

ซึ่งปัจจัยทั้งหมดที่กล่าวมานี้ล้วนมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน และกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยได้จัดกลุ่มตัวแปรตามกรอบแนวคิดของ Pohl et al. (2015) ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

1. ด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะซึมเศร้า ประสบการณ์การหกล้ม และภาวะโรคร่วม
2. ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ประเภทของกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง
3. ปัจจัยด้านกิจกรรมและการมีส่วนร่วม ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นซับซ้อน
4. ปัจจัยด้านการทำงานหรือโครงสร้างของร่างกาย ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า อาการเวียนศีรษะ การรับรู้ความสามารถในการมองเห็น และการรับรู้ความสามารถในการทรงตัว

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ของประเทศไทยและต่างประเทศ พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ ดังนี้

อายุ เมื่ออายุมากขึ้นร่างกายจะเริ่มเสื่อมถอยลงตามการเปลี่ยนแปลงตามวัย ทั้งในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบประสาท และระบบการรับรู้สัมผัส ทำให้การทำงานของร่างกายลดลง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จะมีผลต่อท่าทางการเดิน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะรู้สึกว่าไม่สามารถยกเท้าได้สูงเท่ากับที่เคยทำได้ มีการเปลี่ยนแปลงในการเคลื่อนไหวของสะโพกในการรับน้ำหนักของขาขณะเดิน ทำให้ผู้สูงอายุอาจมีการสะดุดเมื่อเดินบนพื้นที่ขรุขระหรือระดับต่างกันได้ง่าย กลไกในการทำงานที่ควบคุมการทรงตัวของระบบอวัยวะต่าง ๆ ลดลง ทำให้การทรงตัวบกพร่องเกิดการหกล้ม (ปริศนา รดสีดา, 2561) โดยเฉพาะในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงนั้น มีผลต่อหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแดงตีบแข็งเนื่องจากมีสารไขมันอุดตันเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดเมื่ออายุ

มากขึ้น หลอดเลือดจะตีบแข็งมากขึ้น ทำให้ขาดความยืดหยุ่น ขนาดรูหลอดเลือดเล็กลง เป็นผลให้ความต้านทานส่วนปลายทางรวมของหลอดเลือดสูงขึ้น (Miller, 2019) เกิดเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นตามอายุ หากไม่ได้รับการรักษาและไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จะทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ วิงเวียน ตามัว การมองเห็นผิดปกติ เหนื่อยง่าย ใจสั่น มือเท้าชา แขนขาอ่อนแรง ระดับความรู้สึกเปลี่ยนแปลง ความดันโลหิตต่ำในขณะที่เปลี่ยนท่า (นิพพานัทธินทรัพย์ และคณะ, 2560) ส่งผลให้เกิดการสูญเสียการทรงตัว มีการทรงตัวบกพร่อง ระดับความมั่นใจในการเดินลดลงและเกิดการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ โดยมีการศึกษา พบว่า อายุที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคกระดูกพรุน เป็นต้น (อนันตศักดิ์ จันทศรี และคณะ, 2562; Bruce et al., 2015; Kelly et al., 2013; Meyer et al., 2019) ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษาที่ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคเบาหวานและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น (ชนภรณ์ พิพัฒน์วิมลชชา และคณะ, 2561; ลลิตา ปักเขมา ยัง และคณะ, 2562; Kakhki et al., 2018; Oliveira et al., 2015) ดังนั้น จึงไม่สามารถสรุปได้ว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่ จำเป็นต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

เพศ โดยทั่วไปมีการกำหนดบทบาทของเพศชายและเพศหญิงแตกต่างกัน โดยเพศหญิงเป็นเพศที่ต้องทำงานบ้านและเลี้ยงดูครอบครัว ส่วนเพศชาย เป็นเพศที่ต้องทำงานนอกบ้าน เพื่อหาเงินมาเลี้ยงครอบครัว ร่วมกับเมื่อเพศหญิงเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนในร่างกายก็จะลดต่ำลง ทำให้เพศหญิงมีโครงสร้างของกระดูกบางกว่าเพศชาย เมื่อเกิดการหกล้มจึงทำให้เกิดผลกระทบที่รุนแรง เช่น กระดูกหัก ส่งผลให้เพศหญิงมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ (Hernandez et al., 2003) โดยมีการศึกษา พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เป็นต้น โดยเพศหญิงมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ มากกว่าเพศชาย (ลลิตา ปักเขมา ยัง และคณะ, 2562; อัจฉราวรรณ รัตนมณี และนัยนา พิพัฒน์วิมลชชา, 2560; Kakhki et al., 2018; Moreira et al., 2017) ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษาที่ พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคเบาหวาน

เป็นต้น (ชนกรณั พิพัฒน์วิชชา และคณะ, 2561; Oliveira et al., 2015) ดังนั้น จึงไม่สามารถสรุปได้ว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่ จำเป็นต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

ภาวะซึมเศร้า เป็นการรับรู้ภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด รู้สึกมีคุณค่าต่ำ ต่ำหนิตนเองและมีความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2538) ซึ่งการศึกษาของ Bruce et al. (2015) พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้ม เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง เกิดการหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมและมีการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินมากขึ้น (Hellström et al., 2009) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) เชื่อว่า สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์นั้นมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของบุคคล กล่าวคือ ถ้าหากบุคคลมีอารมณ์ทางด้านลบ เช่น ความซึมเศร้า ความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล หดหู่ และมีอารมณ์เศร้า จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองลดลง หรือในระดับต่ำ บุคคลจึงมักหลีกเลี่ยงที่จะทำกิจกรรมหรือพฤติกรรม ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลมีอารมณ์ทางด้านบวก เช่น ความสุข ความพึงพอใจ จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองในระดับสูง บุคคลจึงมีความมั่นใจในการทำกิจกรรม ซึ่งภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จัดเป็นอารมณ์ทางด้านลบ จึงทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถตนเองลดลง สูญสิ้นความหวังในอนาคต ไม่มั่นใจในการทำกิจกรรมหรือปฏิบัติพฤติกรรม อ่อนล้า หมดพลัง ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะซึมเศร้าจึงมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ และคิดว่าตนเองไม่มีความสามารถเพียงพอที่จะปฏิบัติกิจกรรมได้ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่ พบว่า ภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ (ลลิตา ปักเขมาขัง และคณะ, 2562) ดังนั้น จึงไม่สามารถสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่ จำเป็นต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

การรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ดี จะทำให้ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่ดีเท่าที่ควร เกิดระดับความดันโลหิตสูงเรื้อรัง และเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย ทำให้มองตนเองในแง่ลบ มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hoang et al. (2017) ที่พบว่า ผู้สูงอายุทั่วไปที่รับรู้ว่าคุณภาพในระดับไม่ดี มีความสัมพันธ์กับการรับรู้

ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้ม แต่บริบทและลักษณะบุคคลของคนไทย และชาวต่างชาติที่แตกต่างกัน ทำให้การรับรู้ภาวะสุขภาพอาจเป็นปัจจัยของการรับรู้ความมั่นใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำเป็นต้อง ทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

ประสบการณ์การหกล้ม กล่าวคือ ปัจจัยเสี่ยงหลักของการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง คือการที่ผู้สูงอายุเคยมี ประสบการณ์การพลัดตกหกล้ม ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มจะมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันโดยไม่หกล้มน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เคยหกล้ม ร้อยละ 54.4 (Kakhki et al., 2018) โดยมีการศึกษา พบว่า ประสบการณ์การหกล้มมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแลโรคเบาหวาน (อนันตศักดิ์ จันทรศรี และคณะ, 2562; Bruce et al., 2015) แต่ พบว่า มากกว่า ร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ ไม่เคยมีประวัติหกล้มมาก่อน (Scheffer et al., 2008) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนของ Bandura (1997) เชื่อว่า ประสบการณ์ทั้งของตนเองและบุคคลอื่นมีผลต่อการรับรู้ ความสามารถของบุคคล ซึ่งถ้าบุคคลมีประสบการณ์ที่ไม่ดี จะทำให้ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติ กิจกรรม ส่วนบุคคลที่ไม่เคยมีประสบการณ์การหกล้มมาก่อน แต่รับรู้ประสบการณ์ของบุคคลอื่น จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีประสบการณ์ที่ไม่ดีเช่นกัน จึงมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำได้ ดังนั้น จึงไม่สามารถสรุปได้ว่า ประสบการณ์การหกล้ม มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงหรือไม่ จำเป็นต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

ภาวะโรคร่วม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรค เนื่องจากผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ทำให้เกิดความเสื่อมในการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย จึงส่งผลกระทบต่อการทำงาน การมีโรคร่วมที่เป็น โรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด และต้องใช้เวลา ในการรักษายาวนาน เช่น โรคเบาหวาน โรคปอด โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง เป็นต้น (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ซึ่งการมีโรคร่วมหลายโรคในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง จะมีผลต่อการได้รับจำนวนประเภทของกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคความดัน โลหิตสูง และส่งผลให้มีจำนวนยาที่มากขึ้น ซึ่งกลุ่มยาลดความดันโลหิตสูงบางชนิดที่ใช้ควบคู่ กับภาวะโรคร่วม มีผลต่อความสามารถในการทรงตัว ทำให้มีอาการวิงเวียน หน้ามืด และความดัน โลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า (Gangavati et al., 2011) จากอาการดังกล่าว ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความ

บกพร่องในการทรงตัว ไม่มีความมั่นคงในการยืนและมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับต่ำ จากการศึกษา พบว่าภาวะโรคร่วมมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่อาศัยในชุมชน (Meyer et al., 2019; Moreira et al., 2017) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาที่พบว่า ภาวะโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ลลิตา ปักเขมา ยัง และคณะ, 2562; อนันตศักดิ์ จันทศิริ และคณะ, 2562) ดังนั้น จึงไม่สามารถสรุปได้ว่า ภาวะโรคร่วมมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่ จำเป็นต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

ประเภทของกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีทั้งหมด 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มยาขับปัสสาวะ (Thiazide-type diuretics) ยาปิดกั้นเบต้า (Beta-adrenergic blockers [BBs]) ยาต้านแคลเซียม (Calcium channel blockers [CCBs]) ยาต้านระบบ Renin (Angiotensin converting enzyme inhibitors [ACEIs]) และยาด้านตัวรับแองจิโอเทนซิน (Angiotensin II receptor blockers [ARBs]) (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) จากการศึกษา พบว่า ยาลดความดันโลหิตสูงบางชนิดมีผลต่อระบบสายตาและการทรงตัวทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำในขณะที่เปลี่ยนท่า (นิพพาทย์ สีนทรัพย์ และคณะ, 2560) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tinetti et al. (2014) พบว่า ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงบางชนิด ทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า เวียนศีรษะ และการทรงตัวบกพร่อง ส่งผลให้การทรงตัวของผู้สูงอายุไม่มั่นคงจึงเสี่ยงต่อการหกล้ม และมีการรับรู้ระดับความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 53.4 (Thiamwong & Suwanno, 2017) และมีการศึกษาการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มที่เปรียบเทียบการใช้ยาในโรคเรื้อรังต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ พบว่า การใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ มากที่สุด ร้อยละ 39.8 (Filiatrault et al., 2009) นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาที่พบว่า ยาด้านตัวรับแองจิโอเทนซิน (Angiotensin II receptor blockers [ARBs]) มีการใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มยารักษาโรคความดันโลหิตกลุ่มอื่น ร้อยละ 40.8 (Kakhki et al., 2018) ซึ่งยากกลุ่มนี้มีผลข้างเคียง อาจมีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด ปวดศีรษะ ใจสั่น ความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า มึนงง ท้องร่วง เป็นต้น จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่มีความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และมีการศึกษา พบว่า กลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (Kakhki et al., 2018) ดังนั้น ปัจจัยกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง จึงเป็นปัจจัยที่น่าสนใจเนื่องจาก

เป็นปัจจัยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งยังไม่มีการศึกษาและยังไม่มีองค์ความรู้เกี่ยวกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำเป็นต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า เป็นอาการหนึ่งที่ได้พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัจจัยภายในของผู้สูงอายุเอง จากการเปลี่ยนแปลงตามวัยและความเสื่อม ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จะมีความผิดปกติของหลอดเลือด การหด และการขยายตัวของหลอดเลือดผิดปกติ การไหลเวียนของเลือดกลับสู่สมองเป็นไปได้ช้า ร่วมกับการเปลี่ยนอิริยาบถอย่างรวดเร็ว จึงทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด คล้ายจะเป็นลมชั่วคราว ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความบกพร่องในการทรงตัว สูญเสียการทรงตัว ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จะมีความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า ร้อยละ 61 (Gangavati et al., 2011) ทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในอยู่ระดับต่ำ ดังนั้น ปัจจัยการรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า จึงเป็นปัจจัยที่น่าสนใจ เนื่องจากเป็นปัจจัยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งยังไม่มีการศึกษา และยังไม่มีองค์ความรู้เกี่ยวกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำเป็นต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

อาการเวียนศีรษะ คือ อาการวิงเวียน ปวดมึน หน้ามืด และตาลาย โดยไม่มีอาการบ้านหมุนหรือเห็นสิ่งแวดล้อมรอบตัวหมุนหรือเคลื่อนไหวผิดปกติ (Voorde et al., 2012) จากการศึกษาสำรวจของผู้วิจัย (Pilot study) ช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563 ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดระยอง จำนวน 14 คน พบว่ามีอาการเวียนศีรษะ ร้อยละ 71.4 ซึ่งเป็นอาการที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจะมีอาการเวียนศีรษะมากที่สุด ร้อยละ 41.5 ซึ่งอาการดังกล่าว ส่งผลต่อการทรงตัว ทำให้สูญเสียการทรงตัวและความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง (Abate et al., 2009) ดังนั้น อาการเวียนศีรษะจึงเป็นปัจจัยที่น่าสนใจ เนื่องจากเป็นปัจจัยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งยังไม่มีการศึกษา และยังไม่มีองค์ความรู้เกี่ยวกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำเป็นต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

การรับรู้ความสามารถในการมองเห็น จากการเปลี่ยนแปลงตามวัยในผู้สูงอายุ ทำให้ปฏิกิริยาการตอบสนองของรูม่านตาต่อแสงลดลง เล่นสตาสูญเสียความยืดหยุ่น

ทำให้การมองเห็นไม่ชัดเจน (Polak et al., 2009) โดยเฉพาะในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงตามวัยที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นแล้ว ยังพบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุทำให้เกิดประสาทตาเสื่อม ต้อกระจกและต้อหิน (Wong & Mitchell, 2004) ส่งผลให้การมองเห็นบกพร่อง (Lim et al., 2012) จากการศึกษา พบว่า การรับรู้ความสามารถในการมองเห็นมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (ธนภรณ์ พิพัฒน์วิชิชา และคณะ, 2561) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ความสามารถในการมองเห็นไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในชุมชน (Murphy et al., 2003) ดังนั้นจึงไม่สามารถสรุปได้ว่า การรับรู้ความสามารถในการมองเห็นมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่ จำเป็นต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว จากการเปลี่ยนแปลงตามวัยในผู้สูงอายุ พบว่า ปริมาณเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อและขนาดของเส้นใยกล้ามเนื้อจะค่อย ๆ ลดลง (Villa-Forte, 2015) การสูญเสียมวลกระดูกและกล้ามเนื้อนี้ ส่งผลต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ทำให้เกิดการทรงตัวบกพร่อง โดยมีการศึกษา พบว่า การรับรู้ความสามารถในการทรงตัวมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (Hausdorff et al., 2003) ซึ่งในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จะมีอาการปวดศีรษะ การมองเห็นลดลง หัวใจเต้นเร็ว มีอาการหายใจลำบาก อ่อนแรงแขน ขาและข้อเท้าบวม (Fletcher & Bulpitt, 1990) จากอาการดังกล่าว ถือเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อทรงตัว (Abate et al., 2009) ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ความสามารถในการทรงตัวลดลง จึงทำให้เกิดการหกล้มและมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ระดับต่ำ และคิดว่าตนเองไม่มีความสามารถเพียงพอที่จะปฏิบัติกิจกรรมได้ ประกอบกับบริบทและสภาพแวดล้อมของประเทศไทยและต่างประเทศที่แตกต่างกัน ทำให้การรับรู้ความสามารถในการทรงตัวอาจเป็นปัจจัยของการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำเป็นต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นซับซ้อน หมายถึง การกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันที่เป็น ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับต่ำ จะมีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นซับซ้อน ทำให้มีการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง และเกิดการจำกัดกิจกรรมตามมา (Brustio et al., 2018) ดังนั้น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นซับซ้อน อาจเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ

การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำเป็นต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ยังไม่พบว่ามีการศึกษาปัจจัยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมและทำศึกษานำร่องพบว่า มีปัจจัยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ประเภทของกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า อาการเวียนศีรษะ การรับรู้ความสามารถในการมองเห็น และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นซับซ้อน นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้ทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์และโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ามีปัจจัยทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ภาวะสุขภาพ ประสิทธิภาพการหกล้ม ภาวะโรคร่วม และความสามารถในการทำงาน ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์กรอบแนวคิดตามบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพของ Pohl et al. (2015) มาเป็นแนวทางในการจัดกลุ่มตัวแปรเพื่อค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาประเภทหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ภาวะสุขภาพ ประสิทธิภาพการหกล้ม ภาวะโรคร่วม ประเภทของกลุ่มยาที่ใช้รักษา โรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า อาการเวียนศีรษะ การรับรู้ความสามารถในการมองเห็น การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นซับซ้อน กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยมีรายละเอียดการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังจันทร์ จังหวัดระยอง จำนวนทั้งหมด 382 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง, 2563)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 158 คน ที่มารับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังจันทร์ จังหวัดระยอง ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย ในช่วงระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2565 โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

- มีการรับรู้เกี่ยวกับบุคคล เวลา สถานที่ปกติ ประเมินโดยใช้แบบทดสอบความผิดปกติทางการรับรู้ (Six Item Cognitive Impairment Test [6CIT]) โดยได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน จึงจะผ่านทดสอบความผิดปกติทางการรับรู้ (Six Item Cognitive Impairment Test [6CIT])
- ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และได้รับการรักษาด้วยยามาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปีขึ้นไป
- มีอาการและอาการแสดงของโรคคั่งที่ไม่มีอาการเฉียบพลันของโรคที่เป็นอยู่

4. สามารถติดต่อสื่อสารได้ทางโทรศัพท์

5. ได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างน้อย 2 เข็ม

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจในการทดสอบ (Power analysis) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G* Power 3.1.9.7 (Faul et al., 2007) โดยกำหนดใช้สถิติวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัว (Correlation bivariate normal model) การทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรศึกษาแบบสองทาง (Two tail) เนื่องจากงานวิจัยที่ผ่านมา ธนภรณ์ พิพัฒน์วิชชา และคณะ (2561) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ในชุมชน มีค่าเท่ากับ .221 จึงกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .221 ($r = .221$) กำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ .05 และอำนาจการทดสอบ (Power of test) .80 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 158 คน ดังแสดงในภาคผนวก ง

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องด้วยสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ผู้วิจัยจึงได้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างและการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) โดยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากร โดยอาศัยความน่าจะเป็น (Probability sampling) โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (รัตนศิริ ทาโต, 2561)

1. ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่แทนที่จากรายชื่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังจันทร์ ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ จำนวน 158 คน

2. การเลือกกลุ่มตัวอย่างและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยโทรประสานงานผ่านทางโทรศัพท์กับผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังจันทร์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการประสานงานทางโทรศัพท์กับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังจันทร์ ในการขอรายชื่อและเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จากนั้นทำการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทุกคนที่มีรายชื่อมารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 382 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการคัดกรองความผิดปกติทางการรับรู้ เริ่มจาก หมู่ 1 ถึง หมู่ 6 วันละ 5 คน เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตาม

คุณสมบัติที่กำหนด และทำการสุ่มอย่างง่าย โดยวิธีการจับสลากแบบไม่ใส่คืน เพื่อให้ได้จำนวนผู้สูงอายุ 158 คน จากรายชื่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 1 ชุด ดังนี้

1. แบบทดสอบความผิดปกติทางการรับรู้ (Six Item Cognitive Impairment Test [6CIT]) เป็นเครื่องมือที่ใช้เพื่อคัดกรองผู้ป่วยสมองเสื่อมเบื้องต้น ของ ศตวรรษ อูรศาสตร์และคณะ (2561) แปลมาจากแบบทดสอบความผิดปกติทางการรับรู้ ของ Brooke and Bullock (1999) ด้วยวิธีแปลกลับ (Back translation) ตามขั้นตอน ของ Sperber et al. (1994 cited in Sperber, 2004) แบบทดสอบนี้ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ ใช้ทดสอบการรับรู้สภาวะรอบตัว ความสามารถในการรับข้อมูล ความตั้งใจและความจำเพาะเฉพาะหน้า แบบทดสอบนี้ผ่านการนำไปใช้ประเมินภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จำนวน 287 คน พบว่า แบบประเมิน 6CIT มีความสัมพันธ์กับแบบทดสอบ MMSE โดยมีค่า สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางลบ เท่ากับ .91 มีค่าความไว เท่ากับ 78.57% และมีค่าความจำเพาะในการคัดกรองสมองเสื่อม เท่ากับ 100% (Brooke & Bullock, 1999) และได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยทดสอบความเที่ยงของการแปลภาษา ด้านความใกล้เคียงของภาษา ได้เท่ากับ 1.2-2.4 ความใกล้เคียงของการตีความ ได้เท่ากับ 1-2.2 (ศตวรรษ อูรศาสตร์ และคณะ, 2561)

ลักษณะคำตอบแบ่งตามด้านต่าง ๆ ดังนี้

ข้อที่ 1 การถามปีในปัจจุบัน เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ถ้าตอบถูก ให้ 0 คะแนน

ถ้าตอบผิด ให้ 4 คะแนน

ข้อที่ 2 การถามเดือนในปัจจุบัน และข้อที่ 4 การถามเวลาในปัจจุบัน เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ถ้าตอบถูก ให้ 0 คะแนน

ถ้าตอบผิด ให้ 3 คะแนน

ข้อที่ 3 ให้ผู้ทดสอบจำที่อยู่โดยประกอบไปด้วย 5 ส่วน ได้แก่ บ้านเลขที่ ถนน ตำบล อำเภอและจังหวัด เพื่อนำไปถามในข้อสุดท้ายคือ ข้อที่ 7 โดยข้อนี้ไม่นำมาคิดคะแนน

ข้อที่ 5 การให้นับเลขถอยหลัง 20 ถึง 1 และข้อที่ 6 การให้นับเดือนถอยหลังใน 1 ปี
เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ถ้าตอบถูกต้องทั้งหมด	ให้	0 คะแนน
ถ้าตอบผิด 1 ครั้ง	ให้	2 คะแนน
ถ้าตอบผิดมากกว่า 1 ครั้ง	ให้	4 คะแนน

