



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของ
ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง

ศุภาพร สุวรรณก้อน

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของ
ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง



สุภาพร สุวรรณก้อน

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

FACTORS RELATED TO FALLS EFFICACY IN OLDER ADULT PATIENTS ADMITTED
IN A PRIVATE HOSPITAL



SUPAPORN SUWANAKON

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

2023

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ สุภาพร สุวรรณก้อน ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา พิพัฒน์วิศิษตา)

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)

..... ประธาน

(รองศาสตราจารย์ ดร.ขวัญใจ อำนวยศักดิ์เชื้อ)

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา พิพัฒน์วิศิษตา)

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิตาคุณฤดี ทูลศิริ)

..... 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.....

62920312: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้สูงอายุ; พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

คำสำคัญ: ปัจจัย/การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้ม

สุภาพร สุวรรณก้อน : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง. (FACTORS RELATED TO FALLS EFFICACY IN OLDER ADULT PATIENTS ADMITTED IN A PRIVATE HOSPITAL) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: นัยนา พิพัฒน์วิชชา, Ph.D., พรชัย จุลเมตต์, Ph.D ปี พ.ศ. 2566.

ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุมีความสำคัญต่อการเคลื่อนไหว การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ สุ่มตัวอย่างแบบง่าย จำนวน 97 คน จากผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว แบบประเมิน โรคร่วม การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้ม ความสามารถในการทำกิจกรรม แบบวัดความเศร้า แผ่นวัดสายตา ระยะใกล้และเครื่องวัดความดันโลหิต วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน แรงค์ ออเดอร์ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในระดับสูง ร้อยละ 78.35 การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว ความสามารถในการทำกิจกรรม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r_s = .581, p < .001, r_s = .581, p < .001, r_s = .380, p < .001$) ประสิทธิภาพหกล้ม ภาวะซึมเศร้า และความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง ($r_s = -.416, p < .001, r_s = -.348, p < .001, r_{pb} = -.328, p < .01$) อุปรกรณ์การแพทย์ อายุ เพศ และภาวะโรคร่วม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r_s = -.293, p < .01, r_s = -.256, p < .01, r_{pb} = -.232, p < .05, r_s = -.226, p < .05$) กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนจำนวนยาที่ใช้และความสามารถในการมองเห็น มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บุคลากรด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหว โดยเฉพาะผู้ที่มีการรับรู้การทรงตัวไม่ดี มีภาวะพึ่งพิงมาก และเคยหกล้ม

62920312: MAJOR: GERONTOLOGICAL NURSING; M.N.S. (GERONTOLOGICAL NURSING)

KEYWORDS: FACTORS/FALL EFFICACY

SUPAPORN SUWANAKON : FACTORS RELATED TO FALLS EFFICACY IN OLDER ADULT PATIENTS ADMITTED IN A PRIVATE HOSPITAL. ADVISORY COMMITTEE: NAIYANA PIPHATVANITCHA, Ph.D., PORNCHEI JULLAMATE, Ph.D. 2023.

Fall efficacy in older adult patients is important for the mobility. This research is descriptive correlation research. The objectives of this research were to study the level and factors related to fall efficacy in older adult patients. Older adult patients hospitalized in a private hospital by simple random sampling was recruited (N = 97). The research instruments included the demographic questionnaire, health status perception, balance abilities perception, the Fall-Efficacy Scale, Charlson Comorbidity Index, Perceived health status, Thai Geriatric Depression Scale-15, The Modified Barthel Activities of Daily Index, Near Snellen chart and blood pressure monitor. Associations between fall efficacy and its associating factors were based on Spearman ranked order correlation coefficient (r_s) and point-biserial correlation coefficient (r_{pb}).

The results revealed that the majority of the sample had a high level of fall efficacy (78.35%). The perceived balance abilities, the ability for ADL and perceived health status were moderate positively correlated ($r_s = .581, p = <.001, r_s = .581, p = <.001, r_s = .380, p = <.001$) fall experience, depression and orthostatic hypotension were moderate negatively correlated ($r_s = -.416, p = <.001, r_s = -.348, p = <.001, r_{pb} = -.328, p = <.01$) medical equipment, age, sex and comorbidity were low negatively correlated ($r_s = -.293, p = <.01, r_s = -.256, p = <.01, r_{pb} = -.232, p = <.05, r_s = -.226, p = <.05$) with the fall efficacy in older adult patients admitted in a private hospital at level of .05. However, the number of drugs used and visual acuity were not statistically significant relate to fall efficacy in older adult patients admitted in a private hospital at level of .05.

Healthcare providers should emphasize fall efficacy in older adult patients for establishing clinical nursing practice guidelines to promote confidence of fall efficacy, especially who have low perceived balance abilities, low functional ability and ever have fall.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก ท่านผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา พิพัฒน์วิชชา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และท่านผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมศต์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้ให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องด้วยความละเอียดถี่ถ้วน ทั้งนี้ท่านยังเอาใจใส่และให้กำลังใจผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณทั้ง 2 ท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ท่านคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และแนวคิดที่เป็นประโยชน์ เพื่อทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ Mary Tinetti ที่อนุเคราะห์ให้นำเครื่องมือที่ท่านได้พัฒนาขึ้นมาดัดแปลง และใช้ในวิทยานิพนธ์นี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาพ อารีเอื้อ รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงฤดี ลาสุขะ รองศาสตราจารย์ ดร.ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ คุณกมลพร วงศ์พนิตกุล และคุณชนภรณ์ พิพัฒน์วิชชา ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเป็นผู้ทรงวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้การสนับสนุนทุนในการทำวิจัย

ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเอกชนที่สนับสนุนทุนการศึกษาในการศึกษาครั้งนี้ ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล ผู้จัดการฝ่าย หัวหน้าหอผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ อำนวยความสะดวกในการทดลองใช้เครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี ด้วยความเป็นกัลยาณมิตร และขอขอบพระคุณผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ที่ท่านกรุณาให้ความอนุเคราะห์ และสละเวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์ทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่มีคุณค่ายิ่งในงานวิทยานิพนธ์นี้

สุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณ คุณยาย คุณแม่ คุณพ่อ สามิ พี่น้อง เพื่อน ๆ รุ่นพี่ และรุ่นน้อง ที่ผู้วิจัยไม่สามารถเอ่ยนามได้อย่างครบถ้วนในที่นี้ ที่ให้การสนับสนุนในทุกช่องทาง ให้กำลังใจ และคอยช่วยเหลือผู้วิจัยให้สามารถดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

สุภาพร สุวรรณก้อน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ฉุ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย.....	8
วัตถุประสงค์การวิจัย	9
สมมติฐานการวิจัย	9
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	10
ขอบเขตการวิจัย.....	12
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	13
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	16
สถานการณ์ความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล	17
การหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุ.....	18
การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....	28
การประเมินการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ.....	34

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วย สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	41
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	50
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	50
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	52
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย	58
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	60
การเก็บรวบรวมข้อมูล	61
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	64
บทที่ 4 ผลการวิจัย	66
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	66
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล.....	75
สรุปผลการวิจัย	75
อภิปรายผลการวิจัย	77
ข้อเสนอแนะ.....	89
บรรณานุกรม	92
ภาคผนวก	100
ภาคผนวก ก	101
ภาคผนวก ข	107
ภาคผนวก ค	109
ประวัติย่อของผู้วิจัย	136

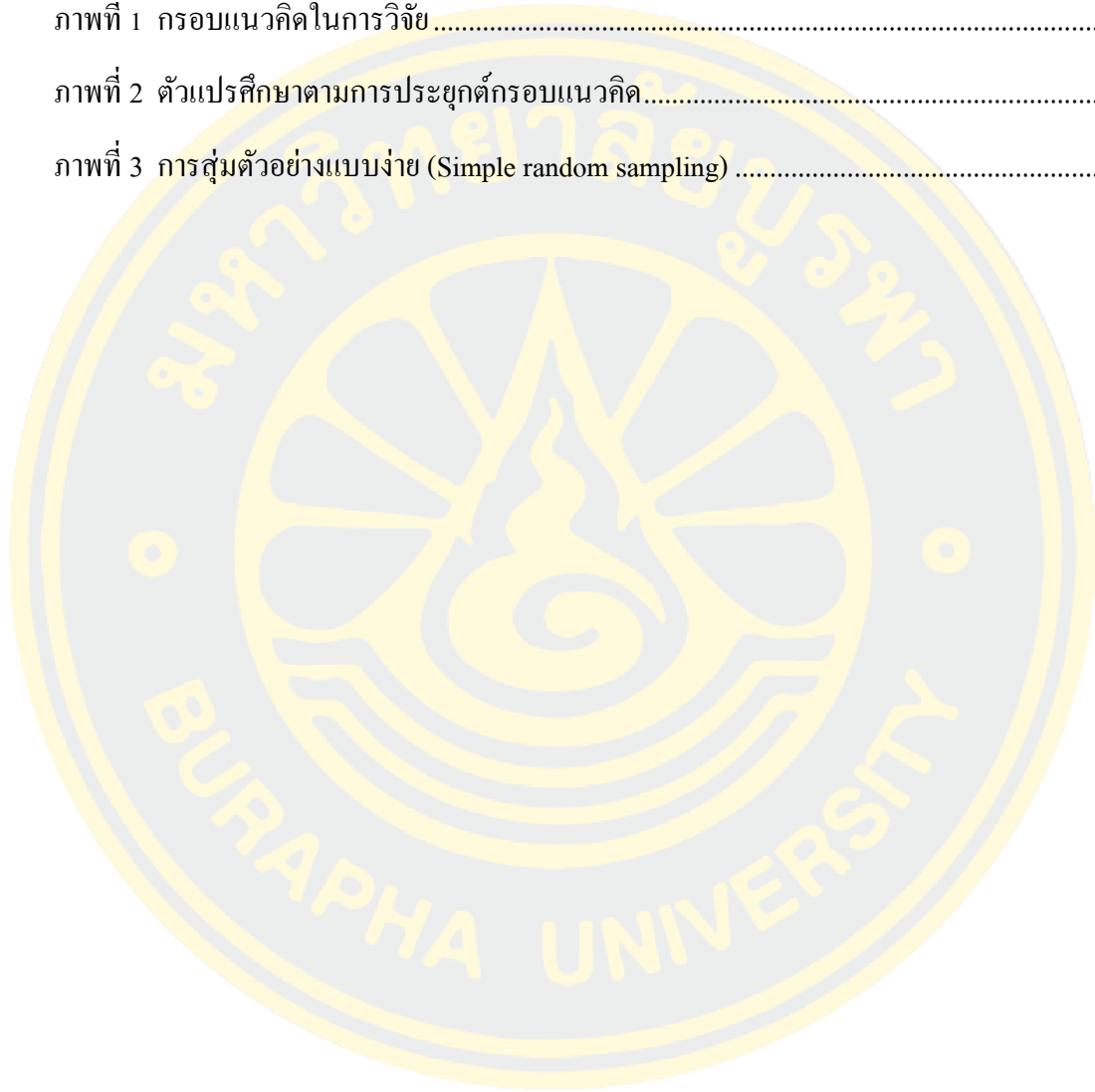
สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคล และ เพศ อายุ ประสบการณ์การหกล้ม ภาวะโรค ร่วม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว จำนวนอุปกรณ์ การแพทย์ จำนวนยาที่ใช้ ความสามารถในการทำกิจกรรม ความสามารถในการมองเห็น และภาวะ ความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า (n = 97)	67
ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละ ของระดับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่ หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง (n = 97)	72
ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันโดยไม่หกล้ม ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกิจกรรม (คะแนนเฉลี่ยเต็ม = 4).....	72
ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรศึกษากับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง	73

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	12
ภาพที่ 2 ตัวแปรศึกษาตามการประยุกต์กรอบแนวคิด.....	41
ภาพที่ 3 การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling)	52



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การหกล้ม เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศ ในแต่ละปีทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตประมาณ 646,000 คน นับเป็นสาเหตุอันดับ 2 ของการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บโดยไม่ได้ตั้งใจ โดยมีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุ (World Health Organization [WHO], 2018) สถิติในประเทศสหรัฐอเมริกา พบอัตราการหกล้มขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย เท่ากับ 3.53 ต่อ 1,000 วันนอน อัตราการได้รับบาดเจ็บจากการหกล้มเฉลี่ย เท่ากับ 0.91 ต่อ 1,000 วันนอน (Bouldin et al., 2013) ในประเทศไทยพบอัตราการเสียชีวิตจากการหกล้มของผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2560 เท่ากับ 10.2 ต่อประชากรแสนคน (สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข, 2561) นอกจากนี้ ข้อมูลจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 ถึง ไตรมาส 2 พ.ศ. 2562 พบว่า ผู้สูงอายุที่บาดเจ็บด้วยสาเหตุการหกล้มในชุมชนมีเพิ่มมากขึ้น คิดเป็นร้อยละ 29.5 จากปี พ.ศ. 2559 โดยเฉพาะปี พ.ศ. 2562 มีจำนวนผู้สูงอายุที่บาดเจ็บด้วยสาเหตุจากการหกล้มมารับบริการด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินทั้งหมด 24,364 ราย (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ [สพฉ], 2562) โดยผู้สูงอายุจะมีอุบัติการณ์การเกิดการหกล้มในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลมากกว่าถึง 3 เท่า ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551)

การหกล้มในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ ส่งผลให้เกิดผลกระทบในหลายมิติ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ทางด้านร่างกาย การหกล้มทำให้เกิดการบาดเจ็บ ซึ่งอาจเป็นแบบไม่รุนแรง เช่น ปวด บวม การบาดเจ็บภายนอก เนื้อเยื่อฟกช้ำหรือมีบาดแผล หรืออาจเกิดการบาดเจ็บรุนแรง เช่น เลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง กระดูกหัก และอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ (Hitcho et al., 2004) ด้านจิตใจ พบว่า ผู้สูงอายุที่เคยได้รับการบาดเจ็บที่ค่อนข้างรุนแรงจากการหกล้ม และไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที จะมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในระดับต่ำ และส่งผลต่อความรู้สึกของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก จนนำไปสู่การจำกัดกิจกรรมของตนเองโดยการไม่เคลื่อนไหวร่างกายเท่าที่ควร (จิตติมา บุญเกิด, 2561) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ การบาดเจ็บจากการหกล้มทำให้ผู้สูงอายุต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น มีการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ในปี พ.ศ. 2558 ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์โดยรวมทั้งหมดที่เกิดจากการหกล้มในผู้สูงอายุ อยู่ที่ประมาณ 5 หมื่นล้านดอลลาร์ (Florence et al., 2018) สำหรับประเทศไทยข้อมูลปี พ.ศ. 2553 พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยในการนอนพักรักษาใน

โรงพยาบาลของผู้สูงอายุที่บาดเจ็บจากการหกล้ม และมีกระดูกหักร่วมด้วย เท่ากับ 8.1 วัน และใน รายที่ไม่มีกระดูกหักร่วมด้วย เท่ากับ 6.4 วัน และมีค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย เท่ากับ 25,728 บาท และ 19,419 บาท ตามลำดับ (Limpawattana et al., 2012)

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ เกี่ยวกับการรับรู้ความมั่นใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล พบว่า ในประเทศอิหร่าน ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 36.4 หรือประมาณ 1 ใน 3 มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มในระดับต่ำ (Dadgari et al., 2020) ในประเทศเวียดนาม การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของ ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลังได้รับบาดเจ็บจากการหกล้ม พบว่า มีการรับรู้ความ มั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มในระดับต่ำมากถึง ร้อยละ 88.2 (Nguyen et al., 2020) สำหรับในประเทศไทย มีการศึกษาการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่ หกล้มของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลอย่างจำกัด พบเพียงการศึกษาของ กรรณิกา ตริคำ และคณะ (2562) ที่พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิ มี การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มในระดับต่ำ ร้อยละ 70.80 และ การศึกษาของ นงลักษณ์ พรหมมาพงษ์ และคณะ (2561) ที่พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาตัวใน โรงพยาบาลชุมชนมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มในระดับต่ำ ร้อยละ 82.90

การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มในระดับต่ำ จะส่งผลให้ เกิดการจำกัดการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูของ ผู้ป่วยสูงอายุ และอาจรุนแรงถึงขั้น เสียชีวิตได้ จากการศึกษา พบว่า การจำกัดการเคลื่อนไหวมีผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย (Mariñansky & Jauregui, 2020) ได้แก่ ด้านร่างกาย ผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลาง การขาด สิ่งกระตุ้นทำให้มีความผิดปกติในการรับรู้ ผลกระทบต่อระบบไหลเวียนเลือด ทำให้เกิดความดัน โลหิตต่ำ เนื่องจากปริมาณเลือดที่ลดลง การจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นเวลานานมีผลทำให้เลือดมี ความเข้มข้นมากขึ้น กระตุ้นการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ หรือลิ่มเลือดอุดตันในปอดได้ ผลกระทบต่อระบบหายใจ ทำให้การขยายตัวของปอดและถุงลมลดลง ส่งผลให้หายใจสั้น ปฏิบัติการ การไอลดลง เสมหะมากขึ้น เกิดการอุดตันและติดเชื้อปอดอักเสบได้ง่าย ผลกระทบต่อระบบ กล้ามเนื้อและกระดูกทำให้เกิดแผลกดทับ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ฝ่อลีบ กล้ามเนื้อหดเกร็ง มีการยึดจาก เนื้อเยื่อเกี่ยวพันรอบข้อเกิดข้อติดแข็ง นอกจากนี้การจำกัดการเคลื่อนไหวยังทำให้ปริมาณแคลเซียม ลดลง ส่งผลให้กระดูกบาง และแตกหักง่าย ผลกระทบต่อระบบขับถ่าย ทำให้เกิดนิ่วในระบบ ทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะและท้องผูก ด้านจิตใจ ผู้สูงอายุอาจมี

พฤติกรรมถดถอย วิตกกังวล ขาดความมั่นใจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ (Payette et al., 2017) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้ผู้สูงอายุแยกตัวจากสังคม ภาวะไร้ความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ความนับถือตนเองลดลง (Mariñansky & Jauregui, 2020) นอกจากนี้ผลกระทบจากการจำกัดการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยสูงอายุ ทำให้ระยะวันนอนโรงพยาบาลนานมากขึ้น (Gettens & Fulbrook, 2015) เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น และส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่ำลง (Nguyen et al., 2020)

สถานที่ที่ทำการวิจัยเป็นโรงพยาบาลเอกชนระดับตติยภูมิขั้นต้นแห่งหนึ่ง มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญครบทุกสาขา ข้อมูลในปี พ.ศ. 2562 มีผู้รับบริการ จำนวน 23,711 คน จำนวนวันนอนเฉลี่ย เท่ากับ 2.41 วัน ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่ที่เข้ารับการรักษา มักมีปัญหาดูสุขภาพหลายอย่าง มีโรคประจำตัว มีความต้องการการดูแลเฉพาะทาง ทั้งในภาวะฉุกเฉินและเรื้อรัง ข้อมูล 3 อันดับโรคพบบ่อย ได้แก่ โรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล จะได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ให้เข้าพักในหอผู้ป่วยตามประเภทและความรุนแรงของการเจ็บป่วย ซึ่งลักษณะห้องพักรักษาผู้ป่วยจะเป็นห้องพักรักษาเดี่ยว มีห้องน้ำในตัว มีราวจับช่วยเดินทั้งในห้องน้ำและรอบห้องผู้ป่วย มีอุปกรณ์การแพทย์มาตรฐาน ได้แก่ เตียงผู้ป่วยระบบไฟฟ้า (Electric bed) เครื่องควบคุมการไหลของสารน้ำ (Volumetric infusion pump) และระบบเรียกพยาบาล (Nurse call) ทุกห้อง

จากการศึกษานำร่องของผู้วิจัย (Pilot study) ช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563 ในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 13 ราย เป็นผู้ชาย 3 ราย และเป็นผู้หญิง 10 ราย พบว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มในระดับต่ำ ได้แก่ การทรงตัวไม่ดี การช่วยเหลือตนเองได้น้อย และการมีอุปกรณ์การแพทย์ จากการศึกษาผู้ป่วยสูงอายุบอกตรงกันว่าประสบการณ์การหกล้ม ไม่ว่าจะเป็นการหกล้มเอง หรือการพบเห็นผู้อื่นหกล้ม จะทำให้ตนเองมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มลดต่ำลง จึงเพิ่มความระมัดระวังในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้น เพื่อไม่ให้เกิดการหกล้ม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรมในผู้สูงอายุที่อยู่ที่บ้านพักคนชรา และผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังร่วมด้วย ร่วมกับบริบทของโรงพยาบาลเอกชนซึ่งมีความแตกต่างจากโรงพยาบาลรัฐบาล ทั้งในเรื่องของ สถานที่ การบริการ อุปกรณ์การแพทย์ ลักษณะของผู้ป่วย และความคาดหวังต่อคุณภาพการบริการ (ปราธนา แซ่ลิ้ม, 2559) ดังนั้น ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเอกชน อาจจะมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้ม

แตกต่างจากผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐ ซึ่งปัจจัยที่อาจจะมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน สามารถแบ่งตามกรอบแนวคิดทฤษฎีตามบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ (International classification of functioning, disability and health [ICF]) ของ World Health Organization [WHO, 2001] ได้เป็น ปัจจัยด้านบุคคล ประกอบไปด้วย ด้านร่างกายและด้านจิตใจ ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์การหกล้ม ภาวะโรคร่วม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า และการรับรู้ความสามารถในการทรงตัว ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ จำนวนอุปกรณ์การแพทย์ และจำนวนยาที่ใช้ ปัจจัยด้านกิจกรรมและการมีส่วนร่วม ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรม และด้านการทำงานหรือโครงสร้างของร่างกาย ได้แก่ ความสามารถในการมองเห็น และภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า ดังรายละเอียดต่อไปนี้

เพศ ความแตกต่างทางเพศ สังคมไทยกำหนดบทบาทเพศภาวะแบบดั้งเดิมของเพศชายและเพศหญิงแตกต่างกัน โดยเชื่อว่าเพศชายมีพลังมากกว่าเพศหญิง แต่ในปัจจุบัน บทบาทเพศภาวะแบบเสมอภาคยอมรับว่าหญิงชายนั้นมีความเท่าเทียมกัน และบทบาทของหญิงชายนั้นไม่มีความแตกต่างกัน (พิรดา ภูมิสวัสดิ์, 2563) อย่างไรก็ตามเพศหญิงมักจะแสดงออกถึงความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มได้ตามความรู้สึกที่แท้จริง ในขณะที่เพศชายมักจะไม่เปิดเผยหรือไม่แสดงออกถึงความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้ม นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงตามวัยที่มีการสลายของกระดูกมากกว่าการสร้าง ทำให้กระดูกบางลง มวลกระดูกลดลง โดยเฉพาะในเพศหญิงเกิดภาวะกระดูกพรุนได้ง่ายจากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน นอกจากนี้ยังพบว่ากล้ามเนื้อจะฝ่อลีบ เซลล์กล้ามเนื้อลดลง ทำให้มีกำลังและความแข็งแรงลดลง (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2560) การเปลี่ยนแปลงการเคลื่อนไหวของสะโพกในการรับน้ำหนักของหัวเข่าขณะเดิน พบว่า ในเพศหญิงและเพศชายมีความแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุเพศหญิงจะมีท่าเดินที่มีฐานแคบ ส่วนผู้สูงอายุเพศชายจะมีท่าเดินที่มีฐานกว้างและระยะก้าวสั้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้เพศชายมีการทรงตัวที่ดีกว่า (เขวาลักษณ์ คุมขวัญและคณะ, 2561) สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน ที่พบว่า เพศหญิงมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในระดับต่ำกว่าเพศชาย (นงลักษณ์ พรหมมาพงษ์ และคณะ, 2561; Dadgari et al., 2020)

อายุ เมื่ออายุมากขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางสรีรวิทยาที่มีความเสื่อมสภาพตามวัย ส่งผลกระทบให้สมรรถภาพทางร่างกายลดลง การเปลี่ยนแปลงตามวัยที่มีผลให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในระดับต่ำ ได้แก่ ระบบกล้ามเนื้อ เมื่ออายุมากขึ้นจำนวนและขนาดเส้นใยของกล้ามเนื้อจะลดลง กำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง ทำ

ให้การเคลื่อนไหวในลักษณะต่าง ๆ ไม่คล่องตัว (วิลโลว์รณ ทองเจริญ, 2554) ร่วมกับการสลายของกระดูกมากกว่าการสร้างทำให้กระดูกบางลง มวลกระดูกลดลงอย่างช้า ๆ ประมาณ ร้อยละ 0.5-1 ต่อปี เกิดภาวะกระดูกพรุนได้ง่ายในเพศหญิง จากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนทั้งหมด ประจำเดือน (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2561) ระบบประสาท เซลล์ประสาทและสารสื่อประสาทลดลง ส่งผลให้ความจำและการรับรู้ลดลง ระบบหัวใจและหลอดเลือด พบมีผนังหลอดเลือดหนาและแข็ง ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ปริมาณเลือดไหลเวียนน้อยลง เกิดอาการเวียนศีรษะได้ง่าย (Dong & Seung, 2013) สอดคล้องกับการศึกษาใน โรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิ และการศึกษาในประเทศอิหร่านที่ พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (กรรณิกา ตรีคำ และคณะ, 2562; Dadgari et al., 2020)

ประสบการณ์การหกล้ม ผู้สูงอายุที่เคยมีประสบการณ์การหกล้ม หรือแม้แต่พบเห็นผู้อื่นหกล้ม มักมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในระดับต่ำ เนื่องจาก การหกล้มเป็นประสบการณ์ที่ไม่ดีโดยเฉพาะเมื่อมีการบาดเจ็บร่วมด้วย (จิตติมา บุญเกิด, 2561) ประสบการณ์ในด้านลบทั้งโดยตรงหรือจากบุคคลอื่น จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ (Bandura, 1997) สอดคล้องกับการศึกษาใน โรงพยาบาลชุมชน และการศึกษาใน ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการผู้ป่วยนอกใน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในประเทศเกาหลีที่ พบว่า ประสบการณ์การหกล้ม มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ (นงลักษณ์ พรหมมาพงษ์ และคณะ, 2561; Lee, et al., 2017)

ภาวะโรคร่วม ลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล คือ มักมีลักษณะอาการที่ไม่ตรงไปตรงมา (Atypical presentation) มีพยาธิสภาพหลายระบบ (Multiple pathology) และมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronic conditions) ร่วมกับการเสื่อมถอยของการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ และมักมีโรคร่วมหลายโรค ทำให้สภาวะทางร่างกายมีความ ผิดปกติ ส่งผลให้ขาดความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง ผู้สูงอายุจึงมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำลง (Bandura, 1997) สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล ตติยภูมิในประเทศเกาหลีที่ พบว่า ภาวะโรคร่วม มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล (Lee et al., 2017)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นกระบวนการทางความคิด ความเข้าใจที่ผู้สูงอายุประเมิน สุขภาพของตนเอง ในสภาวะที่ร่างกายของผู้สูงอายุมีความผิดปกติ เช่น ภาวะเจ็บป่วย ความเจ็บปวด ความเหนื่อยล้าทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับต่ำ ส่งผลให้เกิดการรับรู้ความสามารถ

ของตนเองลดต่ำลง (Bandura, 1997) ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจึงมักจะลดหรือจำกัดการเคลื่อนไหวเพื่อหลีกเลี่ยงการหกล้ม สอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิ และการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชน ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (กรรณิกา ตรีคำ และคณะ, 2562; นงลักษณ์ พรหมมาพงษ์ และคณะ, 2561)

ภาวะซึมเศร้า เป็นสภาวะอารมณ์ที่ผิดปกติของผู้สูงอายุ เป็นอารมณ์ทางด้านลบสภาวะอารมณ์ด้านลบนี้จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมข้างลง และมีการตัดสินใจที่ผิดพลาด ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำลง (Bandura, 1997) ทำให้ผู้สูงอายุแยกตัวและจำกัดการทำกิจกรรม (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) จากการศึกษา พบว่า ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (กรรณิกา ตรีคำ และคณะ, 2562; นงลักษณ์ พรหมมาพงษ์ และคณะ, 2561) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า มีแนวโน้มจะอธิบายถึงการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุในระดับต่ำ (Boltz et al., 2014)

การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว การเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุ เมื่ออายุเกิน 60 ปีขึ้นไป มักพบปัญหาการเดิน การทรงตัวผิดปกติได้ถึง ร้อยละ 35 และเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 50 ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป สาเหตุของการเดิน และการทรงตัวที่ผิดปกติในส่วนมากเกิดจากปัญหาของกระดูกบาง กระดูกเสื่อม (จิตติมา บุญเกิด, 2561) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ลดลง ความยืดหยุ่นของข้อและเอ็นรอบข้อลดลง ทำให้การประสานงานของกล้ามเนื้อและข้อลดลง เกิดการจำกัดการเคลื่อนไหว (Miller, 2009) จากการศึกษาพบว่า การเปลี่ยนแปลงตามวัยร่วมกับลักษณะเฉพาะเมื่อเจ็บป่วย ทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังสำรองลดลง อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถในการทรงตัวของตนเองลดลง และไม่เชื่อในความสามารถของตนเอง (Bandura, 1997) จึงอาจทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มในระดับต่ำ และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การทดสอบความสามารถในการทรงตัว และการสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว (Perceived of balance abilities) มีค่าคะแนนต่างกันเพียงเล็กน้อยเท่านั้น (Aziz et al., 2014) จึงกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุที่มีการทรงตัวบกพร่อง จะมีการรับรู้ความสามารถในการทรงตัวไม่ดี

จำนวนอุปกรณ์การแพทย์ การที่ผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น มักจะต้องมีการใช้อุปกรณ์การแพทย์หลายชนิด เช่น สารน้ำทางหลอดเลือดดำ สายสวนปัสสาวะ ร่วมกับบริบทของโรงพยาบาลเอกชนที่มักจะใช้เครื่องมือทางการแพทย์เข้ามาช่วยใน

การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันความผิดพลาดของบุคคล เช่น เครื่องให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (Infusion pump) จึงทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเคลื่อนไหวได้ไม่สะดวก จากการศึกษาผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิ ของ วรรณิกา ศรีคำ และคณะ (2562) พบว่า จำนวนอุปกรณ์การแพทย์ที่ผู้สูงอายุได้รับ มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

จำนวนยาที่ใช้ ผู้สูงอายุที่ภาวะเจ็บป่วยมักมีการใช้ยาหลายชนิด (Polypharmacy) เนื่องจากมีโรคเรื้อรังอยู่แล้ว เมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้ได้รับยาจำนวนมากขึ้น ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงตามวัยในกระบวนการเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ ทำให้การออกฤทธิ์ของยาเปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะยาในกลุ่มที่ทำให้ ง่วงซึม ยาลดความดันโลหิต อาจทำให้ผู้สูงอายุมีอาการข้างเคียง เช่น เวียนศีรษะ ง่วงซึมและเสียการทรงตัว (จิตติมา บุญเกิด, 2561) ซึ่งอาการเหล่านี้ ส่งผลต่อการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอิหร่านที่ พบว่า จำนวนยาที่ใช้ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (Dadgari et al., 2020)

ความสามารถในการทำกิจกรรม ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร่างกายจะเสียดสมดุลจากภาวะเจ็บป่วยและการรักษา การขาดการเคลื่อนไหวเป็นเวลานานจะทำให้เกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรง และฝ่อลีบ (Atrophy) เกิดภาวะข้อติดตามมา นอกจากนี้ยังทำให้มีการสลายของกระดูกเพิ่มขึ้น เกิดภาวะกระดูกบาง ผู้สูงอายุจึงมีการตอบสนอง คือ จำกัดกิจกรรมของตนเอง ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง กระทบต่อการคงไว้ซึ่งการดำรงชีวิตประจำวันด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุเอง ได้แก่ การช่วยเหลือตนเองในการรับประทานอาหาร การอาบน้ำแต่งตัว การควบคุมการขับถ่าย และการเคลื่อนไหวร่างกาย (Boltz et al., 2014; Nguyen et al., 2020) ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง จะมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำลง (Bandura, 1997) สอดคล้องกับ การศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิและโรงพยาบาลชุมชนที่ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการทำกิจกรรมต่ำจะมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในระดับต่ำ (วรรณิกา ศรีคำ และคณะ, 2562; นงลักษณ์ พรหมมาพงษ์ และคณะ, 2561)

ความสามารถในการมองเห็น ความเสื่อมของดวงตาและสายตา จากการเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุ ทำให้มีการขุ่นและแข็งขึ้นของเลนส์ตา ส่งผลให้สายตายาวขึ้น ลานสายตาแคบลง การมองเห็นไม่ดีในที่แสงน้อย และความสามารถในการเทียบสีลดลง (Miller, 2009) ร่วมกับโรคที่เกิดจากความเสื่อมสภาพของตาในผู้สูงอายุ เช่น โรคต้อกระจก โรคต้อหิน และจอประสาทตาเสื่อม ทำให้ความสามารถในการมองเห็นของผู้สูงอายุลดลง ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการมองเห็นต่ำ

จะมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มในระดับต่ำ (Nguyen et al., 2020) สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิของ วรรณิกา ศรีคำ และคณะ (2562) และการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่พบว่าความสามารถในการมองเห็น มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ (ธนภรณ์ พิพัฒน์วิมลชชา และคณะ, 2561)

ภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า ในวัยสูงอายุกลไกการตอบสนองของหัวใจและหลอดเลือดในการปรับความดันโลหิตในขณะที่เปลี่ยนท่าจะมีความสามารถลดลง ร่วมกับระบบประสาทอัตโนมัติทำงานลดลงจากความเสื่อมตามวัย จึงส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าได้ง่าย (วิระศักดิ์ ศรีนันทกร และคณะ, 2562) โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล มักจะถูกจำกัดให้นอนพักบนเตียงเป็นส่วนใหญ่ เมื่อมีการลุกขึ้นหรือเปลี่ยนท่าอย่างทันทีทันใด จึงเกิดอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ หรือหมดสติได้ เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาในคลินิกผู้สูงอายุประเทศตุรกี ที่พบว่า ภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่ามีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ (Arik et al., 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ตัวแปรที่อาจมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน ที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์การหกล้ม ภาวะโรคร่วม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว จำนวนอุปกรณ์การแพทย์ จำนวนยาที่ใช้ ความสามารถในการทำกิจกรรม ความสามารถในการมองเห็น และภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า การศึกษาครั้งนี้สามารถนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน มีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้ม ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจำกัดการเคลื่อนไหว ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้ม อยู่ในระดับใด
2. ปัจจัย เพศ อายุ ประสบการณ์การหกล้ม ภาวะโรคร่วม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว จำนวนอุปกรณ์การแพทย์ จำนวนยาที่ใช้

ความสามารถในการทำกิจกรรม ความสามารถในการมองเห็น และภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน หรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ประสบการณ์การหกล้ม ภาวะโรคร่วม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว จำนวนอุปกรณ์การแพทย์ จำนวนยาที่ใช้ ความสามารถในการทำกิจกรรม ความสามารถในการมองเห็น และภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน

สมมติฐานการวิจัย

1. เพศหญิง มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน
2. อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบ กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน
3. ประสบการณ์การหกล้ม มีความสัมพันธ์ทางลบ กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน
4. ภาวะโรคร่วม มีความสัมพันธ์ทางลบ กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน
5. การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวก กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน
6. ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบ กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน
7. การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว มีความสัมพันธ์ทางบวก กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน

8. จำนวนอุปกรณ์การแพทย์ มีความสัมพันธ์ทางลบ กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน
9. จำนวนยาที่ใช้ มีความสัมพันธ์ทางลบ กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน
10. ความสามารถในการทำกิจกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวก กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน
11. ความสามารถในการมองเห็น มีความสัมพันธ์ทางบวก กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน
12. ภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า มีความสัมพันธ์ทางลบ กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตร โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์กรอบแนวคิดทฤษฎีตามบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ (International classification of functioning, disability and health [ICF]) ของ World Health Organization [WHO, 2001] ซึ่ง Pohl et al. (2015) ได้นำแนวคิด ICF มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับ การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ เพื่ออธิบายสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยองค์ประกอบแต่ละส่วนสามารถอธิบายได้ทั้งเชิงบวก และเชิงลบ องค์ประกอบของ ICF ตามการประยุกต์ของ Pohl et al. (2015) มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม กิจกรรม/การมีส่วนร่วม และการทำงานหรือโครงสร้างของร่างกาย ซึ่ง Pohl et al. (2015) ได้รวมองค์ประกอบของกิจกรรมและการมีส่วนร่วมเข้าด้วยกัน เนื่องจากทั้งสององค์ประกอบมีความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน และในการประเมินบางส่วนมีความเชื่อมโยงกัน มาเป็นกรอบแนวคิดสำหรับรวบรวมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้ม

ปัจจัยด้านบุคคล เมื่ออายุมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงตามวัยเกี่ยวกับโครงสร้างของร่างกาย (Body structure) และการทำงานของร่างกาย (Body function) ด้านสรีรวิทยามีการเปลี่ยนแปลงไป ทำให้หน้าที่การทำงานของร่างกายลดลงหรือเกิดความพร่อง (Impairment) โดยเฉพาะผู้สูงอายุเพศหญิงจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระที่มีผลต่อการทรงตัวมากกว่าเพศชาย ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถในการทรงตัวของตนเองไม่ดี จะส่งผลให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำร่วมกับลักษณะเฉพาะเมื่อมีการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ คือ กำลังสำรองลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมอื่น ๆ ลดลง ผู้สูงอายุที่เคยมี

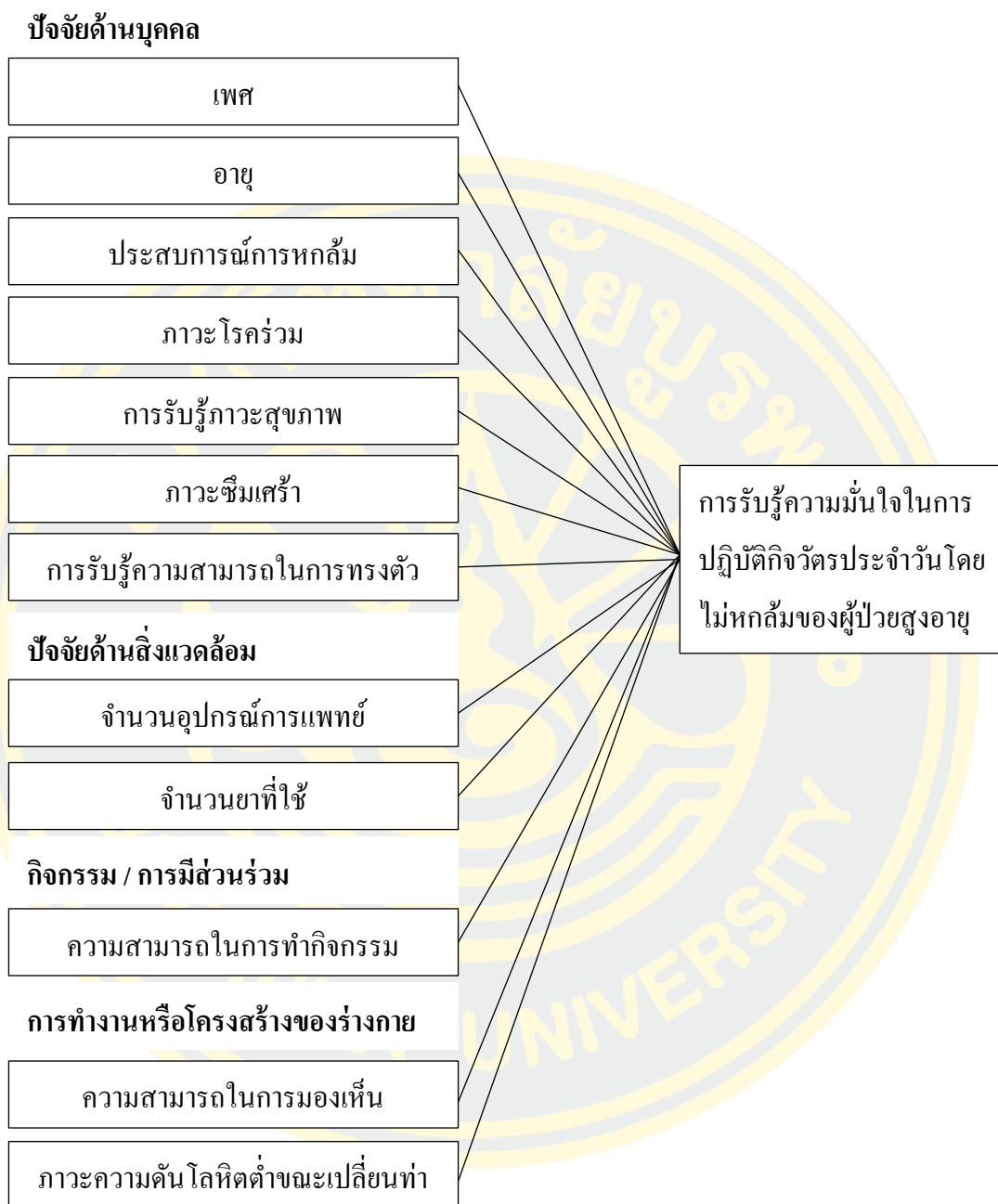
ประสบการณ์การหกล้ม จะมีผลกระทบต่อจิตใจทำให้เกิดการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในระดับต่ำ ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังหรือการมีพยาธิสภาพในหลายระบบ ทำให้ทำให้สภาวะทางร่างกายมีความผิดปกติ ส่งผลให้ขาดความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนไม่ดี ส่งผลให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ รวมถึงภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นอารมณ์ทางด้านลบที่จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมซ้ำลง

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมักต้องมีการใช้อุปกรณ์การแพทย์หลายชนิด ซึ่งส่งผลต่อการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ ทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม (Activity limitations) นอกจากนี้ยังมีการใช้ยาาร่วมกันหลายชนิดจากการเจ็บป่วย และโรคเรื้อรังเดิม โดยการเปลี่ยนแปลงตามวัยในกระบวนการเภสัชจลศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ของผู้สูงอายุทำให้การออกฤทธิ์ของยาเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลต่อการทรงตัวได้ ผู้สูงอายุจึงมีการรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง

ปัจจัยด้านกิจกรรม/การมีส่วนร่วม ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร่างกายจะเสียมวลจากภาวะเจ็บป่วยและการรักษา ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรม อาจเกิดอุปสรรคในการมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม (Participation restrictions) ความยากลำบากในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุหรือความด้อยสมรรถภาพ (Disability) ส่งผลให้บทบาทในสังคม และการมีส่วนร่วม (Participation) ลดลง

ปัจจัยด้านการทำงานหรือโครงสร้างของร่างกาย ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการมองเห็นบกพร่อง จะส่งผลให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองลดต่ำ นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าจากการถูกจำกัดกิจกรรม จะมีผลกระทบต่อทรงตัวทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในระดับต่ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า ปัจจัยคัดสรรแต่ละปัจจัยมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ คือ การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งสามารถอธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปร ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ (Correlation descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 97 คน ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย โดยทำการศึกษาในระหว่าง เดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2565

ตัวแปรศึกษาประกอบด้วย เพศ อายุ ประสบการณ์การหกล้ม ภาวะโรคร่วม การรับรู้ ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว จำนวนอุปกรณ์การแพทย์ จำนวนยาที่ใช้ ความสามารถในการทำกิจกรรม ความสามารถในการมองเห็น ภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า และ การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยสูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีเชื้อชาติไทย มีอาการเจ็บป่วยและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ให้เข้ารับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในด้วยอาการนั้น ๆ โดยมีระยะเวลาในการนอน โรงพยาบาลตั้งแต่ 24 ชั่วโมงขึ้นไป

การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ หมายถึง ความคิดเห็น ความเข้าใจ และการแสดงออกถึงความเชื่อมั่นของผู้ป่วยสูงอายุถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้โดยไม่เกิดการหกล้ม ประเมินได้จาก แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ที่ผู้วิจัย ดัดแปลงมาจาก แบบสัมภาษณ์ความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ (Fear of falling scale) ของ นัยนา พิพัฒน์วิจิตร และคณะ (2555)

เพศ หมายถึง สภาวะทางชีววิทยาของผู้ป่วยสูงอายุที่ถูกกำหนดขึ้นโดยธรรมชาติซึ่งเปลี่ยนแปลงไม่ได้ แบ่งออกเป็น 2 เพศ คือ เพศหญิงและเพศชาย

อายุ หมายถึง ตัวเลขที่แสดงจำนวนปีเต็ม นับจากปี พ.ศ. เกิดของผู้ป่วยสูงอายุ ถึงปี พ.ศ. ที่เก็บข้อมูล

ประสบการณ์การหกล้ม หมายถึง จำนวนนับเป็นครั้งของการหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาของผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งการหกล้ม หมายถึง การที่บุคคลสูญเสียการทรงตัวทำให้ทรุดตัวลงกับพื้นหรือระดับที่ต่ำกว่าเดิมโดยไม่ได้ตั้งใจ และไม่ได้เกิดจากแรงกระทำภายนอก ทั้งที่มีการบาดเจ็บ และไม่มีการบาดเจ็บ ไม่นับรวมถึงการหกล้มอันเนื่องมาจากภาวะเจ็บป่วย เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์ส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ภาวะโรคร่วม หมายถึง คะแนนความรุนแรงของโรคเรื้อรังที่เป็นร่วม นอกเหนือจากโรคปัจจุบันของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ มีผลต่อการทำงานของร่างกายและการ

เจ็บป่วย ประเมินได้จากแบบประเมิน โรคร่วม (Charlson Comorbidity Index [CCI]) ซึ่งพัฒนาโดย Charlson, Pompei, AlesMacKenzie (1987) และแปลเป็นภาษาไทยโดย Utriyaprasit (2001)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความคิดเห็นและความเข้าใจของผู้สูงอายุเกี่ยวกับสุขภาพ หรือภาวะเจ็บป่วยของตนเองในขณะที่อยู่โรงพยาบาล ประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ ที่พัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดย วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538) โดยพัฒนาข้อคำถามมาจาก Ferraro (1980), Melanson and Downe-Wamboldt (1987), Mossey and Shapiro (1982)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่แสดงออกถึงความเบี่ยงเบนด้านอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก ร่างกายและพฤติกรรม แสดงออกโดยมีความโศกเศร้า เสียใจ หดหู่ รู้สึกไร้ค่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ทำให้รู้สึกไม่มีความสุข เบื่อ หมดหวังกับสิ่งที่เผชิญอยู่ มองชีวิตตนเองไร้คุณค่า ประเมินได้จาก แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ 15 ข้อ (Thai Geriatric Depression scale-15 [TGDS-15]) ของ Wongpakaran et al. (2012) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและพัฒนามาจากแบบวัดภาวะซึมเศร้า (Geriatric Depression Screening-15 [GDS]) 15 ข้อ ของ Sheikh and Yesavage (1986)

การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว หมายถึง ความคิดเห็นและความเข้าใจของผู้ป่วยสูงอายุเกี่ยวกับการรักษาสมดุลของร่างกายเอาไว้ในขณะที่อยู่กับที่ ให้อยู่บริเวณฐานรับน้ำหนักของร่างกาย ประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว (Perceived of balance abilities) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

จำนวนอุปกรณ์การแพทย์ หมายถึง จำนวนนับเป็นชนิดของเครื่องมือ หรือวัสดุทางการแพทย์ที่ต้องติดกับตัวผู้ป่วยสูงอายุในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์ส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

จำนวนยาที่ใช้ หมายถึง จำนวนนับเป็นชนิดของยาทุกชนิดทั้งหมดที่ผู้ป่วยสูงอายุได้รับในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์ส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นร่วมกับเวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง

ความสามารถในการทำกิจกรรม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานในชีวิตประจำวันด้วยตนเองของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประเมินได้จาก แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (Barthel Activities Daily Living Index [BAI]) ที่ปรับปรุงและพัฒนาโดย Jitapunkul et al. (1994)

ความสามารถในการมองเห็น หมายถึง ระดับการมองเห็นของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประเมินได้จากการทดสอบการมองเห็นด้วยแผ่นวัดสายตาระบบตัวเลขระยะใกล้ (Near Snellen chart)

ภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า หมายถึง ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยสูงอายุ เมื่อเปลี่ยนจากท่านอนเป็นท่านยืน โดยมีการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัว (Systolic Blood Pressure [SBP]) ลดลงอย่างน้อย 20 มิลลิเมตรปรอท และหรือความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายตัว (Diastolic Blood Pressure [DBP]) ลดลงอย่างน้อย 10 มิลลิเมตรปรอท ภายใน 3 นาที (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562; Freeman et al., 2011) ประเมินได้จาก จากการวัดความดันโลหิตของผู้ป่วยสูงอายุ



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ (Correlation descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีสาระสำคัญดังต่อไปนี้

1. สถานการณ์ความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล
2. การหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุ
 - 2.1 ความหมายของการหกล้ม
 - 2.2 อุบัติการณ์การหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุ
 - 2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
 - 2.4 ผลกระทบของการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
3. การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
 - 3.1 ความหมายของการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ
 - 3.2 อุบัติการณ์การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
 - 3.3 ผลกระทบของการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
 - 3.4 การประเมินการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
4. แนวคิดทฤษฎีตามบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ (International Classification of Functioning, disability and health [ICF])
5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
 - 5.1 เพศ
 - 5.2 อายุ

- 5.3 ประสบการณ์การหกล้ม
- 5.4 ภาวะโรคร่วม
- 5.5 การรับรู้ภาวะสุขภาพ
- 5.6 ภาวะซึมเศร้า
- 5.7 การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว
- 5.8 จำนวนอุปกรณ์การแพทย์
- 5.9 จำนวนยาที่ใช้
- 5.10 ความสามารถในการทำกิจกรรม
- 5.11 ความสามารถในการมองเห็น
- 5.12 ภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า

สถานการณ์ความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

วัยสูงอายุเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลงอันจะนำมาสู่ภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องหลายประการทั้งปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุลดลง นำมาสู่การพึ่งพิงบุคคลอื่นมากขึ้น (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2560) ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลมักจะมีโรคประจำตัวร่วมด้วย ทำให้จำนวนวันนอนโรงพยาบาลนานขึ้น มีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูงขึ้น รวมถึงเมื่อออกจากโรงพยาบาลแล้ว ผู้สูงอายุจะมีการฟื้นหายที่ช้าทำให้มีระยะเวลาในการพักฟื้นที่บ้านนานขึ้น อีกทั้งยังต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิด ตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงออกจากโรงพยาบาล (คุณากร เอี้ยวสุวรรณ และคณะ, 2560)

โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง เป็นโรงพยาบาลเอกชนระดับตติยภูมิขั้นต้น ขนาด 175 เตียง มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทุกสาขา จำนวนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลมีเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี สถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งนี้ ย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 ถึง พ.ศ. 2562 มีจำนวนผู้ป่วย เท่ากับ 21,342, 22,325 และ 23,711 ราย ตามลำดับ จำนวนวันนอนเฉลี่ย เท่ากับ 2.41 วัน ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งนี้ มักมีปัญหาด้านสุขภาพหลายอย่าง มีโรคประจำตัว มีความต้องการการดูแลเฉพาะทางรายโรคทั้งในภาวะฉุกเฉินและเรื้อรัง ข้อมูล 5 อันดับโรคผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนแห่งนี้ ของปี พ.ศ. 2562 ได้แก่ โรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนบน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะอาหารอักเสบ และโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ตามลำดับ ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน ห้องพักรักษาผู้ป่วยในมีลักษณะเป็นห้องเดี่ยว มีห้องน้ำภายในห้องพัก มีระบบกดเรียกเจ้าหน้าที่ภายใน

ห้องพัก เตียงผู้ป่วยเป็นเตียงไฟฟ้า ผู้ป่วยสูงอายุทุกรายที่ได้รับสารน้ำจะมีการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์เพิ่มขึ้น เนื่องจากโรงพยาบาลมีมาตรฐานเรื่องการใช้เครื่องให้สารน้ำกับผู้ป่วยทุกราย ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจะได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ให้เข้าพักในหอผู้ป่วยตามประเภท และความรุนแรงของการเจ็บป่วย โดยหอผู้ป่วยชั้น 5 ให้บริการรับผู้ป่วยอายุกรรม และหอผู้ป่วยชั้น 3 ให้บริการรับผู้ป่วยศัลยกรรม มีหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติ (Intermediate Care Unit) และหอผู้ป่วยวิกฤติ (Intensive Care Unit) รับผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลใกล้ชิด โรงพยาบาลเอกชนแห่งนี้ได้มีการออกแบบระบบป้องกันการหกล้มโดยการกำหนดนโยบายเพื่อความปลอดภัย เรื่องแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้รับบริการ และกำหนดให้มีการประเมินระดับความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้รับบริการทุกราย รวมถึงมีการนำอุปกรณ์การแพทย์ที่ช่วยป้องกันการหกล้มมาใช้ เช่น Bed alarm แต่จากการรายงานอุบัติการณ์การหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งนี้ในปี พ.ศ. 2560 ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 พบมีรายงานอุบัติการณ์การหกล้มจำนวน 9, 8, 9 และ 10 ครั้ง ตามลำดับ โดยมีระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์การหกล้มตั้งแต่ ระดับ 1 ไปจนถึงความรุนแรงสูงสุด ระดับ 5 โดยการหกล้มส่วนใหญ่เกิดขึ้นในห้องน้ำ และห้องผู้ป่วย

จากสภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ภาวะโรคร่วม และจำนวนอุปกรณ์การแพทย์ที่ผู้ป่วยสูงอายุได้รับในขณะที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในระดับต่ำ เกิดการจำกัดการเคลื่อนไหวตนเอง จนอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ รวมไปถึงถึงความคาดหวังของผู้ป่วยสูงอายุเกี่ยวกับคุณภาพการบริการในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน บุคลากรและทีมสุขภาพจึงควรส่งเสริมการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มให้กับผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการจำกัดการเคลื่อนไหวช่วยเฝ้าระวังให้ผู้ป่วยสูงอายุฟื้นหายได้ดียิ่งขึ้น และยังเป็นการเพิ่มคุณภาพการบริการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

การหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุ

การให้ความหมายของการหกล้มมีความสำคัญ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีผู้ให้ความหมายของการหกล้มไว้ ดังนี้

ความหมายของการหกล้ม

World Health Organization [WHO] (2007) การหกล้ม หมายถึง การตกลงบนพื้นหรือระดับต่ำกว่าโดยไม่ตั้งใจ ไม่รวมการเปลี่ยนตำแหน่งโดยเจตนาเพื่อมาพียงผนังหรือวัตถุอื่น

การหกล้ม หมายถึง เหตุการณ์ที่บุคคลทรุดตัวลงกับพื้นหรือระดับที่ต่ำกว่าเดิม โดยไม่ได้ตั้งใจ ทั้งที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บและไม่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บ แต่ไม่รวมถึงการหกล้มที่เกิดจากแรงกระทำภายนอก หรือการหกล้มที่เกิดจากการเจ็บป่วย เช่น การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หรือการเป็นลม (Piphatvanittha, 2006)

การหกล้ม หมายถึง การเคยเกิดเหตุการณ์ที่ไม่ได้ตั้งใจ หรือเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด โดยทำให้อวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายสัมผัสพื้นหรือสิ่งของที่อยู่ในระดับต่ำ ทั้งภายในและภายนอกบ้านในที่นี้ไม่รวมถึงการหกล้มที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีการแตก ตีบ หรือตัน การถูกชน การเป็นลม และการถูกทำร้ายร่างกาย (ชนภรณ์ พิพัฒน์วิมิชชา และคณะ, 2561)