ข้อที่ 7 การทดสอบความจำโดยการถามกลับ เกี่ยวกับที่อยู่ประกอบไปด้วย 5 ส่วน ให้นำ
จำก่อนหน้าในข้อที่ 3 เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ถ้าตอบถูกต้องทั้งหมด	ให้	0 คะแนน
ถ้าตอบผิด 1 ส่วน	ให้	2 คะแนน
ถ้าตอบผิด 2 ส่วน	ให้	4 คะแนน
ถ้าตอบผิด 3 ส่วน	ให้	6 คะแนน
ถ้าตอบผิด 4 ส่วน	ให้	8 คะแนน
ถ้าตอบผิดทุกส่วน	ให้	10 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน คะแนนรวม อยู่ระหว่าง 0-28 คะแนน (Brooke & Bullock, 1999)

คะแนน 0-7	หมายถึง	ไม่มีความผิดปกติทางการรับรู้
คะแนน 8-9	หมายถึง	มีความผิดปกติทางการรับรู้เล็กน้อย
คะแนน 10-28	หมายถึง	มีความผิดปกติทางการรับรู้มาก

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 9 ชุด ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม
ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยคำถามที่เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา
จำนวน โรคร่วม ประสบการณ์การหกล้ม ประเภทของกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง
และอาการเวียนศีรษะ

2. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS-15) เป็นแบบวัดภาวะผิดปกติทางอารมณ์
ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยมีภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า เหงา ว้าเหว่ วิตกกังวล
ขาดความสุข ร่วมกับมีความรู้สึกหมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกไร้ค่า ดำหนดตนเอง ไม่สนใจ
สิ่งแวดล้อมและการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ของ Wongpakaran and Wongpakaran (2012)
พัฒนาจากแบบวัดความเศร้า 15 ข้อ (Geriatric Depression Scale [GDS]) ของ Shiekh and Yesavage
(1986) และได้มีการนำมาพัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดย Wongpakaran and Wongpakaran
(2012) ซึ่งเป็นแบบวัดที่ประเมินความรู้สึกของผู้ถูกทดสอบด้วยตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
เป็นการสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมผู้สูงอายุ แบบวัดความเศร้า

ในผู้สูงอายุไทยนี้ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ซึ่งแบบประเมินนี้ได้ผ่านการนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน จำนวน 130 คน ได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ .85 และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า Root mean square error of approximation เท่ากับ 0.052 และได้ค่า Comparative Fit Index เท่ากับ 0.95 (Wongpakaran & Wongpakaran, 2012)

ลักษณะการตอบมี 2 ลักษณะคือ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” การให้คะแนนคือ 0 หรือ 1 คะแนน หากตอบ “ใช่” ในข้อคำถาม 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15 ได้คะแนนข้อละ 1 คะแนน หากตอบ “ไม่ใช่” ในข้อคำถาม 1, 5, 7, 11, 13 ได้คะแนนข้อละ 1 คะแนน (Wongpakaran & Wongpakaran, 2012)

เกณฑ์การให้คะแนน (Wongpakaran & Wongpakaran, 2012)

คะแนน 0-4 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า

คะแนน 5-10 คะแนน หมายถึง เริ่มมีภาวะซึมเศร้า ควรได้รับคำแนะนำเบื้องต้น

คะแนน 11-15 คะแนน หมายถึง เป็นโรคซึมเศร้า ควรพบแพทย์เพื่อรับการรักษา

3. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived health status) เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มีต่อภาวะสุขภาพโดยรวมของตนเอง ของ วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538) ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 1 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามที่ให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ประเมินระดับภาวะสุขภาพโดยรวมในปัจจุบัน แบบสัมภาษณ์นี้ผ่านการนำไปใช้กับผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดนครสวรรค์ ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1 (วันดี แยมจันทร์ฉาย, 2538) และผ่านการนำไปใช้กับผู้สูงอายุไทยในชุมชนจังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 30 ราย โดยการสัมภาษณ์ห่างกัน 1 สัปดาห์ แล้วนำไปคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน แรงค์ ออเดอร์ ได้เท่ากับ .94 (กมลพร วงศ์พนิตกุล และคณะ, 2555)

ลักษณะคำตอบเป็น Ordinal scale 4 ระดับ ตั้งแต่ 4 คะแนน ถึง 1 คะแนน เรียงตามลำดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน (วันดี แยมจันทร์ฉาย, 2538)

4 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีมาก

3 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี

2 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพพอใช้

1 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี

4. แบบประเมินภาวะโรคร่วม (Charlson comorbidity index) ใช้ประเมินภาวะโรคร่วม

ที่มีผลต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ของ Utriyaprasit (2001) ที่แปลเป็นภาษาไทยมาจาก Charlson et al. (1987) สามารถประเมินได้จากประวัติการรักษาของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 19 โรคร่วม แต่เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคหลักในการศึกษาครั้งนี้ จึงตัดออกจากรายการภาวะโรคร่วม เหลือเพียง 18 โรค การให้คะแนนในแต่ละโรค มีดัชนี คำนวณน้ำหนักคะแนน 1, 2, 3 และ 6 คะแนน ค่าคะแนน 1 คะแนน มี 9 โรคร่วม ค่าคะแนน 2 คะแนน มี 6 โรคร่วม ค่าคะแนน 3 คะแนน มี 1 โรคร่วม และค่าคะแนน 6 คะแนน มี 2 โรคร่วม ผ่านการ ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีทดสอบซ้ำ (Test-retest reliability) ระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันได้เท่ากับ .83 (Utriyaprasit, 2001)

เกณฑ์การให้คะแนน อยู่ระหว่าง 0-36 คะแนน (Charlson et al., 1987)

คะแนน 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีโรคร่วม

คะแนน 1-2 คะแนน หมายถึง โรคร่วมที่พบมีความรุนแรงน้อย

คะแนน 3-4 คะแนน หมายถึง โรคร่วมที่พบมีความรุนแรงปานกลาง

คะแนนตั้งแต่ 5 คะแนนขึ้นไป หมายถึง โรคร่วมที่พบมีความรุนแรงมาก

5. แบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า (Perceived orthostatic hypotension questionnaires) เป็นแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรู้สึกของผู้สูงอายุที่เกี่ยวกับอาการ และความรุนแรงของความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า ที่ผู้วิจัยแปลมาจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้ อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า (Orthostatic hypotension questionnaires) ของ Kaufmann et al. (2012) ด้วยวิธีแปลกลับ (Back translation) ตามขั้นตอน ของ Sperber et al. (1994 cited in Sperber, 2004) ซึ่งผู้วิจัยทำการขออนุญาตผู้สร้างเครื่องมือวิจัย โดยส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ ถึง Dr. Horacio Kaufmann เพื่อขออนุญาตในการแปล และดัดแปลงลักษณะคำตอบของแบบสัมภาษณ์ การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า (Orthostatic hypotension questionnaires) ซึ่งแบบ สัมภาษณ์นี้ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 2 ส่วน คือ การประเมินการรับรู้อาการและการประเมินการ รับรู้อาการของความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีจำนวน ทั้งหมด 10 ข้อ ซึ่งแบบสัมภาษณ์นี้ได้ผ่านการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน จำนวน 137 คน ได้ ค่า Intraclass Correlation Coefficients (ICC) เท่ากับ 0.92 และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า Tucker-Lewis Index เท่ากับ > 0.95 และได้ค่า Roof mean square error of approximation เท่ากับ < 0.06 (Kaufmann et al., 2012)

ผู้วิจัยได้ดัดแปลงลักษณะคำตอบจากเดิมที่เป็นแผนภาพแสดงระดับ (Visual analogue) จำนวน 10 ระดับ เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Likert scale) 1-4 คะแนน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การประเมินการรับรู้อาการของความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า

- 1 คะแนน หมายถึง ไม่มีการรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า
- 2 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้อาการของความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าเล็กน้อย
- 3 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้อาการของความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าปานกลาง
- 4 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้อาการของความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่ารุนแรงมาก

ส่วนที่ 2 การประเมินการรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

- 1 คะแนน หมายถึง อาการของความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าไม่รบกวนการปฏิบัติ

กิจวัตรประจำวัน

- 2 คะแนน หมายถึง อาการของความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่ารบกวนการปฏิบัติ

กิจวัตรประจำวันเล็กน้อย

- 3 คะแนน หมายถึง อาการของความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่ารบกวนการปฏิบัติ

กิจวัตรประจำวันปานกลาง

- 4 คะแนน หมายถึง อาการของความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่ารบกวนการปฏิบัติ

กิจวัตรประจำวันมาก

การคิดคะแนนโดยการคำนวณหาค่าเฉลี่ย โดยนำคะแนนรวมทั้งหมดหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมดที่ตอบในแบบประเมิน หากผู้สูงอายุไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งเนื่องจากมีปัญหาทางด้านร่างกาย ไม่ต้องให้คะแนนในกิจกรรมนั้น โดยไม่นำไปรวมในการคิดคะแนน แต่หากผู้สูงอายุไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมเนื่องจากเหตุผลอื่น ๆ ให้ประเมินอาการหรือผลกระทบของความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าต้องทำกิจกรรมนั้นในวันที่ทำแบบประเมิน โดยคะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าอยู่ในระดับมาก ส่วนคะแนนน้อย หมายถึง มีการรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าอยู่ในระดับน้อย (Kaufmann et al., 2012)

เกณฑ์การตีความ คะแนนรวมของแบบประเมิน พิจารณาจากพิสัย ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{4-1}{1} \\ &= 1 \end{aligned}$$

ดังนั้น เกณฑ์การให้คะแนน ผู้วิจัยจึงกำหนด ดังนี้

1-2 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าอยู่ในระดับเล็กน้อย

2.1-3 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าอยู่ในระดับ

ปานกลาง

3.1-4 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าอยู่ในระดับรุนแรงมาก

6. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการมองเห็น (Perceived visual ability) เป็นแบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่มีต่อความสามารถในการมองเห็นในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยคัดแปลงมาจากแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ในการมองเห็นของ National Eye Institute (2000) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 1 ข้อ โดยมีข้อคำถามว่า “ปัจจุบันท่านคิดว่าความสามารถในการมองเห็นของท่านอยู่ในระดับใด”

ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 5 คะแนน ถึง 1 คะแนน เรียงตามลำดับการรับรู้ความสามารถในการมองเห็น ดังนี้

- 5 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถในการมองเห็นดีมาก
- 4 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถในการมองเห็นดี
- 3 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถในการมองเห็นพอใช้
- 2 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถในการมองเห็นไม่ดี
- 1 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถในการมองเห็นไม่ดีอย่างมาก

7. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว (Perceived balance ability) เป็นแบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่มีต่อความสามารถทางร่างกายในการทรงตัวของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม (Aziz et al., 2014; Punakallio et al., 2004; Talkowski et al., 2008) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 1 ข้อ โดยมีข้อคำถามว่า “ปัจจุบันท่านคิดว่าความสามารถในการทรงตัวของท่านอยู่ในระดับใด”

ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 5 คะแนน ถึง 1 คะแนน เรียงตามลำดับการรับรู้ความสามารถในการทรงตัว ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน (Punakallio et al., 2004)

- 5 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถในการทรงตัวดีมาก
- 4 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถในการทรงตัวดี
- 3 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถในการทรงตัวพอใช้
- 2 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถในการทรงตัวไม่ดี
- 1 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถในการทรงตัวไม่ดีอย่างมาก

8. แบบประเมินดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index [CAI]) ใช้ในการประเมินความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่มีต่อระดับความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน

ที่จำเป็น เพื่อคงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตประจำวัน ของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2537) ประกอบด้วย
 ข้อคำถาม 5 ข้อ ซึ่งแบบประเมินนี้ได้ผ่านการนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง
 จำนวน 40 คน ได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ .75 (ทัศนีย์ กาศทิพย์ และคณะ, 2562)

ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Likert scale) ตั้งแต่ 0 ถึง 2 และ 1 ถึง 3
 คะแนน เรียงลำดับตามระดับความสามารถ ดังนี้

0 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นซับซ้อนได้

1 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นซับซ้อนได้ ต้องมีผู้ช่วยเหลือ

2 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นซับซ้อนได้ ต้องมีคนช่วยพยุง
 ขณะเดินหรือเคลื่อนที่ภายในบ้าน

3 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นซับซ้อนได้ โดยไม่ต้องมีผู้ช่วย
 เหลือขณะเดินหรือเคลื่อนที่ภายในบ้าน

เกณฑ์การให้คะแนน โดยคะแนนรวมเต็ม 9 คะแนน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2537)

0-8 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันขึ้นซับซ้อนได้ ต้องมีผู้ช่วย
 เหลือ

9 คะแนน หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันขึ้นซับซ้อนได้ โดยไม่ต้องมี
 ผู้ช่วยเหลือ

9. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้ม
 ฉบับภาษาไทย (ฉบับปรับปรุง) (The Thai Modified Falls Efficacy Scale [TMFES]) (revised
 edition) เป็นการสัมภาษณ์ความรู้สึกมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุโรค
 ความดันโลหิตสูง โดยไม่เกิดการหกล้ม ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความมั่นใจ
 ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มฉบับภาษาไทย ที่ ธนภรณ์ พิพัฒน์วิเศษ และคณะ
 (2561) แปลมาจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้ม
 ของ Hill et al. (1996) ด้วยวิธีแปลกลับ (Back translation) ตามขั้นตอน ของ Sperber et al. (1994
 cited in Sperber, 2004) ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ ซึ่งแบบประเมินนี้ผ่านการนำไปใช้กับ
 ผู้สูงอายุที่มีประวัติการหกล้มและผู้สูงอายุที่ไม่มีประวัติการหกล้มที่อาศัยอยู่ในชุมชน ประเทศ
 ออสเตรเลีย จำนวน 179 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .95 มีความเชื่อมั่นภายใน
 (Intraclass Correlation Coefficients [ICC]) เท่ากับ .93 (Hill et al., 1996) และผ่านการนำไปทดลอง
 ใช้กับผู้สูงอายุทั่วไป ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ผู้สูงอายุโรคข้ออักเสบรูมา
 ตอยด์ และผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ

.92-.98 (ชนภรณ์ พิพัฒน์วิศิชา และคณะ, 2561; พรรณงาม วรรณพฤกษ์ และคณะ, 2562; ลลิตา ปักเขมาลัย และคณะ, 2562; อนันต์ศักดิ์ จันทศรี และคณะ, 2562; Hill et al., 1996)

ผู้วิจัยได้ดัดแปลงลักษณะคำตอบจากเดิมที่เป็นแผนภาพแสดงระดับ (Visual analogue) จำนวน 10 ระดับ เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Likert scale) 1-4 คะแนน ดังนี้

- 1 คะแนน หมายถึง ไม่มั่นใจเลย
- 2 คะแนน หมายถึง มั่นใจเล็กน้อย
- 3 คะแนน หมายถึง มั่นใจปานกลาง
- 4 คะแนน หมายถึง มั่นใจมาก

การคิดคะแนนโดยการคำนวณหาค่าเฉลี่ย โดยนำคะแนนรวมทั้งหมดหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมดที่ตอบในแบบประเมิน หากผู้สูงอายุไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งเนื่องจากมีปัญหาทางด้านร่างกาย ไม่ต้องให้คะแนนในกิจกรรมนั้น โดยไม่นำไปรวมในการคิดคะแนน แต่หากผู้สูงอายุไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมเนื่องจากเหตุผลอื่น ๆ ให้ประเมินความมั่นใจหากต้องทำกิจกรรมนั้น ในวันที่ทำแบบประเมิน โดยคะแนนมาก หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ โดยไม่หกล้มอยู่ในระดับสูง หรือมีความกลัวการหกล้มอยู่ในระดับต่ำ ส่วนคะแนนน้อย หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ โดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ หรือมีความกลัวการหกล้มอยู่ในระดับสูง (Hill et al., 1996)

เกณฑ์การตีความ คะแนนรวมของแบบประเมิน พิจารณาจากพิสัย ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{4-1}{3} \\ &= 1 \end{aligned}$$

ดังนั้น เกณฑ์การให้คะแนน ผู้วิจัยจึงกำหนด ดังนี้

1-2 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ

2.1-3 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มอยู่ในระดับปานกลาง

3.1-4 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลส่วนบุคคล โดยการตรวจสอบความตรง

ตามเนื้อหา (Content validity) และการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ดังนี้

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1. ผู้วิจัยนำแบบวัดความเครียดในผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบประเมินภาวะโรคร่วม แบบประเมินดัชนีจุฬาเอดีแอล และแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความมั่นใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มฉบับภาษาไทย (ฉบับปรับปรุง) ล้วนเป็นเครื่องมือ มาตรฐานที่สร้างขึ้น โดยผู้เชี่ยวชาญ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเป็นอย่างดีแล้ว จึงไม่ได้นำเครื่องมือดังกล่าวไปตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ

2. ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการมองเห็นและแบบสัมภาษณ์ การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 3 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ด้านผู้สูงอายุ 2 ท่าน หาค่าความสอดคล้องหรือดัชนีของความสอดคล้องกันระหว่างข้อคำถาม กับจุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence [IOC]) (Rovinelli & Hambleton, 1977) ได้ค่าเท่ากับ 1

3. แบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า ผู้วิจัยทำการแปล แบบสัมภาษณ์เป็นภาษาไทย ด้วยวิธีแปลกลับ (Back translation) ตามขั้นตอน ของ Sperber et al. (1994 cited in Sperber, 2004) ผู้วิจัยทำการขออนุญาตผู้สร้างเครื่องมือวิจัย โดยส่งจดหมาย อิเล็กทรอนิกส์ ถึง Dr. Horacio Kaufmann เพื่อขออนุญาตในการแปล และดัดแปลงลักษณะคำตอบ ของแบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า (Orthostatic Hypotension Questionnaires) จากแผนภาพแสดงระดับ (Visual analogue) ดัดแปลงเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Likert scale) เพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุไทย ดังนี้

3.1 อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ที่มีความเชี่ยวชาญด้านภาษา ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษแปลข้อความในแบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า ต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย

3.2 นำแบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า ฉบับภาษาไทย ไปให้ผู้เชี่ยวชาญภาษาอังกฤษ ซึ่งเป็นคนไทย แปลกลับข้อความจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ โดยไม่ได้ดูจากต้นฉบับภาษาอังกฤษ

3.3 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะ เปลี่ยนท่า ต้นฉบับภาษาอังกฤษและฉบับที่แปลจากภาษาไทยกลับเป็นภาษาอังกฤษ ไปตรวจสอบ ความเที่ยงตรงของการแปล (Validation of the translation) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญทั้งด้านภาษาอังกฤษ และภาษาไทย จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของการแปล จากนั้นนำมาวิเคราะห์

ความเที่ยงของการแปลภาษาโดยวิเคราะห์เปรียบเทียบภาษา (Comparability of language) และหาความใกล้เคียงของภาษา (Similarity of interpretability) โดยกำหนดให้ผู้เชี่ยวชาญให้คะแนนเป็นรายชื่อความ ตามระดับคะแนนตั้งแต่ 1 (มีความใกล้เคียงของการใช้ภาษา/การตีความมากที่สุด) ถึง 7 (ไม่มีความใกล้เคียงของการใช้ภาษา/การตีความเลย) ทั้งนี้ ความใกล้เคียงของการใช้ภาษา หมายถึง คำ วลี และประโยคของข้อความที่แปลมีความคล้ายคลึงกับข้อความต้นฉบับ ส่วนความใกล้เคียงของการตีความ หมายถึง ข้อความที่แปลกับข้อความต้นฉบับสามารถทำให้ผู้อ่านเข้าใจไปในทางเดียวกัน แม้ว่าการใช้ถ้อยคำอาจไม่เหมือนกันก็ตาม โดยกำหนดเกณฑ์สำหรับข้อความที่เหมาะสมจะต้องได้คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-3.00 ส่วนข้อที่ได้คะแนนมากกว่า 3.00 ขึ้นไป ต้องปรับปรุงการแปล (Sperber, 2004) ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงตรงของการแปลภาษาของแบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าทั้งฉบับ ได้ผลดังนี้

คะแนนเฉลี่ยความใกล้เคียงของการใช้ภาษา	ได้เท่ากับ	2.76
คะแนนเฉลี่ยความใกล้เคียงของการตีความ	ได้เท่ากับ	2.68

ส่วนผลการวิเคราะห์ความเที่ยงตรงของการแปลภาษารายชื่อ ทั้งความใกล้เคียงของการใช้ภาษา และความใกล้เคียงของการตีความ พบว่า ทุกข้อได้ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00-3.00 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (Sperber, 2004)

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยหาความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ โดยนำแบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการมองเห็น แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว แบบประเมินดัชนีจุฬาเอดิแอล และแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มฉบับภาษาไทย (ฉบับปรับปรุง) ไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอลำสนธิ จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาความเที่ยงด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า และแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มฉบับภาษาไทย (ฉบับปรับปรุง) หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) กำหนดค่าที่ยอมรับได้คือ .70 ขึ้นไป (DeVellis, 2012 อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2561) ได้ค่าเท่ากับ .83

2. ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการมองเห็น แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว และแบบประเมินดัชนีจุฬาเอดิแอล หาค่าความคงที่ของเครื่องมือด้วย

วิธีการวัดซ้ำ (Test-retest procedure) โดยนำเครื่องมือวิจัยชุดเดียวกันทำการทดสอบด้วยการสัมภาษณ์ซ้ำห่างกัน 24 ชั่วโมง แล้วนำค่าที่ได้มาหาค่าความสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficients) กำหนดความสัมพันธ์ระหว่างการวัดทั้งสองครั้งมากกว่าหรือเท่ากับ .70 (Nunnally, 1978 อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2561) ได้ค่าเท่ากับ .73, .80 และ .84 ตามลำดับ

การเตรียมผู้ช่วยวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีผู้ช่วยวิจัย จำนวน 15 คน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำหน้าที่เป็นตัวแทนในการนำเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยไปให้กับกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน ที่ผ่านการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้รวบรวมเอกสารกลับมายัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังจันทร์ ทั้งนี้ ผู้วิจัยอธิบายถึงความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจ และร่วมดำเนินการเก็บรวบรวมเอกสารการวิจัย ได้อย่างถูกต้อง

เนื่องด้วยสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ก่อนเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ผู้ช่วยวิจัยต้องได้รับการคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (กรมควบคุมโรค, 2564) ซึ่งคัดกรองโดยผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัยต้องไม่มีอาการหรือมีประวัติเสี่ยงอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

1. มีประวัติไข้หรือวัดอุณหภูมิได้ตั้งแต่ 37.5 องศาเซลเซียส ขึ้นไป ไอ น้ำมูก เจ็บคอ ไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส หายใจเร็ว หายใจเหนื่อย หรือหายใจลำบาก ตาแดง ผื่น ถ่ายเหลว
 2. มีประวัติเสี่ยง ในช่วงเวลา 14 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้
 - 2.1 เดินทางไปยัง มาจาก หรืออยู่อาศัยในประเทศที่มีรายงานผู้ป่วยในช่วง 1 เดือนย้อนหลังนับจากวันที่ออกจากพื้นที่นั้น
 - 2.2 สัมผัสกับผู้ป่วยยืนยัน COVID19
 - 2.3 ไปในสถานที่ชุมนุมชนหรือสถานที่ที่มีการรวมกลุ่มคน เช่น สถานบันเทิง ตลาดนัด ห้างสรรพสินค้า สถานพยาบาล หรือขนส่งสาธารณะที่มีรายงานผู้ป่วยยืนยัน COVID19 ในช่วง 1 เดือน ย้อนหลังนับจากวันที่ออกจากพื้นที่นั้น
 - 2.4 ปฏิบัติงานในสถานกักกันโรค
 3. ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่แพทย์ผู้ตรวจรักษาสงสัยว่าเป็น COVID19
 4. พบผู้ที่มีอาการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเป็นกลุ่มก้อน ตั้งแต่ 5 ราย ขึ้นไป
- ในสถานที่เดียวกันในช่วงสัปดาห์เดียวกันโดยมีความเชื่อมโยงกันทางระบาดวิทยา (เช่น จัดงานเลี้ยงสังสรรค์ และการนั่งรับประทานอาหารร่วมกัน เป็นต้น)

5. ผู้สัมผัสเสี่ยงสูงทั้งที่มีอาการและไม่มีอาการ (ตามนิยามของกรมควบคุมโรค)

6. ผู้ช่วยวิจัยต้องได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

อย่างน้อย 2 เข็ม ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล

หากผู้ช่วยวิจัยมีอาการหรือมีประวัติเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยคนใหม่และทำการคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใหม่อีกครั้ง พร้อมทั้งประสานงานไปยังเจ้าหน้าที่ที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลสุภาพตำบลบ้านวังจันทร์ เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยได้รับการประเมินและได้รับการตรวจร่างกายทางระบบต่อไป โดยการวิจัยนี้มีผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน ผลการคัดกรองผู้ช่วยวิจัย พบว่า ไม่มีอาการหรือไม่มีประวัติเสี่ยงของการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ตลอดระยะเวลาในการทำหน้าที่เป็นตัวแทนในการนำเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยไปให้กับกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ก่อนดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำเสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา จนได้รับการพิจารณา และเห็นชอบจากคณะกรรมการ เมื่อวันที่ 6 ตุลาคม พ.ศ. 2564 รหัสโครงการวิจัยเลขที่ G-HS070/ 2564

2. ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยก่อนเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างผ่านทางโทรศัพท์ หลังจากนั้นจึงทำการชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้ทราบถึงสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วม หรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ เมื่อต้องการทันที โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยตนเอง โดยไม่มีการบังคับ ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการบันทึกชื่อหรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ส่วนการวิเคราะห์ผลการวิจัย นำเสนอในภาพรวม ไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เนื่องด้วยสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) และพื้นที่ที่ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นพื้นที่สีแดงเข้ม ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลมาตรการป้องกันในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตามประกาศของจังหวัดระยอง ที่ 18532/ 2563 ลงวันที่

29 ธันวาคม 2563 เรื่องมาตรการเร่งด่วนในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (ฉบับที่ 2) มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 30 ธันวาคม 2563 เป็นต้นไป (จังหวัดระยอง, 2563) โดยมีมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ดังนี้

1. ผู้วิจัยมอบอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ หน้ากากอนามัย และแอลกอฮอล์เจลล้างมือ ให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังจันทร์ เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยนำไปใช้ในขณะที่น่าเอกสารไปให้กับกลุ่มตัวอย่าง

2. สำหรับผู้ช่วยวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง มีวิธีการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยยึดหลัก D/ M/ H/ T/ T อย่างเคร่งครัด (จังหวัดระยอง, 2563) ดังนี้

2.1 ผู้ช่วยวิจัยและกลุ่มตัวอย่างจะต้องได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างน้อย 2 เข็ม ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2 การเว้นระยะห่าง (Distancing) ผู้ช่วยวิจัยนั่งห่างจากผู้สูงอายุประมาณ 1 เมตร

2.3 สวมหน้ากากเสมอ (Mask wearing) ผู้ช่วยวิจัยและกลุ่มตัวอย่างต้องสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา

2.4 ล้างมือบ่อย ๆ (Hand washing) ผู้ช่วยวิจัยและกลุ่มตัวอย่างต้องล้างมือบ่อย ๆ ด้วยน้ำสบู่หรือแอลกอฮอล์เจล ทั้งก่อนและหลังการสัมภาษณ์ และหลังจากการหยิบจับสิ่งของต่าง ๆ

2.5 ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกาย (Temperature check) ก่อนสัมภาษณ์ทั้งผู้ช่วยวิจัยและผู้สูงอายุ ถ้าอุณหภูมิมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส ผู้ช่วยวิจัยโทรแจ้งผู้วิจัยให้ทราบทันที และผู้วิจัยโทรประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลสุขภาพตำบลบ้านวังจันทร์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินและดูแลอย่างต่อเนื่อง

2.6 สแกนไทยชนะ (Thaichana) หรือบันทึกวันที่และเวลาก่อนเข้า-ออกบ้านผู้สูงอายุ โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้บันทึก

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยตามมาตรการป้องกันในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนี้

1. ชั้นเตรียมการ

ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยบูรพา ยื่นต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังจันทร์ เพื่อขออนุญาต และชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยประสานงานทางโทรศัพท์กับเจ้าหน้าที่ที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลสุภาพ ตำบลบ้านวังจันทร์ เพื่อขอความร่วมมือในการรวบรวมรายชื่อและเบอร์โทรศัพท์ของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง

2.2 ผู้วิจัยติดต่อผู้สูงอายุผ่านทางโทรศัพท์ ครั้งที่ 1

2.2.1 ผู้วิจัยแนะนำตัวผู้วิจัยกับผู้สูงอายุ พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย และขอความร่วมมือในการคัดกรองความผิดปกติทางการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง

2.2.2 ผู้วิจัยทำการคัดกรองความผิดปกติทางการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงทุกคน ที่มารับบริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังจันทร์ จำนวน 382 คน ที่มีคุณสมบัติตรงตามผู้เข้าร่วมการวิจัย ด้วยการตอบแบบสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์

2.2.3 ผู้วิจัยแจ้งผลการทดสอบความผิดปกติทางการรับรู้ให้กับผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงรับทราบ หากในรายชื่อผลการประเมิน พบว่า มีความผิดปกติทางการรับรู้เล็กน้อย หรือมีความผิดปกติทางการรับรู้มาก ผู้วิจัยจะแจ้งผลการตรวจให้กับผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลทราบ และประสานกับพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังจันทร์ เพื่อให้ผู้สูงอายุ ได้รับการประเมินและดูแลต่อเนื่อง โดยในขั้นตอนการคัดกรองความผิดปกติทางการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 382 คน พบว่า มีผู้สูงอายุ จำนวน 262 คน ไม่มีความผิดปกติทางการรับรู้ ผู้สูงอายุ จำนวน 24 คน มีความผิดปกติทางการรับรู้เล็กน้อย ผู้สูงอายุ จำนวน 48 คน มีความผิดปกติทางการรับรู้มาก และมีผู้สูงอายุ จำนวน 48 คน ไม่สามารถคัดกรองความผิดปกติทางการรับรู้ได้ เนื่องจากปฏิเสธการคัดกรองเบื้องต้น และนอนติดเตียงไม่สามารถสื่อสารได้

2.2 ผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่าย โดยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน จากรายชื่อผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จนครบตามจำนวน 158 คน ที่ได้คำนวณไว้

2.3 ผู้วิจัยติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างผ่านทางโทรศัพท์ ครั้งที่ 2 ที่ผ่านการสุ่มอย่างง่าย เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย วัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ และการนัดหมายวันและเวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์

2.3.1 ผู้วิจัยแนะนำตัวผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง

2.3.2 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ และประโยชน์ของการวิจัย

2.3.3 ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการเข้าร่วม หรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้เมื่อต้องการทันที โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจสมัครเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองโดยไม่มีการบังคับ หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมให้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้ช่วยวิจัยนำเอกสารดังกล่าวไปให้ที่บ้านกลุ่ม

ตัวอย่าง และผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้รวบรวมเอกสารดังกล่าวส่งกลับมายังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านวังจันทร์ ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างที่สุ่มมาได้ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย จะทำการสุ่มกลุ่ม ตัวอย่างทดแทนจนครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

2.3.4 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดผ่านทางโทรศัพท์ เกี่ยวกับขั้นตอนการเก็บรวบรวม ข้อมูล และนัดหมายวันและเวลากับกลุ่มตัวอย่าง

2.4 ผู้วิจัยติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างผ่านทางโทรศัพท์ ครั้งที่ 3 ในวันและเวลาที่ได้นัดหมายไว้ พร้อมทั้งแนะนำตัวผู้วิจัยอีกครั้ง จึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงผ่านทางโทรศัพท์ ตามแบบสัมภาษณ์ที่ได้จัดเตรียมไว้ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ จำนวน 9 ชุด ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเครียดในผู้สูงอายุไทย แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบประเมินภาวะโรคร่วม แบบสัมภาษณ์การรับรู้ อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการมองเห็น แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว แบบประเมินดัชนีจุฬาเอดีแอล และแบบ สัมภาษณ์การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มฉบับภาษาไทย (ฉบับปรับปรุง) รวมระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้สูงอายุแต่ละคน ประมาณ 45 นาที โดยจะแบ่งระยะเวลาในการทำแบบสัมภาษณ์ 20 นาที และให้ผู้สูงอายุพักอีก 20 นาที จึงเริ่ม การสัมภาษณ์ต่อจนครบทุกแบบสัมภาษณ์

2.5 ในรายชื่อผลการประเมิน พบว่า มีภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยแจ้งผลการประเมิน ให้พยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังจันทร์ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการ บำบัดรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป ซึ่งในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 158 คน พบว่า มีผู้สูงอายุ จำนวน 24 คน ที่มีภาวะซึมเศร้า ควรติดตามหรือส่งพบแพทย์ และมีผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน ที่มีภาวะซึมเศร้าแน่นอน ควรพบจิตแพทย์

2.6 เมื่อดำเนินการสัมภาษณ์เสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ ครบถ้วนของแบบสัมภาษณ์ หลังจากนั้นกล่าวคำขอบคุณ เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย และลากลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพ สมรส ประวัติการสูบบุหรี่ และประวัติการดื่มสุรา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า รับรู้ภาวะสุขภาพ ประสิทธิภาพการหกล้ม ภาวะโรคร่วม ประเภทของกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า อาการเวียนศีรษะ การรับรู้ความสามารถในการมองเห็น การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นซับซ้อน โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

3. วิเคราะห์การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ และอาการเวียนศีรษะ ซึ่งเป็นข้อมูลระดับนามบัญญัติ (Nominal scale) กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นข้อมูลระดับอันตรภาคชั้น (Interval scale) จึงใช้สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์พอยท์ไบเซรียล (Point biserial correlation) (รัตนศิริ ทาโต, 2561)

5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประเภทของกลุ่มยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นข้อมูลระดับมาตราอันดับ (Ordinal scale) กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นข้อมูลระดับอันตรภาคชั้น (Interval scale) จึงใช้สถิติ Spearman's Rank Correlation Coefficients (รัตนศิริ ทาโต, 2561)

6. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า การรับรู้ความสามารถในการมองเห็น การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นซับซ้อน ซึ่งเป็นข้อมูลระดับอันตรภาคชั้น (Interval scale) ส่วนอายุ ประสิทธิภาพการหกล้ม และภาวะโรคร่วมเป็นข้อมูลระดับอัตราส่วน (Ratio scale) กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เป็นข้อมูลระดับอันตรภาคชั้น (Interval scale) จึงใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) โดยผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (รัตนศิริ ทาโต, 2561) ดังนี้

6.1 ตัวแปรทั้ง 2 ตัวมีการวัดที่ระดับ Interval scale หรือ Ratio scale

6.2 กลุ่มตัวอย่างมีการสุ่มมาจากประชากร (Random sampling)

6.3 ข้อมูลของตัวแปรอย่างน้อยหนึ่งตัวมีการกระจายเป็นแบบปกติ

(Normal distribution) โดยวิธี Histogram, Stem and leaf plot, Box plot, Fisher's skewness coefficient และ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการมองเห็น และการรับรู้ความสามารถในการทรงตัว มีการกระจายข้อมูลเป็นโค้งปกติ

ส่วนตัวแปร อายุ ภาวะซึมเศร้า ประสบการณ์การหกล้ม ภาวะโรคร่วม การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นซับซ้อน มีการกระจายข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึงพิจารณาตัดข้อมูล Outlier ออก พบว่า ข้อมูลทั้งหมดยังคงมีการกระจายข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึงหาค่าความสัมพันธ์โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน แรงค์ ออเดอร์ โดยแปลงข้อมูลที่ได้ให้อยู่ในมาตราวัดอันดับมาตรา (Ordinal scale) ตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์สเปียร์แมน แรงค์ ออเดอร์

6.4 Homoscedasticity หรือมีความแปรปรวนเท่ากัน โดยวิธี Scatter plot พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการมองเห็น และการรับรู้ความสามารถในการทรงตัว มีการกระจายข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึงหาค่าความสัมพันธ์โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน แรงค์ ออเดอร์

6.5 Linear relationship โดยการนำ Scatter plot และ Linearity test เนื่องจากผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทั้ง 9 ตัวแปร ได้แก่ อายุ ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ภาวะสุขภาพ ประสบการณ์การหกล้ม ภาวะโรคร่วม การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า การรับรู้ความสามารถในการมองเห็น การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นซับซ้อน ไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้น จึงไม่ได้ทำการทดสอบ Linear relationship

7. กำหนดระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรหรือค่า r (รัตนศิริ ทาโต, 2561) ดังนี้

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

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาประเภทหาความสัมพันธ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ภาวะสุขภาพ ประสิทธิภาพการหกล้ม ภาวะโรคร่วม ประเภทของกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า อาการเวียนศีรษะ การรับรู้ความสามารถในการมองเห็น การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นซับซ้อนกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังจันทร์ ในช่วงระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2565 นำเสนอผลการวิจัยด้วยตารางประกอบการบรรยาย แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส ประวัติการสูบบุหรี่ และประวัติการดื่มสุรา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ภาวะสุขภาพ ประสิทธิภาพการหกล้ม ภาวะโรคร่วม ประเภทของกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า อาการเวียนศีรษะ การรับรู้ความสามารถในการมองเห็น การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นซับซ้อน

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ภาวะสุขภาพ ประสิทธิภาพการหกล้ม ภาวะโรคร่วม ประเภทของกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า อาการเวียนศีรษะ การรับรู้ความสามารถในการมองเห็น การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นซับซ้อนกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งสามารถอธิบายในรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส ประวัติการสูบบุหรี่ และประวัติการดื่มสุรา วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 158$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
60-69	98	62.03
70-79	45	28.48
80-89	14	8.86
90 ปีขึ้นไป	1	0.63
$\bar{X} = 69.04, SD = 7.60$		
เพศ		
ชาย	72	45.57
หญิง	86	54.43
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	10	6.33
ระดับประถมศึกษา	131	82.91
ระดับมัธยมศึกษา	13	8.23
ระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า	4	2.53
ศาสนา		
พุทธ	155	98.10
คริสต์	3	1.90
สถานภาพสมรส		
โสด	9	5.70
แต่งงานแล้ว	107	67.72

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
แยกกันอยู่	9	5.70
หม้าย	28	17.72
อย่า	5	3.16
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบบุหรี่	120	75.95
เคยสูบบุหรี่	38	24.05
เคย แต่เลิกสูบบุหรี่แล้ว	20	12.66
ประวัติการดื่มสุรา		
ไม่เคยดื่มสุรา	108	68.35
เคยดื่มสุรา	50	31.65
เคย แต่เลิกดื่มสุราแล้ว	25	15.82

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 62.03) อายุเฉลี่ย คือ 69.04 ปี ($SD = 7.60$) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.43) จบการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 82.91) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98.10) สถานภาพสมรสแต่งงานแล้ว (ร้อยละ 67.72) ไม่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 75.95) และไม่เคยดื่มสุรา (ร้อยละ 68.35)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ภาวะสุขภาพ ประสิทธิภาพการหกล้ม ภาวะโรคร่วม ประเภทของกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า อาการเวียนศีรษะ การรับรู้ความสามารถในการมองเห็น การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ขึ้นซับซ้อนวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละ ของตัวแปรที่ศึกษา ($n = 158$)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะซึมเศร้า		
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	132	83.54
มีภาวะซึมเศร้า ควรติดตามหรือส่งพบแพทย์	24	15.19
มีภาวะซึมเศร้าแน่นอน ควรพบจิตแพทย์	2	1.27
การรับรู้ภาวะสุขภาพ		
สุขภาพดีมาก	7	4.43
สุขภาพดี	51	32.28
สุขภาพพอใช้	91	57.59
สุขภาพไม่ดี	9	5.70
ประสบการณ์การหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา		
ไม่เคยหกล้ม	91	57.59
เคยหกล้ม	67	42.41
จำนวนครั้งของการหกล้ม		
หกล้มจำนวน 1 ครั้ง	22	32.83
หกล้มจำนวน 2 ครั้ง	18	26.87
หกล้มมากกว่า 3 ครั้ง	9	13.43
หกล้มมากกว่า 4 ครั้ง ขึ้นไป	18	26.87
การบาดเจ็บจากการหกล้ม		
ไม่ได้รับบาดเจ็บ	20	29.85
บาดเจ็บเล็กน้อย	38	56.72
บาดเจ็บปานกลาง	3	4.48
บาดเจ็บรุนแรง	6	8.95
ภาวะโรคร่วม		
ไม่มีโรคร่วม	87	55.06
โรคร่วมที่พบมีความรุนแรงน้อย	60	37.98
โรคร่วมที่พบมีความรุนแรงปานกลาง	10	6.33
โรคร่วมที่พบมีความรุนแรงมาก	1	0.63

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีโรคร่วม ดังนี้		
โรคเบาหวาน	61	38.61
โรคไต	10	6.33
โรคของหลอดเลือดในสมอง	7	4.43
โรคแผลในกระเพาะอาหาร	5	3.16
โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง	3	1.90
ภาวะหัวใจล้มเหลว	1	0.63
โรคตับชนิดไม่รุนแรง	1	0.63
โรคอัมพาตครึ่งซีก	1	0.63
โรคเอดส์	1	0.63
ประเภทของกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง		
กลุ่มยาขับปัสสาวะ	19	12.02
กลุ่มยาปิดกั้นเบต้า	26	16.45
กลุ่มยาด้านแคลเซียม	108	68.35
กลุ่มยาด้านระบบ Renin	82	51.90
กลุ่มยาด้านตัวรับแองจิโอเทนซิน	43	27.21
รายชื่อยาที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงใช้		
Amlodipine	102	64.56
Enalapril	82	51.90
Losartan	43	27.22
Atenolol	25	15.82
HCTZ	18	11.39
Nifedipine	3	1.90
Flunarizine	3	1.90
Furosemide	1	0.63
Metoprolol	1	0.63

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า		
มีการรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าอยู่ในระดับเล็กน้อย	139	87.97
มีการรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าอยู่ในระดับปานกลาง	19	12.03
มีการรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าอยู่ในระดับรุนแรงมาก	0	0
อาการเวียนศีรษะ		
ไม่มีอาการเวียนศีรษะ	50	31.65
มีอาการเวียนศีรษะ	108	68.35
การรับรู้ความสามารถในการมองเห็น		
ดีมาก	9	5.70
ดี	37	23.42
พอใช้	102	64.56
ไม่ดี	9	5.69
ไม่ดีย่างมาก	1	0.63
การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว		
ดีมาก	11	6.96
ดี	40	25.32
พอใช้	89	56.33
ไม่ดี	17	10.76
ไม่ดีย่างมาก	1	0.63
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นซับซ้อน		
ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นซับซ้อนได้	34	21.52
ต้องมีผู้ช่วยเหลือ		
สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นซับซ้อนได้	124	78.48
โดยไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ		

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 83.54) มีการรับรู้ ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 57.59) ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างไม่เคยหกล้ม (ร้อยละ 57.59) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เคยหกล้ม (ร้อยละ 42.41) หกล้มจำนวน 1 ครั้ง (ร้อยละ 32.83) ได้รับบาดเจ็บจากการหกล้มเล็กน้อย (ร้อยละ 56.72) กลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคร่วม (ร้อยละ 55.06) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่พบโรคร่วมมีความรุนแรงน้อย (ร้อยละ 37.98) คือ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 38.61) นอกจากนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้กลุ่มยาต้านแคลเซียม (ร้อยละ 68.35) ยาที่กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ใช้ คือ Amlodipine (ร้อยละ 64.56) มีการรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า อยู่ในระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 87.97) มีอาการเวียนศีรษะ (ร้อยละ 68.35) มีการรับรู้ความสามารถ ในการมองเห็นอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 64.56) มีการรับรู้ความสามารถในการทรงตัวอยู่ในระดับ พอใช้ (ร้อยละ 56.33) และมีความสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นซับซ้อนได้ โดยไม่ต้องมี ผู้ช่วยเหลือ (ร้อยละ 78.48)

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามกิจกรรม วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้ความมั่นใจการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ($n = 158$)

กิจกรรม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
$\bar{X} = 3.51, SD = 0.53$		
1. การถอดและสวมใส่เสื้อผ้า	3.49	0.74
2. การเตรียมอาหารง่าย ๆ	3.58	0.65
3. การอาบน้ำ	3.74	0.54
4. การนั่งและลุกจากเก้าอี้	3.32	0.78
5. การขึ้นและลงจากเตียงนอน	3.44	0.71
6. การลุกขึ้นไปเปิดประตูหรือลุกขึ้นไปรับโทรศัพท์	3.49	0.73
7. การเดินภายในบ้านโดยรอบ	3.75	0.50
8. การเอื้อมหยิบของจากตู้	3.61	0.70
9. การทำความสะอาดบ้านเล็กน้อย	3.70	0.57
10. การซื้อของเล็ก ๆ น้อย ๆ	3.69	0.59

ตารางที่ 4 (ต่อ)

กิจกรรม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
11. การใช้บริการขนส่งสาธารณะ	3.20	1.08
12. การข้ามถนน	3.15	1.05
13. การทำสวนเล็ก ๆ น้อย ๆ หรือตากผ้า	3.75	0.55
14. การใช้บันไดหน้าบ้านหรือหลังบ้าน	3.25	1.01