การหกล้ม หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยไม่ได้ตั้งใจ ทำให้อวัยวะสูญเสียการทรงตัวจากการเปลี่ยนท่าทาง ส่งผลให้ส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกายตกลงไปอยู่ระดับต่ำกว่าหรือสัมผัสพื้นซึ่งไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุ เช่น การถูกชน หรือจากแรงกระทำภายนอก โดยไม่รวมการหกล้มอันเกิดจากการเป็นลม หรือการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (กรรณิกา ตรีคำ และคณะ, 2562)

สำหรับในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้นิยามศัพท์ของ การหกล้ม คือ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีทันใดโดยไม่ได้ตั้งใจเป็นผลให้เกิดการทรุดตัวลงกับพื้นหรือในระดับที่ต่ำกว่าเดิมเนื่องมาจากเสียการทรงตัวโดยไม่ได้ตั้งใจ โดยไม่มีแรงกระทำจากภายนอกหรือเกิดจากการไม่รู้สึกร่างกาย ไม่รวมถึงการหกล้มที่เกิดจากการถูกทำร้าย เป็นลม และ โรคหลอดเลือดสมอง

อุบัติการณ์การหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุ

ข้อมูลจาก WHO (2007) พบว่า อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากการหกล้มสำหรับผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในประเทศออสเตรเลีย แคนาดา และสหราชอาณาจักร อยู่ในช่วง 1.6 ถึง 3.0 ต่อประชากร 10,000 คน อัตราการบาดเจ็บจากการหกล้มในแผนกฉุกเฉินของกลุ่มอายุเดียวกันในประเทศออสเตรเลียตะวันตกและประเทศสหรัฐอเมริกา สูงกว่า 5.5-8.9 ต่อ 10,000 จำนวนประชากรทั้งหมด (WHO, 2007) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า อัตราการหกล้มในโรงพยาบาลมีความแตกต่างกันตามขนาดของโรงพยาบาลและประเภทผู้ป่วยในแต่ละแผนก มีการศึกษา พบว่า โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยหรือศูนย์แพทย์ศาสตร์มีอัตราการหกล้มและอัตราการบาดเจ็บจากการหกล้มสูงกว่าในโรงพยาบาลทั่วไป และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มก็มีความแตกต่างกัน เช่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยหรือศูนย์แพทย์ศาสตร์การหกล้มมักเกิดภายนอกห้องผู้ป่วย แต่ในโรงพยาบาลทั่วไปการหกล้มมักเกิดในห้องน้ำ (Krauss et al., 2007) โดยแผนกที่มีอัตราการหกล้มสูงสุด ได้แก่ แผนกผู้ป่วยสูงอายุ แผนกอายุรศาสตร์ และแผนกศัลยกรรม โดยอัตราการหกล้มในโรงพยาบาล เท่ากับ ร้อยละ 24.8, 8.8 และ 1.9 ตามลำดับ (Schwendimann et al., 2008)

ในประเทศไทย ข้อมูลจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2562 กล่าวว่าในรอบ 3 ปี นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559-2562 มีจำนวนผู้สูงอายุที่บาดเจ็บด้วยสาเหตุการพลัดตกหกล้มมาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งหมด 141,895 ราย หรือเพิ่มมากขึ้น คิดเป็นร้อยละ 29.5 จากปี พ.ศ. 2559 โดยกลุ่มที่เข้ารับบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินมากที่สุด คือ กลุ่มที่มีอายุ 60-64 ปี รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 65-69 ปี และ กลุ่มอายุ 70-74 ปี ตามลำดับ ส่วนใหญ่ เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง แต่เมื่ออายุมากขึ้น ตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป จะพบว่า เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2562 มีผู้สูงอายุที่บาดเจ็บด้วยสาเหตุพลัดตกหกล้มมาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งหมด 24,364 ราย เป็นเพศชาย 10,745 ราย และเพศหญิง 10,981 ราย (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2562) นอกจากนี้ยังมีรายงานข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ส่งเบิกจ่ายจากระบบประกันสุขภาพ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2553 พบว่า ผู้สูงอายุนอนพักในโรงพยาบาลด้วยภาวะหกล้ม 311,132 ครั้ง คิดเป็นอัตราการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล เท่ากับ 423.4 ครั้ง และอัตราการเสียชีวิต เท่ากับ 11:1 คน ต่อประชากร 100,000 คน โดยพบอัตราดังกล่าวสูงขึ้น เมื่ออายุมากขึ้น สาเหตุหลักของภาวะหกล้ม ได้แก่ การลื่นหรือสะดุดล้ม ผู้สูงอายุที่หกล้มและมีกระดูกหักมีอัตราการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล เท่ากับ 36.4 ครั้ง ในเพศหญิง และ 29.9 ครั้ง ในเพศชาย ต่อประชากร 100,000 คน ระยะเวลาเฉลี่ยในการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลในผู้ที่มีกระดูกหัก เท่ากับ 81 วัน ส่วนผู้ที่ไม่มีการกระดูกร่วมด้วย เท่ากับ 64 วัน ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยในกลุ่มที่มีกระดูกหักและไม่มีกระดูกหัก เท่ากับ 25,728.00 บาท และ 19,419.30 บาท ตามลำดับ (Limpawattana et al., 2012)

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าอุบัติการณ์การหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุมีเพิ่มสูงขึ้น ตามอายุที่มากขึ้น โดยอุบัติการณ์การหกล้มจะมีความแตกต่างกันตามบริบทของโรงพยาบาล ขนาดของโรงพยาบาล และความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละแผนก

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุหลายปัจจัย สามารถจำแนกได้ ดังนี้

1. ปัจจัยภายในบุคคล

ปัจจัยภายใน หมายถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้สูงอายุโดยตรงเป็นตัวกำหนดที่สำคัญต่อกระบวนการสูงอายุ การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางที่เสื่อมลงทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ สามารถจำแนกได้ ดังนี้

1.1 เพศ ความแตกต่างเรื่องเพศ เนื่องมาจากสังคมมีการกำหนดบทบาทเพศภาวะของเพศชาย และเพศหญิงแตกต่างกัน โดยบทบาทเพศภาวะแบบดั้งเดิมของสังคมไทย จะเชื่อว่า

ผู้ชายมีพลังมากกว่าเพศหญิง ผู้ชายจึงมักจะไม่ได้แสดงออกถึงความอ่อนแอ ในขณะที่เพศหญิงสามารถแสดงออกได้ตามความเป็นจริง แต่ในปัจจุบันบทบาทเพศภาวะเปลี่ยนแปลงไปเป็นบทบาทเพศภาวะแบบเสมอภาคที่ให้การยอมรับว่าหญิงชายนั้น มีความเท่าเทียมกัน และบทบาทของหญิงชายนั้นไม่มีความแตกต่างกัน ทำให้ทั้ง 2 เพศสามารถแสดงออกได้มากขึ้น (พีรดา ภูมิสวัสดิ์, 2563) ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงตามวัย โดยเฉพาะในเพศหญิงที่มีการสลายของกระดูกมากกว่าการสร้าง ทำให้กระดูกบางลง มวลกระดูกลดลง เกิดภาวะกระดูกพรุนได้ง่ายจากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน นอกจากนี้ยังพบว่ากล้ามเนื้อจะฝ่อลีบ เซลล์กล้ามเนื้อลดลง ทำให้มีกำลังและความแข็งแรงลดลง (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2560) การเปลี่ยนแปลงการเคลื่อนไหวของสะโพกในการรับน้ำหนักของหัวเข่าขณะเดิน พบว่า ในเพศหญิงและเพศชายจะมีความแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุเพศหญิงจะมีท่าเดินที่มีฐานแคบ ส่วนผู้สูงอายุเพศชายจะมีท่าเดินที่มีฐานกว้างและระยะก้าวสั้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้เพศชายมีการทรงตัวที่ดีกว่า (เยาวลักษณ์ คุ้มขวัญและคณะ, 2561) จากการศึกษา พบว่า การหกล้มของผู้สูงอายุตอนต้นส่วนใหญ่ เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง แต่เมื่ออายุมากขึ้นตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป พบว่า เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2562) ส่วนการศึกษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย พบว่า อัตราการหกล้มของเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Krauss et al., 2007)

1.2 อายุ เมื่ออายุมากขึ้นจะส่งผลต่อความเสื่อมตามวัยที่เพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ ระบบกล้ามเนื้อ เมื่ออายุมากขึ้นจำนวนและขนาดเส้นใยของกล้ามเนื้อลดลง กำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง ทำให้การเคลื่อนไหวในลักษณะต่าง ๆ ไม่คล่องตัว (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ระบบประสาท เซลล์ประสาทจะลดลง สารสื่อประสาทลดลง ส่งผลให้ความจำและการรับรู้ลดลง ระบบหัวใจและหลอดเลือดพบมีผนังหลอดเลือดหนาและแข็ง ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ปริมาณเลือดไหลเวียนน้อยลง เกิดอาการเวียนศีรษะได้ง่าย (Dong Seung, 2013) การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นได้ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การเปลี่ยนแปลงตามวัยในระบบต่าง ๆ ตามอายุที่เพิ่มมากขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุหกล้มได้ง่าย มีผลการศึกษา พบว่า บุคคลที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการหกล้มได้มาก (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2560) และอัตราการหกล้มจะเพิ่มสูงขึ้นเมื่ออายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป (Healey Darowski, 2012)

1.3 ประสิทธิภาพการหกล้ม เป็นปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุที่เคยหกล้มจะมีการรับรู้ความมั่นใจในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับต่ำ ส่งผลต่อร่างกายและจิตใจผู้สูงอายุ เพราะทำให้ผู้สูงอายุไม่มั่นใจที่จะเคลื่อนไหวทำให้เกิดการจำกัดกิจกรรมนำไปสู่ภาวะถดถอยมากขึ้น ซึ่งทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการ

หกล้มมากขึ้น (จิตติมา บุญเกิด, 2561) ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีประวัติการเกิดการหกล้มมากกว่า 1 ครั้งถึง ร้อยละ 16-25 ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนที่สูง (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2560) ผลการศึกษาในประเทศอิหร่าน พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุ ร้อยละ 33.8 หรือ 1 ใน 3 เคยมีประวัติหกล้มภายใน 6 เดือน ก่อนเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (Dadgari et al., 2020) นอกจากนี้ยังพบว่า ประสิทธิภาพการหกล้มเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มมากที่สุดถึง ร้อยละ 55 (จิตติมา บุญเกิด, 2561)

1.4 การเปลี่ยนแปลงตามวัย ในวัยผู้สูงอายุจะพบการเปลี่ยนแปลงได้ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม กระบวนการชราภาพจะเกิดกับระบบต่าง ๆ ของร่างกายด้วยความรวดเร็วแตกต่างกัน (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2560) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกิดจากกระบวนการชราภาพของระบบต่าง ๆ ในผู้สูงอายุ มีดังนี้

1.4.1 การเปลี่ยนแปลงของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ

มีการสลายของกระดูกมากกว่าการสร้าง ทำให้กระดูกบางลง มวลกระดูกลดลง ในเพศหญิงเกิดภาวะกระดูกพรุนได้ง่ายจากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน นอกจากนี้ยังพบว่า กล้ามเนื้อจะฝ่อลีบ เซลล์กล้ามเนื้อลดลง ทำให้มีกำลังและความแข็งแรงลดลง (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2560) การเปลี่ยนแปลงนี้เกี่ยวข้องกับการทรงตัวและการเดิน โดยทั่วไปผู้สูงอายุจะเริ่มมีการเดินและการทรงตัวที่เปลี่ยนไปจากเดิม วงจรการก้าวเดินในคนทั่วไป มีจังหวะที่เท้าก้าวและเท้าอยู่กับที่ จังหวะที่เท้าทั้ง 2 ข้างอยู่กับที่นั้นเป็นเวลาสั้น ๆ ที่เรียกว่า Double support แต่ในผู้สูงอายุนั้น จังหวะนี้ยาวนานกว่าปกติ รวมไปถึงการก้าวเท้าที่สั้นลง ทำให้ผู้สูงอายุมิการทรงตัวไม่ดี เสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่ายเมื่ออายุมากขึ้น (จิตติมา บุญเกิด, 2561) ผลการศึกษาในประเทศไต้หวัน พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มีการทรงตัวไม่ดีมีโอกาสเกิดการบาดเจ็บจากการหกล้มเพิ่มขึ้นถึง 2 เท่า (Li et al., 2016)

1.4.2 การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท

ขนาดสมองจะเริ่มลดลง เมื่อคนมีอายุ 70 ปีขึ้นไป เนื่องจากการสูญเสียเซลล์ประสาทบางอย่าง และอาจมีการสะสมของสารบางชนิดในเซลล์ประสาท เช่น โลโปฟัสซิน ทำให้มีการลดลงของสารสื่อประสาท เกิดภาวะพร่องด้านการรับรู้และสติปัญญา ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญของการเกิดภาวะหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ภาวะพร่องประกอบด้วยภาวะสับสน ภาวะความจำและความเข้าใจลดลง เป็นปัจจัยที่ทำให้ภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มเพิ่มมากขึ้น (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2560) มีการศึกษาในโรงพยาบาลขนาด 1,300 เตียง แถบซานเมืองประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่หกล้มในโรงพยาบาล ร้อยละ 44 มีภาวะสับสน (Hitcho et al., 2004)

1.4.3 การเปลี่ยนแปลงของระบบการมองเห็น

การเปลี่ยนแปลงของดวงตาและหนังตา เกิดลักษณะหนังตาดก ขอบหนังต้าม้วนเข้าด้านใน กล้ามเนื้อรอบดวงตาเสียความยืดหยุ่น มีวงสีขาวรอบตาดำ (Arcus senilis) เลนส์ตาขุ่นเปลี่ยนเป็นสีเหลือง หนาและแข็งตัวขึ้น เนื่องจากการสร้างเส้นใยโปรตีนมาหุ้มเลนส์เพิ่มขึ้น มีผลต่อการปรับระดับสายตา โดยจะมองสิ่งที่อยู่ใกล้ไม่ชัด หรือภาวะสายตายาว (Miller, 2009) ทำให้ความสามารถในการปรับความคมชัดลดลง นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของรูม่านตาที่มีขนาดลดลง ทำให้ความสามารถในการมองในที่มืดลดลง เซลล์รับแสงลดลง โดยเฉพาะ Rod cell สารสีใน Cone cell ลดลง เป็นผลให้ความไวต่อแสงในจอตาลดลง มีความพร่องในการเห็นและการจำแนกสี การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุนี้ ส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุ และเกิดการหกล้มได้ง่าย (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2560) ร่วมกับโรคที่เกิดจากความเสื่อมสภาพของตาในผู้สูงอายุ เช่น โรคต้อกระจก โรคต้อหิน จอประสาทตาเสื่อม ทำให้การรับรู้ความสามารถในการมองเห็นของผู้ป่วยสูงอายุลดลง มีการศึกษาในโรงพยาบาลเอกชนขนาดกลาง พบว่า ความพร่องในการมองเห็นมีความสัมพันธ์กับการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Bittencourt et al., 2017)

1.4.4 การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินปัสสาวะ

ขนาดของไตจะมีขนาดลดลงเมื่ออายุมากขึ้น เนื่องจากผนังโกลเมอรูลัส (Glomerulus) หนาตัวและมีคอลลาเจนเพิ่มขึ้น เลือดที่ผ่านไตมีปริมาณลดลง อัตราการกรองของไต และความสามารถในการขับของเสียลดลง ในเพศหญิงมีการหย่อนตัวของผนังอุ้งเชิงกราน และผนังกระเพาะปัสสาวะส่วนล่าง กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะจะไวต่อการกระตุ้นและหดตัวเร็ว เกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2560) ปัญหาถ่ายเหลวและการได้รับยาขับปัสสาวะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุหกล้มได้ง่ายขึ้นเนื่องจากต้องเข้าห้องน้ำบ่อยมากขึ้น มีการศึกษาพบว่า การหกล้มในโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ร้อยละ 50 เกี่ยวข้องกับการขับถ่าย

1.4.5 การเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด

หลอดเลือดมีความยืดหยุ่นและแข็งขึ้น ภาวะหลอดเลือดแข็งทำให้ความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัวสูงขึ้น ร่วมกับกล้ามเนื้อหัวใจมีคอลลาเจนแทรกมากขึ้น มีไลโปฟัสซินสะสม ทำให้ผนังหัวใจหนา การบีบและคลายตัวของหัวใจลดลง ความแรงในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ส่งผลต่อปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง นอกจากนี้ยังพบว่า ลิ้นหัวใจมีการสะสมของแคลเซียมทำให้หนาและแข็งตัวขึ้น (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2560) ทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำ หรือภาวะหัวใจล้มเหลวได้ อันจะนำมาสู่อาการหน้ามืด เป็นลม เป็นผลให้ผู้สูงอายุหกล้มได้ง่าย

1.5 ภาวะโรคร่วม ปัญหาสุขภาพทางอายุรกรรม เช่น ความดันโลหิตต่ำ ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ อาการเวียนศีรษะบ้านหมุน (Vertigo) ทำให้การทรงตัวไม่ดี หรือโรคเบาหวานที่มีประวัติหรือความเสี่ยงต่อการมีน้ำตาลในเลือดต่ำ ความผิดปกติของหัวใจ เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะที่ทำให้ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง เลือดจึงถูกส่งไปเลี้ยงสมองลดลง นอกจากนี้ ความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลางที่มีผลต่อการทรงตัว เช่น โรคพาร์กินสัน ก็ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หรือความผิดปกติของการรับรู้ที่เกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน ส่งผลให้การรับรู้ลดลง ผู้สูงอายุจะมีความตระหนักรู้ต่อความเสี่ยงไม่สัมพันธ์กันกับการรับรู้และการสั่งการ (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2560) ปัญหาเหล่านี้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุ มีโอกาสเกิดการเป็นลมหน้ามืด และเกิดการสะดุดล้มได้ง่าย มีการศึกษาพบว่า โรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และอาการเวียนศีรษะ ทำให้มีความเสี่ยงต่อการหกล้มในโรงพยาบาลสูงขึ้น (Bittencourt et al., 2017)

1.6 สภาวะทางจิตใจและอารมณ์ การเจ็บป่วยเรื้อรังและสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมรวมถึงการมีความจำบกพร่อง ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น อาจส่งผลให้เกิดความคับข้องใจ ความวิตกกังวล และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าหรือแยกตัวออกจากสังคมได้ (Miller, 2009) การเปลี่ยนแปลงนี้ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมช้าลง ความสามารถในการทำกิจกรรมจะค่อย ๆ ลดลง เพิ่มความเสี่ยงในการหกล้มมากขึ้น

2. ปัจจัยภายนอกบุคคล

2.1 การได้รับยาบางชนิด ผู้ป่วยสูงอายุมักมีความจำเป็นต้องรับประทานยามากกว่าวัยอื่น ๆ เมื่อมีการรับประทานยาหลายชนิด ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนศาสตร์ และเภสัชพลศาสตร์ของผู้สูงอายุ ที่พบว่า ความเป็นกรดในกระเพาะอาหารลดลง พื้นที่ในการดูดซึมยาลดลง มวลทั้งหมดของร่างกายที่ไม่รวมไขมันลดลง และประสิทธิภาพการกรองของไตลดลง ทำให้กระบวนการดูดซึมยา การกระจายยา การเปลี่ยนแปลงรูปของยา และการกำจัดยาไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อความเสี่ยงต่อการเกิดปฏิกิริยาระหว่างชนิดของยา และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยามากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความเสี่ยงต่อการหกล้มมากขึ้น (จิตติมา บุญเกิด, 2561) มีการศึกษาพบว่า การใช้ยาหลายชนิดเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้สูงอายุ (Dadgari et al., 2020)

2.2 สภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล สภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุก่อประกอบด้วย ขนาดของโรงพยาบาลและที่ตั้ง มีการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า อัตราการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามขนาดและที่ตั้งของโรงพยาบาล (Krauss et al., 2007) ประเภทของหอผู้ป่วย มีรายงานความชุก

ของการหกล้มในหอผู้ป่วยแต่ละประเภทแตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่พบอัตราการหกล้มมากที่สุดในหอผู้ป่วยสูงอายุ หอผู้ป่วยอายุรกรรม และหอผู้ป่วยศัลยกรรม ตามลำดับ (Halfon et al., 2001; Schwendimann et al., 2008) ในส่วนของตำแหน่งที่มีการหกล้มในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เกิดการหกล้มภายในห้องผู้ป่วยหรือห้องน้ำ ระยะเวลาที่มีการรายงานว่าเกิดการหกล้มบ่อย คือ ช่วงกลางวัน โดยเฉพาะช่วงสาย และช่วงบ่าย สัมพันธ์กับเวลาที่ผู้ป่วยสูงอายุมีกิจกรรม โดยกิจกรรมที่มีรายงานการหกล้มสูงสุด ได้แก่ การเคลื่อนย้ายจากจุดหนึ่งไปอีกจุดหนึ่ง การเข้าห้องน้ำ และการนั่งบนเก้าอี้หรือรถเข็น (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2560; Halfon et al., 2001) นอกจากนี้ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ เช่น พื้นลื่น รองเท้าที่ไม่เหมาะสม เสื้อผ้าที่ยาวเกินไป ก็เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดการหกล้มในโรงพยาบาลได้

2.3 ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล มีรายงานการเกิดการหกล้มมักเกิดในช่วงสัปดาห์แรก หรือช่วงท้ายของการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล อาจเกิดจากความไม่คุ้นเคยสถานที่ หรือการลั้งเลที่จะขอความช่วยเหลือ (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2560)

จะเห็นได้ว่าการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ มีสาเหตุมากมายทั้งจากภาวะโรคร่วม การเปลี่ยนแปลงตามวัย และความคิดปกติในร่างกาย จำนวนยาที่ใช้ รวมไปถึงสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ นอกจากนี้ การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในระดับต่ำ ก็เป็นปัจจัยหนึ่งของการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งสาเหตุของการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในระดับต่ำ มาจากการที่ผู้สูงอายุเคยหกล้มหรือเคยพบเห็นการหกล้มจากบุคคลอื่น มีผลต่อสภาวะทางจิตใจทำให้ผู้สูงอายุจำกัดการเคลื่อนไหวของตนเอง เกิดเป็นความไม่มั่นใจในการทำกิจกรรม ทำให้อาจต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ การประเมินการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุซึ่งมีความเฉพาะเนื่องจากเป็นสภาวะทางด้านจิตใจที่ต้องใช้ความละเอียดรอบคอบในการประเมิน เพื่อช่วยเพิ่มความชัดเจนเกี่ยวกับระดับความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุ

ผลกระทบของการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล

การหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุมีผลกระทบในหลายมิติ ทั้งผลกระทบทางด้านร่างกาย อาจทำให้เกิดการบาดเจ็บได้ตั้งแต่เล็กน้อย รุนแรง จนอาจถึงแก่เสียชีวิต การหกล้มในโรงพยาบาลเป็นตัวชี้วัดคุณภาพในการดูแลรักษา และเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยเฉพาะในโรงพยาบาลเอกชนที่มีความต้องการสร้างความไว้วางใจให้กับผู้รับบริการ ผู้ป่วยสูงอายุเป็นผู้ป่วยที่มีความเปราะบางกว่าวัยอื่น ๆ การหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุจึงทำให้เกิดผลกระทบได้มาก ต้อง

ใช้เวลาในการรักษาฟื้นฟูนาน นอกจากนี้ยังส่งผลต่อด้านสังคม และเศรษฐกิจ เมื่อผู้สูงอายุ จำเป็นต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด การหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุยังส่งผลถึงความลำบากเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย ที่เพิ่มขึ้น ซึ่งนอกจากจะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อคนในครอบครัว ที่ต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการดูแลรักษา จึงสามารถสรุปผลกระทบของการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุได้ ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย

การหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุก่อให้เกิดการบาดเจ็บซึ่งอาจจะเป็นแบบไม่รุนแรง หรือการบาดเจ็บภายนอก เช่น เนื้อเยื่อฟกช้ำหรือมีบาดแผล หรืออาจเกิดการบาดเจ็บรุนแรง เช่น เลือดออกในสมอง กระดูกหัก ซึ่งพบได้ร้อยละ 10 ของการหกล้ม (จิตติมา บุญเกิด, 2561) นอกจากนี้ยังพบการบาดเจ็บข้อเคลื่อน กระดูกหัก อวัยวะที่เกิดกระดูกหักที่พบบ่อยได้แก่ กระดูกข้อมือและกระดูกสะโพก ผลกระทบของภาวะกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุมีความรุนแรงมาก ทำให้อัตราการเกิด ความพิการและอัตราการตายสูง ผู้สูงอายุที่อายุ 85 ปีขึ้นไปร้อยละ 70 จะเสียชีวิตจากการหกล้ม ร้อยละ 20 ของผู้สูงอายุที่บาดเจ็บจากกระดูกข้อสะโพกหักจะเสียชีวิตภายใน 6 เดือน (วลัยภรณ์ อารีรักษ์ และคณะ, 2554) การศึกษาข้อมูลในปี พ.ศ. 2553 พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยในการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุที่บาดเจ็บจากการหกล้มและมีกระดูกหักร่วมด้วย เท่ากับ 8.1 วัน และ ในรายที่ไม่มีกระดูกหักร่วมด้วย เท่ากับ 6.4 วัน (Limpawattana et al., 2012) ส่วนผู้สูงอายุที่มีชีวิตรอด และสามารถกลับมาใช้ชีวิตตามปกติได้นั้นต้องใช้เวลาในการรักษาและการฟื้นฟูสภาพนานและมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา เช่น แผลกดทับ ปอดบวม และข้อติดแข็ง เป็นต้น

2. ผลกระทบด้านจิตใจ

ผลกระทบทางจิตใจได้แก่ มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มในระดับต่ำ มีการศึกษาในประเทศเวียดนาม พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลังจากได้รับบาดเจ็บจากการหกล้ม มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มในระดับต่ำมาก ร้อยละ 88.2 (Nguyen et al., 2020) และเมื่อเกิดการหกล้มขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความเครียด ความวิตกกังวล ขาดความเชื่อมั่นหรือขาดความมั่นใจในตนเองเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวที่ปลอดภัย มีความกังวลว่าจะเกิดการหกล้มซ้ำ จึงเกิดการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มในระดับต่ำ (Piphatvanittha, 2006) ทำให้ต้องพึ่งพาคือคนอื่นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ นอกจากนี้ยังเกิดการจำกัดกิจกรรม ไม่อยากทำกิจกรรมใด ๆ หลีกเลี่ยงการเข้าสังคม ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีคุณภาพชีวิตลดลง และบางรายอาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้

3. ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ผู้ป่วยสูงอายุที่มีการหกล้มและเกิดการบาดเจ็บจนนำไปสู่ปัญหาการเดิน และการเคลื่อนไหว จำเป็นต้องมีผู้ดูแล เพื่อช่วยเหลือในการทำกิจวัตร หรือป้องกันไม่ให้เกิดการหกล้มซ้ำ มีผลกระทบต่อครอบครัว คือ ต้องมีการปรับบทบาทของสมาชิกในครอบครัวมาเป็นผู้ดูแล หรือต้องมีการจ้างผู้ดูแล ทำให้เกิดการสูญเสียรายได้ หรือเกิดการจ่ายเพิ่มขึ้นส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัว ให้มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น และยังนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะยาวในสถานพยาบาล ผู้สูงอายุ หรือในโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว ซึ่งจากรายงานการสำรวจ ผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวเพิ่มสูงขึ้นจาก ร้อยละ 3.6 ในปี พ.ศ. 2537 เป็น ร้อยละ 8.6 ในปี พ.ศ. 2554 (จิตติมา บุญเกิด, 2561)

ผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะส่งผลให้ผู้สูงอายุและครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาการบาดเจ็บจากการหกล้มในผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีสูงถึง 19 พันล้านเหรียญสหรัฐ สำหรับการบาดเจ็บที่ไม่รุนแรง และ 0.2 พันล้านเหรียญสหรัฐ สำหรับการบาดเจ็บที่รุนแรง (Boyé et al., 2013) ในประเทศไทยจากการศึกษาในผู้ป่วยที่ใช้สิทธิในการรักษา 3 กองทุน ปี พ.ศ. 2553 พบว่า มีค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องมาจากสาเหตุการหกล้มที่มีกระดูกหักร่วมด้วย เท่ากับ 25,728.00 บาทต่อราย และในผู้สูงอายุที่ไม่มีกระดูกหักร่วมด้วย เท่ากับ 19,419.30 บาทต่อราย (Limpawattana et al., 2012) ผู้สูงอายุบางรายที่หกล้มอาจจะต้องรักษาอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ ข้อกระดูกต่าง ๆ ติดแข็ง หรือเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ซึ่งทุกภาวะที่เกิดขึ้นย่อมเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีความเครียด กังวลใจในด้านเศรษฐกิจ