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.51, SD = 0.53$) มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 3 คะแนนทุกกิจกรรม กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับสูงที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ การทำสวนเล็ก ๆ น้อย ๆ หรือการตากผ้า ($\bar{X} = 3.75, SD = 0.55$) การเดินภายในบ้านโดยรอบ ($\bar{X} = 3.75, SD = 0.50$) และการอาบน้ำ ($\bar{X} = 3.74, SD = 0.54$) ส่วนกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับสูง 3 ลำดับท้าย ได้แก่ การใช้บันไดหน้าบ้านหรือหลังบ้าน ($\bar{X} = 3.25, SD = 1.01$) รองลงมา คือ การใช้บริการขนส่งสาธารณะ ($\bar{X} = 3.20, SD = 1.08$) และการข้ามถนน ($\bar{X} = 3.15, SD = 1.05$) ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ภาวะสุขภาพ ประสบการณ์การหกล้ม ภาวะโรคร่วม ประเภทของกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า อาการเวียนศีรษะ การรับรู้ความสามารถในการมองเห็น การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ขึ้นซับซ้อนกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แบบพอยท์ไบซีเรียล และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน แรงค์ ออเดอร์ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปร กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	ค่า <i>p-value</i>
การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า	-.464** (r_s)	< .001
การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว	.462** (r_s)	< .001
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นชั้นซ้น	.383** (r_s)	< .001
ภาวะซีมีเศร้า	-.359** (r_s)	< .001
การรับรู้ความสามารถในการมองเห็น	.333** (r_s)	< .001
อายุ	-.175* (r_s)	.014
ประสบการณ์การหกล้ม	-.169* (r_s)	.017
อาการเวียนศีรษะ	-.137* (r_{bp})	.043
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.096 (r_s)	.114
เพศ	-.073 (r_{bp})	.360
ภาวะโรคร่วม	-.066 (r_s)	.206
ประเภทของกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง	.044 (r_s)	.291

* $p < .05$, ** $p < .001$

r_s ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน แรงค์ ออเดอร์

r_{bp} ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล

จากตารางที่ 5 พบว่า การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง ($r_s = -.464, p < .001$) การรับรู้ความสามารถในการทรงตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r_s = .462, p < .001$) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นชั้นซ้นมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r_s = .383, p < .001$) ภาวะซีมีเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r_s = -.359, p < .001$) การรับรู้ความสามารถในการมองเห็นมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r_s = .333, p < .001$) กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r_s = -.175, p = .014$) ประสบการณ์การหกล้มมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r_s = -.169, p = .017$) และอาการเวียนศีรษะมีความสัมพันธ์

ทางลบในระดับต่ำ ($r_{bp} = -.137, p = .043$) กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพ เพศ ภาวะโรคร่วม และประเภทของกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_s = .096, p = .114; r_{bp} = -.073, p = .360; r_s = -.066, p = .206; r_s = .044, p = .291$) ตามลำดับ



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาประเภทหาความสัมพันธ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ภาวะสุขภาพ ประสิทธิภาพการหกล้ม ภาวะโรคร่วม ประเภทของกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า อาการเวียนศีรษะ การรับรู้ความสามารถในการมองเห็น การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นซับซ้อนกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 158 คน ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังจันทร์ จังหวัดระยอง ในช่วงระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเครียดในผู้สูงอายุไทย แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบประเมินภาวะโรคร่วม แบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการมองเห็น แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว แบบประเมินดัชนีจุฬาเอดีแอล และแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มฉบับภาษาไทย (ฉบับปรับปรุง) ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำแบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า และแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มฉบับภาษาไทย (ฉบับปรับปรุง) ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วหาค่าความเที่ยงได้ค่าเท่ากับ .83 ส่วนแบบประเมินดัชนีจุฬาเอดีแอล แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการมองเห็น และแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว หาค่าความคงที่ของเครื่องมือด้วยวิธีการวัดซ้ำ โดยนำเครื่องมือวิจัยชุดเดียวกันทำการทดสอบด้วยการสัมภาษณ์ซ้ำห่างกัน 24 ชั่วโมง แล้วนำค่าที่ได้มาหาค่าความสัมพันธ์เพียร์สัน ได้ค่าเท่ากับ .73, .80 และ .84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม

สำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน แรงค์ ออเดอร์ ได้ผลการวิเคราะห์ ดังต่อไปนี้

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 62.03) อายุเฉลี่ย คือ 69.04 ปี ($SD = 7.60$) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.43) จบการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 82.91) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98.10) สถานภาพสมรสแต่งงานแล้ว (ร้อยละ 67.72) ไม่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 75.95) และไม่เคยดื่มสุรา (ร้อยละ 68.35) ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 83.54) มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 57.59) ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างไม่เคยหกล้ม (ร้อยละ 57.59) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เคยหกล้ม (ร้อยละ 42.41) หกล้มจำนวน 1 ครั้ง (ร้อยละ 32.83) ได้รับความเจ็บจากการหกล้มเล็กน้อย (ร้อยละ 56.72) กลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคร่วม (ร้อยละ 55.06) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่พบโรคร่วมมีความรุนแรงน้อย (ร้อยละ 37.98) คือ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 38.61) นอกจากนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้กลุ่มยาต้านแคลเซียม (ร้อยละ 68.35) ยาในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้ คือ Amlodipine (ร้อยละ 64.56) มีการรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าอยู่ในระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 87.97) มีอาการเวียนศีรษะ (ร้อยละ 68.35) มีการรับรู้ความสามารถในการมองเห็นอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 64.56) มีการรับรู้ความสามารถในการทรงตัวอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 56.33) และมีความสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันขึ้นซับซ้อนได้ โดยไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ (ร้อยละ 78.48)

2. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.51, SD = 0.53$) มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 3 คะแนน ทุกกิจกรรม กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับสูงที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ การทำสวนเล็ก ๆ น้อย ๆ หรือการตากผ้า ($\bar{X} = 3.75, SD = 0.55$) การเดินภายในบ้านโดยรอบ ($\bar{X} = 3.75, SD = 0.50$) และการอาบน้ำ ($\bar{X} = 3.74, SD = 0.54$) ส่วนกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับสูง 3 ลำดับท้าย ได้แก่ การใช้บันไดหน้าบ้านหรือหลังบ้าน ($\bar{X} = 3.25, SD = 1.01$) รองลงมา คือ การใช้บริการขนส่งสาธารณะ ($\bar{X} = 3.20, SD = 1.08$) และการข้ามถนน ($\bar{X} = 3.15, SD = 1.05$) ตามลำดับ

3. การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง ($r_s = -.464, p < .001$) การรับรู้ความสามารถในการทรงตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r_s = .462, p < .001$) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นซับซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r_s = .383, p < .001$) ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์

ทางลบในระดับต่ำ ($r_s = -.359, p < .001$) การรับรู้ความสามารถในการมองเห็นมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r_s = .333, p < .001$) กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r_s = -.175, p = .014$) ประสบการณ์การหกล้มมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r_s = -.169, p = .017$) และอาการเวียนศีรษะมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r_{bp} = -.137, p = .043$) กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพ เพศ ภาวะโรคร่วม และประเภทของกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_s = .096, p = .114; r_{bp} = -.073, p = .360; r_s = -.066, p = .206; r_s = .044, p = .291$) ตามลำดับ

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถนำมาใช้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานของการศึกษาได้ ดังนี้

1. การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.51, SD = 0.53$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 3 คะแนนทุกกิจกรรม กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มอยู่ในระดับสูงที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ การทำสวนเล็ก ๆ น้อย ๆ หรือการตากผ้า ($\bar{X} = 3.75, SD = 0.55$) การเดินภายในบ้าน โดยรอบ ($\bar{X} = 3.75, SD = 0.50$) และการอาบน้ำ ($\bar{X} = 3.74, SD = 0.54$) ส่วนกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มอยู่ในระดับสูง 3 ลำดับท้าย ได้แก่ การใช้บันไดหน้าบ้านหรือหลังบ้าน ($\bar{X} = 3.25, SD = 1.01$) รองลงมา คือ การใช้บริการขนส่งสาธารณะ ($\bar{X} = 3.20, SD = 1.08$) และการข้ามถนน ($\bar{X} = 3.15, SD = 1.05$) ตามลำดับ ซึ่งจากผลการศึกษาของผู้สูงอายุโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า กิจกรรมที่ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ การข้ามถนน และการใช้บริการขนส่งสาธารณะ ซึ่งแตกต่างจากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม และกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 62.03) อายุเฉลี่ย คือ 69.04 ปี ($SD = 7.60$) เป็นวัยสูงอายุ ตอนต้นเข้าตอนกลาง มีความเสื่อมถอยของร่างกาย (Miller, 2019) การมีโรคประจำตัวด้วยโรค ความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุจะยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น กับตนเองว่าเป็นเรื่องธรรมชาติ (Padmanabhan, 2019) ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการปรับตัวในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ และทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับสูง

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด19 ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านวังจันทร์ จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการให้สอดคล้องกับสถานการณ์และนโยบาย (กรม ควบคุมโรค, 2564) จากการนัดผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงพบแพทย์และพยาบาล เป็นการให้ คำปรึกษาและตรวจออนไลน์ มีการปรับการสั่งยาและจัดการเรื่องการรับยา จากนั้น อสม. จะทำการ รับยาและส่งมอบยาให้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่บ้าน และยังมีช่องทางการจัดส่งยา ทางไปรษณีย์อีกด้วย นอกจากนี้ ยังมีการติดตามโดยการวัดความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่บ้าน ในกรณีผู้สูงอายุมีความดันโลหิตผิดปกติ จะดำเนินการส่งต่อผู้สูงอายุให้มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล จากเหตุผลดังกล่าวส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้สูงอายุ มีการปรับตัว รวมทั้งมีความมั่นใจ และเชื่อมั่นในระบบการบริการสาธารณสุข

ซึ่งผลการศึกษารั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.48) มีความสามารถ ประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นซับซ้อนได้ โดยไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.72) มีสถานภาพสมรสแต่งงานแล้ว ซึ่งสามีหรือภรรยาเป็นบุคคลใน ครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด มีความห่วงใยซึ่งกัน และกัน เมื่อรับทราบว่ามีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง จึงมีการปรับบทบาทหน้าที่ ของตนเองเพื่อที่จะส่งเสริม สนับสนุนบุคคลในครอบครัวให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยการให้ คำกำลังใจ ให้ความร่วมมือในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว เพื่อควบคุมพฤติกรรมที่ไม่ เหมาะสมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และการช่วยเหลือกันทำหน้าที่อย่างเหมาะสม ทำให้ครอบครัวมีความสุขได้โดยการทำหน้าที่ที่มีการยืดหยุ่นเหมาะสมตามสถานการณ์ หรือปัญหาที่เกิดขึ้น (Wright & Leakey, 2009) จึงทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความมั่นใจ ในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82.91) จบการศึกษาระดับ ประถมศึกษา โดยผู้สูงอายุที่มีการศึกษาจะมีความรู้ความสามารถในการอ่าน เขียนขั้นพื้นฐาน สามารถรับรู้ภาวะอันตราย ทำให้เกิดการเรียนรู้และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเอง ในทางที่ดีขึ้น โดยลักษณะการเรียนรู้เป็นลักษณะที่เกิดจากประสบการณ์ เมื่อคนเผชิญปัญหา

หรือประสบการณ์ใด ๆ คนก็จะพยายามดึงเอาสิ่งที่เก็บสะสมไว้มาใช้ให้เกิดประโยชน์ โดยการแสดงออกมา รวมทั้งมีการแสวงหาความรู้จากแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ (Krishnamurti, 1986) เช่น จากบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่จะอยู่กับพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นของตนเอง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจึงมีการปรับตัวอย่างเหมาะสม โดยการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องและไม่ขาดยา

นอกจากนี้ ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.35) ใช้กลุ่มยาด้านแคลเซียมยาคีที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้ คือ Amlodipine (ร้อยละ 64.56) ซึ่งเป็นกลุ่มยาที่ทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า (Tinetti et al., 2014) อย่างไรก็ตาม ในขั้นตอนการรับยากลับบ้าน กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับความรู้ วิธีการรับประทานยา ผลข้างเคียง และคำแนะนำจากเภสัชกร และพยาบาลตามระบบของโรงพยาบาลเป็นอย่างดี ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถดูแลตนเอง และสามารถปฏิบัติตนเพื่อลดอันตรายผลข้างเคียงจากการใช้ยาได้ ส่งผลให้การศึกษาคั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87.97) มีการรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าอยู่ในระดับเล็กน้อย นอกจากนี้ ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.54) ไม่มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยด้านบุคคล โดยบุคคลที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า จะมีความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้น สามารถแก้ไขปัญหา รับรู้ปัญหาได้ตามสภาพความเป็นจริง มีความเคารพตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีความสุข (Howard, 2010) ส่งผลให้มีความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ และทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 68.40) (Kakhki et al., 2018) และผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้แก่ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคเบาหวาน มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 91.7, 73.20, 68.90 และ 53.90 ตามลำดับ (ชนภรณ์ พิพัฒน์วิณิชชา และคณะ, 2561; ลลิตา ปักเขมาียง และคณะ, 2562; อนันต์ศักดิ์ จันทศรี และคณะ, 2562; อัจฉราวรรณ รัตน์มณี และนัยนา พิพัฒน์วิณิชชา, 2560)

ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวแตกต่างกัน ใช้แนวคิดและแบบประเมินการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน โดย Kakhki et al. (2018) ศึกษาผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในประเทศอิหร่าน ใช้แบบประเมินการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มฉบับนานาชาติเวอร์ชันเปอร์เซีย (The Persian version of The Falls Efficacy Scale-International) ส่วน อัจฉราวรรณ รัตน์มณี และนัยนา พิพัฒน์วิณิชชา (2560) ใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความมั่นใจ

ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้ม ที่ดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้ม เวอร์ชันสวีดิช (Falls Efficacy Scale, Swedish version [FES-S]) ของ Hellstrom and Lindmark (1999) ร่วมกับแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้ม ในผู้สูงอายุไทยของ ลัดดา เทียมวงศ์ (2554) ที่แปลมาจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มฉบับนานาชาติ (Falls Efficacy Scale International [FES-I]) ส่วน ชนภรณ์ พิพัฒน์วิชิชา และคณะ (2561); ลลิตา ปักขมา ยัง และคณะ (2562); อนันต์ศักดิ์ จันทศรี และคณะ (2562) ใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มฉบับภาษาไทย ที่แปลมาจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้ม ของ Hill et al. (1996)

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นซับซ้อน ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความสามารถในการมองเห็น อายุ ประสบการณ์การหกล้ม และอาการเวียนศีรษะ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .05 ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพเพศ ภาวะโรคร่วม และประเภทของกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอภิปรายผลการวิจัย ได้ดังต่อไปนี้

2.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นซับซ้อน ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความสามารถในการมองเห็น อายุ ประสบการณ์การหกล้ม และอาการเวียนศีรษะ สามารถอภิปรายได้ดังต่อไปนี้

2.1.1 การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า

จากการศึกษาครั้งนี้ เมื่อวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง ($r_s = -.464, p < .001$) กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 กล่าวคือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้การ ความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าอยู่ในระดับเล็กน้อย จะมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับสูง ส่วนผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้การ ความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าอยู่ในระดับรุนแรง จะมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ โดยผลการศึกษาคั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถ อธิบายได้ว่า การรับรู้การความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าจัดเป็นปัจจัยด้านโครงสร้างของ ร่างกาย ที่มีผลต่อการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ ตามแนวคิดบัญชีสากลเพื่อจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ (ICF) (Pohl et al., 2015)

ซึ่งจากการศึกษาคั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87.97) มีการรับรู้การ ความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าอยู่ในระดับเล็กน้อย มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 62.03) มีอายุ เฉลี่ย 69.04 ปี ($SD = 7.60$) เป็นวัยสูงอายุตอนต้นเข้าตอนกลาง ร่างกายมีการเสื่อมถอยตามการ เปลี่ยนแปลงตามวัย (Miller, 2019) โดยสาเหตุของอาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า ในผู้สูงอายุเกิดจาก Baroreflex sensitivity ไม่ตอบสนองขณะเปลี่ยนท่า ทำให้อัตราการเต้น ของหัวใจลดลงและการหดตัวของหลอดเลือดลดลง ทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำได้ (Biaggioni, 2018) โดยผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจะมีความผิดปกติของหลอดเลือด การหด และการ ขยายตัวของหลอดเลือดผิดปกติ การย่นในท่าศีรษะสูงจะทำให้เลือดไหลลงมารวมกันที่เส้นเลือด บริเวณขาและอวัยวะในช่องท้องประมาณ 500 – 1000 ml ทำให้การไหลเวียนของเลือดดำกลับไปที่ หัวใจลดลง ส่งผลให้เกิดความดันโลหิตต่ำชั่วคราว (Shaw & Claydon, 2014) จึงทำให้ผู้สูงอายุ บางรายอาจพบอาการเหนื่อยล้า คลื่นไส้ วิงเวียนศีรษะ ปวดบริเวณต้นคอ มองเห็นภาพไม่ชัด หรือเป็นลมในขณะยืนได้ (Palma & Kaufmann, 2020) ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.35) ใช้กลุ่มยาด้านแคลเซียม ยาที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้ คือ Amlodipine (ร้อยละ 64.56) ซึ่งเป็นกลุ่มยาที่ทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า (Tinetti et al., 2014) อย่างไรก็ตาม ในขั้นตอนการรับยากลับบ้าน กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับความรู้ วิธีการรับประทานยา ผลข้างเคียง และคำแนะนำจากเภสัชกรและพยาบาล ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถดูแลตนเอง และสามารถปฏิบัติ ตนเมื่อมีผลข้างเคียงจากการใช้ยา

ทั้งนี้ สามารถอธิบายตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง Bandura (1997) ได้ว่า สภาวะทางด้านร่างกายมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งการรับรู้การความดันโลหิต ต่ำขณะเปลี่ยนท่าของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงนั้น ถือได้ว่าเป็นสภาวะทางด้านร่างกายอย่าง หนึ่ง การมีสภาวะร่างกายแข็งแรง มีภาวะสุขภาพที่ดี จะทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถ

ของตนเองเพิ่มขึ้น หากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไม่มีการรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า ความสามารถในการก้าวเดินและการทรงตัวปกติ มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และเชื่อในความสามารถของตนเอง จะเกิดการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีการรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า จะมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง (Arik et al., 2021)

2.1.2 การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว

จากการศึกษาครั้งนี้ เมื่อวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้ความสามารถในการทรงตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r_s = .462, p < .001$) กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 กล่าวคือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ความสามารถในการทรงตัวอยู่ในระดับดี จะมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มอยู่ในระดับสูง ส่วนผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ความสามารถในการทรงตัวอยู่ในระดับไม่ดี จะมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำตามไปด้วย โดยผลการศึกษานี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้ความสามารถในการทรงตัวเป็นปัจจัยด้านโครงสร้างของร่างกายที่มีผลต่อการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ ตามแนวคิดบัญชีสากลเพื่อจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ (ICF) (Pohl et al., 2015)

ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 56.33) มีการรับรู้ความสามารถในการทรงตัวอยู่ในระดับพอใช้เท่านั้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอายุที่มากขึ้น โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.03) มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี มีอายุเฉลี่ย 69.04 ปี ($SD = 7.60$) เป็นวัยสูงอายุตอนต้นเข้าตอนกลาง ร่างกายจะเริ่มเสื่อมถอยตามการเปลี่ยนแปลงตามวัย ทั้งในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ (Miller, 2019) ทำให้ปริมาณเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อและขนาดของเส้นใยกล้ามเนื้อค่อย ๆ ลดลง (Villa-Forte, 2015) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ส่งผลต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ซึ่งมีผลต่อท่าทางการเดิน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะรู้สึกว่าไม่สามารถยกเท้าได้สูงเท่ากับที่เคยทำได้ มีการเปลี่ยนแปลงในการเคลื่อนไหวของสะโพกในการรับน้ำหนักของขาขณะเดิน ทำให้ผู้สูงอายุอาจมีการสะดุดเมื่อเดินบนพื้นที่ขรุขระหรือระดับต่างกันได้ง่าย (Miller, 2019) โดยเฉพาะในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงนั้น มีผลต่อภาวะหลอดเลือดแดงตีบแข็ง เนื่องจากมีสารไขมันอุดตันนี้ เป็นสาเหตุสำคัญของโรคความดันโลหิตสูงเมื่ออายุมากขึ้น

หลอดเลือดจะตีบแข็งมากขึ้น ทำให้ขาดความยืดหยุ่น ขนาดรูหลอดเลือดเล็กลง เป็นผลให้ความต้านทานส่วนปลายทางรวมของหลอดเลือดสูงขึ้น (Miller, 2019) เกิดเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นตามอายุ หากไม่ได้รับการรักษาและไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 68.35) มีอาการเวียนศีรษะ และในกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 12.03) พบว่า มีการรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งจากประสบการณ์การหกล้มในรอบ 1 ปี พบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยหกล้ม (ร้อยละ 42.41) หกล้มจำนวน 1 ครั้ง (ร้อยละ 32.83) และได้รับบาดเจ็บจากการหกล้มเล็กน้อย (ร้อยละ 56.72) จากอาการดังกล่าว ถือเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออาการทรงตัวในผู้สูงอายุ (Abate et al., 2009) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Shen et al. (2015) ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจะมีปัญหาเกี่ยวกับความสามารถในการก้าวเดินและการทรงตัว อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชน มีอาชีพเป็นเกษตรกร ทำสวนยางและสวนผลไม้ การมีกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ถือได้ว่าเป็นการออกกำลังกายช่วยรักษาระดับสมรรถภาพร่างกาย ส่งผลให้กล้ามเนื้อแขนและขาแข็งแรง เพิ่มความคล่องตัวในการเคลื่อนไหว ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการเดิน และเพิ่มประสิทธิภาพในการทรงตัว ปัจจัยการรับรู้ความสามารถในการทรงตัวจึงมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ สามารถอธิบายตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง Bandura (1997) ได้ว่า การมีสภาวะร่างกายแข็งแรง มีภาวะสุขภาพที่ดี จะทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น หากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีการรับรู้ความสามารถในการทรงตัวอยู่ในระดับดี ผู้สูงอายุจะมีความมั่นใจในการก้าวเดิน เชื่อในความสามารถของตนเอง จึงเกิดการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การทรงตัวมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหลอดเลือดสมอง (ชนภรณ์ พิพัฒน์วิมลชชา และคณะ, 2561; ลลิตา ปักเขมา ยัง และคณะ, 2562; อนันต์ศักดิ์ จันทรศรี และคณะ, 2562; อัจฉราวรรณ รัตนมณี และนัยนา พิพัฒน์วิมลชชา, 2560)

2.1.3 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นซับซ้อน

จากการศึกษาครั้งนี้ เมื่อวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นซับซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r_s = .383, p < .001$) กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 กล่าวคือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีความสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันขึ้นซับซ้อนได้ จะมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

โดยไม่หกล้มอยู่ในระดับสูง ส่วนผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันขึ้นชั้นชันได้ ต้องมีผู้ช่วยเหลือ จะมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ โดยผลการศึกษาคั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นชั้นชันเป็นปัจจัยด้านกิจกรรมและการมีส่วนร่วมที่มีผลต่อการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุตามแนวคิดบัญชีสากลเพื่อจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ (ICF) (Pohl et al., 2015)

ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.48) สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันขึ้นชั้นชันชันได้โดยไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างจึงเห็นความสำคัญและตระหนักในเรื่องการดูแลตนเอง ช่วยเหลือตนเองในเรื่องต่าง ๆ ที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน และใส่ใจในการดูแลสุขภาพ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือไม่สบาย ยังคงดูแลตนเองและเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลได้เอง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.72) มีสถานภาพสมรสแต่งงานแล้ว การมีคู่สมรส ทำให้มีความห่วงใยซึ่งกันและกัน มีการส่งเสริมและสนับสนุนกลุ่มตัวอย่างให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยการให้กำลังใจ ให้ความร่วมมือในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว และมีการปรับบทบาทหน้าที่เพื่อควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของกลุ่มตัวอย่าง (Wright & Leahy, 2009) ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.54) ไม่มีภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเผชิญต่อการเจ็บป่วย มีพฤติกรรมที่เหมาะสม ส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี กลุ่มตัวอย่างจึงสามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นส่วนใหญ่

ทั้งนี้ สามารถอธิบายตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง Bandura (1997) ได้ว่า หากบุคคลมีสถานะด้านร่างกายปกติ จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูง ซึ่งในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ร่างกายมีความแข็งแรง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นชั้นชันชันได้ตามปกติ ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูง เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ หรือมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้ม สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นชั้นชันชันมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ลลิตา ปักเขมา ยัง และคณะ, 2562; อัจฉราวรรณ รัตนมณี และนัยนา พิพัฒน์วิชชา, 2560; Oliveira et al., 2014) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นชั้นชันชันไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (อนันต์ศักดิ์ จันทศรี และคณะ, 2562)

2.1.4 ภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษาครั้งนี้ เมื่อวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ พบว่า ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r_s = -.359, p < .01$) กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 กล่าวคือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า จะมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับสูง ส่วนผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ โดยผลการศึกษานี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยด้านบุคคลที่มีผลต่อการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ ตามแนวคิดบัญชีสากลเพื่อจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ (ICF) (Pohl et al., 2015)

ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.54) ไม่มีภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55.06) ไม่มีโรคร่วม ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่พบโรคร่วมมีความรุนแรงน้อย (ร้อยละ 37.97) คือ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 38.61 ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิต การรับประทานยา และการเลือกรับประทานอาหาร พร้อมทั้งยังได้รับคำแนะนำการรับประทานยาโรคประจำตัวจากเภสัชกร ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่เกิดภาวะเครียด และสามารถดูแลตนเองได้ นอกจากนี้ การมีสถานภาพสมรสแต่งงานแล้ว (ร้อยละ 67.72) ทำให้มีความห่วงใยซึ่งกันและกัน คู่สมรสจะมีการส่งเสริมและสนับสนุนกลุ่มตัวอย่างให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยการให้กำลังใจ ให้ความร่วมมือในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว และมีการปรับบทบาทหน้าที่เพื่อควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของกลุ่มตัวอย่าง (Wright & Leahy, 2009) กลุ่มตัวอย่างจึงเห็นความสำคัญและตระหนักในเรื่องการดูแลตนเอง ช่วยเหลือตนเองในเรื่องต่าง ๆ ที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน และใส่ใจในการดูแลสุขภาพ เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยหรือไม่สบาย ยังคงดูแลตนเองและเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลได้เอง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันขึ้นซ้ำซ้อนได้โดยไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ (ร้อยละ 78.48) เป็นการบ่งบอกว่ากลุ่มตัวอย่างรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีประโยชน์ และไม่เป็นการระของผู้อื่น

ทั้งนี้ สามารถอธิบายตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง Bandura (1997) ได้ว่า สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งถ้าหากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ก็จะเชื่อในความสามารถของตนเอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่

หกล้มอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหลอดเลือดสมอง (ชนภรณ์ พิพัฒน์วณิชชา และคณะ, 2561; อนันต์ศักดิ์ จันทร์ศรี และคณะ, 2562; อัจฉราวรรณ รัตน์มณี และนัยนา พิพัฒน์วณิชชา, 2560)

2.1.5 การรับรู้ความสามารถในการมองเห็น

จากการศึกษาครั้งนี้ เมื่อวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้ความสามารถในการมองเห็นมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r_s = .333, p < .001$) กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 กล่าวคือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ความสามารถในการมองเห็นอยู่ในระดับดี จะมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มอยู่ในระดับสูง ส่วนผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ความสามารถในการมองเห็นอยู่ในระดับไม่ดี จะมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ โดยผลการศึกษานี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้ความสามารถในการมองเห็นเป็นปัจจัยด้านบุคคลที่มีผลต่อการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ ตามแนวคิดบัญชีสากลเพื่อจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ (ICF) (Pohl et al., 2015)

ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.56) มีการรับรู้ความสามารถในการมองเห็นอยู่ในระดับพอใช้เท่านั้น เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยในผู้สูงอายุ ทำให้การมองเห็นลดลง ได้แก่ เลนส์แก้วตาสูญเสียความยืดหยุ่น การมองเห็นในที่มืดลดลง เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงจอตาลดลง ทำให้เกิดความเสื่อมของจอตา วัณในตาเสื่อมสภาพ และมีสายตายาว เป็นต้น (Miller, 2019) ประกอบกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็น คือ ภาวะแทรกซ้อนที่จอประสาทตา ซึ่งภาวะนี้เกิดจากระดับความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ทำให้ผนังหลอดเลือดแดงที่จอประสาทตา (Retinal artery) หนาตัวขึ้น เมื่อหลอดเลือดนี้ทอดผ่านหลอดเลือดดำ ก็จะกดเบียดหลอดเลือดดำที่จุดตัด และเมื่อเป็นมากขึ้นจะทำให้ผนังหลอดเลือดแดงหนาตัวขึ้น ทำให้ตามีจุดเลือดออก จอประสาทตาขาดเลือด เนื่องจากการอุดตันของหลอดเลือด (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) จึงทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงนั้น ประสาทตาเสื่อม ตาพร่ามัว มองไม่เห็น และตาบอดได้ในที่สุด (Modi & Arsiwalla, 2021)

ทั้งนี้ สามารถอธิบายตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง Bandura (1997) ได้ว่า หากบุคคลมีสภาวะด้านร่างกายปกติ จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ในระดับสูง ซึ่งในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ความสามารถในการมองเห็น อยู่ในระดับดี จะมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ หรือมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้ม สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า การมองเห็นมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (ชนภรณ์ พิพัฒน์วิมลชชา และคณะ, 2561)

2.1.6 อายุ

จากการศึกษาครั้งนี้ เมื่อวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ ทางลบในระดับต่ำ ($r_s = -.175, p = .014$) กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุน้อย จะมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มอยู่ในระดับสูง ส่วนผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุมาก จะมีการรับรู้ ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ โดยผลการศึกษานี้ เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่า อายุเป็นปัจจัยด้านบุคคลที่มีผลต่อการรับรู้ ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ ตามแนวคิดบัญชีสากล เพื่อจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ (ICF) (Pohl et al., 2015)

ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.03) มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี มีอายุเฉลี่ย 69.04 ปี ($SD = 7.60$) เป็นวัยสูงอายุตอนต้นเข้าตอนกลาง เมื่ออายุมากขึ้น ร่างกายจะเริ่มเสื่อมถอยลงตามการเปลี่ยนแปลงตามวัย ทั้งในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบ ประสาท และระบบการรับรู้รู้สึก ทำให้การทำงานของร่างกายลดลง (Miller, 2019) โดยเฉพาะ ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิต ซึ่งมีความสำคัญ อย่างมากต่อกลไกการทรงตัว ความผิดปกติของหัวใจ และหลอดเลือด เช่น การตีบแคบของหลอดเลือด และการเกิดหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดแดงลดลง ซึ่งจะส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ส่งออกจากหัวใจลดลง (Padmanabhan & Azam, 2019) ทำให้เกิดโรค ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น

ทั้งนี้ สามารถอธิบายตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง Bandura (1997) ได้ว่า หากบุคคลมีอายุเพิ่มมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงตามวัยในทางที่เสื่อมลง อย่างไรก็ตาม กลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงวัยตอนต้นเข้าตอนกลาง จึงมีการเปลี่ยนแปลงตามวัยไม่มาก ทำให้ ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง เชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ส่งผลให้ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคเบาหวาน (อนันต์ศักดิ์ จันทศรี และคณะ, 2562; Bruce et al., 2015; Kelly et al., 2013; Moreira et al., 2017) ไม่สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคความดันโลหิตสูง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ชนภรณ์ พิพัฒน์วิเศษ และคณะ, 2561; ลลิตา ปีกเขมา ยัง และคณะ, 2562; Kakhki et al., 2018; Oliveira et al., 2014)

2.1.7 ประสิทธิภาพการหกล้ม

จากการศึกษาครั้งนี้ เมื่อวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ พบว่า ประสิทธิภาพการหกล้ม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r_s = -.169, p = .017$) กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่เคยมีประสบการณ์การหกล้ม จะมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มอยู่ในระดับสูง ส่วนผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เคยมีประสบการณ์การหกล้ม จะมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ โดยผลการศึกษานี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่า ประสิทธิภาพการหกล้มเป็นปัจจัยด้านบุคคลที่มีผลต่อการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ ตามแนวคิดบัญชีสากลเพื่อจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ (ICF) (Pohl et al., 2015)

โดยที่ประสิทธิภาพการหกล้มนั้น เป็นการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่ได้ตั้งใจหรือเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด โดยทำให้อวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายสัมผัสพื้นหรือสิ่งของที่อยู่ในระดับที่ต่ำกว่า ทั้งภายในและภายนอกบ้าน ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา จากการศึกษานี้ พบว่า ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยหกล้ม (ร้อยละ 57.59) ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ และมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ได้อย่างปลอดภัย รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างที่เคยหกล้ม (ร้อยละ 42.41) ส่วนใหญ่หกล้มจำนวน 1 ครั้ง (ร้อยละ 13.92) ความรุนแรงของการได้รับบาดเจ็บจากการหกล้มของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ไม่ได้รับบาดเจ็บ (ร้อยละ 12.66) จนถึงกระดูกหัก (ร้อยละ 3.80)

สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ประสิทธิภาพการหกล้มมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง (อนันต์ศักดิ์ จันทศรี และคณะ, 2562; Bruce et al., 2015; Kakhki et al., 2018) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า ประสิทธิภาพการหกล้มไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ

โรคเบาหวาน โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ และโรคหลอดเลือดสมอง (ธนภรณ์ พิพัฒน์วิศิษา และคณะ, 2561; ลลิตา ปักเขมา ยัง และคณะ, 2562; อัจฉรารวรรณ รัตนมณี และนัยนา พิพัฒน์วิศิษา, 2560) ทั้งนี้ สามารถอธิบายตามทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเอง Bandura (1997) ได้ว่า ประสบการณ์การหกล้มของผู้สูงอายุทั้งทางตรง ได้แก่ เคยหกล้มด้วยตนเอง และประสบการณ์จากผู้อื่น เช่น จากการพบเห็นหรือบอกเล่า เช่น ผลของการหกล้ม การบาดเจ็บที่เกิดจากการหกล้ม ความรุนแรงที่เกิดขึ้นจากการหกล้ม เป็นต้น ต่างทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับมีประสบการณ์ที่ไม่ดี จึงมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำได้

2.1.8 อาการเวียนศีรษะ

จากการศึกษาครั้งนี้ เมื่อวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ พบว่า อาการเวียนศีรษะ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r_{bp} = -.137, p = .043$) กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีอาการเวียนศีรษะ จะมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับสูง ส่วนผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีอาการเวียนศีรษะ จะมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ โดยผลการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่า อาการเวียนศีรษะจัดเป็นปัจจัยด้านโครงสร้างของร่างกาย ที่มีผลต่อการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ ตามแนวคิดบัญชีสากลเพื่อจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ (ICF) (Pohl et al., 2015)

ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.35) มีอาการเวียนศีรษะ ซึ่งผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษานำร่องของผู้วิจัย (Pilot study) ในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยนอก คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 14 ราย พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 71.40) มีอาการเวียนศีรษะ จากการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุทำให้มีอาการเวียนศีรษะส่วนมากมักมีอาการเป็น ๆ หาย ๆ สาเหตุของอาการเวียนศีรษะ อาจเกิดได้จากการสูญเสียเซลล์ขนของหูชั้นใน มีการไหลเวียนของเลือดที่ไปหล่อเลี้ยงหูชั้นในลดลง (Padmanabhan, 2019) และภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า สาเหตุดังกล่าวส่งผลต่อการทรงตัว ทำให้มีกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 56.33) มีการรับรู้ความสามารถในการทรงตัวอยู่ในระดับพอใช้เท่านั้น โดยเฉพาะในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จะมีความผิดปกติของหลอดเลือด การหด และการขยายตัวของหลอดเลือดผิดปกติ การไหลเวียนของเลือดกลับสู่สมองเป็นไปได้ช้า ร่วมกับการ

เปลี่ยนอิริยาบถอย่างรวดเร็ว จึงทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด คล้ายจะเป็นลมชั่วขณะ (Gangavati et al., 2011)

ทั้งนี้ สามารถอธิบายตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง Bandura (1997) ได้ว่า หากบุคคลมีสถานะด้านร่างกายผิดปกติ จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับต่ำ และเกิดความไม่มั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรม

2.2 ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ เพศ ภาวะโรคร่วม และประเภทของกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง สามารถอภิปรายได้ดังต่อไปนี้

2.2.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

จากการศึกษาครั้งนี้ เมื่อวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_s = .096, p = .114$) กล่าวคือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไม่ว่าจะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดีหรือในระดับไม่ดีก็ตาม ต่างก็มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และไม่สอดคล้องกับแนวคิดบัญชีสากล เพื่อจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ (ICF) (Pohl et al., 2015) ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57.59) มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ เนื่องจากการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นการประเมินสุขภาพด้วยตนเอง โดยใช้ความรู้สึก ความคิดเห็นหรือการแสดงออกของความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสุขภาพของตนในแต่ละเวลา ซึ่งการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตนนั้น จะดำเนินไปตามความต่อเนื่องของภาวะสุขภาพดี และภาวะการเจ็บป่วยเช่นกัน แต่การรับรู้ที่มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล กล่าวคือ บางคนอาจมีการรับรู้ว่า ความเจ็บป่วยนั้นเป็นเพียงสิ่งผิดปกติเล็กน้อยและไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตของเขา ในขณะที่บางคนมีความรู้สึกถึงความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่รบกวนและคุกคามต่อชีวิตของเขาเป็นอย่างมาก ทำให้เขาเสียความเป็นบุคคลไป (Brook et al., 1979) จึงสามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุไม่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ทั้งนี้ สามารถอธิบายตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง Bandura (1997) ได้ว่า การรับรู้ระดับความสามารถของบุคคลขึ้นอยู่กับประเมินความยากง่าย และประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จในเรื่องนั้น ๆ หากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับพอใช้ แต่ยังรู้ว่าตนเองมีความสามารถ หรือเคยประสบความสำเร็จในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ผู้สูงอายุจะเกิดความมั่นใจ และมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติ

กิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้ม สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (อนันต์ศักดิ์ จันทศรี และคณะ, 2562) ไม่สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (ชนภรณ์ พิพัฒน์วิณิชชา และคณะ, 2561; Moreira et al., 2017)

2.2.2 เพศ

จากการศึกษาครั้งนี้ เมื่อวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_{\text{bp}} = -.073, p = .360$) กล่าวคือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไม่ว่าจะเป็นเพศชายหรือเพศหญิง ต่างก็มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และไม่สอดคล้องกับแนวคิดบัญชีสากลเพื่อจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ (ICF) (Pohl et al., 2015) ซึ่งในการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 54.43) เป็นเพศหญิง โดยสามารถอธิบายได้ว่า ถึงแม้ว่าในสังคมทั่วไปมีการกำหนดบทบาทของเพศชายและเพศหญิงที่แตกต่างกัน ซึ่งเพศชายจะถูกมองว่ามีความเป็นผู้นำโดยมีลักษณะก้าวร้าว มีหน้าที่รับผิดชอบในการหารายได้เลี้ยงครอบครัว มีอำนาจตัดสินใจในเรื่องสำคัญของครอบครัว เลือกทำงานที่มีเกียรติและได้ค่าจ้างสูง ทำให้เพศชายต้องแสดงความเป็นผู้นำ มีความเข้มแข็งและไม่แสดงความอ่อนแอให้ใครเห็น ส่วนเพศหญิงจะถูกมองว่าเป็นเพศที่อ่อนแอและมีอารมณ์อ่อนไหว มักแสดงอารมณ์ออกมา มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลครอบครัวและงานบ้าน ทำให้เพศหญิงนั้นสามารถแสดงความรู้สึกต่าง ๆ ออกมาได้อย่างอิสระ (พีรดา ภูมิสวัสดิ์, 2563) แต่ในปัจจุบันสังคมมองเพศชายและเพศหญิงมีความเท่าเทียมกัน โดยเพศชายจะยอมรับและให้ความสำคัญกับเพศตรงข้าม สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้โดยไม่คำนึงว่าเป็นหน้าที่ของหญิงหรือชาย ช่วยเหลืองานบ้านและเลี้ยงดูบุตร ส่วนเพศหญิงจะสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้โดยไม่คำนึงว่าเป็นหน้าที่ของหญิงหรือชาย ออกไปทำงานนอกบ้านและหาโอกาสในการทำงานเท่าเทียมกับผู้ชาย และไม่รู้สึกรังเกียจที่จะทำงานนอกบ้านมากกว่าเลี้ยงดูบุตร ซึ่งทำให้เพศหญิงเป็นเพศที่เข้มแข็ง และมีความมั่นใจมากขึ้น (พีรดา ภูมิสวัสดิ์, 2563) ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า เพศหญิงมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคความดันโลหิตสูง (ลลิตา ปักเกษมายัง และคณะ, 2562; อัจฉราวรรณ รัตนมณี และนัยนา พิพัฒน์วิณิชชา, 2560; Kakhki et al., 2018)

2.2.3 ภาวะโรคร่วม

จากการศึกษาครั้งนี้ เมื่อวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ พบว่า ภาวะโรคร่วม มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_s = -.066, p = .206$) กล่าวคือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไม่ว่าจะมีภาวะโรคร่วมหรือไม่ก็ตาม ต่างก็มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และไม่สอดคล้องกับแนวคิดบัญชีสากลเพื่อจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ (ICF) (Pohl et al., 2015) ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55.06) ไม่มีโรคร่วม ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่พบโรคร่วมมีความรุนแรงน้อย (ร้อยละ 37.97) คือ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 38.61) รองลงมา คือ โรคไต (ร้อยละ 6.33) ซึ่งความรุนแรงของโรคเรื้อรังในผู้กลุ่มตัวอย่างนี้ อาจมีไม่มากและโรคร่วมมีความรุนแรงน้อย ไม่ส่งผลกระทบต่อชีวิต กลุ่มตัวอย่างจึงสามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิต การรับประทานยา และการเลือกรับประทานอาหาร พร้อมทั้งยังได้รับคำแนะนำการรับประทานยาโรคประจำตัว จากเภสัชกรตามระบบของโรงพยาบาลเป็นอย่างดี จึงสามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุไม่เกี่ยวข้องกับภาวะโรคร่วมของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ สามารถอธิบายตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง Bandura (1997) ได้ว่า การรับรู้ระดับความสามารถของบุคคลขึ้นอยู่กับประเมินความยากง่าย และประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จในเรื่องนั้น ๆ หากผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังเป็นจำนวนมาก แต่ยังรู้ว่าตนเองมีความสามารถ หรือเคยประสบความสำเร็จในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ผู้สูงอายุจะเกิดความมั่นใจ และมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้ม สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า ภาวะโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคความดันโลหิตสูง (ลลิตา ปักเขมาลัย และคณะ, 2562; อนันต์ศักดิ์ จันทศรี และคณะ, 2562; Kakhki et al., 2018)

2.2.4 ประเภทของกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง

จากการศึกษาครั้งนี้ เมื่อวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ พบว่า ประเภทของกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_s = .044, p = .291$) กล่าวคือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไม่ว่าจะใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงจำนวนกี่กลุ่มก็ตาม ต่างก็มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้ม

ไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และไม่สอดคล้องกับแนวคิดบัญชีสากลเพื่อจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ (ICF) (Pohl et al., 2015) ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.35) ใช้กลุ่มยาต้านแคลเซียมยาที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้ คือ Amlodipine (ร้อยละ 64.56) อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเล็กน้อยที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าและสูญเสียการทรงตัวได้ รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างทุกราย ก่อนได้รับยาจะได้รับคำแนะนำจากเภสัชกรและพยาบาลตามระบบของโรงพยาบาลเป็นอย่างดี จึงสามารถอธิบายได้ว่า ประเภทของกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูงไม่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ สามารถอธิบายตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง Bandura (1997) ได้ว่า หากบุคคลมีสภาวะด้านร่างกายผิดปกติ จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับต่ำ เกิดความไม่มั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ประเภทของกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (Kakhki et al., 2018) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 68.35 และ 51.19 ใช้ยาในกลุ่มยาต้านแคลเซียมและกลุ่มยาด้านระบบ Renin ตามลำดับ มีการกระจายของข้อมูลน้อยและไม่เป็นโค้งปกติ ส่งผลให้ประเภทของกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (รัตนศิริ ทาโต, 2561)

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ผลการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.51, SD = 0.53$) ดังนั้น พยาบาลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ควรให้ความสำคัญในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เพื่อส่งเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า แนวทางการส่งเสริมความสามารถในการมองเห็นและการทรงตัว แนวทางการเฝ้าระวังและการจัดการกับภาวะซีมเศร้า และแนวทางการเฝ้าระวังและส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับอาการเวียนศีรษะในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

2. พยาบาลผู้เกี่ยวข้องควรวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในขณะที่ทำกิจกรรมต่าง ๆ ภายในและภายนอกบ้าน เนื่องจากกิจกรรมที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง 3 ลำดับท้าย ได้แก่ การข้ามถนน การใช้บริการขนส่งสาธารณะ และการใช้บันไดหน้าบ้านหรือหลังบ้าน เป็นต้น ซึ่งอาจจะต้องมีการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมความสามารถในการทรงตัว เช่น การจัดสิ่งของภายในบ้านให้เป็นระเบียบ ไม่ควรมีสิ่งของวางขวางทางเดินขึ้นลงบันได และจัดทำราวยึดเกาะขณะเดินขึ้นลงบันได เป็นต้น