สรุปได้ว่า เมื่อผู้ป่วยสูงอายุหกล้มมักมีผลกระทบเกิดขึ้นตามมาเสมอ การหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุส่งผลกระทบต่อหลายด้าน ทางด้านร่างกายอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บ กระดูกหัก เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และอาจทำให้เสียชีวิตได้ ผลกระทบต่อจิตใจ คือ สูญเสียความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรม เกิดการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในระดับต่ำ ปฏิเสธการมีปฏิสัมพันธ์ กับผู้อื่นมีพฤติกรรมแยกตัว เป็นภาระของครอบครัวและผู้ดูแลด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา รวมทั้งสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการสาธารณสุขที่ต้องมาให้การดูแลรักษาพยาบาล เป็นการเพิ่มภาระให้กับครอบครัวและชุมชน การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในระดับต่ำของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ในประเทศไทยยังมีการศึกษาเรื่องการรับรู้ความมั่นใจในการ

ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่มากนัก โดยเฉพาะในโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งมีบริบทและการจัดการบริการที่แตกต่างกับภาครัฐบาล ผู้วิจัย จึงสนใจศึกษาเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูล ที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน ซึ่ง ข้อมูลที่ได้มาจากการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้เป็นแนวทางใน การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่เข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาลเอกชน มีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้ม ลดการเกิด ภาวะแทรกซ้อนจากการจำกัดการเคลื่อนไหว ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองอย่าง เหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้า รับการรักษาในโรงพยาบาล

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า มีการให้ ความหมายไว้ ดังนี้

ความหมายของการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของ ผู้ป่วยสูงอายุ

การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ หมายถึง ความคิดเห็นของผู้สูงอายุเกี่ยวกับระดับความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการทำกิจกรรม ประจำวัน โดยไม่เกิดการหกล้ม (Tinetti et al., 1990)

การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ หมายถึง ความคิดเห็นหรือความเข้าใจถึงระดับของความสามารถของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อย่างปลอดภัยโดยไม่หกล้ม (กมลพร วงศพนิตกุล และคณะ, 2555)

การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ หมายถึง ความคิดเห็นหรือเข้าใจระดับของความสามารถของผู้ป่วยสูงอายุในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน โดยไม่เกิดการการหกล้ม (นงลักษณ์ พรหมมาพงษ์ และคณะ, 2561)

การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ โรคเบาหวาน หมายถึง ความคิดเห็นหรือความเข้าใจถึงระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ประจำวันของผู้สูงอายุโดยไม่เกิดการหกล้ม (ธนภรณ์ พิพัฒน์วิเศษ และคณะ, 2561)

การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หมายถึง ความคิดเห็นหรือเข้าใจระดับความสามารถของผู้ป่วยสูงอายุในการทำกิจกรรมหรือหากต้องทำกิจกรรมต่าง ๆ อย่างปลอดภัยโดยไม่หกล้ม (กรรณิกา ตรีคำ และคณะ, 2562)

สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยให้คำจำกัดความของ การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หมายถึง ความคิดเห็นหรือความเข้าใจของผู้ป่วยสูงอายุถึงระดับความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้อย่างปลอดภัยโดยไม่หกล้มในระหว่างเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

อุปติการณการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในประเทศเวียดนามพบมีการศึกษาสำรวจการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลหลังได้รับบาดเจ็บจากการหกล้ม พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำมากถึง ร้อยละ 88.2 (Nguyen et al., 2020) ในประเทศอิหร่าน พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ร้อยละ 36.4 หรือประมาณ 1 ใน 3 มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในระดับต่ำ (Dadgari et al., 2020) ในประเทศไทยจากการทบทวนวรรณกรรม พบมีการศึกษาการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อย พบเพียงการศึกษาของ กรรณิกา ตรีคำ และคณะ (2562) ที่พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิ มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 70.80 และการศึกษาของ นงลักษณ์ พรหมมาพงษ์ และคณะ (2561) ที่พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลชุมชนมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 82.90 การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในระดับต่ำ จะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุจำกัดการเคลื่อนไหวและการทำกิจวัตรประจำวันของตนเอง

ผลกระทบของการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) เชื่อว่า

ความคาดหวังความสามารถของตนเอง (Efficacy expectation) เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งความคาดหวังนี้ เรียกว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเอง คือ การตัดสินใจหรือความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ การรับรู้ความสามารถของคนเรานั้น ไม่ตายตัวหากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่างกัน จะมีการแสดงพฤติกรรมออกมาต่างกันขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาวะนั้น ๆ

การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุในระดับต่ำ เป็นผลกระทบต่อความมั่นใจในการมีชีวิตอยู่อย่างปกติของผู้สูงอายุ นำไปสู่การจำกัดสมรรถนะของผู้สูงอายุเอง โดยการไม่เคลื่อนไหวเท่าที่ควรและไม่กล้าที่จะใช้ชีวิตอย่างเดิมตามปกติ เนื่องจากการรับรู้ความมั่นใจที่เกิดขึ้นนี้ มีผลกระทบต่อความรู้สึกและความมั่นใจในการเดินของผู้สูงอายุอย่างมาก ส่วนมากการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุในระดับต่ำ มักเกิดในผู้สูงอายุที่มีการหกล้ม และได้รับการบาดเจ็บที่ค่อนข้างรุนแรง โดยที่ไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที (จิตติมา บุญเกิด, 2561) แม้ว่าการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุในระดับต่ำ อาจมีผลในการป้องกัน จากการที่ผู้สูงอายุจะใช้ความระมัดระวังในการเคลื่อนไหวมากขึ้น แต่จากการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ความไม่มั่นใจในระดับที่มากเกินไปเกี่ยวกับการหกล้ม จะนำไปสู่ข้อจำกัดของการทำกิจกรรม และการเปลี่ยนแปลงลักษณะในการเดิน ซึ่งจะลดความมั่นคงในการเดิน และอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม (Miller, 2009)

จากการศึกษาการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุและจากการศึกษานำร่องของผู้วิจัย (Pilot study) ในโรงพยาบาลเอกชนระดับตติยภูมิขั้นต้นแห่งหนึ่ง พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาดูแลในโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่บอกรู้สึกว่าการที่ผู้ป่วยสูงอายุเคยมีประวัติหกล้มมาก่อน หรือพบเห็นผู้อื่นหกล้ม ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ระหว่างที่เข้ารับการรักษาดูแลในโรงพยาบาล และนำไปสู่การจำกัดการมีกิจกรรมของผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยสูงอายุ และครอบครัวในด้านต่าง ๆ ซึ่งพอสรุปได้ ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย

ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาดูแลในโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะได้รับการดูแลแบบเฝ้าระวัง ผู้ป่วยสูงอายุอาจถูกจำกัดให้อยู่ในสถานที่ที่เคลื่อนไหวได้น้อย รวมถึงการมีอุปกรณ์การแพทย์ติดตัว การจำกัดการเคลื่อนไหวนี้ ยิ่งทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีการรับรู้ความสามารถในการทำกิจกรรมของตนเองลดต่ำลง หากขาดการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อจะลดลงไปเรื่อย ๆ จนไม่ทำงานในที่สุด (จิตติมา บุญเกิด, 2561) การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้ในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับระบบการทำงานของร่างกาย ตั้งแต่รับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Boltz et al., 2014) การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในระดับต่ำ ส่งผลต่อความมั่นใจในการทรงตัว ทำให้เกิดการจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อหลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหว ซึ่งผลที่ตามมาคือ กล้ามเนื้อสูญเสียความแข็งแรง ขนาดของกล้ามเนื้อเล็กลง เกิดความไม่มั่นคงเวลายืนหรือทำกิจกรรมจึงนำไปสู่การหกล้มในที่สุด (Hadjistavropoulos et al., 2011) การไม่เคลื่อนไหวร่างกาย (Immobility) เป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วยสูงอายุ การที่ผู้ป่วยสูงอายุจำกัดการเคลื่อนไหวจนมีสมรรถภาพถดถอย (Deconditioning patient) นั้นอาจก่อให้เกิดผลเสียต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เกิดแทรกซ้อน และอาจนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพได้ ซึ่งผลกระทบจากการจำกัดการเคลื่อนไหวต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกาย สามารถอธิบายได้ ดังนี้

1.1 ผลกระทบต่อระบบกล้ามเนื้อ

ในระบบกล้ามเนื้อ การไม่ได้ใช้กล้ามเนื้อมัดนั้น ๆ เป็นเวลานานจะทำให้เกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรง และฝ่อลีบ (Atrophy) ในผู้ป่วยที่นอนป่วยอยู่นาน ๆ กำลังกล้ามเนื้อจะลดลงประมาณร้อยละ 1-1.5 ต่อวัน และ ร้อยละ 10-15 ต่อสัปดาห์ ดังนั้นจะลดลงถึง ร้อยละ 50 ใน 2-3 สัปดาห์ นอกจากนี้ขนาดของมัดกล้ามเนื้อจะลดลงครึ่งหนึ่งใน 2 เดือน มีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยที่ใส่ฝืดอกของแขนเป็นเวลา 2 สัปดาห์ หลังจากถอดฝืดอกออกมีการลดลงของกำลังกล้ามเนื้อประมาณ ร้อยละ 1.3-5.5 ต่อวัน เฉลี่ยโดยรวมจะมีการสูญเสียกำลังกล้ามเนื้อ ประมาณร้อยละ 10-20 ต่อสัปดาห์ (Mariñansky Jauregui, 2020)

1.2 ผลกระทบต่อระบบกระดูกและข้อต่อ

ในสภาวะการขาดการเคลื่อนไหว ระบบกระดูกและข้อต่อจะสูญเสียขบวนการดูดซึม (Imbibition) ซึ่งเป็นสาเหตุให้ข้อต่อขาดสารอาหาร ทำให้เกิดการขาดสภาพของกระดูกอ่อน (Cartilage) ในบริเวณที่สัมผัสกัน จะเกิดการกดทับและเกิดแผลขึ้นส่วนในบริเวณที่ไม่สัมผัสกัน พื้นผิวของบริเวณนั้นเกิดผิวขรุขระขึ้น และในที่สุดจะเกิดภาวะข้อติดตามมา นอกจากนี้ภาวะขาดการเคลื่อนไหวยังทำให้มีการสลายของกระดูกเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดกระดูกบาง และภาวะแคลเซียมในเลือดสูง (Mariñansky & Jauregui, 2020)

1.3 ผลกระทบต่อระบบไหลเวียนโลหิต

ปัญหาเรื่องระบบไหลเวียนโลหิตนี้เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยจัดเป็นภาวะแทรกซ้อนของการมีภาวะขาดการเคลื่อนไหวนาน ๆ ซึ่งอาการหลัก ๆ ที่พบได้ คือ เสียสมดุลน้ำในร่างกาย (Redistribution of body fluids) ความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า (Postural hypotension) และภาวะลิ่มเลือดอุดตัน (Thromboembolic phenomena) (Mariñansky & Jauregui, 2020)

1.3.1 สมดุลน้ำในร่างกาย สาเหตุการเกิดภาวะดังกล่าวเนื่องมาจากในสภาวะปกติที่เราเดินหรือยืนนั้นจะมีเลือดไปเลี้ยงบริเวณลำตัวถึงขาประมาณ 500-700 มิลลิลิตร ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยอยู่ในท่าเฉย ๆ จึงทำให้มีเลือดไปรวมอยู่ที่ปอดและหัวใจเพิ่มขึ้น และผลจากการเพิ่ม Central blood volume นี้จะมีผลกระตุ้น Baroreceptor ส่งผลต่อการหลั่ง Anti-Diuretic Hormone (ADH) ทำให้เสมือนร่างกายมีน้ำมาก จึงมีการยับยั้งการหลั่ง ADH ส่งผลให้มีการขับน้ำออกจากร่างกายเพิ่มขึ้น โดยพบว่าการที่มีการขาดการเคลื่อนไหวเพียงไม่กี่วันสามารถส่งผลให้เกิดการสูญเสีย Plasma volume ได้ถึงร้อยละ 15-20 ผลของ Redistribution ต่อการตอบสนองของหัวใจจะต่างกันตามระยะเวลา โดยที่จะเพิ่มชีพจร Stroke volume, Cardiac output ในระยะแรกแต่ในระยะหลังจากมีการกระตุ้น Baroreceptor ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงโดยลดทั้ง Heart rate, Stroke volume, Cardiac output ได้ถึง ร้อยละ 6-13 (Mariñansky & Jauregui, 2020)

1.3.2 ความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า สาเหตุการเกิดหลัก ๆ มาจากการเปลี่ยนแปลงท่าทางจากนอนมาเป็นนั่งหรือยืน เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงปริมาณเลือดไปที่ส่วนล่างของร่างกายส่งผลให้มีการลดลงของ Cardiac output และ Stroke volume ร่างกายจึงต้องมีการทดแทนโดยการเพิ่มการเต้นของหัวใจและมีการหดตัวของเส้นเลือด ซึ่งหากคนปกติเหล่านี้อาจเปลี่ยนแปลงได้เล็กน้อย แต่สำหรับในคนที่มีการขาดการเคลื่อนไหวเป็นเวลานานจะพบว่าการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างมาก (Mariñansky & Jauregui, 2020)

1.3.4 ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน ภาวะลิ่มเลือดอุดตันมีสาเหตุหลักเกิดจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง เนื่องจากมีไขมันไปสะสมอยู่บริเวณผนังของหลอดเลือดแดง (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2561) การเจ็บป่วยและต้องการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลทำให้ผู้สูงอายุมีการจำกัดการเคลื่อนไหว พบความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาของภาวะการขาดการเคลื่อนไหว กับการเกิดลิ่มเลือด และอาจนำไปสู่ภาวะการเกิดหลอดเลือดดำอุดตัน (Deep vein thrombosis) ได้ (Mariñansky & Jauregui, 2020)

1.4 ผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจ

การเคลื่อนไหวของกระบังลมและกล้ามเนื้อซี่โครงจะลดลงในท่านอน ทำให้การหายใจตื้น และขยายตัวของถุงลม (Alveolar respiration) ลดลง ซึ่งเป็นผลทำให้ในถุงลมมีก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เพิ่มขึ้น และทำให้อัตราการหายใจเพิ่มขึ้นตามมา การขับเสมหะจะยากขึ้นโดยเสมหะจะไปสะสมที่ Dependent part ของปอดมากกว่าส่วนบนของปอด และต่อมาจะแห้งทำให้ซีเลีย (Cilia) มีประสิทธิภาพในการขับเสมหะลดลง เป็นผลให้เสมหะสะสมอยู่ใน Bronchial tree ส่วนล่างมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยที่นอนบนเตียงนาน ๆ ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนบนได้ง่าย (Mariñansky & Jauregui, 2020)

1.5 ผลกระทบต่อระบบทางเดินปัสสาวะ

ผู้ป่วยที่มีภาวะขาดการเคลื่อนไหว พบว่าเลือดไปเลี้ยงที่ไตลดลงและการขับปัสสาวะเพิ่มขึ้นทำให้เพิ่มการขับโซเดียมและโพแทสเซียม พบการสูญเสียแคลเซียมและฟอสฟอรัสทางปัสสาวะด้วย ซึ่งจะคงอยู่เป็นเวลานานแม้ผู้ป่วยจะกลับมาเคลื่อนไหวได้แล้ว ภาวะ Hypercalciuria และ Phosphaturia ทำให้เกิดนิ่วในไตและในกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งนำไปสู่ภาวะปัสสาวะเป็นเลือดและติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะได้ง่าย (Mariñansky & Jauregui, 2020)

1.6 ผลกระทบต่อระบบทางเดินอาหาร

ความผิดปกติทางระบบทางเดินอาหารที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหว คือ การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงทำให้เกิดการดูดซึมสารอาหารช้าลง ความผิดปกติดังกล่าวอาจทำให้เกิดภาวะโปรตีนในเลือดต่ำ การที่การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้ ซึ่งเมื่อร่วมกับภาวะขาดน้ำและขาดการเคลื่อนไหวมักทำให้เกิดภาวะท้องผูก อาจจะทำให้เกิดภาวะอุจจาระอุดตัน (Mariñansky & Jauregui, 2020)

1.7 ผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลาง

ในผู้ป่วยที่มีภาวะขาดการเคลื่อนไหวและนอนบนเตียงอย่างเดียวนาน ๆ จะขาดสิ่งกระตุ้นทางร่างกาย จิตใจ และสังคมอันอาจนำไปสู่การทำงานผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) ได้ ผู้ที่มีภาวะแยกตัวทางสังคม (Social isolation) อย่างเดียวโดยยังมีความผิดปกติของสภาพร่างกายปกติอาจทำให้เกิดภาวะความกังวลและอารมณ์ที่ไม่ปกติ (Mariñansky & Jauregui, 2020)

2. ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์

สภาวะทางด้านจิตใจและอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง บุคคลที่มีสภาวะทางด้านบวก เช่น ความพึงพอใจ ความสุขใจ ความมีคุณค่าในตนเอง จะส่งผลให้บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นในทางตรงกันข้ามอารมณ์ทางด้านลบ เช่น ความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล จะมีผลให้การรับรู้ความสามารถตนเองลดลง หรือทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรม (Bandura, 1997)

การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในระดับต่ำ มีผลกระทบต่อความมั่นใจในการมีชีวิตอยู่อย่างปกติสุขของผู้ป่วยสูงอายุ โดยพบว่าผู้ป่วยสูงอายุเคลื่อนไหวน้อยลง กล้ามเนื้ออ่อนแอกว่า ผลดังกล่าวทำให้เกิดภาวะเครียด ขาดกำลังใจ รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง (จิตติมา บุญเกิด, 2561) พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะขาดการเคลื่อนไหวนาน ๆ จะมีอาการกระสับกระส่าย ไม่เป็นมิตร ไม่ให้ความร่วมมือ อารมณ์แปรปรวน อาจมีความวิตกกังวล หรือภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Payette et al. (2017) ที่ พบว่า

ผลกระทบของการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุในระดับต่ำ ส่งผลต่อสภาพจิตใจและอารมณ์ ทำให้ผู้สูงอายุวิตกกังวล ขาดความมั่นใจ นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้

3. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม

การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในระดับต่ำของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีระยะวันนอนโรงพยาบาลนานมากขึ้น (Gettens Fulbrook, 2015) เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น (Nguyen et al., 2020) นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยสูงอายุบางรายมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในระดับต่ำมาก จนไม่สามารถทำกิจกรรมด้วยตัวเองได้เลย ผู้ป่วยสูงอายุก็นจะเรียกร้องผู้ดูแลตลอดเวลา ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความกังวลตามไปด้วย และจำเป็นต้องมีสมาชิกในครอบครัวมาดูแลผู้ป่วยสูงอายุ หรือการจ้างผู้ดูแล (จิตติมา บุญเกิด, 2561) ทำให้เกิดการสูญเสียรายได้หรือเกิดค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยสูงอายุที่มีการรับรู้ความมั่นใจในการทำกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในระดับต่ำ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลงอีกด้วย

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่าการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในระดับต่ำของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีผลกระทบเป็นอย่างมาก ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม รวมไปถึงด้านเศรษฐกิจ อันเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น มีการฟื้นฟูจากโรคช้าลง และสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มมากขึ้น ซึ่งผลกระทบนี้ไม่เพียงแต่ส่งผลต่อตัวผู้ป่วยสูงอายุโดยตรงเท่านั้น ยังส่งผลต่อครอบครัวของผู้ป่วยสูงอายุอีกด้วย ดังนั้น ผู้ป่วยสูงอายุที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจึงควรได้รับการประเมินระดับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้ม เพื่อนำข้อมูลไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดูแลช่วยเหลือ เพื่อเพิ่มการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งจะช่วยลดและป้องกันผลกระทบจากการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในระดับต่ำ ดังที่กล่าวข้างต้น

การประเมินการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้ม มีความแตกต่างกันตามแนวคิด ซึ่งแนวคิดการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้ม และแนวคิดความกลัวการหกล้ม (Fear/Afraid of falling) มีความสัมพันธ์กัน แต่มีมิติที่แตกต่างกันในทางทฤษฎี (Hadjistavropoulos et al., 2011)

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นแนวคิดดั้งเดิมที่ Tinetti et al. (1990) นำมาใช้สำหรับการประเมินการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ สามารถประเมินได้หลายวิธี ดังนี้

1. แบบประเมินความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ (Fall-Efficacy Scale [FES])

เป็นแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของ Tinetti et al. (1990) ที่ประยุกต์มาจากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) โดยให้คำจำกัดความ บุคคลที่กลัวการหกล้ม คือ บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ และไม่เชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เสี่ยงต่อการเกิดการหกล้ม ซึ่งแบบประเมินประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับระดับความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การอาบน้ำ การหยิบของที่อยู่เหนือระดับศีรษะ การเดินรอบ ๆ บ้าน การเตรียมอาหาร การลุกจากเตียง การปิด-เปิดประตู การรับโทรศัพท์ การลุกจากเก้าอี้ เป็นต้น แต่ละข้อคำถามคำตอบจะแบ่งเป็นระดับ 1-10 โดย 1 หมายถึง มีความมั่นใจในการทำกิจกรรมมาก และ 10 หมายถึง มีความมั่นใจในการทำกิจกรรมน้อย ตามลำดับ โดยคะแนนอยู่ในช่วงตั้งแต่ 10-100 คะแนน การแปลผลคะแนน คือ ค่าคะแนนที่มาก หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับต่ำ หากประเมินแล้วพบว่าคะแนนรวมเท่ากับหรือมากกว่า 70 คะแนน หมายถึง บุคคลนั้นมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับต่ำ (Tinetti et al., 1990) โดย Tinetti et al. (1990) ได้นำแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้ม ไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ปกติและสามารถดูแลตนเองได้ พบว่า คุณภาพเครื่องมือนี้มีความเที่ยง (Reliability) จากการตรวจสอบด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ .90 และ ค่าความคงที่ (Stability) จากการตรวจสอบด้วยวิธีวัดซ้ำ (Test-retest method) พบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ .71 แบบสัมภาษณ์นี้ได้รับการยอมรับและนิยมนำมาใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนาปรับปรุงเครื่องมือวัดการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มในลำดับต่อมา (Moore & Ellis, 2008)

แบบประเมิน Fall-Efficacy Scale นี้มีข้อดี คือ ลักษณะข้อคำถามสั้น เข้าใจง่ายเหมาะสมกับการนำมาใช้กับผู้สูงอายุ ข้อคำถามเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลมีการปฏิบัติจริง วิธีการวัดเป็นการวัดการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรม โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ เครื่องมือมีคุณภาพสูงและมีการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย ส่วนข้อจำกัด คือ ข้อคำถามไม่ครอบคลุมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ กิจกรรมที่ประเมินเป็นกิจวัตรประจำวัน ที่ง่ายสำหรับผู้สูงอายุที่สามารถ

ช่วยเหลือตนเองได้คืออาจได้ผลการประเมินที่คลาดเคลื่อนได้ เกณฑ์การให้คะแนนอาจทำให้ผู้สูงอายุอายุเกิดความสับสนได้เนื่องจากค่าคะแนนไม่ตรงตามการรับรู้ คือ ค่าคะแนน 1 หมายถึง การรับรู้ความมั่นใจมากที่สุด แต่ค่าคะแนน 10 หมายถึง มีการรับรู้ความมั่นใจน้อยที่สุด และผลการประเมินเป็นคะแนนรวมทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบ หรือแบ่งระดับของการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุได้

2. แบบประเมิน Falls Efficacy Scale-international (FES-I)

เป็นแบบประเมินการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มที่สร้างและพัฒนาโดย สมาคมป้องกันการหกล้มแห่งยุโรป (Prevention of Falls Network Europe [ProFaNE], 2006) แบบประเมินนี้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับระดับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มที่เมื่อต้องปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ กิจกรรม ประกอบด้วย กิจกรรมทางกาย กิจกรรมทางสังคม ลักษณะเป็นช่วงคะแนน 1-4 โดย

- 1 หมายถึง การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มมากที่สุด
- 2 หมายถึง การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มมาก
- 3 หมายถึง การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มน้อย และ
- 4 หมายถึง การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มน้อยที่สุด

คะแนนรวมของแบบประเมินอยู่ระหว่าง 16-64 คะแนน การแปลผลการประเมิน หากระดับคะแนนน้อย หมายถึง การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มมาก หรือมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรม ส่วนระดับคะแนนมาก หมายถึง การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มน้อย หรือไม่มีความมั่นใจในการทำกิจกรรม เกณฑ์การแปลผลคะแนนระดับคะแนน ตั้งแต่ 16-19 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มมาก คะแนน ตั้งแต่ 20-27 คะแนนหมายถึง การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มปานกลาง คะแนน ตั้งแต่ 28-64 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มน้อย จากการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ .96 และพบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากการทดสอบซ้ำ เท่ากับ .96 (Yardley et al., 2005)

แบบประเมิน Falls Efficacy Scale-international นี้มีข้อดี คือ ข้อคำถามครอบคลุมกิจกรรมทางสังคม เกณฑ์การให้คะแนนง่าย แบบประเมินถูกแปลในหลายภาษาและมีความเที่ยงและความตรงเชิงโครงสร้างในระดับที่ดีและยอมรับได้ ส่วนข้อจำกัด คือ ข้อคำถามในบางข้อ ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอาจไม่ได้ปฏิบัติ ข้อคำถามมีหลายข้อทำให้ผู้สูงอายุต้องใช้เวลาในการตอบมากขึ้น

3. แบบประเมิน Thai Falls Efficacy Scale-international (Thai FES-I)

เป็นแบบประเมินที่ ลัดดา เกียมวงศ์ (2554) นำ แบบประเมิน Falls efficacy scale-international มาแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีแปลย้อนกลับ (Back translation) ใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุไทย หลังจากขั้นตอนการแปลเครื่องมือ แบบประเมินนี้ถูกนำไปทดสอบในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 433 คนในจังหวัดนครศรีธรรมราช ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ค่าความสอดคล้องภายในและความตรงเชิงโครงสร้างสูงสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 72.36 ค่าความเชื่อมั่นชนิดสอดคล้องภายในทั้งฉบับ เท่ากับ 0.95 ค่าเฉลี่ยของความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถาม เท่ากับ 0.67 (ลัดดา เกียมวงศ์, 2554)

4. แบบประเมิน The Modified Falls Efficacy Scale (MFES)

เป็นแบบประเมินที่ Hill et al. (1996) ได้พัฒนามาจากแบบประเมินการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของ Tinetti et al. (1990) ซึ่งมีแนวคิดมาจากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) โดยมีการดัดแปลงแบบสัมภาษณ์ให้ครอบคลุมกิจวัตรนอกบ้านของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 14 ข้อคำถาม ได้แก่ การใช้บริการขนส่งสาธารณะ การข้ามถนน การทำสวน เล็ก ๆ น้อย ๆ การใช้บันไดภายในบริเวณบ้าน ลักษณะคำถามจะถามถึงความมั่นใจในการทำแต่ละกิจกรรมโดยไม่หกล้ม โดยคำตอบเป็นส่วนระดับคะแนน แผนภาพแสดงระดับ (Visual analog) จำนวน 10 ระดับ ช่วงคะแนน 0-10 โดย 0 หมายถึง ไม่มี ความมั่นใจ 5 หมายถึง มีความมั่นใจปานกลาง และ 10 หมายถึง มีความมั่นใจมากที่สุด ตามลำดับ หากคะแนนมาก หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ โดยไม่หกล้มอยู่ในระดับสูง ส่วนคะแนนน้อย หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ โดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยรวมของแบบประเมินคือ 10 คะแนน โดย คะแนนเฉลี่ย 0.00-08.00 คะแนน หมายถึงผู้สูงอายุ มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 08.01 ขึ้นไป หมายถึง ผู้สูงอายุ มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มอยู่ในระดับสูง (Hill et al., 1996) ทดสอบคุณภาพเครื่องมือโดยนำไปใช้กับผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 179 คน คำนวณหาค่าความเที่ยงโดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ .95 และ ค่าความเชื่อมั่นภายใน (Correlation Coefficient or Intra-class Correlation Coefficient [ICC]) ได้เท่ากับ .93 (Hill et al., 1996)