ด้านการบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ควรวางแผนการดำเนินงานหรือกำหนดนโยบายในการให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า แนวทางการส่งเสริมความสามารถในการมองเห็นและความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ด้านการวิจัย

1. ผลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นซับซ้อน ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความสามารถในการมองเห็น อายุ และประสบการณ์การหกล้ม มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สามารถนำข้อมูลพื้นฐานไปต่อยอดในการศึกษาปัจจัยทำนายการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

2. ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติ หรือโปรแกรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อป้องกันและเพิ่มการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ด้านการศึกษาพยาบาล

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนั้น มีความสัมพันธ์กับการรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นซับซ้อน ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความสามารถในการมองเห็น อายุ และประสบการณ์การหกล้ม ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานไปใช้ในการประกอบการเรียนการสอน เพื่อให้ให้นักศึกษามีความรู้

ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ
โรคความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะทางการวิจัย

1. การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในชุมชนเท่านั้น ดังนั้น ควรมีการศึกษา การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ ทำให้ต้องได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มเติม

2. การศึกษาครั้งนี้ เป็นการสัมภาษณ์ผ่านทางโทรศัพท์เนื่องจากมีสถานการณ์โควิด 19 เข้ามาเกี่ยวข้อง ดังนั้น ในการศึกษาครั้งต่อไป ถ้าหากมีการสัมภาษณ์ผ่านทางโทรศัพท์ คำถามที่ถาม จะต้องสั้นและเข้าใจง่าย ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ผ่านทางโทรศัพท์ ไม่ควรเกิน 10 นาที หากชุด แบบสัมภาษณ์มีจำนวนหลายชุด ควรใช้การสัมภาษณ์ร่วมกับวิธีอื่น เช่น การส่งแบบสัมภาษณ์ ให้กับผู้สูงอายุที่บ้าน การส่งแบบสัมภาษณ์ทาง Google Forms เป็นต้น

บรรณานุกรม

- กมลพร วงศ์พนิตกุล, นัยนา พิพัฒน์วิชชา และรวีวรรณ เผ่ากัณหา. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนจังหวัดกาญจนบุรี. ใน *การประชุมวิชาการระดับชาติ เครือข่ายวิจัยสถาบันอุดมศึกษาแห่งชาติประจำปี 2555 "ชุมชนเข้มแข็ง สังคมน่าอยู่ เศรษฐกิจยั่งยืน ตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง"* (หน้า 378-988), เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. (2557). *คู่มือองค์ความรู้เรื่องโรคในผู้สูงอายุสำหรับบุคลากรสาธารณสุข*. ชลบุรี: โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ.
- กรมควบคุมโรค. (2564). *โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)*. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>
- กรมควบคุมโรค. (2564). *ผลกระทบของ COVID-19 ต่อระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com/2016/media-detail.php?id=14088&tid=&gid=1-015-005>
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2538). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิต*. กรุงเทพฯ: การศาสนา.
- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2537). แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย. *วารสารศิริราช*, 46(1), 1-9.
- คลังข้อมูลสุขภาพ. (2564). *อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร*. เข้าถึงได้จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/ncd.php&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=6b9af46d0cc1830d3bd34589c1081c68
- จังหวัดระยอง. (2563). *การกำหนดพื้นที่และมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID19) จังหวัดระยอง*. คำสั่งที่ 18532/ 2563.
- จันจิราภรณ์ วิชัย, สายสมร พลดงนอก และกิตติศักดิ์ สวรรยาวิสุทธิ. (2558). *ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง*. ขอนแก่น: หน่วยสร้างเสริมสุขภาพงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลศรีนครินทร์.
- จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ. (2555). บทบาทพยาบาลกับการดูแลตนเองในผู้ที่มีภาวะหัวใจวาย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(1), 13-23.
- จิตติมา ทาสวรรณอินทร์. (2559). การปลัดตกหกล้ม. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์*, 5(2), 119-131.
- ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง. (2559). การรับรู้สุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใช้บริการกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 34(1), 83-92.
- ทัศนีย์ กาศทิพย์, สุปรีดา มั่นคง และพรทิพย์ มาลาธรรม. (2562). ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้

คิดบกพร่อง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 34(1), 104-121.

ธนภรณ์ พิพัฒน์วิชิชา, นัยนา พิพัฒน์วิชิชา และพรชัย จุลเมตต์. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการก้าวเดินและการทรงตัว ภาวะปลายประสาทเสื่อม และประสบการณ์การหกล้มกับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. ใน *การประชุมวิชาการระดับชาติ พะเยาวิจัยครั้งที่ 7 "Entrepreneurial University โอกาสคาดหวังอนาคต?"* (หน้า 194-207), พะเยา: มหาวิทยาลัยพะเยา.

นารีรัตน์ จิตรมนตรี. (2554). *การหกล้มในผู้สูงอายุ (Fall in elderly)*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

นิพภักดิ์ สันทรัพย์, จิณวัตร จันครา และบุปผา ใจมั่น. (2560). โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ: เชนฆฆาตเจียบที่ควรตระหนัก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 28(1), 100-111.

ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2554). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชัน.

ปริศนา รลสีดา. (2561). การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน: บทบาทพยาบาลกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 11(2), 15-25.

เปรมกมล ขวนขวย. (2550). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน*. วิทยานิพนธ์สาทรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาชีวิตรักษิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

พรรณงาม วรณพฤกษ์, นัยนา พิพัฒน์วิชิชา และพรชัย จุลเมตต์. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง. ใน *รายงานสืบเนื่องจากการประชุม "วิชาการแพทยบูรพา" ครั้งที่ 5 ประจำปี 2561* (หน้า 11-26), ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

เพ็ญพักตร์ หนูผุด, คุณิต พรหมอ่อน, สมเกียรติยศ วรเดช และบุญญพัฒน์ ไชยเมล์. (2563). ความชุกของภาวะเสี่ยงล้มและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะเสี่ยงล้มในกลุ่มผู้สูงอายุ. *วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ*, 21(1), 125-137.

พีรดา ภูมิสวัสดิ์. (2563). *ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับความเสมอภาคระหว่างเพศ*. กรุงเทพฯ: กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัวกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

มณีนรัตน์ จิรปภา. (2557). *การชะลอไตเสื่อมจากวัยผู้ใหญ่ถึงวัยผู้สูงอายุ*. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 20(2), 5-16.

รัตน์ศิริ ทาโต. (2561). *การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้* (ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ลลิตา ปักเขมาลัย, นัยนา พิพัฒน์วณิชชา และพรชัย จุลเมตต์. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์. ใน *รายงานสืบเนื่องจากการประชุม "วิชาการแพทย์บูรพา" ครั้งที่ 5 ประจำปี 2561* (หน้า 27-44), ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ละออม สร้อยแสง, จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และกนกพร นทีสมบัติ. (2557). การศึกษาแนวทางการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุชุมชนมิตรภาพพัฒนา. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(1), 122-129.
- ลัทธนา มะรังกา และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2555). ประสิทธิภาพความกลัวต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 24(3), 29-41.
- ลัดดา เทียมวงศ์. (2554). การทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือประเมินอาการกลัวหกล้มในผู้สูงอายุไทย. *สงขลานครินทร์ เวชสาร*, 29(6), 277-287.
- ลัดดา เทียมวงศ์ และจอม สุวรรณ โณ. (2557). ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการทรงตัวบกพร่องของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 6(2), 56-60.
- ลาวรรณ ตั้งอำพรทิพย์, ชัยณรงค์ ตั้งอำพรทิพย์ และศิรินทร์ ตั้งอำพรทิพย์. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ*, 1(2), 84-100.
- วันดี แยมจันทร์ฉาย. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศตวรรษ อุดรศาสตร์, พรชัย จุลเมตต์ และนัยนา พิพัฒน์วณิชชา. (2561). ภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์. ใน *การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับนานาชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 3 "นวัตกรรมที่พลิกโฉมสังคมโลก"* (หน้า 451-452), อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชธานี.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2563). *สถานการณ์ของระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ลัดตกหกล้ม: ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย*. เข้าถึงได้จาก <https://www.niems.go.th/1/?redirect=True&lang=TH&fbclid=IwAR0Q9tGmE351Z4bVD9iPXu5UuZFB0418JE3CwtaBmtwEF0pnxSQhhX00XB4>
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *คู่มือการให้ความรู้เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ทรินธิงค์.

สาคร อินโทโล่. (2562). การดูแลผู้สูงอายุไตวายระยะสุดท้าย: บทบาทที่ท้าทายพยาบาลชุมชนในสังคมผู้สูงอายุ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 35(2), 5-14.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *ข้อมูลจำนวนและอัตราการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ICD 10 (W00-W19) ปี พ.ศ. 2561*. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com/2016/mission4?tid=39>

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง. (2563). *อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร เขตสุขภาพที่ 6 จังหวัดระยอง*. เข้าถึงได้จาก https://ryg.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted%2Fncd.php&cat_id=6a1fd282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=6b9af46d0cc1830d3bd34589c1081c68&fbclid=IwAR0j7vos2dwZHOxXT4Syq7dVPvwV1u6xVOWjIl_MsawHy3nqR34iUkdPHtA

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2537). ภาวะทุพพลภาพ: ปัญหาของผู้สูงอายุ. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 38(2), 67-75.

องค์การอนามัยโลก. (2544). *บัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ: ICF (ฉบับภาษาไทย)*. กรุงเทพฯ: องค์การอนามัยโลก.

อนันต์ศักดิ์ จันทศรี, นัยนา พิพัฒน์วิณิชชา และพรชัย จุลเมตต์. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกล้วการหกล้มของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ใน *งานประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยรังสิต ประจำปี 2562* (หน้า 30-42), ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

อรทัย แก้วมหากาฬ และดารารัตน์ อยู่เจริญ. (2562). ภาวะซึมเศร้า: ปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 6(3), 237-245.

อรวรรณ ลีทองอิน. (2535). *ผลการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุที่ซึมเศร้าในบ้านพักคนชรา นักบุญยอเซฟ จังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อัจฉราวรรณ รัตน์มณี และนัยนา พิพัฒน์วิณิชชา. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกล้วการหกล้มของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 33(1), 63-76.

Abate, M., Di Iorio, A., Pini, B., Battaglini, C., Di Nicola, I., Foschini, N., . . . & Saggini, R. (2009). Effects of hypertension on balance assessed by computerized posturography in the elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49(1), 113-117.

Ali, B., & Vickrey, P. G. (2011). Limiting the damage from acute kidney injury. *Nursing*, 41(3), 22-

31.

- Anderson, M. A., Levens, J., Dusio, M. E., Bryant, P. J., Brown, S. M., Burr, C. M., & Brown-Benn, C. (2006). Evidenced-based factors in readmission of patients with heart failure. *Journal of Nursing Care Quality, 21*(2), 160-167.
- Arik, F., Soysal, P., Capar, E., Kalan, U., Smith, L., Trott, M., & Isik, A. T. (2021). The association between fear of falling and orthostatic hypotension in older adults. *Aging Clinical and Experimental Research, 33*(12), 3199-3204.
- Aziz, N., Radzniwan, R., Chang, L., Hashim, S., Ezatt, & Ibrahim, N. (2014). Walking, balance, and functional status: Comparison between perceived and actual assessments among ambulating persons post stroke in the community. *Brunei International Medical Journal, 10*, 247-255.
- Bain, A. (2018). Beta-blocker use in cardiovascular disease. *British Journal of Cardiac Nursing, 13*(10), 491-497.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy the exercise of control* (4th ed.). United States of America: W. H. Freeman.
- Biaggioni, I. (2018). Orthostatic hypotension in the hypertensive patient. *American Journal of Hypertension, 31*(12), 1255-1259.
- Blackstone, A. M. (2003). Gender roles and society. *Journal of Marriage and the Family, 57*, 5-19.
- Bromfield, S. G., Ngameni, C.-A., Colantonio, L. D., Bowling, C. B., Shimbo, D., Reynolds, K., . . . & Muntner, P. (2017). Blood pressure, antihypertensive polypharmacy, frailty, and risk for serious fall injuries among older treated adults with hypertension. *Hypertension, 70*(2), 259-266.
- Brooke, P., & Bullock, R. (1999). Validation of a 6 item cognitive impairment test with a view to primary care usage. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 14*(11), 936-940.
- Brook, R. H., Ware, J. E., Davies-Avery, A., Stewart, A. L., Donald, C. A., Rogers, W. H., . . . Johnston, S. A. (1979). Overview of adult health status measures fielded in Rand's Health Insurance Study. *Medical Care, 17*(7), 117-131.
- Bruce, D., Hunter, M., Peters, K., Davis, T., & Davis, W. (2015). Fear of falling is common in patients with type 2 diabetes and is associated with increased risk of falls. *Age and Ageing, 44*(4), 687-690.

- Brustio, P. R., Magistro, D., Zecca, M., Liubicich, M. E., & Rabaglietti, E. (2018). Fear of falling and activities of daily living function: mediation effect of dual-task ability. *Aging & Mental Health, 22*(6), 856-861.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2019). *Home and recreational safety: Older adult falls*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/homeandrecreationalsafety/falls/adultfalls.html>
- Chang, H.-T., Chen, H.-C., & Chou, P. (2016). Factors associated with fear of falling among community-dwelling older adults in the Shih-Pai study in Taiwan. *Plos One, 11*(3), 1-12.
- Charlson, M. E., Pompei, P., Ales, K. L., & MacKenzie, C. R. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *Journal of Clinical Epidemiology, 40*(5), 373-383.
- Cumming, R. G., Salkeld, G., Thomas, M., & Szonyi, G. (2000). Prospective study of the impact of fear of falling on activities of daily living, SF-36 scores, and nursing home admission. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 55*(5), M299-M305.
- Cutler, D. M. (2001). Declining disability among the elderly. *Health Affairs, 20*(6), 11-27.
- Deshpande, N., Metter, E. J., Bandinelli, S., Lauretani, F., Windham, B. G., & Ferrucci, L. (2008). Psychological, physical and sensory correlates of fear of falling and consequent activity restriction in the elderly. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 87*(5), 354-362.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*(2), 175-191.
- Ferraro, K. F. (1980). Self-ratings of health among the old and the old-old. *Journal of Health and Social Behavior, 21*(4), 377-383.
- Filiatrault, J., Desrosiers, J., & Trottier, L. (2009). An exploratory study of individual and environmental correlates of fear of falling among community-dwelling seniors. *Journal of Aging and Health, 21*(6), 881-894.
- Fletcher, A., & Bulpitt, C. (1990). The measurement of quality of life in evaluating ACE inhibitors. *Journal of Human Hypertension, 4*, 45-49.
- Florence, C. S., Bergen, G., Atherly, A., Burns, E., Stevens, J., & Drake, C. (2018). Medical costs of

- fatal and nonfatal falls in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(4), 693-698.
- Fragoso, C. A. V., & McAvay, G. J. (2020). Antihypertensive medications and physical function in older persons. *Experimental Gerontology*, 138, 1-7.
- Fried, L. P., Ferrucci, L., Darer, J., Williamson, J. D., & Anderson, G. (2004). Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 59(3), M255-M263.
- Gangavati, A., Hajjar, I., Quach, L., Jones, R. N., Kiely, D. K., Gagnon, P., & Lipsitz, L. A. (2011). Hypertension, orthostatic hypotension, and the risk of falls in a community-dwelling elderly population: the maintenance of balance, independent living, intellect, and zest in the elderly of Boston study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(3), 383-389.
- Gillespie, S. M., & Friedman, S. M. (2007). Fear of falling in new long-term care enrollees. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8(5), 307-313.
- Goldspink, D. (1977). The influence of immobilization and stretch on protein turnover of rat skeletal muscle. *The Journal of Physiology*, 264(1), 267-282.
- Hausdorff, J. M., Herman, T., Baltadjieva, R., Gurevich, T., & Giladi, N. (2003). Balance and gait in older adults with systemic hypertension. *American Journal of Cardiology*, 91(5), 643-645.
- Hellstrom, K., & Lindmark, B. (1999). Fear of falling in patients with stroke: A reliability study. *Clinical Rehabilitation*, 13, 509-517.
- Hellström, K., Vahlberg, B., Urell, C., & Emtner, M. (2009). Fear of falling, fall-related self-efficacy, anxiety and depression in individuals with chronic obstructive pulmonary disease. *Clinical Rehabilitation*, 23(12), 1136-1144.
- Hernandez, C., Beaupre, G., & Carter, D. (2003). A theoretical analysis of the relative influences of peak BMD, age-related bone loss and menopause on the development of osteoporosis. *Osteoporosis International*, 14(10), 843-847.
- Hill, K. D., Schwarz, J. A., Kalogeropoulos, A. J., & Gibson, S. J. (1996). Fear of falling revisited. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 77(10), 1025-1029.
- Hoang, O. T. T., Jullamate, P., Piphatvanitcha, N., & Rosenberg, E. (2017). Factors related to fear of

- falling among community-dwelling older adults. *Journal of Clinical Nursing*, 26(1-2), 68-76.
- Howard, R. (2020). *Depression in Elderly People*. New York: CRC Press.
- Jung, H., Shin, H. H., Choi, Y. W., & Kim, K. M. (2015). The relationship between fall efficacy and activity level in older adults. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 33(1), 53-63.
- Kakhki, A. D., Kouchaki, L., & Bayat, Z. S. (2018). Fear of falling and related factors among older adults with hypertension in Tehran, Iran. *Iranian Heart Journal*, 19(4), 33-39.
- Kalra, S., Kalra, B., & Agrawal, N. (2010). Combination therapy in hypertension: An update. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 2(1), 1-11.
- Kaufmann, H., Malamut, R., Rosa, K., & Freeman, R. (2012). The orthostatic hypotension questionnaire (OHQ): validation of a novel symptom assessment scale. *Clinical Autonomic Research*, 22(2), 79-90.
- Kelly, C., Fleischer, A., Yalla, S., Grewal, G. S., Albright, R., Berns, D., . . . & Najafi, B. (2013). Fear of falling is prevalent in older adults with diabetes mellitus but is unrelated to level of neuropathy. *Journal of the American Podiatric Medical Association*, 103(6), 480-488.
- Krishnamurti, J. (1986). *Education and the significance of life*. Pondicherry, India: All India Press.
- Laksmi, P. W., Harimurti, K., Setiati, S., Soejono, C. H., Aries, W., & Roosheroe, A. G. (2008). Management of immobilization and its complication for elderly. *Acta Med Indones*, 40(4), 233-240.
- Lane, R. A., Mazari, F., Mockford, K. A., Vanicek, N., Chetter, I. C., & Coughlin, P. A. (2014). Fear of falling in claudicants and its relationship to physical ability, balance, and quality of life. *Vascular and Endovascular Surgery*, 48(4), 297-304.
- Laurent, S. (2017). Antihypertensive drugs. *Pharmacological Research*, 124, 116-125.
- Lawrence, G., Loeffler, R., Martin, L., & Connor, T. (1973). Immobilization hypercalcemia: some new aspects of diagnosis and treatment. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 55(1), 87-94.
- Lim, L. S., Mitchell, P., Seddon, J. M., Holz, F. G., & Wong, T. Y. (2012). Age-related macular degeneration. *The Lancet*, 379(9827), 1728-1738.
- Lipsitz, L. A., Habtemariam, D., Gagnon, M., Iloputaife, I., Sorond, F., Tchalla, A. E., . . . &

- Travison, T. G. (2015). Rexamining the effect of antihypertensive medications on falls in old age. *Hypertension*, *66*(1), 183-189.
- Lipsitz, L. A. (1989). Orthostatic hypotension in the elderly. *New England Journal of Medicine*, *321*(14), 952-957.
- Malarvizhi, A., & Hemavathy, V. (2015). Knowledge on complications of immobility among the immobilized patients in selected wards at selected hospital. *Journal of Nursing and Health Science*, *4*(2), 49-51.
- Manaf, H., Justine, M., Omar, M., Md Isa, K. A., & Salleh, Z. (2012). Turning ability in stroke survivors: a review of literature. *International Scholarly Research Notices*, *20*, 1-8.
- Margolis, K. L., Buchner, D. M., LaMonte, M. J., Zhang, Y., Di, C., Rillamas-Sun, E., . . . & Marshall, S. (2019). Hypertension treatment and control and risk of falls in older women. *Journal of the American Geriatrics Society*, *67*(4), 726-733.
- Medina, D. M. V., Haltiwanger, E. P., & Funk, K. P. (2011). The experience of chronically ill elderly Mexican-American men with spouses as caregivers. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, *29*(3), 189-201.
- Melanson, P. M., & Downe-Wamboldt, B. (1987). Identification of older adults' perceptions of their health, feelings toward their future and factors affecting these feelings. *Journal of Advanced Nursing*, *12*(1), 29-34.
- Meyer, F., König, H.-H., & Hajek, A. (2019). Osteoporosis, fear of falling and restrictions in daily living. Evidence from a nationally representative sample of community-dwelling older adults. *Frontiers in Endocrinology*, *10*, 1-6.
- Michal, M., Wiltink, J., Lackner, K., Wild, P. S., Zwiener, I., Blettner, M., . . . & Beutel, M. E. (2013). Association of hypertension with depression in the community: results from the gutenbergs health study. *Journal of Hypertension*, *31*(5), 893-899.
- Miller, C. A. (2019). *Nursing for wellness in older adults* (8th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Modi, P., & Arsiwalla, T. (2021). *Hypertensive retinopathy*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525980/>
- Mohamed, S. F., Uthman, O. A., Caleyachetty, R., Chumo, I., Mutua, M. K., Asiki, G., & Gill, P. (2020). Uncontrolled hypertension among patients with comorbidities in sub-Saharan

- Africa: protocol for a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 9(1), 1-5.
- Moreira, d. S. B., Sampaio, R. F., Diz, J. B. M., de Carvalho Bastone, A., Ferriolli, E., Neri, A. L., . . . & Kirkwood, R. N. (2017). Factors associated with fear of falling in community-dwelling older adults with and without diabetes mellitus: findings from the Frailty in Brazilian Older People Study (FIBRA-BR). *Experimental Gerontology*, 89, 103-111.
- Morin, L., Larrañaga, A. C., Welmer, A.-K., Rizzuto, D., Wastesson, J. W., & Johnell, K. (2019). Polypharmacy and injurious falls in older adults: a nationwide nested case-control study. *Clinical Epidemiology*, 11, 483-493.
- Mossey, J. M., & Shapiro, E. (1982). Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health*, 72(8), 800-808.
- Murphy, S. L., Dubin, J. A., & Gill, T. M. (2003). The development of fear of falling among community-living older women: predisposing factors and subsequent fall events. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 58(10), M943-M947.
- National Eye Institute. (2000). *Visual function questionnaire 25*. Retrieved from <https://www.nei.nih.gov/learn-about-eye-health/resources-for-health-educators/outreach-materials/visual-function-questionnaire-25>
- Newgard, C. D., Lin, A., Caughey, A. B., Eckstrom, E., Bulger, E. M., Staudenmayer, K., . . . & McConnell, K. J. (2020). The cost of a fall among older adults requiring emergency services. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42(3), 1-10.
- Nunnally, C. (1978). *Psychometric theory* (2nd ed). New York: McGraw-Hill.
- Oliveira, C., Lee, A., McGinley, J., Irving, L., & Denehy, L. (2014). Fear of falling and future falls in individuals with chronic obstructive pulmonary disease. *European Respiratory Journal*, 44(58), 1057-1011.
- Padmanabhan, T., & Azam, M. S. (2019). Hypertension in elderly—pathogenesis and treatment. *Hypertension*, 5(3). 109-116.
- Piphatvanitcha, N. (2006). *The Effect of a fall prevention program on gait and balance of community-dwelling elders*. Doctoral dissertation, Nursing Science, Graduate School, Chulalongkorn University.
- Palma, J.-A., & Kaufmann, H. (2020). Management of orthostatic hypotension. *Clinical Autonomic*

- Research*, 26(1), 154-177.
- Pohl, P., Ahlgren, C., Nordin, E., Lundquist, A., & Lundin-Olsson, L. (2015). Gender perspective on fear of falling using the classification of functioning as the model. *Disability and Rehabilitation*, 37(3), 214-222.
- Polak, B., Meenken, C. I., & Smulders, Y. M. (2009). Visual loss as a sign of hypertension. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 153, A379-A379.
- Pua, Y.-H., Ong, P.-H., Clark, R. A., Matcher, D. B., & Lim, E. C.-W. (2017). Falls efficacy, postural balance, and risk for falls in older adults with falls-related emergency department visits: prospective cohort study. *BMC Geriatrics*, 17(1), 1-7.
- Punakallio, A., Lusa, S., & Luukkonen, R. (2004). Functional, postural and perceived balance for predicting the work ability of firefighters. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 77(7), 482-490.
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Dutch Journal of Educational Research*, 2, 49-60.
- Safar, M. E. (2005). Systolic hypertension in the elderly: arterial wall mechanical properties and the renin-angiotensin-aldosterone system. *Journal of Hypertension*, 23(4), 673-681.
- Scheffer, A. C., Schuurmans, M. J., Dijk, N. V., Hooft, T. V. D., & Rooij, S. E. D. (2008). Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. *Age and Ageing*, 37(1), 19-24.
- Schmid, A. A., Acuff, M., Doster, K., Gwaltney-Duiser, A., Whitaker, A., Damush, T., . . . & Hendrie, H. (2009). Poststroke fear of falling in the hospital setting. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 16(5), 357-366.
- Shaw, B. H., & Claydon, V. E. (2014). The relationship between orthostatic hypotension and falling in older adults. *Clinical Autonomic Research*, 24, 3-13.
- Shen, S., He, T., Chu, J., He, J., & Chen, X. (2015). Uncontrolled hypertension and orthostatic hypotension in relation to standing balance in elderly hypertensive patients. *Clinical Interventions in Aging*, 10, 897-906.
- Shiekh, J., & Yesavage, J. (1986). Geriatric Depression Scale; recent findings and development of a short version. In Brink T, ed. *Clinical Gerontology: a guide to assessment and*

- intervention. New York: Howarth Press.
- Skanebo, E. (2019). Antihypertensive treatment in elderly and risk of falls: a systematic review. *School of Medical Sciences, 30*, 1-21.
- Sperber, A. D. (2004). Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. *Gastroenterology, 126*, S124-S128.
- Sperber, A. D., Devellis, R. F., & Boehlecke, B. (1994). Cross-cultural translation: methodology and validation. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 25*(4), 501-524.
- Suzuki, M., Ohyama, N., Yamada, K., & Kanamori, M. (2002). The relationship between fear of falling, activities of daily living and quality of life among elderly individuals. *Nursing & Health Sciences, 4*(4), 155-161.
- Talkowski, J. B., Brach, J. S., Studenski, S., & Newman, A. B. (2008). Impact of health perception, balance perception, fall history, balance performance, and gait speed on walking activity in older adults. *Physical Therapy, 88*(12), 1474-1481.
- Teasell, R., & Dittmer, D. (1993). Complications of immobilization and bed rest. Part 2: Other complications. *Canadian Family Physician, 39*, 1440-1446.
- Thiamwong, L., & Suwanno, J. (2017). Fear of falling and related factors in a community-based study of people 60 years and older in Thailand. *International Journal of Gerontology, 11*(2), 80-84.
- Tinetti, M. E., Han, L., Lee, D. S., McAvay, G. J., Peduzzi, P., Gross, C. P., . . . & Lin, H. (2014). Antihypertensive medications and serious fall injuries in a nationally representative sample of older adults. *JAMA Internal Medicine, 174*(4), 588-595.
- Tinetti, M. E., & Powell, L. (1993). Fear of falling and low self-efficacy: a cause of dependence in elderly persons. *Journal of Gerontology, 48*, 35-38.
- Tinetti, M. E., Williams, C. S., & Gill, T. M. (2000). Dizziness among older adults: a possible geriatric syndrome. *Annals of Internal Medicine, 132*(5), 337-344.
- Uthoff, H. K., & Jaworski, Z. (1978). Bone loss in response to long-term immobilisation. *The Journal of Bone and Joint Surgery. British Volume, 60*(3), 420-429.
- Utriyaprasit, K. (2001). *The relationship between recovery symptoms and functional outcomes in Thai CABG patients*. Unpublished doctoral dissertation, Case Western Reserve University, Cleveland.

- Varounis, C., Katsi, V., Nihoyannopoulos, P., Lekakis, J., & Tousoulis, D. (2017). Cardiovascular hypertensive crisis: recent evidence and review of the literature. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 3(51), 1-5.
- Velde, N. V. D., Stricker, B. H. C., Pols, H. A., & Cammen, T. J. V. D. (2007). Risk of falls after withdrawal of fall-risk-increasing drugs: a prospective cohort study. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 63(2), 232-237.
- Villa-Forte, A. (2015). *Effects of aging on the musculoskeletal system*. Merck Manuals. Kenilworth, NJ: Merck & Co.
- Voorde, T. M., Zaag-Loonen, V. D. H., & Leeuwen, V. R. (2012). Dizziness impairs health-related quality of life. *Quality of Life Research*, 21(6), 961-966.
- Vrankrijker, M. W. D. K.-D. (2003). The long way from the international classification of impairments, disabilities and handicaps (ICIDH) to the international classification of functioning, disability and health (ICF). *Disability and Rehabilitation*, 25(11-12), 561-564.
- Wong, T. Y., & Mitchell, P. (2004). Hypertensive retinopathy. *New England Journal of Medicine*, 351(22), 2310-2317.
- Wongpakaran, N., & Wongpakarun, T. (2012). Prevalence of major depressive disorders and suicide in long-term care facilities: a report from northern Thailand. *Psychogeriatrics*, 12(1), 11-17.
- World Health Organization [WHO]. (2001). *International classification of functioning, disability and health (ICF)*. Retrieved from <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
- World Health Organization [WHO]. (2019). *World hypertension day 2019*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/events/world-hypertension-day-2019>
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2009). *Nursing and families: a guide to family assessment and intervention* (5th ed). Philadelphia: F.A. Davis.
- Yardley, L., Beyer, N., Hauer, K., Kempen, G., Piot-Ziegler, C., & Todd, C. (2005). Development and initial validation of the falls efficacy scale-international (FES-I). *Age and Ageing*, 34(6), 614-619.





ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิแปลเครื่องมือวิจัย

รองศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร
เสงอุดมทรัพย์

อาจารย์ประจำการพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย

1. รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาพ อารีเอื้อ อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงฤดี ลาสุขะ อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เรวดี เพชรศิริสัมพันธ์ อาจารย์ประจำสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
มีความเชี่ยวชาญในการพัฒนาแนวทางการ
ดูแลผู้สูงอายุในทุกมิติภาวะสุขภาพ
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
4. คุณกมลพร วงศ์พนิตกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ มีความเชี่ยวชาญ
ในการดูแลผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลมะการักษ์
5. คุณชนภรณ์ พิพัฒน์วิมลชา พยาบาลวิชาชีพ มีความเชี่ยวชาญในการดูแล
ผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนอง
ไม้แดง



ภาคผนวก ข

จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ อนุญาตให้แปลแบบประเมินการรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำ
ขณะเปลี่ยนท่า และตัดแปลงแบบประเมินการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
โดยไม่หักลบ

Naiyana Piphatranitcha <naiyana@buu.ac.th>

8th Apr 2021 at 07.51 AM

Subject: Ask for your permission to translate the OHQ and modify the scale

To: Kaufmann, Horacio Horacio.Kaufmann@nyulangone.org

Dear Dr. Kaufmann

I'm Asst. Prof. Naiyana Piphatvanitcha as a major for Ms. Chutikan Ngamsangiem, a student of master in nursing science (Geriatric Nursing), faculty of nursing, Burapha University, Thailand. We are working a thesis on "factors related to falls efficacy in older adults with hypertension". According to a literature review, we found your research paper, "Kaufmann, H., Malamut, R., Rosa, K., & Freeman, R. (2012). The Orthostatic Hypotension Questionnaire (OHQ): validation of a novel symptom assessment scale. *Clinical autonomic research*, 22(2), 79-90.,

The Orthostatic Hypotension Questionnaire (OHQ) that you created can accurately and reliably assess the level of orthostatic hypotension. We would like to ask for your permission to translate the OHQ from English to Thai. I would like to consult you that, in my experience, I found that sometime it makes difficulty to answer the question in visual analog scale of 0-10 in Thai older adults. Therefore, we would like to ask for your permission to modify the scale from the visual analog scale (0-10) to be the Likert scale in order to be appropriate with Thai older adults, as follow:

1. OH symptom assessment (Scale 1-4)

1 = No symptom at all

2 = somewhat symptom

3 = fairly symptom

4 = severe symptom

2. OH daily activity scale (Scale 1-4)

1 = No interference

2 = somewhat interference

3 = fairly interference

4 = severe interference

Please give me suggestion, it will help us for working research furthur.

Best Regards

Naiyana

Kaufmann, Horacio Horacio.Kaufmann@nyulangone.org

1st May 2021 at 01:31 AM

Subject: Re: Ask for your permission to translate the OHQ and modify the scale

To: Naiyana Piphatranitcha <naiyana@buu.ac.th>

Dear Naiyana,

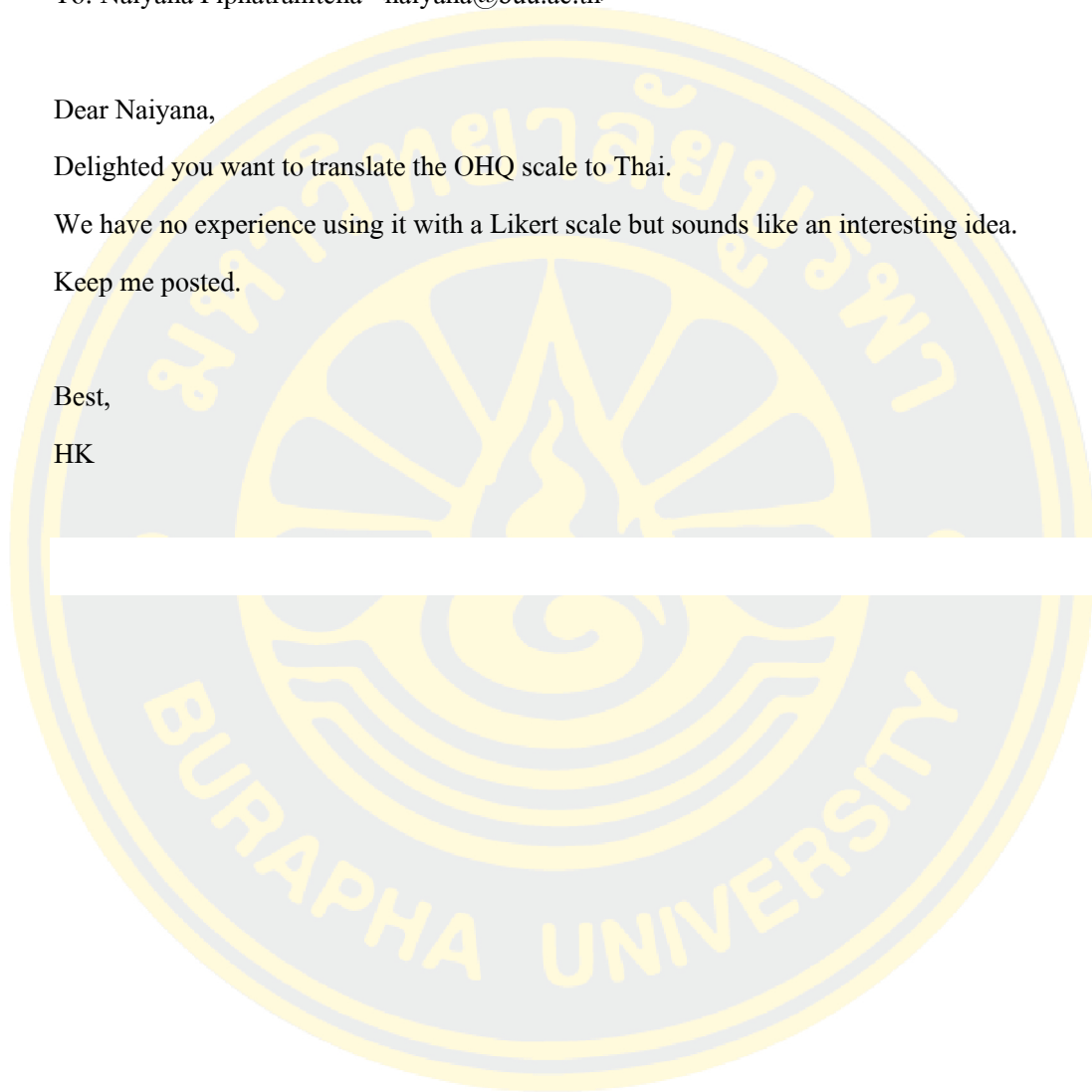
Delighted you want to translate the OHQ scale to Thai.

We have no experience using it with a Likert scale but sounds like an interesting idea.

Keep me posted.

Best,

HK



Naiyana Piphatranitcha <naiyana@buu.ac.th>

8th Apr 2021 at 02.20 PM

Subject: Ask for your permission to modify the Modified Fall Efficacy Scale [MFES]

To: Keith Hill <keith.hill@monash.edu>

Dear. Prof. Dr. Keith Hill

I'm Asst Prof. Dr Naiyana Piphatvanitcha as a major advisor for Ms. Chutikan Ngamsangiem, student of Master in nursing science (Geriatric Nursing), faculty of nursing, Burapha University, Thailand. We are working thesis on "factors related to falls efficacy among older adults with hypertension".

In 2017, I have your kindly permission to translate the Modified Fall Efficacy Scale [MFES] that you created from English to Thai. I used this instrument in several research and found that it can assess fear of falling in older adults. However, sometime it make difficulty to answer in confidence visual analog scale of 1-10 in Thai older adults.

Therefore, we would like to modified the scale from the visual analog scale (confidence 1-10) to be the Likert scale (confidence 1-4: 1= Not confidence at all, 2 = somewhat confidence, 3 = fairly confidence, 4 = completely confidence) in order to be appropriate with Thai older adults.

Please give me suggestion, it will help us for working research further

Best regards,

Naiyana

Keith Hill <keith.hill@monash.edu>

8th April 2021 at 12:37 PM

Subject: Re: Ask for your permission to modify the Modified Fall Efficacy Scale [MFES]

To: Naiyana Piphatranitcha <naiyana@buu.ac.th>

Hi Naiyana,

thank you for the update on your research on the use of the MFES in Thailand.

There are no problems with modifying an existing tool if there appears to be a need, as you have identified. The 1-4 rating looks similar to that used in the more recently developed Falls Efficacy Scale international (FES-I) -

Not at all concerned 1, Somewhat concerned 2, Fairly concerned 3, Very concerned 4.

It is in the opposite direction to what you are suggesting, where your scale (and the MFES original) rate higher score as higher confidence, whereas the FES-I has higher score = higher concern.

So from my perspective it seems your suggested modification of the MFES would be appropriate for your target population.

regards,

Keith



ภาคผนวก ค

หนังสือรับรองผลการพิจารณาจริยธรรม

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

สำเนา

ที่ IR83-104/2564



เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : G-HS070/2564

โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ
โรคความดันโลหิตสูง

หัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาวชุตติกานต์ งามเสงี่ยม

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดภัยอันตรายแก่ตัวอย่งการวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ฉบับที่ 2 วันที่ 23 เดือน กันยายน พ.ศ. 2564
2. เอกสารโครงการวิจัยฉบับภาษาไทย ฉบับที่ 2 วันที่ 23 เดือน กันยายน พ.ศ. 2564
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 23 เดือน กันยายน พ.ศ. 2564
4. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 วันที่ 19 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2564
5. เอกสารแสดงรายละเอียดเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ฉบับที่ 1 วันที่ 19 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2564
6. เอกสารอื่นๆ ฉบับที่ - วันที่ - เดือน - พ.ศ. -

วันที่รับรอง : วันที่ 6 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2564

วันที่หมดอายุ : วันที่ 6 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565

ลงนาม นางสาวรรม แยมประทุม

(นางสาวรรม แยมประทุม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ชุดที่ 3 (กลุ่มคลินิก/วิทยาศาสตร์สุขภาพ/วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Participant Information Sheet)

รหัสโครงการวิจัย :

(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
เรียน ผู้ร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นางสาวชุตติกานต์ งามเสงี่ยม ตำแหน่ง หัวหน้าโครงการวิจัย หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการวิจัย ขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังนี้ การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาระดับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ภาวะสุขภาพ ประสิทธิภาพการหกล้ม ภาวะโรคร่วม ประเภทของกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า อาการเวียนศีรษะ การรับรู้ความสามารถในการมองเห็น การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นซับซ้อน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงกับผู้เข้าร่วมวิจัย คือ มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และได้รับการรักษาด้วยยามาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปีขึ้นไป มีอาการและอาการแสดงของโรคคงที่ ไม่มีอาการเฉียบพลันของโรคที่เป็นอยู่ สามารถติดต่อสื่อสารได้ทางโทรศัพท์ และมารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังจันทร์

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ ตอบแบบสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ตามความเป็นจริง จำนวน 9 ชุด ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบประเมินภาวะโรคร่วม แบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการมองเห็น

แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว แบบประเมินดัชนีจุฬาเอทีแอล และแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มฉบับภาษาไทย (ฉบับปรับปรุง) รวมระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้สูงอายุแต่ละคน ประมาณ 45 นาที โดยจะแบ่งระยะเวลาในการทำแบบสัมภาษณ์ 20 นาที และให้ผู้สูงอายุพักอีก 20 นาที จึงเริ่มการสัมภาษณ์ต่อจนครบทุกแบบสัมภาษณ์

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้ คือ ท่านจะได้รับประโยชน์ทางตรง โดยท่านได้รับทราบถึง ภาวะสุขภาพเบื้องต้นของท่าน ได้แก่ ความผิดปกติทางการรับรู้ของสมอง และความดันโลหิตต่ำ ขณะเปลี่ยนท่า เป็นต้น รวมทั้งยังเป็นแนวทางในการเสริมสร้างการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ด้านการช่วยเหลือและสนับสนุนผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทางด้านต่าง ๆ เช่น ด้านปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ ด้านการให้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ และเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นแนวทางในการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนด้านการป้องกันการหกล้มและส่งเสริมการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอีกด้วย ทั้งนี้ท่านจะได้รับประโยชน์ทางอ้อม โดยสามารถนำงานวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในชุมชนต่อไป และสามารถนำงานวิจัยไปพัฒนาต่อยอดเป็นปัจจัยทำนาย หรือโปรแกรมในการส่งเสริมการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่าน โดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ ชั้น และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัย จะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัยและการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัยจะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลจะถูกทำลาย

หากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยประการใดสามารถติดต่อข้าพเจ้า น.ส. ชุตติกานต์ งามเสงี่ยม
โทรศัพท์มือถือหมายเลข 064-0604228 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นัยนา พิพัฒน์วิศิชา
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102853 ข้าพเจ้ายินดีตอบคำถาม และข้อสงสัยของ
ท่านทุกเมื่อ



หากผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถแจ้ง
มายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัย
และนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038-102-620 หรืออีเมล buuethics@buu.ac.th



**เอกสารแสดงความยินยอม
ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)**

รหัส โครงการวิจัย :

(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัส
โครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่างๆ ตามที่ระบุในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้น ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

กรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในเอกสารแสดงความยินยอมให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนามผู้ยินยอม
(.....)

ลงนามพยาน
(.....)