แบบประเมิน The Modified Falls Efficacy Scale นี้มีข้อดี คือ ข้อคำถามครอบคลุมกิจกรรมที่ผู้สูงอายุมีโอกาสได้กระทำจริง โดยรวมไปถึงกิจกรรมนอกบ้าน เหมาะสำหรับการนำไปใช้กับผู้สูงอายุในชุมชน ส่วนข้อจำกัด คือ ผลการประเมินรายรวม เป็นคะแนนเฉลี่ยรวม ทำ

ให้ไม่สามารถเปรียบเทียบ หรือแบ่งระดับของการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุได้

5. แบบประเมินการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มฉบับภาษาไทย (The Thai Modified Falls Efficacy Scale [TMFES])

เป็นแบบประเมินที่ ธนภรณ์ พิพัฒน์วิศิชา และคณะ (2561) ได้นำแบบประเมิน The Modified Falls Efficacy Scale ของ Hill et al. (1996) มาดัดแปลงและแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีแปลย้อนกลับ (Back translation) ตามวิธีของ Sperber et al. (1994 cited in Sperber, 2004) ประกอบด้วย 14 ข้อคำถาม ลักษณะคำตอบ เป็นแผนภาพแสดงระดับ (Visual analog) จำนวน 10 ระดับ คิดคะแนนโดยการคำนวณหาค่าเฉลี่ย โดยนำคะแนนรวมทั้งหมดหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมดที่ตอบในแบบประเมินไปรวมในการคิดคะแนน แบบประเมินการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มฉบับภาษาไทย ได้ผ่านการนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเที่ยงโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ .92 (ธนภรณ์ พิพัฒน์วิศิชา และคณะ, 2561)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดัดแปลงแบบสัมภาษณ์ความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ (Fear of falling scale) ของ นัยนา พิพัฒน์วิศิชา และคณะ (2555) ที่แปลและพัฒนามาจากแบบประเมินการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้ม Fall-efficacy scale (FES) ของ Tinetti et al. (1990) ที่ประยุกต์มาจากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) เนื่องจาก เป็นแบบประเมินที่ใช้ประเมินการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ สอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะของการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามที่ผู้วิจัยกำหนด โดยผู้วิจัยได้ทำการขออนุญาตเจ้าของเครื่องมือดัดแปลงเล็กน้อย เพื่อให้เหมาะสมกับการประเมินผู้ป่วยสูงอายุใน โรงพยาบาล และลดข้อจำกัดของเครื่องมือ

แนวคิดทฤษฎีตามบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ

(International Classification of Functioning, disability and health [ICF])

กรอบแนวคิดการศึกษานี้เป็นแบบจำลองที่ใช้การนิยามความพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 การใช้บัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ (International Classification of Functioning, disability and health [ICF]) (WHO, 2001) นำมาใช้ในการเก็บข้อมูลด้านสุขภาพ ความพิการ ทำให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมความ

เจ็บป่วยและผลกระทบของความเจ็บป่วย เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้

ICF ใช้แสดงสถานะสุขภาพของแต่ละบุคคล ครอบคลุมขอบเขตสุขภาพ และขอบเขต ส่วนประกอบที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยพิจารณาจากร่างกายตัวบุคคลและสังคม ICF แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ในแต่ละส่วนจะมีส่วนประกอบ 2 ส่วน ส่วนที่ 1 การทำหน้าที่ของร่างกายและความพิการ ได้แก่ การทำงานของร่างกายและโครงสร้างของร่างกาย และ กิจกรรมและการมีส่วนร่วม ส่วนที่ 2 ปัจจัยแวดล้อม ได้แก่ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และ ปัจจัยส่วนบุคคล ส่วนประกอบแต่ละส่วน สามารถอธิบายได้ทั้งเชิงบวก และเชิงลบ ICF เกี่ยวข้องกับทุกคน สถานะสุขภาพ ครอบคลุม ขอบเขตสุขภาพและส่วนประกอบที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทุกด้าน โดยพิจารณาประเด็นหลักที่สำคัญ ได้แก่

1. การทำงานของร่างกาย และ โครงสร้างของร่างกาย

การทำงานของร่างกาย หมายถึง การทำงานด้านสรีรวิทยาของระบบของร่างกาย รวมถึง การทำงานด้านจิตใจด้วย โครงสร้างของร่างกาย หมายถึง ส่วนของร่างกายทางกายวิภาค เช่น อวัยวะต่าง ๆ แขนขา และส่วนประกอบของอวัยวะนั้น ๆ หากมีความผิดปกติในด้านการทำงานของร่างกายและโครงสร้างของร่างกายเป็นภาวะบกพร่อง จะเกิดเป็นปัญหาของการทำงานของร่างกาย หรือโครงสร้างของร่างกาย เช่น การทำงานที่ไม่ปกติ หรือสูญเสียการทำงาน

2. กิจกรรม และการมีส่วนร่วม

กิจกรรม หมายถึง การปฏิบัติงาน หรือการกระทำของแต่ละบุคคล ซึ่งถ้าบุคคลมีการสูญเสียความสามารถส่วนนี้จะทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ส่งผลให้เกิดความลำบากในการทำกิจกรรมของปัจเจกบุคคล การมีส่วนร่วม หมายถึง ความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การเกี่ยวข้องในสถานการณ์ของชีวิต หากสูญเสียความสามารถส่วนนี้จะก่อให้เกิดปัญหาในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม หรืออุปสรรคในการมีส่วนร่วม

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง สภาวะแวดล้อมทางกายภาพ สังคม และทัศนคติซึ่งบุคคลดำรงชีวิตและดำเนินชีวิตอยู่ ปัจจัยเหล่านี้จะเป็นของที่อยู่ภายนอกบุคคล และสามารถที่จะมีอิทธิพลในแง่บวกหรือแง่ลบต่อสมรรถนะของตัวบุคคลในฐานะสมาชิกคนหนึ่งของสังคม มีอิทธิพลต่อความสามารถของบุคคลคนนั้น ในการที่จะมีการกระทำหรือการทำงาน หรือต่อการ ทำงาน หรือโครงสร้างของร่างกายของบุคคลนั้น

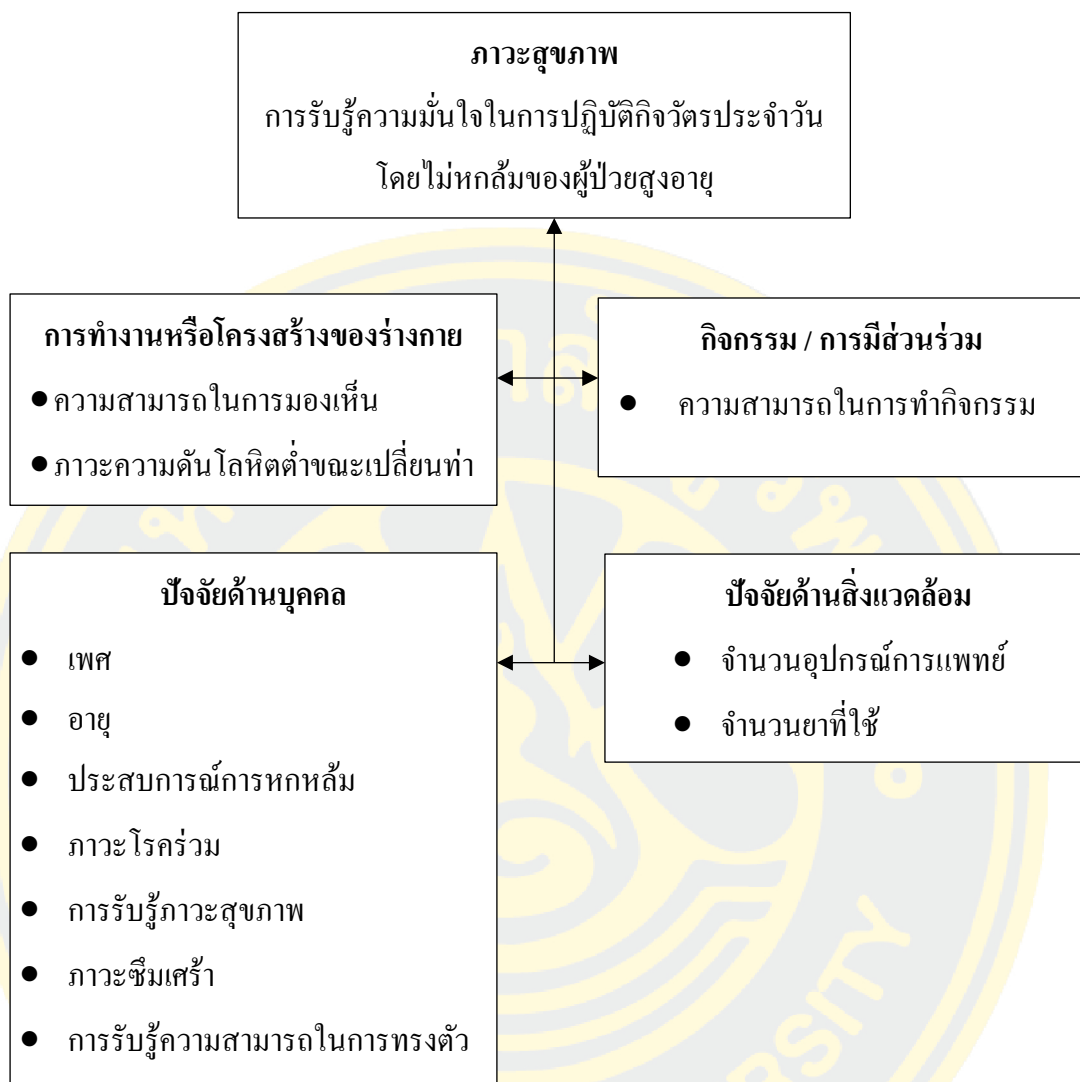
4. ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ภูมิหลังของชีวิต และการดำรงชีวิตของปัจเจกบุคคลซึ่งประกอบด้วยลักษณะของปัจเจกบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ หรือสถานะสุขภาพ ปัจจัยเหล่านี้ อาจรวมถึง เพศ เชื้อชาติ อายุ ภาวะสุขภาพอื่น ๆ สุขภาพที่สมบูรณ์ รูปแบบการดำเนินชีวิต อุปนิสัย การเลี้ยงดู พื้นฐานทางสังคม การศึกษา อาชีพ ประสบการณ์ในอดีตและปัจจุบัน ลักษณะของพฤติกรรมโดยรวมบุคลิกภาพ ซึ่งส่วนหนึ่งหรือทั้งหมดนี้อาจมีผลต่อภาวะสุขภาพ

สภาวะสุขภาพของบุคคล อาจได้รับผลกระทบจากปัจจัยต่าง ๆ ดังที่กล่าวมา ดังนั้นในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ไม่เพียงแต่ดำเนินการต่อร่างกายโดยตรงเท่านั้น ยังต้องปรับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยภายในจิตใจด้วย เช่น การให้คำปรึกษา การใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีช่วย เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า Pohl et al. (2015) ได้ทำการศึกษาผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้ม และการหกล้มซ้ำ กับความแตกต่างด้านเพศ โดยนำกรอบแนวคิดทฤษฎีตามบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงานความพิการและสุขภาพ (International Classification of Functioning, disability and health [ICF]) ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2001) มาใช้ในการจัดกลุ่มตัวแปรศึกษาที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ ทั้งหมด 44 ปัจจัย ยกเว้น เพศ ที่เป็นตัวแปรศึกษาโดย Pohl et al., (2015) ได้รวมองค์ประกอบของกิจกรรมและการมีส่วนร่วมเข้าด้วยกัน เนื่องจากทั้งสององค์ประกอบมีความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน และในการประเมินบางส่วนมีความเชื่อมโยงกัน ผลการศึกษา พบว่า เพศหญิงและเพศชาย มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มไม่แตกต่างกัน องค์ประกอบปัจจัยส่วนบุคคล และองค์ประกอบกิจกรรมและการมีส่วนร่วม เป็นองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ (Pohl et al., 2015)

จากการศึกษากรอบแนวคิด ICF และการประยุกต์ใช้ของ Pohl et al. (2015) ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มตัวแปร ที่อาจมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่สนใจศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์การหกล้ม ภาวะโรคร่วม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว จำนวนอุปกรณ์การแพทย์ จำนวนยาที่ใช้ ความสามารถในการทำกิจกรรม ความสามารถในการมองเห็น และภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า สามารถสรุปความสัมพันธ์ของตัวแปรได้ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ตัวแปรศึกษาตามการประยุกต์กรอบแนวคิด

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน ผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลชุมชน บ้านพักคนชรา และในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังร่วมด้วย แต่เนื่องจากในบริบทของโรงพยาบาลเอกชนซึ่งมีความแตกต่างจากโรงพยาบาลรัฐ ทั้งในเรื่องของสถานที่ อุปกรณ์การแพทย์ ลักษณะของผู้ป่วย และลักษณะการบริการ ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเอกชนจึงน่าจะ

มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มที่แตกต่างจากผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐ และโรงพยาบาลชุมชน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สามารถแบ่งได้ ดังนี้

เพศ

เพศ หมายถึง สภาวะทางชีววิทยาของผู้สูงอายุที่ถูกกำหนดขึ้น โดยธรรมชาติซึ่งเปลี่ยนแปลงไม่ได้ แบ่งออกเป็น 2 เพศ คือ เพศหญิง และเพศชาย โดยสังคมไทยกำหนดบทบาทเพศภาวะแบบดั้งเดิม ของเพศชายและเพศหญิงแตกต่างกัน โดยเชื่อว่าเพศชายมีพลังมากกว่าเพศหญิง แต่ในปัจจุบันบทบาทเพศภาวะแบบเสมอภาค ขอมรับว่าหญิงชายนั้นมีความเท่าเทียมกัน และบทบาทของหญิงชายนั้นไม่มีความแตกต่างกัน (พีรดา ภูมิสวัสดิ์, 2563) อย่างไรก็ตามจะเห็นได้ว่า เพศหญิงจะมีการแสดงออกถึงความไม่มั่นใจมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชนที่ พบว่า เพศหญิง มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มน้อยกว่าเพศชาย (นงลักษณ์ พรหมมาพงษ์ และคณะ, 2561; Dadgari et al., 2020) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย โดยเฉพาะในเพศหญิงที่มีการสลายของกระดูกมากกว่าการสร้าง ทำให้กระดูกบางลง มวลกระดูกลดลง เกิดภาวะกระดูกพรุนได้ง่ายจากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน นอกจากนี้ยังพบว่ากล้ามเนื้อจะฝ่อลีบ เซลล์กล้ามเนื้อลดลง ทำให้มีกำลังและความแข็งแรงลดลง (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2560) การเปลี่ยนแปลงในการเคลื่อนไหวของสะโพกในการรับน้ำหนักของหัวเข่าขณะเดิน พบว่า ในเพศหญิงและเพศชายมีความแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุเพศหญิงจะมีท่าเดินที่มีฐานแคบ ส่วนผู้สูงอายุเพศชายจะมีท่าเดินที่มีฐานกว้างและระยะก้าวสั้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้เพศชายมีการทรงตัวที่ดีกว่า (เขวาลักษณ์ คุมขวัญและคณะ, 2561) อย่างไรก็ตาม การศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิ พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (กรรณิกา ตรีคำ และคณะ, 2562)

อายุ

อายุ หมายถึง ตัวเลขที่แสดงจำนวนปีเต็ม นับจากปี พ.ศ. เกิดถึงปี พ.ศ. ที่เก็บข้อมูล เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาของผู้สูงอายุจากการสูงวัยมีผลต่อทุกระบบ โดยเฉพาะทางด้านร่างกายมีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการเสื่อมตามวัยของผู้สูงอายุ ได้แก่ การเดินและการทรงตัวที่ผิดปกติ เมื่ออายุเกิน 60 ปีขึ้นไปมักพบปัญหาการเดินการทรงตัวผิดปกติได้ถึง ร้อยละ 35 และเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 50 ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป (จิตติมา บุญเกิด, 2561) สาเหตุของการ

เดิน การทรงตัวที่ผิดปกติในส่วนมากเกิดจากปัญหาของกระดูกบาง กระดูกเสื่อม ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ทั้งหมดนี้ส่งผลต่อการทรงตัวที่ไม่มั่นคง ทำให้ผู้สูงอายุหกล้มได้ง่ายขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในระดับต่ำ จากการศึกษาผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในระดับต่ำ จะมีกิจกรรมทางกายลดลงตั้งแต่รับไว้ในโรงพยาบาล จนกระทั่งถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Boltz et al., 2014) สอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาลที่ พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ (กรรณิกา ศรีคำ และคณะ, 2562; Dadgari et al., 2020)

ประสบการณ์การหกล้ม

ประสบการณ์การหกล้ม หมายถึง จำนวนนับเป็นครั้งของการหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาของผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งการหกล้ม หมายถึง การที่บุคคลสูญเสียการทรงตัวทำให้ทรุดตัวลงกับพื้นหรือระดับที่ต่ำกว่าเดิมโดยไม่ได้ตั้งใจและไม่ได้เกิดจากแรงกระทำภายนอก ทั้งที่มีการบาดเจ็บ และไม่มีการบาดเจ็บ ไม่นับรวมถึงการหกล้มอันเนื่องมาจากภาวะเจ็บป่วย เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ผู้สูงอายุที่เคยมีประสบการณ์การหกล้มมาแล้ว มักมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในระดับต่ำ เนื่องจากการหกล้มเป็นประสบการณ์ที่ไม่ดี โดยเฉพาะเมื่อมีการบาดเจ็บร่วมด้วย ประสบการณ์ในด้านลบจะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองลดลง และมักหลีกเลี่ยงที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ (Bandura, 1997) จนอาจเกิดเป็นความการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุในระดับต่ำได้ การศึกษาในโรงพยาบาลชุมชน พบว่า ประสบการณ์การหกล้ม มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ (นงลักษณ์ พรหมมาพงษ์ และคณะ, 2561) สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในประเทศเกาหลีที่ พบว่า ประสบการณ์การหกล้ม มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ (Lee et al., 2017) ขัดแย้งกับการศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิของประเทศไทย ที่พบว่า ประสบการณ์การหกล้ม มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (กรรณิกา ศรีคำ และคณะ, 2562)

ภาวะโรคร่วม

ภาวะโรคร่วม หมายถึง โรคอื่นที่เป็นร่วมนอกเหนือจากโรคปัจจุบันของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ มีผลต่อการทำงานของร่างกายและการเจ็บป่วย ภาวะโรคร่วมทำให้การ

ดูแลรักษาที่มีความซับซ้อนมากขึ้น โดยลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล คือ มักมีลักษณะอาการที่ไม่ตรงไปตรงมา (Atypical presentation) ร่วมกับมีการเสื่อมถอยของการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ และมักมีโรคร่วมหลายโรค สภาพทางร่างกายที่มีความผิดปกตินี้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้สุขภาพของตนเองในระดับที่ต่ำลง (Bandura, 1997) ขาดความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง นำสู่ภาวะพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้น ส่งผลกระทบทั้งต่อตัวผู้สูงอายุเองและครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเกาหลีที่พบว่า โรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ (Lee et al., 2017) ขัดแย้งกับการศึกษาในประเทศไทย ที่พบว่า ภาวะโรคร่วมของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลทั้งในชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (กรรณิกา ตรีคำ และคณะ, 2562; นงลักษณ์ พรหมมาพงษ์ และคณะ, 2561) แต่เนื่องจากการศึกษานี้ เป็นการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไป และผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญทั่วไปของโรงพยาบาลศูนย์ ที่มีการแยกระดับและประเภทผู้ป่วยชัดเจน แต่ในบริบทของโรคพยาบาลเอกชนที่แต่ละแผนกต้องรับผู้ป่วยคละกัน ไม่สามารถแยกระดับความเจ็บป่วย หรือประเภทผู้ป่วยได้ชัดเจน จึงอาจมีความแตกต่างกับการศึกษาในโรงพยาบาลรัฐ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกถึงความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิด ความคิดเห็น และความเข้าใจของผู้ป่วยสูงอายุเกี่ยวกับสุขภาพ หรือภาวะเจ็บป่วยของตนเองในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยสูงอายุที่มีสภาวะที่ร่างกายแข็งแรง จะรับรู้ความสามารถตนเองในระดับสูง แต่ถ้าในสภาวะที่ร่างกายมีความผิดปกติ เช่น ภาวะเจ็บป่วย ความเจ็บปวด ความเหนื่อยล้า เป็นต้น จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถตนเองลดต่ำลง (Bandura, 1997) ผู้ป่วยสูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ มักจะลดหรือจำกัดการเคลื่อนไหวเพื่อหลีกเลี่ยงการหกล้ม มีการศึกษาพบว่า การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มในระดับต่ำ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขาดความเชื่อมั่นในการทำกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวัน จนนำไปสู่การจำกัดการเคลื่อนไหว (Boltz et al., 2014; Nguyen et al., 2020) สอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ (กรรณิกา ตรีคำ และคณะ, 2562; นงลักษณ์ พรหมมาพงษ์ และคณะ, 2561)

ภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความผิดปกติทางอารมณ์ ที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่มีความสุขทำให้หม่นหมอง เศร้าสร้อย หดหู่ ขาดความกระตือรือร้น เบื่อหน่าย แยกตัวเอง ซอบอยู่เงียบ ๆ คนเดียว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อาการวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า เป็นสภาวะอารมณ์ที่ผิดปกติของผู้สูงอายุ เป็นอารมณ์ทางด้านลบ ซึ่งเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมช้าลง และมีการตัดสินใจที่ผิดพลาด อาการที่พบบ่อย คือ Anxiety และ Depression สภาวะอารมณ์ด้านลบนี้ส่งผลให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ ทำให้ผู้สูงอายุแยกตัว จำกัดการทำกิจกรรม และตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมช้าลง (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง จะมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำลง (Bandura, 1997) นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ด้วยภาวะเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค การถูกจำกัดกิจกรรม และการนอนโรงพยาบาลนาน อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้า ทำให้อาการเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้น กระทั่งต่อการคงไว้ซึ่งการดำรงชีวิตประจำวันด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุเอง ได้แก่ การช่วยเหลือตนเองในการรับประทานอาหาร การอาบน้ำแต่งตัว การควบคุมการขับถ่าย และการเคลื่อนไหวร่างกาย (Boltz et al., 2014; Nguyen et al., 2020) จากการศึกษาผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล พบว่า ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุ (กรรณิกา ตรีคำ และคณะ, 2562; นงลักษณ์ พรหมมาพงษ์ และคณะ, 2561) สอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาล 7 แห่งในเวียดนามที่ พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุ (Nguyen et al., 2020)

ความสามารถในการทำกิจกรรม

ความสามารถในการทำกิจกรรม หมายถึง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ด้วยตัวเองของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล เพื่อคงไว้ซึ่งการดำรงชีวิตประจำวันด้านต่าง ๆ ได้แก่ การช่วยเหลือตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การอาบน้ำแต่งตัว การควบคุมการขับถ่าย การเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุต้องอาศัยความสามารถด้านร่างกาย ในการยืน การเดิน และการทรงตัว ผู้ป่วยสูงอายุที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถในระดับต่ำ ก็จะไม่นำปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ร่วมกับลักษณะเฉพาะเมื่อมีการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ได้แก่ การมีกำลังสำรองลดลง ผู้ป่วยสูงอายุมักมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงตามวัยและความเสื่อมตามอายุ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีอาการของโรครุนแรงได้ง่าย และมักมีพยาธิสภาพหลายระบบ จึงมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมอื่น ๆ ลดลง ดังนั้น ผู้ป่วย

สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองจึงขาดความมั่นใจ ส่งผลให้มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในระดับต่ำ (Bandura, 1997) ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีการตอบสนอง คือ จำกัดกิจกรรมของตนเอง จนทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง (Boltz et al., 2014) สอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล ที่พบว่า ความสามารถในการทำกิจกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ (นงลักษณ์ พรหมมาพงษ์ และคณะ, 2561; อภิลิทธิ์ ตามศักดิ์ และคณะ, 2558)

จำนวนอุปกรณ์การแพทย์

จำนวนอุปกรณ์การแพทย์ที่ หมายถึง จำนวนนับเป็นชนิดของเครื่องมือ หรือวัสดุทางการแพทย์ที่ต้องติดกับตัวผู้ป่วยสูงอายุในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น สารน้ำทางหลอดเลือดดำ สายสวนปัสสาวะ สายออกซิเจน และอุปกรณ์การแพทย์ เป็นต้น จากการศึกษาของกรรณิกา ตรีคำ และคณะ (2562) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของจำนวนอุปกรณ์การแพทย์ กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิ ผลการศึกษา พบว่า จำนวนอุปกรณ์การแพทย์ที่ผู้สูงอายุได้รับมีความสัมพันธ์ทางลบการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุ อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยสูงอายุมีอาการเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น มักจะต้องมีการใช้อุปกรณ์การแพทย์หลายชนิด เช่น สารน้ำทางหลอดเลือดดำ สายสวนปัสสาวะ จึงอาจทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเคลื่อนไหวได้ไม่สะดวก ผู้ป่วยสูงอายุจึงมีการจำกัดการทำกิจกรรมของตนเองส่งผลให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ (Bandura, 1997) และเนื่องจากการเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลเอกชน ผู้ป่วยสูงอายุจำเป็นต้องมีอุปกรณ์การแพทย์เกือบทุกราย โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับสารน้ำ เนื่องจากเป็นมาตรฐานของโรงพยาบาลเอกชน และจากการศึกษานำร่องของผู้วิจัยในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 13 ราย พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุทุกรายมีอุปกรณ์การแพทย์อย่างน้อย 1 ชนิด และผู้ป่วยสูงอายุ ร้อยละ 15.4 คิดว่าจำนวนอุปกรณ์การแพทย์ เป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในระดับต่ำ

จำนวนยาที่ใช้

จำนวนยาที่ใช้ หมายถึง จำนวนนับเป็นชนิดของยาที่ผู้ป่วยสูงอายุใช้ทั้งหมดขณะที่ ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้สูงอายุมักมีการใช้ยาหลายชนิด เนื่องจากมีโรคเรื้อรังอยู่แล้ว เมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้ได้รับยามากขึ้น ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงตามวัยในเรื่องเภสัชจลนศาสตร์ และเภสัชพลศาสตร์ ทำให้การออกฤทธิ์ของยาเปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะยาในกลุ่มที่ทำให้หิวซึม ยาลดความดันโลหิต ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการข้างเคียง เช่น เวียนศีรษะ ง่วง

ซึม เสียการทรงตัว (จิตติมา บุญเกิด, 2561) ซึ่งอาการเหล่านี้ ส่งผลต่อการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในประเทศอิหร่านที่พบว่า จำนวนยาที่ใช้ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ (Dadgari et al., 2020) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิ ของกรณีกา ตรีคำ และคณะ (2562) ที่พบว่า จำนวนยาที่ใช้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ

ความสามารถในการมองเห็น

ความสามารถในการมองเห็น หมายถึง ระดับการมองเห็นของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเปลี่ยนแปลงตามวัยของสายตาในผู้สูงอายุ การขุ่นและแข็งขึ้นของเลนส์ตา มีผลต่อสายตาทำให้การมองเห็นไม่ดีในที่ ที่มีแสงน้อย (Miller, 2009) ร่วมกับโรคที่เกิดจากความเสื่อมสภาพของตาในผู้สูงอายุ เช่น โรคต้อกระจก โรคต้อหิน และจอประสาทตาเสื่อม ทำให้ความสามารถในการมองเห็นของผู้สูงอายุลดลง ระดับความสามารถในการมองเห็นของผู้สูงอายุที่ลดลงจากความเสื่อมของดวงตาและสายตาส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการสะดุดและหกล้มได้ง่าย (ปริศนา รอดสีดา, 2561) เป็นปัจจัยให้ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการมองเห็นต่ำมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มในระดับต่ำ (Nguyen et al., 2020) ซึ่งการมองเห็นบกพร่องนี้เป็นสภาวะทางด้านร่างกายที่ผิดปกติ และมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผู้สูงอายุจะมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ ไม่เชื่อในความสามารถของตนเอง (Bandura, 1997) สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิของ กรณีกา ตรีคำ และคณะ (2562) และการศึกษาในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการมองเห็นต่ำ มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มอยู่ในระดับที่ต่ำ (ชนภรณ์ พิพัฒน์วณิชชา และคณะ, 2561) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาในบ้านพักคนชราในประเทศจีน ที่พบว่า ความสามารถในการมองเห็น ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ (Chu et al., 2011)

การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว

การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว การเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุ เมื่ออายุเกิน 60 ปีขึ้นไปมักพบปัญหาการเดินการทรงตัวผิดปกติได้ถึง ร้อยละ 35 และเพิ่มเป็นร้อยละ 50 ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป สาเหตุของการเดิน การทรงตัวที่ผิดปกตินี้ส่วนมากเกิดจากปัญหาของกระดูกบาง และกระดูกเสื่อม (จิตติมา บุญเกิด, 2561) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ลดลง ความยืดหยุ่นของข้อและเอ็นรอบข้อลดลง ทำให้การประสานงานของกล้ามเนื้อและข้อลดลง

เกิดการจำกัดการเคลื่อนไหว (Miller, 2009) จากการเปลี่ยนแปลงตามวัยและภาวะเจ็บป่วยที่มักมีพยาธิสภาพในหลายระบบทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังสำรองลดลง อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ร่วมกับโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่เดิมทำให้ต้องมีการใช้ยาหลายชนิด เกิดการสะสมของยาหรืออาการข้างเคียงที่อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของไตได้มากขึ้น ทำให้ความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุบกพร่อง ผู้สูงอายุจึงมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาผู้สูงอายุในโรงพยาบาลที่พบว่า ความสามารถในการทรงตัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ (กรรณิกา ศรีคำ และคณะ, 2562; นงลักษณ์ พรหมมาพงษ์ และคณะ, 2561) แต่เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (Covid-19) ในปัจจุบัน การทดสอบการทรงตัวโดยการสัมผัสผู้สูงอายุโดยตรงเป็นความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ ผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถในการทรงตัว (Perceived balance abilities) พบว่า มีความแตกต่างกันเพียงเล็กน้อยระหว่างความสามารถในการทรงตัวที่ทดสอบจริงและการรับรู้ความสามารถในการทรงตัว (Aziz et al., 2014) ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา การรับรู้ความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุแทนการทดสอบการทรงตัว เพื่อลดการสัมผัสผู้สูงอายุโดยตรง

ภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า

ภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า เป็นภาวะที่ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยสูงอายุเมื่อเปลี่ยนจากท่านอนเป็นท่านยืนมีการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัว (Systolic Blood Pressure [SBP]) ลดลงอย่างน้อย 20 มิลลิเมตรปรอท และหรือความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายตัว (Diastolic Blood Pressure [DBP]) ลดลงอย่างน้อย 10 มิลลิเมตรปรอท ภายใน 3 นาที (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562; Freeman et al., 2011) เมื่อลุกขึ้นอยู่ในท่านยืนปริมาณเลือดที่อยู่ในทรวงอกจะลดลงประมาณ 400 ถึง 500 มิลลิลิตรทันที และจะกระจายอยู่ที่หลอดเลือดดำที่อยู่ต่ำกว่าหัวใจ ระบบประสาทอัตโนมัติ และระบบต่อมไร้ท่อจะตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงนี้โดยมีการกระตุ้นรีเฟล็กซ์กล้ามเนื้อหน้าท้องให้หดเกร็งหลอดเลือดส่วนขาหดตัว แคะทีโคลามีนและเรนิน-แองจิโตนินที่ถูกหลั่งออกมาจากต่อมไร้ท่อช่วยให้หลอดเลือดหดตัวได้มากขึ้นในคนปกติปรากฏการณ์นี้ทำให้ความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัวลดลง (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2550) ซึ่งในวัยสูงอายุกลไกการตอบสนองของหัวใจและหลอดเลือดในการปรับความดันโลหิตในขณะที่เปลี่ยนท่า จะมีความสามารถลดลง ร่วมกับระบบประสาทอัตโนมัติทำงานลดลง จากความเสื่อมตามวัย จึงส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าได้ง่าย (วีระศักดิ์ ศรีนินภากร และคณะ, 2562) โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล มักจะถูกจำกัดให้อยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่ เมื่อมีการลุกขึ้น หรือเปลี่ยนท่าอย่างทันทีทันใดจึงเกิดอาการหน้ามืด เวียนศีรษะหรือ

หมดสติได้ เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ หรือการได้รับยาที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาในคลินิกผู้สูงอายุประเทศตุรกี ที่พบว่า ภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ (Arik et al., 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ในประเทศไทยมีการศึกษาเรื่องการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เอกชนอย่างจำกัด และตัวแปรที่อาจมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน ที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์การหกล้ม ภาวะโรคร่วม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการทำกิจกรรม จำนวนอุปกรณ์การแพทย์ จำนวนยาที่ใช้ ความสามารถในการมองเห็น การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว และภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า เนื่องจากสภาวะการเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงและความเสื่อมตามวัย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด ICF ของ Pohl et al. (2015) ในการแสดงสถานะของความเจ็บป่วยและสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ อธิบายความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง การศึกษาครั้งนี้สามารถนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาล และคุณภาพการบริการ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน มีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้ม ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจำกัดกิจกรรม ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ (Correlation descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศ อายุ ประสบการณ์การหกล้ม ภาวะโรคร่วม การรับรู้ ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน จำนวนอุปกรณ์การแพทย์ จำนวนยาที่ใช้ ความสามารถในการทำกิจกรรม ความสามารถในการมองเห็น และภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง จำนวน 1,477 คน

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทั่วไปโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง จำนวน 97 คน ในช่วงระหว่าง เดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2565

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

1. สามารถฟัง และสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ
2. เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตั้งแต่ 24 ชั่วโมงขึ้นไป
3. ไม่มีอาการหรืออาการแสดงของการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันหรือรุนแรง เช่น โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Acute stroke) โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) หรือ เป็นผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต และหอผู้ป่วยวิกฤต
4. มีการรับรู้เกี่ยวกับบุคคล เวลา และสถานที่ ประเมินได้โดยใช้แบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อฉบับภาษาไทย (6 CIT) ได้คะแนน 0-7 คะแนน หมายถึง ไม่มีความบกพร่องทางการรู้คิด

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

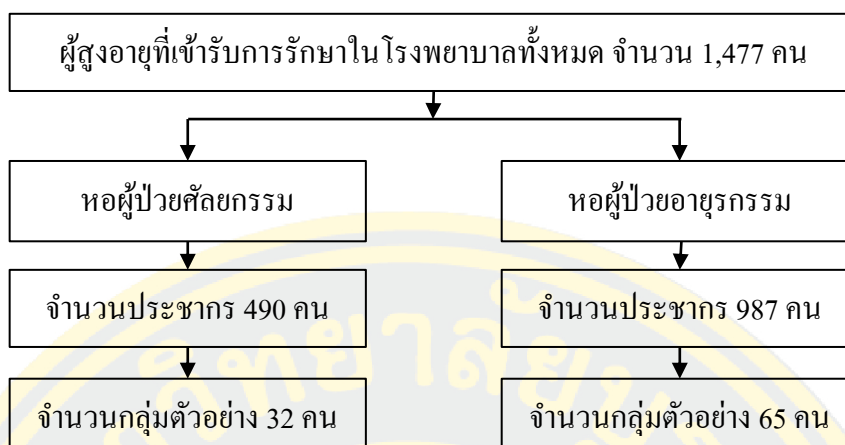
ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจในการทดสอบ (Power analysis) โดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*Power 3.1.9.7 (Faul et al., 2007) โดยกำหนดใช้สถิติวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัว (Correlation bivariate normal model) การ

ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรศึกษาแบบทางเดียว (One tails) เนื่องจาก งานวิจัยที่ผ่านมา
 กรณีศึกษา ตรีคำ และคณะ (2562) พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้
 ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
 พระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี มีค่า เท่ากับ .25 กำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ .05 และกำหนด
 อำนาจทดสอบ (Power of test) ที่ .80 กำหนดได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 97 ราย (ภาคผนวก)

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรโดยอาศัยความน่าจะเป็น (Probability sampling)
 โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) (รัตนศิริ ทาโต, 2561) รายละเอียด ดังนี้

1. เลือกหอผู้ป่วยที่ศึกษามา 2 หอผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชั้น 3 และหอผู้ป่วย
 อายุรกรรมชั้น 5
2. กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแต่ละหอผู้ป่วย โดยคิด
 ตามสัดส่วนของประชากรผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแต่ละหอผู้ป่วยจากฐานข้อมูลจำนวน
 ผู้ป่วยสูงอายุ ปี พ.ศ. 2562 ในเดือนเดียวกันกับเดือนที่จะเก็บข้อมูล จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างแบบ
 ง่าย (Simple random sampling) เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละหอผู้ป่วย
3. ผู้วิจัยทำการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับบุคคล เวลา และสถานที่ ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับรักษา
 และนอนโรงพยาบาล 24 ชั่วโมงขึ้นไป ในวันที่เก็บข้อมูลทั้งหมด โดยใช้แบบประเมินสมรรถภาพ
 การรู้คิด 6 ข้อฉบับภาษาไทย (6 CIT)
4. ผู้วิจัยเขียนรายชื่อผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับรักษาและนอนโรงพยาบาล 24 ชั่วโมงขึ้นไป และ
 ผ่านการประเมินสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อฉบับภาษาไทย (6 CIT) ได้คะแนน 0-7 คะแนน หมายถึง
 ไม่มีความบกพร่องทางการรู้คิด ใสในกล่องและทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ด้วยวิธีการจับสลาก
 แบบไม่ใส่คืน จำนวนวันละ 3 คน จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยสูงอายุตามรายชื่อที่จับสลากได้ ตามที่
 กำหนดไว้ จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ที่ระบุไว้



ภาพที่ 3 การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

1. แบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อ (6 CIT) พัฒนาโดย Brooke and Roger Bullock (1999) จากกรอบแนวคิดเรื่องการประเมินภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโดยปรับลดจำนวนข้อคำถามจากแบบประเมิน The 26-Item Blessed Information –Memory–Concentration Scale และนำไปทดสอบความตรงของเครื่องมือในผู้สูงอายุจำนวน 287 ราย เปรียบเทียบกับ แบบทดสอบ MMSE แบบประเมิน 6 CIT มีความตรงตามสภาพโดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางลบ ($r = -.91$) กับแบบทดสอบ MMSE โดยมีค่าความไว เท่ากับ ร้อยละ 78.57 และมีค่าความจำเพาะ ในการคัดกรองสมองเสื่อม เท่ากับ ร้อยละ 100 แปลเป็นภาษาไทยโดย ศตวรรษ อุดรศาสตร์ และคณะ (2561) โดยทำการแปลเครื่องมือตามขั้นตอนของ Sperber et al. (1994 cited in Sperber, 2004) ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงตรงของการแปลภาษารายข้อ ทั้งด้านความใกล้เคียงของภาษาและความใกล้เคียงของการตีความ พบว่า ทุกข้อ ได้ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00-3.00 คะแนน ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ แบบประเมิน 6 CIT มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ 3 ด้าน ประกอบด้วย การรับรู้สภาวะรอบตัว จำนวน 3 ข้อ ความตั้งใจจำนวน 2 ข้อ และความจำโดยให้ผู้ถูกทดสอบจำ ชื่อ นามสกุล บ้านเลขที่ถนนและจังหวัดหลังตอบคำถามเรื่องการรับรู้เวลาและเดือน และให้ผู้ทดสอบระลึกความจำโดยบอกข้อมูล 5 อย่างข้างต้นหลังตอบคำถาม การให้คะแนน แบ่งตามด้านต่าง ๆ ดังนี้ ด้านการรับรู้สภาวะรอบตัว คือ ตอบถูก 0 คะแนน ตอบผิด 3 คะแนน (ข้อคำถามเรื่องเวลา และเดือน) ตอบผิด 4 คะแนน (ข้อคำถามเรื่องปี) ด้านความตั้งใจ ตอบถูก 0 คะแนน

ตอบผิด 1 ครั้ง 2 คะแนน ตอบผิดมากกว่า 1 ครั้ง 4 คะแนน ด้านความจำ ตอบถูก 0 คะแนน ตอบผิด 1 ครั้ง 2 คะแนน ตอบผิด 2 ครั้ง 4 คะแนน ตอบผิด 3 ครั้ง 6 คะแนน ตอบผิด 4 ครั้ง 8 คะแนน ตอบผิดทั้งหมด 10 คะแนน โดยมี คะแนนรวมทั้ง 3 ด้าน อยู่ระหว่าง 0-28 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน คะแนนรวมของแบบทดสอบความผิดปกติทางการรับรู้อยู่ระหว่าง 0-28 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Brooke & Bullock, 1999)

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

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล อายุ เพศ ประสบการณ์การหกล้ม จำนวนอุปกรณ์การแพทย์ที่ผู้สูงอายุได้รับ และจำนวนยาที่ผู้ป่วยสูงอายุได้รับขณะอยู่โรงพยาบาล
2. การประเมินการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินที่ดัดแปลงมาจาก แบบสัมภาษณ์ความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ (Fear of falling scale) ของ นัยนา พิพัฒน์วิศิษฐา และคณะ (2555) ที่ดัดแปลงและแปลข้อคำถามฉบับภาษาอังกฤษให้เป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลกลับ (Back translation) จากแบบประเมิน Fall-Efficacy Scale (FES) ของ Tinetti et al. (1990) ที่ประยุกต์มาจากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) คุณภาพเครื่องมือนี้ ดัชนีบับเดิม มีความเที่ยง (Reliability) จากการตรวจสอบด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ .90 ลักษณะแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 10 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับระดับความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การอาบน้ำ การหยิบของที่อยู่เหนือระดับศีรษะ การเดินรอบ ๆ บ้าน การเตรียมอาหาร การลุกจากเตียง การปิด-เปิดประตู การรับโทรศัพท์ และการลุกจากเก้าอี้ เป็นต้น แต่ละข้อคำถาม คำตอบจะแบ่งเป็นระดับ 1 ถึง 10 โดย คะแนน 1 หมายถึง มีการรับรู้ความมั่นใจในการทำกิจกรรมโดยไม่หกล้มมาก และคะแนน 10 หมายถึง มีการรับรู้ความมั่นใจในการทำกิจกรรมโดยไม่หกล้มน้อย ตามลำดับ โดยมีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 10-100 คะแนน การแปลผลคะแนน คือ คะแนนรวม มากกว่าหรือเท่ากับ 70 คะแนน หมายถึง กลัวการหกล้ม (Tinetti et al., 1990)

ผู้วิจัยได้ทำการขออนุญาตดัดแปลงเครื่องมือจากเจ้าของเครื่องมือ เพื่อให้ง่ายต่อการตอบคำถามของผู้ป่วยสูงอายุ โดยพัฒนาระดับการให้คะแนนจากเดิมที่เป็นแผนภาพแสดงระดับ (Visual analogue) จำนวน 10 ระดับ ให้เป็นแบบมาตราวัดประมาณค่า (Likert scale) จำนวน 4 ระดับ ดังนี้

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

เกณฑ์การคิดคะแนน คะแนนรวมของแบบสัมภาษณ์มีคะแนนเต็ม 40 คะแนน นำคะแนนเฉลี่ยที่ประเมินได้มาแปลงโดยวิธีเทียบบัญญัติไตรยางค์ เป็นคะแนนเต็ม 100 คะแนน การแปลผลคะแนน คะแนนรวม มากกว่าหรือเท่ากับ 70 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในระดับสูง คะแนนรวมน้อยกว่า 70 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในระดับต่ำ (Tinetti et al., 1990)

3. แบบประเมินภาวะโรคร่วม (Charlson Comorbidity Index [CCI]) เป็นแบบประเมินการทำงานของร่างกายและการเจ็บป่วย ซึ่งพัฒนาโดย Charlson, Pompei, AlesMacKenzie (1987) แปลเป็นภาษาไทยโดย Utriyaprasit (2001) แบบประเมินประกอบด้วย 19 โรค สามารถประเมินได้จากประวัติการรักษาของผู้ป่วยหรือจากการสอบถามจากผู้ป่วย โดยให้น้ำหนักคะแนนแตกต่างกันในแต่ละโรค การให้คะแนนแบ่งเป็นระดับคะแนน ดังนี้ ระดับ 1 ระดับ 2 ระดับ 3 และระดับ 6 ตามความรุนแรงของโรค การรวมคะแนนโดย คะแนนมาก หมายถึง โรคร่วมที่มีผลต่อการทำงานของร่างกายและการเจ็บป่วยมาก และคะแนนน้อย หมายถึง โรคร่วมที่มีผลต่อการทำงานของร่างกายและการเจ็บป่วยน้อย ตามเกณฑ์การให้คะแนนของ Charlson et al. (1987) ดังนี้

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

4. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived health status) เป็นแบบสัมภาษณ์ตามความคิดเห็นหรือความรู้สึกของตนเอง เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ โดยรวมในปัจจุบันของผู้ป่วยสูงอายุ แบบสัมภาษณ์นี้พัฒนาขึ้นโดย วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538) จากการทบทวนวรรณกรรม (Ferraro, 1980; Melanson & Downe-Wamboldt, 1987; Mossey & Shapiro, 1982) ผ่านการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ พบค่า ความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 และผ่านการนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ ใน

ชุมชนจังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 30 ราย ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ด้วยวิธีการ วนซ้ำ (Test-retest method) แล้วนำไปคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ สเปียร์แมนแรงค์ของ เดอร์ ได้ค่าเท่ากับ .94 (กมลพร วงศ์พนิตกุล และคณะ, 2555) แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย ข้อ คำถาม 1 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่ดี พอใช้ ดี และดีมาก โดย โดยแบบสัมภาษณ์ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

1	คะแนน	หมายถึง	สุขภาพไม่ดี
2	คะแนน	หมายถึง	สุขภาพพอใช้
3	คะแนน	หมายถึง	สุขภาพดี
4	คะแนน	หมายถึง	สุขภาพดีมาก

5. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ (Thai Geriatric Depression Scale-15 [TGDS-15]) เป็น แบบสัมภาษณ์ที่ Wongpakaran et al. (2012) พัฒนามาจากแบบวัดภาวะซึมเศร้า (Geriatric Depression Screening-15 [GDS]) 15 ข้อ ของ Sheikh and Yesavage (1986) ที่ใช้คัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน หรือในคลินิกผู้สูงอายุ และแปลเป็นภาษาไทยโดยวิธีแปลกลับ ทั้งนี้ Wongpakaran et al. (2012) ได้นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ จำนวน 130 คน แล้วนำมาตรวจสอบ ความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้เท่ากับ .85 แบบประเมิน ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ การตอบคำถามมี 2 ลักษณะ คือ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” การให้คะแนน คือ 0 หรือ 1 คะแนน โดย ให้คะแนน 1 คะแนนในข้อต่อไปนี้ ตอบ ใช่ ในข้อ 2-4, 6, 8-10, 12, 14-15 และตอบ ไม่ใช่ ในข้อ 1, 5, 7, 11, 13 (Wongpakaran et al., 2013) จำแนกเกณฑ์ได้ดังนี้

0-5	คะแนน	หมายถึง	ปกติ ไม่มีภาวะซึมเศร้า
6-10	คะแนน	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้าควรติดตาม หรือส่งพบแพทย์ ประเมินอาการทางคลินิก
11-15	คะแนน	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้าแน่นอน ควรพบจิตแพทย์

6. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อประเมินความคิดเห็นหรือความเข้าใจของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการ รักษาสมดุลของร่างกายเอาไว้ในขณะที่อยู่กับที่ของตนเอง ณ เวลาที่สัมภาษณ์ ลักษณะของแบบ สัมภาษณ์ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ โดยให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ประเมินระดับความสามารถในการ ทรงตัวของตนเองโดยรวม แบบสัมภาษณ์มีข้อคำถาม คือ “ปัจจุบันท่านคิดว่าความสามารถในการ ทรงตัวของท่านเป็นอย่างไร” (Aziz et al., 2014; Punakallio et al., 2004; Talkowski et al., 2008) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่ดีอย่างมาก ไม่ดี พอใช้ ดี และดีมาก

เกณฑ์การให้คะแนน

1	คะแนน	หมายถึง	ความสามารถในการทรงตัวไม่ได้อย่างมาก
2	คะแนน	หมายถึง	ความสามารถในการทรงตัวไม่ดี
3	คะแนน	หมายถึง	ความสามารถในการทรงตัวพอใช้
4	คะแนน	หมายถึง	ความสามารถในการทรงตัวดี
5	คะแนน	หมายถึง	ความสามารถในการทรงตัวดีมาก

7. แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (The Modified Barthel

Activities of Daily Index [BAI]) เป็นชุดข้อคำถามเกี่ยวกับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระยะ 24-48 ชั่วโมง เพื่อใช้ประเมินความสามารถในเชิงปฏิบัติของผู้สูงอายุ สร้างขึ้นโดย Mahoney and Barthel (1965) ต่อมาได้มีการพัฒนาเพื่อใช้ในการประเมินความสามารถในเชิงปฏิบัติของผู้สูงอายุไทย โดย Jitapunkul et al. (1994) ผ่านการทดสอบโดยมีการนำไปใช้วัดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุไทยในชุมชนแออัดคลองเตย ทั้งหมด 703 คน พบว่า มีความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ .79 (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ได้ทำการ ซึ่งครอบคลุมเรื่อง การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การสวมใส่เสื้อผ้า การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนย้ายภายในบ้าน และความสามารถในการควบคุมการขับถ่าย ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ตั้งแต่ 0 ถึง 3 โดยเรียงลำดับตามความยากง่ายของแต่ละกิจกรรม และ เกณฑ์การให้คะแนน คะแนนรวมของแบบประเมิน อยู่ระหว่าง 0-21 คะแนน

0-4	คะแนน	หมายถึง	มีภาวะพึ่งพาทั้งหมด
5-8	คะแนน	หมายถึง	มีภาวะพึ่งพาส่วนใหญ่
9-12	คะแนน	หมายถึง	มีภาวะพึ่งพางบางส่วน
12	คะแนนขึ้นไป	หมายถึง	มีภาวะพึ่งพาเล็กน้อย

8. การประเมินความสามารถในการมองเห็น

การทดสอบความสามารถในการมองเห็น (Visual acuity) เป็นการวัดความสามารถในการมองเห็นของผู้สูงอายุ โดยใช้แผ่นวัดสายตาระบบตัวเลข (Snellen chart) แบ่งออก เป็น มองเห็นระยะไกลด้วย Snellen chart และการมองเห็นระยะ ใกล้ด้วย Near snellen chart จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีความไว เท่ากับ ร้อยละ 95 และค่าความจำเพาะ เท่ากับ ร้อยละ 98 (Muthuramalingam et al., 2016) ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกใช้ Near Snellen chart เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ และข้อจำกัดด้านสถานที่ภายในหอผู้ป่วยที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการประเมินความสามารถในการมองเห็น โดยวิธีการวัดระดับการมองเห็นระยะไกล

การเตรียมการ

อุปกรณ์ที่ใช้ในการทดสอบ: แผ่นวัดสายตาระบบตัวเลข (Near Snellen chart)

การเตรียมสถานที่: เตรียมเก้าอี้สำหรับผู้สูงอายุ นั่ง เปิดไฟให้มีแสงสว่างเพียงพอ

วิธีการทดสอบ: มีรายละเอียดการตรวจ ดังนี้ (โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์, 2558)

1. ทำการทดสอบในห้องพักผู้ป่วย เปิดไฟให้มีแสงสว่างเพียงพอ

2. สอบถามผู้สูงอายุว่าต้องใช้เวลาในการอ่านหนังสือหรือไม่ หากผู้สูงอายุใช้ให้ทำ

การทดสอบพร้อมแว่นตาที่ผู้สูงอายุใช้อยู่

3. ให้ผู้สูงอายุนั่งบนเตียง หรือ เก้าอี้ และให้ผู้ป่วยสูงอายุอ่านแผ่นวัดสายตาระบบตัวเลข ในระยะ 33 เซนติเมตร หรือ 14 นิ้ว

4. ตรวจตาโดยเริ่มทีละตา ให้ผู้สูงอายุอ่านตัวเลขตั้งแต่แถวที่อยู่บนสุดจนถึงแถวที่ตัวเลขเล็กที่สุดที่สามารถอ่านได้แล้วบันทึกผล

การแปลผลการตรวจการมองเห็น

ระดับสายตาปกติ คือ สามารถอ่านตัวเลขบรรทัดที่ 7 ถูกต้องเป็นจำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 4 ตัว หรือ $VA = 6/6$ โดยถ้าหากผู้สูงอายุอ่านตัวเลขได้ไม่ถึงบรรทัดที่ 7 หรือในบรรทัดที่ 7 อ่านตัวเลขได้น้อยกว่า 4 ตัว แสดงว่า มีการมองเห็นบกพร่อง

9. การประเมินภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า (Orthostatic Hypotension) เป็นการวัดความดันโลหิตในท่านอนก่อน หลังจากนั้นให้ผู้สูงอายุลุกขึ้นยืนแล้ววัดความดันโลหิตซ้ำอีก 2 ครั้ง ภายในเวลา 1 และ 3 นาทีหลังลุกขึ้นยืน หากมีการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัว (Systolic Blood Pressure [SBP]) ลดลงอย่างน้อย 20 มิลลิเมตรปรอท และหรือความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายตัว (Diastolic Blood Pressure [DBP]) ลดลงอย่างน้อย 10 มิลลิเมตรปรอท ภายใน 3 นาที หลังเปลี่ยนจากท่านอนเป็นท่ายืน ถือว่ามีภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562; Freeman et al., 2011)

การเตรียมการ

อุปกรณ์ที่ใช้ในการทดสอบ: เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติ (Automatic sphygmomanometer) จำนวน 1 เครื่อง เลือกใช้ Arm cuff ขนาดที่เหมาะสมกับขนาดแขนของผู้สูงอายุ คือ ส่วนที่เป็นถุงลม (Bladder) ควรจะครอบคลุมรอบวงแขนผู้สูงอายุได้ประมาณ ร้อยละ 80 (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) และใช้เครื่องเดิมทุกครั้งตลอดการวิจัย

การเตรียมสถานที่: เปิดไฟให้มีแสงสว่างเพียงพอ ยกกันเตียงขึ้น

การเตรียมผู้สูงอายุ: แนะนำผู้สูงอายุงดดื่มชาหรือกาแฟ และไม่สูบบุหรี่ก่อนทำการวัดความดันโลหิตอย่างน้อย 30 นาที หากปวดปัสสาวะให้ไปปัสสาวะก่อน (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

วิธีการทดสอบ:

1. ทำการทดสอบในห้องพักผู้ป่วย เปิดไฟให้มีแสงสว่างเพียงพอ ก่อนทำการวัดความดันโลหิตจะให้ผู้สูงอายุนอนพักเป็นเวลา 5 นาที ไม่พูดคุยทั้งก่อนหน้าและขณะวัดความดันโลหิต และไม่เกร็งแขนหรือกำมือในขณะที่ทำการวัดความดันโลหิต
2. วัดความดันโลหิตโดยผู้วิจัยคนเดียวตลอดการเก็บข้อมูล โดยวัดความดันโลหิตในท่านอน จัดวางแขนซ้ายหรือขวาที่จะทำการวัดอยู่บนเตียงข้างลำตัวโดยให้บริเวณที่จะพัน Arm cuff อยู่ระดับเดียวกับระดับหัวใจ ทำการวัดความดันโลหิตอย่างน้อย 2 ครั้ง ด้วยวิธีมาตรฐาน ห่างกันครั้งละ 1 นาที จากแขนเดียวกันในท่าเดิม บันทึกในแบบประเมิน
3. หลังจากนั้นผู้ช่วยวิจัยช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุลุกขึ้นยืนข้างเตียงและช่วยดูแลความปลอดภัยตลอดเวลาที่ทำการทดสอบ ผู้วิจัยวัดความดันโลหิตในท่านั่งที่ 1 และ 3 นาทีหลังลุกขึ้นยืน โดยทำการวัดความดันโลหิตอย่างน้อย 2 ครั้ง ด้วยวิธีมาตรฐาน ห่างกันครั้งละ 1 นาที จากแขนเดียวกันในท่าเดิม บันทึกในแบบประเมิน
4. สอบถามอาการผิดปกติอื่น ๆ เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด

การแปลผลการตรวจ

หากพบว่าผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัว (Systolic Blood Pressure [SBP]) ลดลงอย่างน้อย 20 มิลลิเมตรปรอท และหรือความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายตัว (Diastolic Blood Pressure [DBP]) ลดลงอย่างน้อย 10 มิลลิเมตรปรอท ภายใน 3 นาที ให้บันทึกได้ว่าผู้สูงอายุมีภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562; Freeman et al., 2011)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการตรวจสอบความตรง (Content validity) และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ดังนี้

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Content validity)

1. ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบความเหมาะสม ถูกต้อง และชัดเจน แล้วนำมาปรับแก้ไขตามคำแนะนำ

2. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ หลังจากผู้วิจัยได้ขออนุญาตเจ้าของเครื่องมือพัฒนาคำตอบจากเดิมที่เป็นแผนภาพแสดงระดับ (Visual analogue) จำนวน 10 ระดับให้เป็นแบบมาตราวัดประมาณค่า (Likert scale) 1-4 คะแนน ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความเหมาะสมโดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล 3 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ 2 ท่าน พิจารณาความเหมาะสม สรุปผลการพิจารณาผู้เชี่ยวชาญทุกท่านเห็นว่ามีเหมาะสม

3. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล 3 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ 2 ท่าน พิจารณาคุณภาพแบบสอบถามในด้านความตรงตามเนื้อหา และนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ได้ค่าเท่ากับ 0.8

4. แบบประเมิน 6 CIT แบบประเมินภาวะโรคร่วม แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย และแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ล้วนเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่สร้างที่สร้างขึ้นโดยผู้เชี่ยวชาญ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเป็นอย่างดีแล้ว จึงไม่ได้ทำการทดสอบอีก

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยหาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยนำแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้นำมาคำนวณ หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ หาค่าความเที่ยงโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .88

2. แบบประเมินภาวะ โรคร่วม แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ และ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว ทดสอบด้วยการสัมภาษณ์ซ้ำ จำนวน 2 ครั้ง ในวันเดียวกัน เวลา 9.00 และ 17.00 น. แล้วนำข้อมูลที่วัดได้ ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's rank correlation) โดย แบบประเมินภาวะ โรคร่วมได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 1 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ .88 และแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ .88

3. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย ทดสอบโดยใช้สูตร KR-20 ของ Kuder Richardson เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่มีค่าประเมินแบบ 2 ค่า ได้ค่าเท่ากับ .96

4. การตรวจความสามารถในการมองเห็น และการตรวจภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า นำไปหาค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) โดยมีผู้ตรวจสอบ 2 คน ได้แก่ ผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน ทำการตรวจผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน (บุญใจ ศรีสถิตยน์ราษฎร์, 2553) และนำไปคำนวณหาค่าความเที่ยงด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติแคปปา (Kappa statistics) กำหนดค่าที่ยอมรับได้ตามเกณฑ์ของ Kippendorff (1980 อ้างถึงใน ประสพชัย พสุนนท์, 2558) ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน พบว่า การทดสอบความสามารถในการมองเห็น มีค่าสถิติแคปปา เท่ากับ 1 การตรวจภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่ามีค่าสถิติแคปปา เท่ากับ 1 หมายถึงความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมินสามารถยอมรับได้ในทางปฏิบัติ โดยต้องมีค่าแคปปามากกว่า .80 หมายถึง ความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมินที่สามารถยอมรับได้ (ธนภรณ์ พิพัฒน์วิเศษ และคณะ, 2561)

การเตรียมผู้ช่วยวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุโดยให้ทำหน้าที่ในการดูแลความปลอดภัยของผู้สูงอายุในขณะที่ทำการทดสอบภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ผู้วิจัยอธิบายถึงความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งสาธิตการดูแลความปลอดภัยของผู้สูงอายุระหว่างการทดสอบ เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจและร่วมดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยได้อย่างถูกต้อง และปลอดภัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

1. ก่อนดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเสนอโครงร่างงานวิทยานิพนธ์พร้อมเครื่องมือการวิจัย ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา จนได้รับการพิจารณา และเห็นชอบจากคณะกรรมการ เมื่อวันที่ 6 ตุลาคม พ.ศ. 2564 รหัสรับรองจริยธรรมวิจัยเลขที่ G-HS071/2564

2. หลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง เพื่อพิจารณาขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการวิจัย จนได้รับการพิจารณา และเห็นชอบจากคณะกรรมการ เมื่อวันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2565 เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ XXX-IRB 2021-11-29

3. ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายประกอบให้เอกสารภายในห้องพักผู้ป่วย ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ และสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับ โดยใช้รหัสแทนชื่อ ไม่มีการบันทึกชื่อหรือเปิดเผยข้อมูล การวิเคราะห์ผลการวิจัยกระทำในภาพรวม ไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง และบุคคลที่เกี่ยวข้อง และหลังจากได้รับการตีพิมพ์จะทำลายข้อมูลทั้งหมดภายใน 3 ปี

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย จึงดำเนินการ คัดกรอง และเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนที่กำหนดไว้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในสถานการณ์ปัจจุบัน ที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (COVID-19) เพื่อเป็นการป้องกันและลดการแพร่กระจายเชื้อ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งที่ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลได้มีประกาศนโยบาย เรื่อง Triage and screening และนโยบายการดูแลพนักงานเชิงรุกโดยกำหนดให้ผู้ป่วยที่จะต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลต้องได้รับการตรวจเพื่อหาเชื้อ COVID-19 เบื้องต้น ด้วยวิธี Rapid Antigen Test ก่อนรับไว้ในโรงพยาบาลทุกราย และกำหนดให้พนักงานทุกคนต้องได้รับการตรวจคัดกรองเพื่อหาเชื้อ COVID-19 เบื้องต้นด้วยตนเอง โดยใช้ชุด ตรวจ Antigen Test Kit อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง นอกจากนี้ผู้วิจัยยังมีการเตรียมการพิเศษเพิ่มเติมก่อนการเข้าสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ตามแนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยใน (IPD) ในผู้ป่วยทั่วไป (กรมการแพทย์, 2563) ดังนี้

1. ตรวจคัดกรองเบื้องต้นโดยการวัดอุณหภูมิ ผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย และผู้สูงอายุ ก่อนทำการสัมภาษณ์ทุกครั้ง ถ้าพบว่าผู้สูงอายุมีไข้ โดยอุณหภูมิมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส หรือมีอาการทางระบบทางเดินหายใจ ผู้วิจัยจะงดการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุไปก่อน
2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยล้างมือ (Hand hygiene) ด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์ก่อนและหลังการเข้าห้องผู้สูงอายุ การสัมผัสตัว หรือสัมผัสสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุทุกครั้ง ในระหว่างการสอบถามลดการสัมผัสตัวและสิ่งแวดล้อมผู้สูงอายุโดยไม่จำเป็น
3. ผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย และผู้สูงอายุ สวมใส่หน้ากากอนามัย 2 ชั้น (Double Mask) อย่างถูกวิธี และใส่กระจังหน้า (Face shield) ตลอดเวลาที่ทำการสัมภาษณ์และอยู่ภายในห้องพักผู้สูงอายุ

4. ยึดหลักการเว้นระยะห่าง (Social distancing) โดยนั่งห่างจากเตียงผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 เมตร จัดที่นั่งให้ผู้สัมภาษณ์นั่งบริเวณด้านข้างเตียง ไม่นั่งประชันหน้ากันกับผู้สูงอายุโดยตรง และติดตั้งแผงกั้นโปร่งใสแบบเคลื่อนที่ได้ (Partition) กั้นระหว่างผู้สัมภาษณ์ กับผู้สูงอายุในระหว่างทำการสัมภาษณ์

5. ดูและระบบอากาศให้มีทิศทางกรไหลของอากาศไปในทิศทางเดียว จากตัวผู้สัมภาษณ์ ไปหาผู้สูงอายุตลอดเวลาที่ทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ

6. อุปกรณ์ที่ใช้ในการทดสอบการมองเห็น และภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า ผู้วิจัยทำความสะอาดด้วยแผ่นเช็ดทำความสะอาดฆ่าเชื้อ โรคควิไวฟ์ (Cavi wipes) ทุกครั้งหลังใช้งานเสร็จ และก่อนนำไปใช้กับผู้สูงอายุคนต่อไป

โดยตลอดการวิจัยนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่าง ผู้ช่วยวิจัย หรือผู้วิจัย ติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (COVID-19)

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชนเพื่อขออนุญาตเข้าทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยต่าง ๆ ตามที่กำหนด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลที่มีความสนใจเข้าร่วมการวิจัยและมีประสบการณ์เชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยกำหนดให้ผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่จัดเตรียมสถานที่ ดูแลความปลอดภัยของผู้สูงอายุขณะทำการตรวจภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า โดยผู้วิจัยอธิบายความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของการวิจัยกับผู้ช่วยวิจัย สาธิตการจัดเตรียมอุปกรณ์ และการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยสูงอายุขณะทำการตรวจ เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจและร่วมดำเนินการเก็บข้อมูลได้อย่างสมบูรณ์ ถูกต้องและปลอดภัย

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างในแต่ละหอผู้ป่วยตามจำนวนที่คำนวณไว้ด้วยวิธีการจับสลาก

2.2 เมื่อสุ่มกลุ่มตัวอย่างแต่ละหอผู้ป่วย ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและ

ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ในรายที่ยินดีให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอม

2.3 ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์ภาวะโรคร่วม แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว แบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หลังจากนั้นทดสอบความสามารถในการมองเห็น และวัดความดันโลหิตเพื่อประเมินภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า รวมระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์และทดสอบประมาณ 30-40 นาที โดยทำการสัมภาษณ์เมื่อกลุ่มตัวอย่างพร้อม ภายในห้องพักผู้สูงอายุ ที่มีความเป็นส่วนตัว เพื่อไม่ให้เป็นการเปิดเผยข้อมูลผู้สูงอายุ ระหว่างทำการสัมภาษณ์หากผู้ป่วยเหนื่อยเกินไปสามารถให้หยุดพักได้ หรือหากมีภาวะแทรกซ้อนขณะทำการสัมภาษณ์จะยุติการเก็บข้อมูลทันทีและให้การช่วยเหลือ

ในช่วงของการประเมินภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า ผู้สูงอายุอาจมีโอกาสดเกิดการหกล้มได้เนื่องจากการทดสอบต้องเปลี่ยนจากท่านอนเป็นท่านยืน ผู้วิจัยมีการเตรียมการป้องกันความเสี่ยงนี้ โดย

2.3.1 ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้อายุรับทราบก่อนทำการประเมินว่า หากมีอาการผิดปกติขณะทำการประเมินให้แจ้งต่อผู้วิจัย หรือผู้ช่วยวิจัยทันที

2.3.2 ปรับเตียงผู้สูงอายุให้อยู่ในระดับต่ำสุด ยกไม้กั้นเตียงข้างที่จะวัดความดันโลหิตลง และจัดให้ผู้ช่วยวิจัยยืนข้างผู้สูงอายุคนละข้างกับผู้วิจัย เพื่อเตรียมพร้อมให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุ

2.3.3 ผู้ช่วยวิจัยยืนเตรียมพร้อมข้างเตียงให้การช่วยเหลือประคองผู้สูงอายุขณะเปลี่ยนท่าตลอดเวลาที่ทำการทดสอบ โดยให้ผู้สูงอายุเปลี่ยนจากท่านอนเป็นลูกนั่งบนเตียงและลงยืนข้างเตียงตามลำดับ

2.3.4 หากพบว่าผู้สูงอายุมีอาการผิดปกติขณะเปลี่ยนท่าที่อาจทำให้เกิดการหกล้มได้ เช่น เซ เวียนศีรษะ หน้ามืด ผู้วิจัยจะหยุดการทดสอบทันที และรีบเข้าช่วยผู้ช่วยวิจัยประคองผู้สูงอายุให้นอนบนเตียง พร้อมกับยกไม้กั้นเตียงขึ้น และหากผลการประเมินพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า ผู้วิจัยจะประสานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยนั้น ๆ รายงานแพทย์ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการประเมินอย่างละเอียดต่อไป

2.4 ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลด้านสุขภาพ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในวันที่พบผู้สูงอายุ ส่วนจำนวนยาที่ใช้ ผู้วิจัยเก็บจากแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยในและระบบข้อมูลสารสนเทศของโรงพยาบาลเอกชนร่วมด้วย

2.5 ในรายชื่อผลการประเมิน พบว่า มีสภาวะรับรู้ผิดปกติจากการประเมิน 6 CIT ผู้วิจัย ประสานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยนั้น ๆ รายงานแพทย์ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการประเมินอย่างละเอียดต่อไป จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างใหม่จนครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ ซึ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยครั้งนี้ พบว่า มีผู้สูงอายุที่เข้าเกณฑ์ตามคุณสมบัติทั้งหมด จำนวน 298 ราย ไม่ยินยอมในการเก็บข้อมูล จำนวน 23 ราย และมีผลการประเมิน 6 CIT ได้คะแนนมากกว่า 7 คะแนน จำนวน 11 ราย คิดเป็น ร้อยละ 4.0 โดยผู้สูงอายุทุกรายที่มีการรับรู้ผิดปกติได้รับการรายงานแพทย์ เพื่อรับการประเมินอย่างละเอียดต่อไปทุกราย

2.6 ในรายชื่อผลการประเมิน TGDS-15 มีผลรวมคะแนนมากกว่า 6 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งในงานวิจัยนี้ พบกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.19 ผู้วิจัยได้ดำเนินการประสานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยนั้น ๆ รายงานแพทย์ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการประเมินอย่างละเอียดต่อไปทุกราย

2.7 เมื่อสัมภาษณ์เสร็จเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละรายให้เรียบร้อย จากนั้นกล่าวคำขอบคุณและกล่าวลากกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุ ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ผู้ป่วยสูงอายุนอนโรงพยาบาล การผ่าตัดที่ผู้ป่วยสูงอายุได้รับ และระดับของการบาดเจ็บจากการหกล้ม วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ประสิทธิภาพการหกล้ม ภาวะโรคร่วม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า จำนวนอุปกรณ์การแพทย์ จำนวนยาที่ใช้ ความสามารถในการทำกิจกรรม ความสามารถในการมองเห็น การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว และภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ
3. วิเคราะห์ระดับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกิจกรรม วิเคราะห์โดยหา ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ประสิทธิภาพการหกล้ม ภาวะโรคร่วม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า จำนวนอุปกรณ์การแพทย์ จำนวนยาที่ใช้ ความสามารถในการ

ทำกิจกรรม ความสามารถในการมองเห็น การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว และภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ โดยผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง และการกระจายของข้อมูล (Normality test) ตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) ด้วยวิธี Histogram, Stem and leaf plot, Box plot, Kolmogorov Simonov test, Fisher's skewness coefficient และ Scatter plot พบว่า อายุ ประสบการณ์การหกล้ม ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการทำกิจกรรม และการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้ม มีการกระจายข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึงพิจารณาตัดข้อมูล Outlier ออก พบว่าข้อมูลทั้งหมดยังคงมีการกระจายข้อมูลไม่เป็น โค้งปกติ จึงหาค่าความสัมพันธ์โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบเซเรียล (Point biserial correlation coefficient) ระหว่าง เพศ ความสามารถในการมองเห็น และภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน แรงค์ ออเคอร์ (Spearman rank correlation coefficient) ระหว่าง อายุ ประสบการณ์การหกล้ม ภาวะโรคร่วม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการทรงตัว ภาวะซึมเศร้า จำนวนอุปกรณ์การแพทย์ จำนวนยาที่ใช้ การรับรู้ความสามารถในการทำกิจกรรม และการรับรู้ความสามารถในการทรงตัว กับการรับรู้กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ โดยแปลงข้อมูลที่ได้ให้อยู่ในมาตรวัดอันดับมาตรา (Ordinal scale) ตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน แรงค์ ออเคอร์ และกำหนดระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรหรือค่า r (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2553) ดังนี้

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

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศ อายุ ประสบการณ์การหกล้ม ภาวะโรคร่วม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว จำนวนอุปกรณ์การแพทย์ จำนวนยาที่ใช้ ความสามารถในการทำกิจกรรม ความสามารถในการมองเห็น และภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในช่วงระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2565 นำเสนอผลการวิจัยด้วยตารางประกอบการบรรยาย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ระดับการศึกษา การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และตัวแปรที่ศึกษา

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ประสบการณ์การหกล้ม ภาวะโรคร่วม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว จำนวนอุปกรณ์การแพทย์ จำนวนยาที่ใช้ ความสามารถในการทำกิจกรรม ความสามารถในการมองเห็น และภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลซึ่งสามารถอธิบายรายละเอียด ได้ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ระดับการศึกษา การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และตัวแปรที่ศึกษา วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคล และ เพศ อายุ ประสบการณ์การหกล้ม ภาวะโรค ร่วม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว จำนวน อุปกรณ์การแพทย์ จำนวนยาที่ใช้ ความสามารถในการทำกิจกรรม ความสามารถในการมองเห็น และภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า ($n = 97$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	2	2.06
ประถมศึกษา	68	70.10
มัธยมศึกษา	14	14.43
อนุปริญญา หรือเทียบเท่า	1	1.03
ปริญญาตรี	11	11.35
ปริญญาโท	1	1.03
การวินิจฉัยโรค		
GI tract infection	13	13.40
Vertigo	10	10.31
Cancer	10	10.31
Respiratory tract infection	9	9.28
Fever/Sepsis	8	8.25
CAD/Cardiac arrhythmia	8	8.25
Trauma/Bone fracture	6	6.19
Spinal stenosis	4	4.12
Acute pancreatitis	3	3.09
UTI	3	3.09
Cellulitis	2	2.06
Hernia	2	2.06
Arthrosis	2	2.06
Hypertension	2	2.06
Hypoglycemia	2	2.06
อื่น ๆ	13	13.40

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะวันนอนโรงพยาบาล		
1-2 วัน	58	59.80
3-4 วัน	22	22.68
4-7 วัน	10	10.31
7 วันขึ้นไป	7	7.21
$\bar{X} = 3.01, SD = 2.33$		
ตัวแปรที่ศึกษา		
อายุ (ปี)		
60-69	67	69.07
70-79	27	27.83
80 ปีขึ้นไป	3	3.10
$\bar{X} = 67.49, SD = 6.04$		
เพศ		
หญิง	64	65.98
ชาย	33	34.02
ประสบการณ์การหกล้ม		
ไม่เคยหกล้ม	66	68.04
เคยหกล้ม	31	31.96
เคยหกล้ม 1 ครั้ง	19	61.29
เคยหกล้ม 2 ครั้ง	9	29.03
เคยหกล้มตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป	3	9.68
การบาดเจ็บจากการหกล้ม		
ไม่มีการบาดเจ็บ	4	12.90
บาดเจ็บเล็กน้อย	21	67.74
บาดเจ็บปานกลาง	1	3.23
บาดเจ็บรุนแรง	5	16.13

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะโรคร่วม		
ไม่มีโรคร่วม	73	75.27
โรคร่วมมีความรุนแรงน้อย	11	11.34
โรคร่วมมีความรุนแรงปานกลาง	3	3.09
โรคร่วมมีความรุนแรงมาก	10	10.30
การรับรู้ภาวะสุขภาพ		
ไม่ดี	8	8.25
พอใช้	55	56.70
ดี	32	32.99
ดีมาก	2	2.06
ภาวะซึมเศร้า		
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	91	93.81
มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย	6	6.19
การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว		
ไม่ดี	5	5.15
พอใช้	44	45.36
ดี	39	40.21
ดีมาก	9	9.28
จำนวนอุปกรณ์การแพทย์		
ไม่มีอุปกรณ์การแพทย์	4	4.12
มีอุปกรณ์การแพทย์น้อย (1 ชนิด)	74	76.29
มีอุปกรณ์การแพทย์ปานกลาง (2-3 ชนิด)	19	19.59
$\bar{X} = 1.16, SD = 0.49$		
ชนิดของอุปกรณ์การแพทย์		
Infusion Pump	93	81.58
Oxygen	7	6.14
Foley's Cath	9	7.89
NG tube	5	4.39

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนยาที่ใช้		
มียาน้อยชนิด (0-2 ชนิด)	15	15.46
มียาปานกลาง (3-5 ชนิด)	41	42.27
มียามาก (≥ 5 ชนิด)	41	42.27
$\bar{X} = 5.35, SD = 2.94$		
ชนิดของยาที่ผู้สูงอายุได้รับขณะอยู่โรงพยาบาล		
Antibiotic	40	15.94
Paracetamol	31	12.35
PPI	25	9.96
Anti-Hypertension	25	9.96
NSAIDs	20	7.97
Hypnotic Drugs	19	7.57
Statin	17	6.77
Serc	16	6.37
Anti PLT	11	4.38
Prednisolone	7	2.79
DM Drug	6	2.39
Air-X	6	2.39
Fluimucil	6	2.39
Ropect	4	1.59
Other	18	7.17
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน		
มีภาวะพึ่งพาบางส่วน	2	2.06
มีภาวะพึ่งพาเล็กน้อย	95	97.94
ความสามารถในการมองเห็น		
ปกติ	58	59.80
ผิดปกติ	39	40.20

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า		
ไม่มีภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า	92	94.85
มีภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า	5	5.15

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 69.07 อายุเฉลี่ย คือ 67.49 ปี ($SD = 6.04$) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.98 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.10 การวินิจฉัยโรค 3 อันดับแรก ได้แก่ GI tract Infection ร้อยละ 13.40 Vertigo ร้อยละ 10.31 และ Cancer ร้อยละ 10.31 มีระยะวันนอนโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 1-2 วัน ร้อยละ 59.80 เฉลี่ย 3.01 วัน ($SD = 2.33$) ไม่เคยหกล้ม ร้อยละ 68.04 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เคยหกล้มในปีที่ผ่านมาส่วนใหญ่ หกล้ม 1 ครั้ง ร้อยละ 61.29 และหกล้ม 2 ครั้ง ร้อยละ 29.03 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ได้รับบาดเจ็บจากการหกล้มเล็กน้อย ร้อยละ 67.74 กลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 75.27 มีการรับรู้ภาวะสุขภาพขณะอยู่โรงพยาบาลในเกณฑ์พอใช้ ร้อยละ 56.70 ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 93.8 มีการรับรู้ความสามารถในการทรงตัวขณะอยู่ในโรงพยาบาล อยู่ในเกณฑ์พอใช้ ร้อยละ 45.36 และอยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 40.21 มีจำนวนอุปกรณ์การแพทย์น้อย (1ชนิด) ร้อยละ 76.29 เฉลี่ย 1.16 ชนิด ($SD = 0.49$) อุปกรณ์การแพทย์ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับส่วนใหญ่ คือ Infusion Pump ร้อยละ 81.58 ขณะอยู่ในโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างได้รับยาจำนวนปานกลาง (3-5 ชนิด) ร้อยละ 42.27 และได้รับยาจำนวนมาก (≥ 5 ชนิด) ร้อยละ 42.27 เฉลี่ยได้รับยา จำนวน 5.35 ชนิด ($SD = 2.94$) ชนิดของยาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับขณะอยู่โรงพยาบาล 3 อันดับแรก ได้แก่ Antibiotic ร้อยละ 15.94 Paracetamol ร้อยละ 12.35 ยากลุ่ม PPI ร้อยละ 9.96 และ ยา Anti-Hypertension ร้อยละ 9.96 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะพึงพาเล็กน้อย ร้อยละ 97.94 มีความสามารถในการมองเห็นปกติ ร้อยละ 59.80 และไม่มีภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า ร้อยละ 94.85

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกิจกรรม วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละ ของระดับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่
หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ($n = 97$)

การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของ ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน	จำนวน	ร้อยละ
มีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้ม ระดับสูง	76	78.35
มีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้ม ระดับต่ำ	21	21.65

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่
หกล้มในระดับสูง หรือไม่กลัวการหกล้ม ร้อยละ 78.35 และมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติ
กิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในระดับต่ำ หรือไม่กลัวการหกล้ม ร้อยละ 21.65 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตร
ประจำวันโดยไม่หกล้ม ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกิจกรรม (คะแนนเฉลี่ยเต็ม = 4)

กิจกรรม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
1. การอาบน้ำ	3.15	0.82
2. การเอื้อมหยิบของจากตู้	2.76	1.11
3. การเดินรอบห้องผู้ป่วย	3.23	0.85
4. การเตรียมอาหารเล็ก ๆ น้อย ๆ ด้วยตนเอง	3.60	0.61
5. การขึ้นและลงจากเตียงนอน	3.34	0.81
6. การลุกขึ้นไปเปิดประตู หรือลุกขึ้นไปรับโทรศัพท์	3.30	0.86
7. การนั่งและลุกจากเก้าอี้	3.25	0.87
8. การถอดและสวมใส่เสื้อผ้า	3.26	0.95
9. การล้างหน้า ทาแป้ง หวีผม	3.58	0.72
10. การนั่งและลุกจากโถส้วม	3.29	0.76

จากตารางที่ 3 พบว่า กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตร
ประจำวันโดยไม่หกล้มในการทำกิจกรรมนั้น ๆ มากที่สุด คือ การเตรียมอาหารเล็ก ๆ น้อย ๆ ด้วย
ตนเอง ($\bar{X} = 3.60, SD = 0.61$) รองลงมา คือ การล้างหน้า ทาแป้ง หวีผม ($\bar{X} = 3.58, SD = 0.72$) และ

การขึ้นและลงจากเตียงนอน ($\bar{X} = 3.34, SD = 0.81$) ตามลำดับ ส่วนกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในการทำกิจกรรมนั้น ๆ น้อยที่สุด คือ การเอื้อมหยิบของจากตู้ ($\bar{X} = 2.76, SD = 1.11$) การอาบน้ำ ($\bar{X} = 3.15, SD = 0.82$) และ การเดินรอบห้องผู้ป่วย ($\bar{X} = 3.23, SD = 0.85$) ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรศึกษากับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง วิเคราะห์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน แรงค์ ออเดอร์ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรศึกษากับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	<i>p</i> -value
การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว	.581*** (r_s)	< .001
ความสามารถในการทำกิจกรรม	.581*** (r_s)	< .001
ประสบการณ์การหกล้ม	-.416*** (r_s)	< .001
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.380*** (r_s)	< .001
ภาวะซึมเศร้า	-.348*** (r_s)	< .001
ภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า	-.328** (r_{pb})	.001
จำนวนอุปกรณ์การแพทย์	-.293** (r_s)	.002
อายุ	-.256** (r_s)	.006
เพศ	-.232* (r_{pb})	.011
ภาวะโรคร่วม	-.226* (r_s)	.013
จำนวนยาที่ใช้	.047 (r_s)	.325
ความสามารถในการมองเห็น	-.022 (r_{pb})	.416