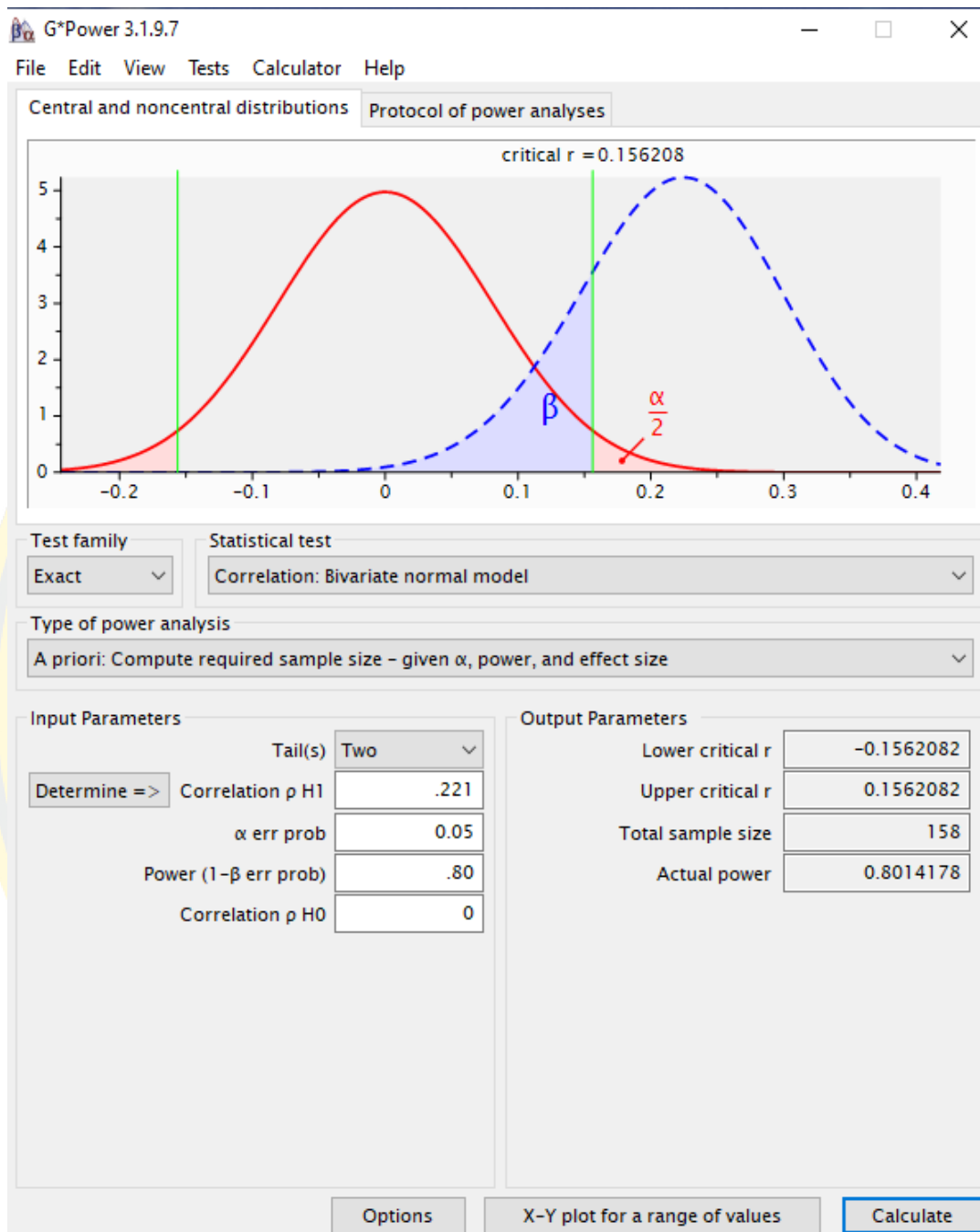
หมายเหตุ กรณีที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยให้ความยินยอมด้วยการประทับลายนิ้วหัวแม่มือ ขอให้มิพยานลงลายมือชื่อรับรองด้วย





ภาคผนวก

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรม G*Power 3.1.9.7
การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน
หนังสืออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล



ภาพที่ 5 แสดงการคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ G*Power 3.1.9.7

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ตัวแปร	Fisher skewness coefficient	Fisher kurtosis coefficient	Kolmogorov-Smirnov Test
อายุ	.796	-.135	.000
ภาวะซึมเศร้า	1.229	1.006	.000
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.417	.170	.000
ประสบการณ์การหกล้ม	1.158	-.075	.000
ภาวะโรครวม	1.171	.996	.000
การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า	1.273	1.334	.000
การรับรู้ความสามารถในการมองเห็น	.541	1.161	.000
การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว	.333	.332	.000
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นซับซ้อน	-3.499	14.251	.000



โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังจันทร์
เลขที่รับ: ๖๗/๖๔
วันที่: ๑๖.๑๒.๖๔

ที่ ๑๖๘๓๗/๑๙๖๑๖

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ อ.ลพทาบวงแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๙ ตุลาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังจันทร์ จังหวัดระยอง
สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (หาคุณภาพ)

ด้วยนางสาวชุติกานต์ งามเสถียร รหัสประจำตัวนิสิต ๒๒๙๒๐๒๖๑ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา ทิพนันวินิชชา เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอหน่วยงานของท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือวิจัยนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตตั้งรายนามข้างต้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังจันทร์ จังหวัดระยอง จำนวน ๓๐ คน โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติ ดังนี้

- ๑. มีการรับรู้เกี่ยวกับบุคคล เวลา สถานที่ปกติ ประเมินโดยใช้แบบทดสอบความผิดปกติทางการรับรู้ (Six Item Cognitive Impairment Test (6CIT)) โดยได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๗ คะแนน จึงจะผ่านทดสอบความผิดปกติทางการรับรู้
- ๒. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ และได้รับการรักษาด้วยยามาแล้ว ไม่น้อยกว่า ๑ ปีขึ้นไป
- ๓. มีอาการและอาการแสดงของโรคคงที่ ไม่มีอาการเวียนหัวของโรคที่เป็นอยู่
- ๔. สามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ได้

ในระหว่างวันที่ ๑ - ๓๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๔ ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตตั้งรายนามข้างต้นได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๖๔-๐๖๐-๔๒๒๔ หรือที่ E-mail: Chutikan.png@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

อ.ชุติกานต์ งามเสถียร

๖ ๗๕ ๖๕

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๔ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๑, ๗๐๕, ๗๐๗
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th



ภาคผนวก จ
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

รหัสแบบสอบถาม

วันที่...../...../.....

เบอร์โทรศัพท์.....

แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ**โรคความดันโลหิตสูงและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง**

แบบสัมภาษณ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดระยอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การวางแผนจัดการอย่างเหมาะสมต่อไป

แบบสัมภาษณ์นี้ใช้สัมภาษณ์ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดระยอง โดยให้ผู้สัมภาษณ์ทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุตามข้อคำถาม และขีดเครื่องหมาย / หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง ให้ตรงกับการให้ข้อมูลของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 9 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

ชุดที่ 2 แบบวัดความเครียดในผู้สูงอายุไทย

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ

ชุดที่ 4 แบบประเมินภาวะโรคร่วม

ชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า

ชุดที่ 6 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการมองเห็น

ชุดที่ 7 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว

ชุดที่ 8 แบบประเมินดัชนีจุฬาเอตีแอล

ชุดที่ 9 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

โดยไม่หกล้มฉบับภาษาไทย (ฉบับปรับปรุง)

ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

แบบทดสอบความผิดปกติทางการรับรู้ (Six Item Cognitive Impairment Test [6CIT])

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสมรรถภาพการรู้คิดของผู้สูงอายุ โดยให้ผู้ประเมินอ่านคำถามดังต่อไปนี้ ทีละข้อ และบันทึกคำตอบของผู้สูงอายุลงในช่องคำตอบ

คำถาม	บันทึกคำตอบ	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1. ปีนี้ปีอะไร			ถูก = 0, ผิด = 4
2. เดือนนี้เดือนอะไร			ถูก = 0, ผิด = 3
3. ให้ผู้สูงอายุจำที่อยู่ โดยประกอบไปด้วย 5 ส่วน: บ้านเลขที่ ถนน ตำบล อำเภอ และจังหวัด (เพื่อนำไปถามข้อที่ 7)			
.			
.			
.			
7. ถามผู้สูงอายุกลับในหัวข้อ 3 ในการจำที่อยู่ประกอบไปด้วย 5 ส่วน			ถูก = 0 ผิด 1 ครั้ง = 2 ผิด 2 ครั้ง = 4 ผิด 3 ครั้ง = 6 ผิด 4 ครั้ง = 8 ผิดทั้งหมด = 10
คะแนนรวม			

เกณฑ์การให้คะแนน คะแนนรวม อยู่ระหว่าง 0-28 คะแนน (Brooke & Bullock, 1999)

คะแนน 0-7 หมายถึง	ไม่มีความผิดปกติทางการรับรู้
คะแนน 8-9 หมายถึง	มีความผิดปกติทางการรับรู้เล็กน้อย
คะแนน 10-28 หมายถึง	มีความผิดปกติทางการรับรู้มาก

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สัมภาษณ์ดูข้อมูลจากเวชระเบียน และถามข้อมูลต่อไปกับผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุไม่สามารถตอบคำถามได้ ให้พิจารณาสัมภาษณ์ญาติหรือผู้ดูแล และให้ผู้สัมภาษณ์เติมเครื่องหมาย / หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับข้อมูลของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

1. ปัจจุบันท่านอายุ ปี
2. เพศ ชาย หญิง
3. การศึกษาสูงสุดที่ท่านได้รับ คือ

<input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียนหนังสือ	<input type="checkbox"/> ระดับประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> ระดับมัธยมศึกษา	<input type="checkbox"/> ระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า
<input type="checkbox"/> ระดับปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> สูงกว่าระดับปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ	
4.
5.
6.
7. ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา หลังจากเป็นโรคความดันโลหิตสูง ท่านเคยหกล้มหรือไม่

<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย ระบุ.....ครั้ง
---------------------------------	---

ท่านได้รับบาดเจ็บจากการหกล้มหรือไม่

<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับบาดเจ็บ
<input type="checkbox"/> บาดเจ็บเล็กน้อย (รอยช้ำ หรือรอยขีด)
<input type="checkbox"/> บาดเจ็บปานกลาง (แผลฉีกขาดลึกถึงกล้ามเนื้อ ข้อต่อ หรือต้องเย็บแผล)
<input type="checkbox"/> บาดเจ็บรุนแรง (กระดูกหัก ฐานกะโหลกแตก ต้องได้รับการผ่าตัดหรือได้รับเลือด)

8. ท่านมีอาการเวียนศีรษะหรือไม่

- ไม่มีอาการเวียนศีรษะ
- มีอาการเวียนศีรษะ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลจากเวชระเบียน

9. ประเภทของกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง

- กลุ่มยาขับปัสสาวะ ระบุ.....
- ยาปิดกั้นเบต้า ระบุ.....
- ยาค้านแคลเซียม ระบุ.....
- ยาค้านระบบ renin ระบุ.....
- ยาค้านตัวรับแองจิโอเทนซิน ระบุ.....



ชุดที่ 2 แบบวัดความเครียดในผู้สูงอายุไทย

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สัมภาษณ์ทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุตามข้อความในแต่ละข้อ และให้ผู้สูงอายุประเมินความรู้สึกของตนเองในช่วงเวลา **1 สัปดาห์** ที่ผ่านมา
 เต็มเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับ “ใช่” หากข้อความตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุ
 เต็มเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับ “ไม่ใช่” หากข้อความตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุ

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1	โดยทั่วไป คุณพอใจกับชีวิตตัวเองหรือไม่		
2	คุณทำกิจกรรมน้อยลงหรือสนใจสิ่งต่าง ๆ น้อยลงหรือไม่		
3	คุณรู้สึกชีวิตของคุณว่างเปล่าหรือไม่		
.			
.			
.			
7	ส่วนใหญ่แล้วคุณรู้สึกมีความสุขหรือไม่		
8	บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกหมดหนทางใช่หรือไม่		
.			
.			
.			
12	คุณรู้สึกหรือไม่ว่าชีวิตที่กำลังเป็นอยู่ตอนนี้ช่างไร้ค่าเหลือเกิน		
13	คุณรู้สึกมีกำลังเต็มที่หรือไม่		
14	คุณรู้สึกหมดหวังกับสิ่งที่กำลังเผชิญหรือไม่		
15	คุณคิดว่าคนอื่น ๆ ดึกว่าคุณหรือไม่		
	รวม		

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ให้ คะแนน 1 คะแนน ในข้อต่อไปนี้

ตอบ “ใช่” ข้อ 2-4, 6, 8-10, 12, 14-15 ตอบ “ไม่ใช่” ข้อ 1, 5, 7, 11, 13

เกณฑ์การให้คะแนน (Wongpakaran, 2012)

คะแนน 0-4 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า

คะแนน 5-10 คะแนน หมายถึง เริ่มมีภาวะซึมเศร้า ควรได้รับคำแนะนำเบื้องต้น

คะแนน 11-15 คะแนน หมายถึง เป็นโรคซึมเศร้า ควรพบแพทย์เพื่อรับการรักษา

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงความรู้สึของผู้สูงอายุเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยรวมในปัจจุบัน ขอให้สัมภาษณ์ตามข้อความข้างล่างนี้ และเติมเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างให้ตรงกับความรู้สึของผู้สูงอายุมากที่สุด

1. ปัจจุบันท่านรู้สึกว่ภาวะสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร

- ดีมาก
 ดี
 พอใช้
 ไม่ดี

เกณฑ์การให้คะแนน (วันดี แฮ่มจันทร์ฉาย, 2538)

- 4 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีมาก
 3 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี
 2 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพพอใช้
 1 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี

ชุดที่ 4 แบบประเมินภาวะโรคร่วม

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบข้อมูลเกี่ยวกับภาวะ โรคร่วมที่เป็นร่วมกับ โรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ โดยให้ผู้ประเมินดูข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้สูงอายุที่มีการ บันทึกโดยแพทย์ หากผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยโรคดังต่อไปนี้ ให้ผู้ประเมินบันทึกคะแนน ตามคะแนนโรคร่วม ดังต่อไปนี้

ให้ 1 คะแนน (อย่างน้อย 1 อาการ)

- โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง (MI) _____
- ภาวะหัวใจล้มเหลว (CHF) _____
- _____
- _____
- _____
- โรคของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (Connective tissue disease) _____

ได้แก่ ผู้ป่วยโรคลูปัส (SLE), โรคกล้ามเนื้ออักเสบหลายส่วน (polymyositis)

โรคของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันแบบผสม (Mixed connective tissue disease)

อาการปวดข้อต่อและกล้ามเนื้อ (Polymyalgia rheumatica)

โรคปวดข้อเรื้อรังชนิดรุนแรงมาก (Mod-severe rheumatoid arthritis)

- _____
- _____
- โรคเบาหวาน (Diabetes) _____

ให้ 2 คะแนน ถ้ามีอาการต่อไปนี้ (อย่างน้อย 1 อาการ)

- โรคอัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia) _____
- โรคเบาหวานในระยะสุดท้าย (Diabetes end organ damage) _____
- _____
- _____
- _____
- โรคความบกพร่องของการเจริญเติบโตของเนื้อเยื่ออ่อน _____

ให้ 3 คะแนน ถ้ามีอาการต่อไปนี้ (อย่างน้อย 1 อาการ)

- โรคตับ (Liver disease) _____

ให้ 6 คะแนน ถ้ามีอาการต่อไปนี้ (อย่างน้อย 1 อาการ)

- โรคเอดส์ (AIDS) _____
- โรคมะเร็งที่มีการแพร่กระจาย (Metastatic solid cancer) _____

คะแนนรวม _____

เกณฑ์การให้คะแนน อยู่ระหว่าง 0-36 คะแนน (Charlson et al., 1987) ดังนี้

- คะแนน 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีโรคร่วม
- คะแนน 1-2 คะแนน หมายถึง โรคร่วมที่พบมีความรุนแรงน้อย
- คะแนน 3-4 คะแนน หมายถึง โรคร่วมที่พบมีความรุนแรงปานกลาง
- คะแนนตั้งแต่ 5 คะแนนขึ้นไป หมายถึง โรคร่วมที่พบมีความรุนแรงมาก

ชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการรับรู้อาการและความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 การประเมินการรับรู้อาการของความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความต่อไปนี้ให้ผู้สูงอายุฟัง แล้วให้ผู้สูงอายุพิจารณาเลือกระดับความรุนแรงของอาการต่าง ๆ ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ที่มีความเกี่ยวข้องกับความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า และให้ผู้สัมภาษณ์เติมเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างให้ตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุมากที่สุด

การรับรู้อาการของความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า	การรับรู้ความรู้สึกและความคิดเห็น			
	ไม่มีอาการ	มีอาการเล็กน้อย	มีอาการปานกลาง	มีอาการรุนแรงมาก
1. อาการเวียนศีรษะ มึนศีรษะ รู้สึกเหมือนจะเป็นลมหรือรู้สึก เหมือนจะหมดสติ				
.				
.				
.				
5. มีปัญหาด้านสมาธิ				
6. ไม่สุขสบายที่ศีรษะหรือคอ				

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- 1 หมายถึง ไม่มีอาการ
- 2 หมายถึง มีอาการเล็กน้อย
- 3 หมายถึง มีอาการปานกลาง
- 4 หมายถึง มีอาการรุนแรงมาก

ส่วนที่ 2 การประเมินการรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความต่อไปนี้ให้ผู้สูงอายุฟัง แล้วให้ผู้สูงอายุพิจารณาเลือกระดับความรุนแรงของอาการต่าง ๆ ที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ที่มีความเกี่ยวข้องกับความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า และให้ผู้สัมภาษณ์เติมเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างให้ตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุมากที่สุด

การรับรู้อาการของภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า	การรับรู้ความรู้สึกและความคิดเห็น			
	ไม่ถูกรบกวน	รบกวนเล็กน้อย	รบกวนปานกลาง	รบกวนมาก
1. กิจกรรมที่ต้องยืนเป็นเวลานาน ๆ				
.				
.				
4. กิจกรรมที่ต้องเดินเป็นเวลานาน ๆ				

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- 1 หมายถึง ไม่ถูกรบกวน
- 2 หมายถึง รบกวนเล็กน้อย
- 3 หมายถึง รบกวนปานกลาง
- 4 หมายถึง รบกวนมาก

เกณฑ์การให้คะแนน ผู้วิจัยกำหนด ดังนี้

- 1-2 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าอยู่ในระดับเล็กน้อย
- 2.1-3 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าอยู่ในระดับปานกลาง
- 3.1-4 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้อาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าอยู่ในระดับรุนแรงมาก

ชุดที่ 6 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการมองเห็น

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบการรับรู้ความสามารถในการมองเห็นของผู้สูงอายุ ขอให้สัมภาษณ์ผู้สูงอายุตามข้อความข้างล่างนี้ และเติมเครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุมากที่สุด

1. ปัจจุบันท่านคิดว่าความสามารถในการมองเห็นของท่านอยู่ในระดับใด

- ดีมาก
- ดี
- พอใช้
- ไม่ดี
- ไม่ดีอย่างมาก

เกณฑ์การให้คะแนน

- | | | |
|---------|---------|--|
| 5 คะแนน | หมายถึง | มีการรับรู้ความสามารถในการมองเห็นดีมาก |
| 4 คะแนน | หมายถึง | มีการรับรู้ความสามารถในการมองเห็นดี |
| 3 คะแนน | หมายถึง | มีการรับรู้ความสามารถในการมองเห็นพอใช้ |
| 2 คะแนน | หมายถึง | มีการรับรู้ความสามารถในการมองเห็นไม่ดี |
| 1 คะแนน | หมายถึง | มีการรับรู้ความสามารถในการมองเห็นไม่ดีอย่างมาก |

ชุดที่ 7 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบการรับรู้ความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ ขอให้สัมภาษณ์ผู้สูงอายุตามข้อความข้างล่างนี้ และเติมเครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุมากที่สุด

1. ปัจจุบันท่านคิดว่าความสามารถในการทรงตัวของท่านอยู่ในระดับใด

- ดีมาก
- ดี
- พอใช้
- ไม่ดี
- ไม่ดีอย่างมาก

เกณฑ์การให้คะแนน (Punakallio et al., 2004)

- | | | |
|---------|---------|---|
| 5 คะแนน | หมายถึง | มีการรับรู้ความสามารถในการทรงตัวดีมาก |
| 4 คะแนน | หมายถึง | มีการรับรู้ความสามารถในการทรงตัวดี |
| 3 คะแนน | หมายถึง | มีการรับรู้ความสามารถในการทรงตัวพอใช้ |
| 2 คะแนน | หมายถึง | มีการรับรู้ความสามารถในการทรงตัวไม่ดี |
| 1 คะแนน | หมายถึง | มีการรับรู้ความสามารถในการทรงตัวไม่ดีอย่างมาก |

ชุดที่ 8 แบบประเมินดัชนีสุขภาพเอดีแอล

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ โดยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุตามข้อความต่อไปนี้ และให้ผู้สูงอายุพิจารณาเลือกตามความสามารถที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้จริงในปัจจุบัน และเติมเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่ตรงกับความสามารถของผู้สูงอายุมากที่สุด

1. Walking outdoor (เดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน)

- 0 = เดินไม่ได้
- 1 = ใช้รถเข็น และช่วยตัวเองได้ หรือต้องการคนประกอง
- 2 = ต้องการคนช่วยพยุง หรือไปด้วยตลอด
- 3 = เดินได้เอง (รวมทั้งที่ใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker)

2. Cooking (ทำหรือเตรียมอาหาร/ หุงข้าว)

- 0 = ทำไม่ได้
- 1 = ต้องการคนช่วยในการทำหรือจัดเตรียมการบางอย่างไว้ล่วงหน้าจึงจะทำได้
- 2 = ทำได้เอง

3. Heavy house work (ทำความสะอาดบ้าน/ ซักรีดเสื้อผ้า)

- 0 = ทำไม่ได้/ ต้องมีคนช่วย
- 1 = ทำได้เอง

4. Money exchange (ทอนเงิน/ แลกเงิน)

- 0 = ทำไม่ได้/ ต้องมีคนช่วย
- 1 = ทำได้เอง

5. Public transport (ใช้บริการรถเมล์ หรือรถสองแถว)

- 0 = ไม่สามารถทำได้
- 1 = ทำได้แต่ต้องมีคนช่วยดูแลไปด้วย
- 2 = ไปมาเองได้

เกณฑ์การให้คะแนน โดยคะแนนรวมเต็ม 9 คะแนน

0-8 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานได้

ต้องมีผู้ช่วยเหลือ

9 คะแนน หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานได้ โดยไม่ต้องมี

ผู้ช่วยเหลือ

ชุดที่ 9 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มฉบับภาษาไทย (ฉบับปรับปรุง)

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงระดับความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ ขอให้ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความต่อไปนี้ให้ผู้สูงอายุฟัง แล้วให้ผู้สูงอายุเลือกระดับความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยไม่หกล้ม โดยให้ผู้สัมภาษณ์เดิมเครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับระดับความมั่นใจของผู้สูงอายุ เพียง 1 ระดับ หากผู้สูงอายุรู้สึกไม่มั่นใจในการทำกิจกรรม เนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกาย ไม่ต้องให้คะแนนในกิจกรรมนั้น ๆ และหากผู้สูงอายุรู้สึกไม่มั่นใจในการทำกิจกรรมใด เนื่องจากเหตุผลอื่น ขอให้ประเมินระดับความมั่นใจ หากต้องทำกิจกรรมนั้นในวันที่สัมภาษณ์

กิจกรรม	ความรู้สึกและความคิดเห็น			
	ไม่มั่นใจเลย	มั่นใจเล็กน้อย	มั่นใจปานกลาง	มั่นใจมาก
1. การถอดและสวมใส่เสื้อผ้า				
2. การเตรียมอาหารง่ายๆ				
3. การอาบน้ำ				
.				
.				
.				
7. การเดินภายในบ้านโดยรอบ				
8. การเอื้อมหยิบของจากตู้				
9. การทำความสะอาดบ้านเล็กน้อย				
.				
.				
.				
13. การทำสวนเล็ก ๆ น้อย ๆ หรือตากผ้า				
14. การใช้บันไดหน้าบ้านหรือหลังบ้าน				

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- | | | |
|---|---------|----------------|
| 1 | หมายถึง | ไม่มั่นใจเลย |
| 2 | หมายถึง | มั่นใจเล็กน้อย |
| 3 | หมายถึง | มั่นใจปานกลาง |
| 4 | หมายถึง | มั่นใจมาก |

เกณฑ์การให้คะแนน ผู้วิจัยกำหนด ดังนี้

1-2 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้ม อยู่ในระดับต่ำ

2.1-3 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้ม อยู่ในระดับปานกลาง

3.1-4 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้ม อยู่ในระดับสูง

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวชุติกานต์ งามเสงี่ยม
วัน เดือน ปี เกิด	8 กรกฎาคม พ.ศ. 2537
สถานที่เกิด	จังหวัดระยอง
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	14/18 หมู่ที่ 5 ตำบล ทางเกวียน อำเภอ แกลง จังหวัด ระยอง
ตำแหน่งและประวัติการ ทำงาน	พ.ศ. 2560-2564 พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลวังจันทร์ พ.ศ. 2564-ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลวังจันทร์
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2554-2560 พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี พ.ศ. 2562-2565 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ) มหาวิทยาลัยบูรพา