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

r_s ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน แรงค์ ออเดอร์

r_{pb} ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล

จากตารางที่ 4 พบว่า การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว ความสามารถในการทำกิจกรรม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r_s = .581, p < .001, r_s = .581, p < .001, r_s = .380, p < .001$ ตามลำดับ) ประสพการณ์การหกล้ม ภาวะซึมเศร้า และภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง ($r_s = -.416, p < .001, r_s = -.348, p < .001, r_{pb} = -.328, p < .01$ ตามลำดับ) จำนวนอุปกรณ์การแพทย์ อายุ เพศ และภาวะโรคร่วม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r_s = -.293, p < .01, r_s = -.256, p < .01, r_{pb} = -.232, p < .05, r_s = -.226, p < .05$ ตามลำดับ) กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 .01 และ .05 ตามลำดับ ส่วนจำนวนยาที่ใช้และความสามารถในการมองเห็น มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_s = .047, p = .325, r_{pb} = -.022, p = .416$ ตามลำดับ)

จากผลการศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มในระดับสูง หรือไม่กลัวการหกล้ม ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรศึกษา การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว ความสามารถในการทำกิจกรรม ประสพการณ์การหกล้ม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า ภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า จำนวนอุปกรณ์การแพทย์ อายุ เพศ และภาวะโรคร่วม กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ ส่วนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง จำนวนยาที่ใช้และความสามารถในการมองเห็นกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศ อายุ ประสบการณ์การหกล้ม ภาวะโรคร่วม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว จำนวนอุปกรณ์การแพทย์ จำนวนยาที่ใช้ ความสามารถในการทำกิจกรรม ความสามารถในการมองเห็น และภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งผู้หญิงและผู้ชาย จำนวน 97 คน ที่ได้มาจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย จากผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะโรคร่วม แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว แบบสัมภาษณ์ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ แผ่นวัดสายตาระบบตัวเลขระยะใกล้ และเครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ แบบประเมินภาวะโรคร่วม แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว และแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วหาค่าความเที่ยงได้เท่ากับ .88, 1, .88, .88 และ .96 ตามลำดับ ส่วนแผ่นวัดสายตาระบบตัวเลขระยะใกล้ และเครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ นำไปหาค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินได้เท่ากับ 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน แรงค์ ออเดอร์ ได้ผลการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ข้อมูลพื้นฐาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 69.07 อายุเฉลี่ย คือ 67.49 ปี ($SD = 6.04$) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.98 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.10 การวินิจฉัยโรค 3 อันดับแรก ได้แก่ GI tract Infection ร้อยละ 13.40 Vertigo ร้อยละ 10.31 และ Cancer ร้อยละ 10.31 มีระยะวันนอนโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 1-2 วัน ร้อยละ 59.80 เฉลี่ย 3.01 วัน ($SD = 2.33$) ไม่เคยหกล้ม ร้อยละ 68.04 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เคยหกล้มในปีที่ผ่านมาส่วนใหญ่ หกล้ม 1 ครั้ง ร้อยละ 61.29 และหกล้ม 2 ครั้ง ร้อยละ 29.03 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ได้รับบาดเจ็บจากการหกล้มเล็กน้อย ร้อยละ 67.74 กลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 75.27 มีการรับรู้ภาวะสุขภาพขณะอยู่โรงพยาบาลในเกณฑ์พอใช้ ร้อยละ 56.70 ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 93.8 มีจำนวนอุปกรณ์การแพทย์น้อย (1ชนิด) ร้อยละ 76.29 เฉลี่ย 1.16 ชนิด ($SD = 0.49$) อุปกรณ์การแพทย์ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับส่วนใหญ่ คือ Infusion Pump ร้อยละ 81.58 ขณะอยู่ในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างได้รับยาจำนวนปานกลาง (3-5 ชนิด) ร้อยละ 42.27 และได้รับยาจำนวนมาก (มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ชนิด) ร้อยละ 42.27 เฉลี่ยได้รับยา จำนวน 5.35 ชนิด ($SD = 2.94$) ชนิดของยาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับขณะอยู่โรงพยาบาล 3 อันดับแรก ได้แก่ Antibiotic ร้อยละ 15.94 Paracetamol ร้อยละ 12.35 ยากลุ่ม PPI ร้อยละ 9.96 และ ยา Anti-Hypertension ร้อยละ 9.96 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะพึ่งพาเล็กน้อย ร้อยละ 97.94 มีความสามารถในการมองเห็นปกติ ร้อยละ 59.80 มีการรับรู้ความสามารถในการทรงตัวขณะอยู่ในโรงพยาบาล อยู่ในเกณฑ์พอใช้ ร้อยละ 45.36 และอยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 40.21 และไม่มีภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า ร้อยละ 94.85

2. กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มในระดับสูง หรือไม่กลัวการหกล้ม ร้อยละ 78.35 และมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มในระดับต่ำ หรือกลัวการหกล้ม ร้อยละ 21.65 ตามลำดับ ซึ่งกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มในการทำกิจกรรมนั้น ๆ มากที่สุด คือ การเตรียมอาหารเล็ก ๆ น้อย ๆ ด้วยตนเอง ($\bar{X} = 3.60, SD = 0.61$) รองลงมา คือ การล้างหน้า ทาแป้ง หวีผม ($\bar{X} = 3.58, SD = 0.72$) และ การขึ้นและลงจากเตียงนอน ($\bar{X} = 3.34, SD = 0.81$) ตามลำดับ ส่วนกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มในการทำกิจกรรมนั้น ๆ น้อยที่สุด คือ การเอื้อมหยิบของจากตู้ ($\bar{X} = 2.76, SD = 1.11$) การอาบน้ำ ($\bar{X} = 3.15, SD = 0.82$) และ การเดินรอบห้องผู้ป่วย ($\bar{X} = 3.23, SD = 0.85$) ตามลำดับ

3. การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว ความสามารถในการทำกิจกรรม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r_s = .581, p = < .001, r_s = .581, p = < .001, r_s = .380, p = < .001$ ตามลำดับ) ประสิทธิภาพการหกล้ม ภาวะซึมเศร้า และภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง ($r_s = -.416, p = < .001, r_s =$

- .348, $p < .001$, $r_{pb} = -.328$, $p < .01$ ตามลำดับ) จำนวนอุปกรณ์การแพทย์ อายุ เพศ และภาวะโรคร่วม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r_s = -.293$, $p < .01$, $r_s = -.256$, $p < .01$, $r_{pb} = -.232$, $p < .05$, $r_s = -.226$, $p < .05$ ตามลำดับ) กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 .01 และ .05 ตามลำดับ ส่วนจำนวนยาที่ใช้และความสามารถในการมองเห็นมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_s = .047$, $p = .325$, $r_{pb} = -.022$, $p = .416$ ตามลำดับ)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถนำมาใช้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานของการศึกษาได้ ดังนี้

1. การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มในระดับสูง ร้อยละ 78.35 หรือไม่ก่การหกล้ม ซึ่งกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มในการทำกิจกรรมนั้น ๆ มากที่สุดคือ การเตรียมอาหารเล็ก ๆ น้อย ๆ ด้วยตนเอง ($\bar{X} = 3.60$, $SD = 0.61$) รองลงมา คือ การล้างหน้าทาแป้ง หวีผม ($\bar{X} = 3.58$, $SD = 0.72$) และ การขึ้นและลงจากเตียงนอน ($\bar{X} = 3.34$, $SD = 0.81$) ตามลำดับ ซึ่งโรงพยาบาลเอกชนที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเป็น โรงพยาบาลเอกชนระดับตติภูมิขั้นต้น ลักษณะห้องพักผู้ป่วยเป็นห้องพักเดี่ยว มีห้องน้ำในตัวทุกห้อง มีราวจับช่วยเดินทั้งในห้องน้ำและรอบห้องผู้ป่วย มีอุปกรณ์การแพทย์ที่เอื้อต่อการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ เช่น เตียงไฟฟ้าปรับระดับได้ต่ำสุด ระบบไฟใต้เตียงอัตโนมัติ ระบบเรียกพยาบาล (Nurse call) และการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยทุกห้อง ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยปกติส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น มีอายุเฉลี่ย 67 ปี มีอาการเจ็บป่วยที่ไม่ซับซ้อน ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 75.27 และสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ร้อยละ 97.94 และไม่เคยมีประสบการณ์การหกล้ม ร้อยละ 68.04 สามารถอธิบายตามกรอบกรอบแนวคิดของ ICF โดยการประยุกต์ใช้ของ Pohl et al., (2015) ได้ว่าผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น มีการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรงทำให้ผู้สูงอายุยังคงสามารถมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ยังคงบทบาทในสังคมได้ รวมถึงการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรงทำให้มีการใช้ยา และอุปกรณ์การแพทย์น้อย

ผู้สูงอายุจึงได้รับผลกระทบจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมน้อย จากปฏิสัมพันธ์ในด้านต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถและสภาพสุขภาพของตนเองดี ส่งผลให้มีการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในระดับสูง หรือไม่กลัวการหกล้ม (Bandura, 1997)

ส่วนกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในการทำกิจกรรมนั้น ๆ น้อยที่สุด คือ การเอื้อมหยิบของจากตู้ ($\bar{X} = 2.76, SD = 1.11$) การอาบน้ำ ($\bar{X} = 3.15, SD = 0.82$) และ การเดินรอบห้องผู้ป่วย ($\bar{X} = 3.23, SD = 0.85$) ตามลำดับ สามารถอธิบายได้ว่า ภาวะเจ็บป่วยทำให้ร่างกายผู้สูงอายุมีการเสียสมดุล กำลังสำรองลดลง การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง และเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้สูงอายุจะได้รับยาเพิ่มขึ้น รวมถึงมีการใช้อุปกรณ์การแพทย์ต่าง ๆ เพื่อการรักษา ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุ เมื่ออายุเกิน 60 ปีขึ้นไป มักพบปัญหาการเดินการทรงตัวผิดปกติได้ถึง ร้อยละ 35 และเพิ่มเป็น ร้อยละ 50 ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป (จิตติมา บุญเกิด, 2561) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุมียังมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ความยืดหยุ่นของข้อและเอ็นรอบข้อลดลง ทำให้การประสานงานของกล้ามเนื้อและข้อลดลง เกิดการจำกัดการเคลื่อนไหว (Miller, 2009) จากการเปลี่ยนแปลงตามวัย ร่วมกับภาวะเจ็บป่วยนี้ ทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถในการทรงตัวของตนเองลดลง เมื่อต้องทำกิจกรรมที่ต้องใช้การเคลื่อนไหวร่างกายมาก เช่น เอื้อมหยิบของจากตู้ อาบน้ำ เดินรอบห้องผู้ป่วยสูงอายุจึงมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ในระดับต่ำ

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว ความสามารถในการทำกิจกรรม ประสิทธิภาพการหกล้ม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า ภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า จำนวนอุปกรณ์การแพทย์ อายุ เพศ และภาวะโรคร่วม มีความสัมพันธ์กับ การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 .01 และ .05 ตามลำดับ ส่วนจำนวนยาที่ใช้ และความสามารถในการมองเห็น มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังต่อไปนี้

2.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้ม ประกอบด้วย

2.1.1 การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พบว่า การรับรู้ความสามารถในการทรงตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r_s = .581, p < .001$) กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีการรับรู้ความสามารถในการทรงตัวดี จะมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มในระดับสูง หรือ ไม่กลัวการหกล้ม ส่วนผู้ป่วยสูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถในการทรงตัวไม่ดี จะมีการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มในระดับต่ำ หรือ กลัวการหกล้ม โดยผลการศึกษานี้เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายตามแนวคิด ICF ที่ Pohl et al., (2015) ได้ประยุกต์แนวคิดของ WHO (2001) ที่กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถในการทรงตัวเป็นปัจจัยด้านบุคคลที่ส่งผลต่อการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยทำให้ร่างกายของผู้สูงอายุมีการเสียมวลกระดูก กำลังสำรองลดลง และการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุ เมื่ออายุเกิน 60 ปีขึ้นไป มักพบปัญหาการเดินการทรงตัวผิดปกติได้ถึง ร้อยละ 35 และเพิ่มเป็น ร้อยละ 50 ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป (จิตติมา บุญเกิด, 2561) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ลดลง ความยืดหยุ่นของข้อและเอ็นรอบข้อลดลง ทำให้การประสานงานของกล้ามเนื้อและข้อลดลง เกิดการจำกัดการเคลื่อนไหว (Miller, 2009) จากการเปลี่ยนแปลงตามวัยร่วมกับภาวะเจ็บป่วย ทำให้ความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุบกพร่องความสามารถในการทรงตัวของตนเองไม่ดี ส่งผลให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง อาจทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มในระดับต่ำ จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถในการทรงตัวในระดับพอใช้ ร้อยละ 45.36 และระดับดี ร้อยละ 40.12 ตามลำดับ ไม่เคยหกล้ม ร้อยละ 68.04 ร่วมกับขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า ร้อยละ 94.85 เมื่อผู้สูงอายุไม่มีอาการผิดปกติ ในขณะที่เคลื่อนไหวร่างกายหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ผู้สูงอายุจึงมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง (Bandura, 1997) ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถในการทรงตัวดี ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลศูนย์ (กรรณิกา ตรีคำ และคณะ, 2562) และ การศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน (นงลักษณ์ พรหมมาพงษ์ และคณะ, 2561) ที่พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มีการทรงตัวบกพร่องจะมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.1.2 ความสามารถในการทำกิจกรรม

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความสามารถในการทำกิจกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกใน ระดับปานกลาง ($r_s = .581, p = < .001$) กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .001 กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีภาวะพึ่งพาเล็กน้อยจะ มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มในระดับสูง หรือ ไม่กลัวการ หกล้ม ส่วนผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพามาก จะมีการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน โดยไม่หกล้มในระดับต่ำ หรือ กลัวการหกล้ม โดยผลการศึกษานี้เป็นไปตามสมมุติฐาน ที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายตามแนวคิด ICF ที่ Pohl et al. (2015) ได้ประยุกต์แนวคิดของ WHO (2001) ที่กล่าวว่า ความสามารถในการทำกิจกรรมเป็นปัจจัยด้านกิจกรรมและการมีส่วนร่วม ผู้สูงอายุที่ต้อง เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร่างกายจะเสียสมดุลจากการนอนนาน ร่างกายไม่สามารถทำหน้าที่ ได้เต็มที่จากภาวะเจ็บป่วยและการรักษา ผู้สูงอายุจะมีการตอบสนอง คือ จำกัดกิจกรรมของตนเอง ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง กระทบต่อการคงไว้ซึ่งการดำรงชีวิตประจำวันด้าน ต่าง ๆ ของผู้สูงอายุเอง (Boltz et al., 2014; Nguyen et al., 2020) จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น อายุเฉลี่ย 67 ปี มีภาวะพึ่งพาเล็กน้อย ร้อยละ 97.94 มีการรับรู้ภาวะ สุขภาพในระดับพอใช้ ร้อยละ 56.70 มีอาการเจ็บป่วยที่ไม่ซับซ้อน ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 75.27 และมีระยะวันนอนโรงพยาบาล 1-2 วัน ผู้สูงอายุยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ร่วมกับในบริบทของ โรงพยาบาลเอกชนที่ต้องมีผู้ดูแลหรือมีญาติเฝ้าตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และ มาตรฐานการบริการที่มีระบบเรียกเจ้าหน้าที่เมื่อต้องการความช่วยเหลือ (Nurse call) จึงทำให้ ผู้สูงอายุมีผู้ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมตลอดเวลา ผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง จะมีการรับรู้ความสามารถในการทำกิจกรรมของตนเองสูง (Bandura, 1997) ส่งผลให้มีการรับรู้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มในระดับสูง สอดคล้องกับ การศึกษาใน โรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิและ โรงพยาบาลชุมชนที่ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการทำ กิจกรรมสูงจะมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มในระดับสูง อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ (กรรณิกา ศรีคำ และคณะ, 2562; นางลัทษณ์ พรหมมาพงษ์ และคณะ, 2561)

2.1.3 ประสิทธิภาพการหกล้ม

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ประสิทธิภาพการหกล้มมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับ ปานกลาง ($r_s = -.416, p = < .001$) กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่ หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ไม่เคยมีประสบการณ์การ

หกล้ม จะมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในระดับสูง หรือ ไม่ก่ลัวการหกล้ม ส่วนผู้ป่วยสูงอายุที่เคยมีประสบการณ์การหกล้ม จะมีการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในระดับต่ำ หรือ ก่ลัวการหกล้ม โดยผลการศึกษานี้เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายตามแนวคิด ICF ที่ Pohl et al. (2015) ได้ประยุกต์แนวคิดของ WHO (2001) ที่กล่าวว่า ประสบการณ์การหกล้ม เป็นปัจจัยด้านบุคคลที่ส่งผลกระทบต่อการรับรู้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากประสบการณ์ทั้งในอดีตและปัจจุบันอาจมีผลต่อภาวะสุขภาพ ส่งผลต่อสภาวะสุขภาพของบุคคล ซึ่งผู้สูงอายุที่เคยมีประสบการณ์การหกล้ม มักมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในระดับต่ำ เนื่องจากการหกล้มเป็นประสบการณ์ที่ไม่ดี โดยเฉพาะเมื่อมีการบาดเจ็บร่วมด้วย (จิตติมานุญเกิด, 2561) ประสบการณ์ในด้านลบทั้งโดยตรงหรือจากบุคคลอื่น จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ (Bandura, 1997) ร่วมกับเมื่ออายุมากขึ้นจะส่งผลกระทบต่อความเสื่อมตามวัยที่เพิ่มขึ้น จำนวนและขนาดเส้นใยของกล้ามเนื้อจะลดลง กำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง ทำให้การเคลื่อนไหวในลักษณะต่าง ๆ ไม่คล่องตัว (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) รวมทั้งมีการสลายของกระดูกมากกว่าการสร้างทำให้กระดูกบางลง มวลกระดูกลดลงอย่างช้า ๆ ประมาณ ร้อยละ 0.5-1 ต่อปี เกิดภาวะกระดูกพรุนได้ง่ายในเพศหญิง จากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนทั้งหมด ประจำเดือน (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2561) ทำให้เกิดการหกล้มได้ง่าย จากการศึกษาพบว่า ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การหกล้ม ร้อยละ 68.04 ส่วนที่เคยหกล้มส่วนใหญ่มักมีประสบการณ์หกล้ม 1 ครั้ง ร้อยละ 61.29 และได้รับบาดเจ็บจากการหกล้มเล็กน้อย ร้อยละ 67.74 จึงทำให้มีการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน (นงลักษณ์ พรหมมาพงษ์ และคณะ, 2561) และการศึกษาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในประเทศเกาหลี (Lee et al., 2017) ที่พบว่า ประสบการณ์การหกล้มมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.1.4 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

การศึกษานี้ พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r_s = .380, p = < .001$) กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดีจะมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในระดับสูง หรือ ไม่ก่ลัวการหกล้ม ส่วนผู้ป่วยสูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับต่ำ จะมีการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ

กิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในระดับต่ำ หรือ กลัวการหกล้ม โดยผลการศึกษานี้เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้สามารถอธิบายตามแนวคิด ICF ที่ Pohl et al. (2015) ได้ประยุกต์แนวคิดของ WHO (2001) ที่กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยส่วนบุคคล เป็นกระบวนการทางความคิด ความเข้าใจที่ผู้สูงอายุประเมินสุขภาพของตนเอง ในสภาวะที่ร่างกายของผู้สูงอายุมีความผิดปกติ เช่น ภาวะเจ็บป่วย ความเจ็บปวด ความเหนื่อยล้า ร่วมกับภาวะโรคร่วมที่ทำให้การดูแลรักษา มีความซับซ้อนมากขึ้น และการช่วยเหลือตนเองได้น้อยต้องพึ่งพาผู้อื่นจากความรุนแรงของโรค ส่งผลให้ผู้สูงอายุคิดว่าเหตุการณ์ที่ตนเองประสบอยู่นั้นยากเกินกว่าที่ตนจะสามารถปฏิบัติได้ ทำให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำลง (Bandura, 1997) จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับพอใช้ ร้อยละ 56.70 และ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดี ร้อยละ 32.99 สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยไม่ซับซ้อน การวินิจฉัยโรค 3 อันดับแรก ได้แก่ GI tract Infection ร้อยละ 13.40 Vertigo ร้อยละ 10.31 และ Cancer ร้อยละ 10.31 ตามลำดับ ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 75.27 และมีภาวะพึ่งพาเล็กน้อย ร้อยละ 97.94 จึงทำให้ผู้สูงอายุยังคงทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองดี ซึ่งผลการศึกษารังนี้ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลศูนย์ (กรรณิกา ตรีคำ และคณะ, 2562) และ การศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน (นงลักษณ์ พรหมมาพงษ์ และคณะ, 2561) ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.1.5 ภาวะซึมเศร้า

การศึกษารังนี้ พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง ($r_s = -.348, p = < .001$) กับ การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มในระดับสูง หรือ ไม่กลัวการหกล้ม ส่วนผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มในระดับต่ำ หรือ กลัวการหกล้ม โดยผลการศึกษานี้เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายตามแนวคิด ICF ที่ Pohl et al. (2015) ได้ประยุกต์แนวคิดของ WHO (2001) ที่กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งอาจมีผลต่อภาวะสุขภาพ เป็นสภาวะอารมณ์ที่ผิดปกติของผู้สูงอายุ เป็นอารมณ์ทางด้านลบ สภาวะอารมณ์ด้านลบนี้จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมช้าลง มีการตัดสินใจผิดพลาด หรือจำกัดการทำกิจกรรม จนทำให้ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง จะมีการรับรู้ความสามารถของ

ตนเองต่ำลง (Bandura, 1997) นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ด้วยภาวะเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค การถูกจำกัดกิจกรรม และการนอนโรงพยาบาลนาน อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้า ทำให้อาการเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้น กระทบต่อการคงไว้ซึ่งการดำรงชีวิตประจำวันด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุเอง ได้แก่ การช่วยเหลือตนเองในการรับประทานอาหาร การอาบน้ำแต่งตัว การควบคุมการขับถ่าย และการเคลื่อนไหวร่างกาย (Boltz et al., 2014; Nguyen et al., 2020) จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 93.81 มีการเจ็บป่วยที่ไม่ซับซ้อน ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 75.27 มีระยะเวลาอนโรงพยาบาล 1-2 วัน ร้อยละ 59.80 มีภาวะพึ่งพาเล็กน้อย ร้อยละ 97.94 ผู้สูงอายุจึงมีการรับรู้ว่าคุณสมบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ร่วมกับมาตรฐานการบริการของโรงพยาบาลเอกชนที่เน้นเรื่องของการบริการด้วยความใส่ใจ ระบบการดูแลแบบ Case management และต้องมีญาติหรือผู้ดูแลอยู่ด้วยตลอดเวลา ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะเป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ เช่น ภรรยา สามี หรือ ลูกหลาน ผู้สูงอายุจึงมีความคุ้นเคย ทำให้อย่างยังสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้ สอดคล้องกับ การศึกษาผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนที่ พบว่า ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุ (กรรณิกา ตรีคำ และคณะ, 2562; นงลักษณ์ พรหมมาพงษ์ และคณะ, 2561) และการศึกษาในโรงพยาบาล 7 แห่งในประเทศไทยพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุ (Nguyen et al., 2020) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.1.6 ภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า

การศึกษารั้งนี้ พบว่า ภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง ($r_{pb} = -.328, p = .001$) กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ไม่มีภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าจะมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในระดับสูง หรือ ไม่ก่การหกล้ม ส่วนผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า จะมีการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในระดับต่ำ หรือ ก่การหกล้ม โดยผลการศึกษานี้เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายตามแนวคิด ICF ที่ Pohl et al. (2015) ได้ประยุกต์แนวคิดของ WHO (2001) ที่กล่าวว่า ภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าเป็นปัจจัยด้านการทำงานหรือโครงสร้างของร่างกาย หากมีความผิดปกติก็จะเกิดเป็นปัญหาการทำงานของร่างกาย ซึ่งในวัยสูงอายุกลไกการตอบสนองของหัวใจและหลอดเลือดในการปรับความดันโลหิตในขณะเปลี่ยนท่าจะมีความสามารถลดลง ร่วมกับระบบประสาทอัตโนมัติทำงานลดลง

จากความเสื่อมตามวัย จึงส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าได้ง่าย (วีระศักดิ์ ศรีนิน ภากร และคณะ, 2562) โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล มักจะถูกจำกัดให้นอนพักบนเตียงเป็นส่วนใหญ่ เมื่อมีการลุกขึ้นหรือเปลี่ยนท่าอย่างทันทีทันใด จึงเกิดอาการหน้ามืด เวียนศีรษะหรือหมดสติได้ เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มในระดับต่ำ ร่วมกับผู้สูงอายุมักมีการใช้ยาหลายชนิด เมื่อต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล การเปลี่ยนแปลงตามวัยในเรื่องเภสัชจลนศาสตร์ และเภสัชพลศาสตร์ ทำให้การออกฤทธิ์ของยาเปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะยาในกลุ่มที่ทำให้ ว่างซึม ยาลดความดันโลหิต ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการข้างเคียง เช่น เวียนศีรษะ ว่างซึมและเสียการทรงตัว (จิตติมา บุญเกิด, 2561) ซึ่งอาการเหล่านี้ ส่งผลต่อการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ จากการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า ร้อยละ 94.85 ได้รับยามากกว่าหรือเท่ากับ 5 ชนิด ร้อยละ 42.27 เฉลี่ย 5.35 ชนิด โดยยาที่ผู้สูงอายุได้รับขณะอยู่โรงพยาบาล 3 อันดับแรก ได้แก่ ยา Antibiotic ร้อยละ 15.94 ยา Paracetamol ร้อยละ 12.35 และยากลุ่ม PPI ร้อยละ 9.96 ตามลำดับ ซึ่งยาในกลุ่มนี้ไม่ทำให้เกิดอาการข้างเคียงที่ทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำ หรือว่างซึม จึงทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง และเชื่อในความสามารถของตนเอง (Bandura, 1997) สอดคล้องกับการศึกษาในคลินิกผู้สูงอายุประเทศตุรกี ที่พบว่า ภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่ามีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ (Arik et al., 2020) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.1.7 จำนวนอุปกรณ์การแพทย์

การศึกษานี้ พบว่า จำนวนอุปกรณ์การแพทย์มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r_s = -.293, p = .002$) กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ได้รับอุปกรณ์การแพทย์น้อยจะมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มในระดับสูง หรือ ไม่กลัวการหกล้ม ส่วนผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับอุปกรณ์การแพทย์มาก จะมีการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มในระดับต่ำ หรือ กลัวการหกล้ม โดยผลการศึกษานี้เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายตามแนวคิด ICF ที่ Pohl et al. (2015) ได้ประยุกต์แนวคิดของ WHO (2001) ที่กล่าวว่า อุปกรณ์การแพทย์ที่ผู้สูงอายุได้รับเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่อยู่ภายนอกบุคคลและสามารถมีอิทธิพลในแง่บวกหรือแง่ลบต่อสมรรถนะของตัวบุคคล การที่ผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น มักจะต้องมีการใช้อุปกรณ์การแพทย์หลายชนิด เช่น สารน้ำทางหลอดเลือดดำ สายสวนปัสสาวะ ร่วมกับบริบทของโรงพยาบาลเอกชนที่มักจะใช้เครื่องมือ

ทางการแพทย์เข้ามาช่วยในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันความผิดพลาดของบุคคล จึงอาจทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเคลื่อนไหวได้ไม่สะดวก ผู้สูงอายุจึงมีการจำกัดการทำกิจกรรมของตนเองส่งผลให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ (Bandura, 1997) จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับอุปกรณ์การแพทย์น้อย (1 ชนิด) ร้อยละ 76.29 โดยอุปกรณ์การแพทย์ที่ผู้สูงอายุได้รับส่วนใหญ่คือ Infusion Pump ร้อยละ 81.58 ซึ่งในโรงพยาบาลเอกชนแห่งนี้ Infusion Pump เป็นแบบล้อลาก 360 องศา บริเวณเสามีที่จับสำหรับเข็นไปมาได้ และผู้สูงอายุจะได้รับการแนะนำวิธีการเคลื่อนย้ายเครื่อง Infusion Pump เมื่อแรกรับทุกราย รวมทั้งการมีญาติหรือผู้ดูแลอยู่ด้วยตลอดเวลา ระบบเรียกพยาบาลเมื่อต้องการเคลื่อนย้าย ทำให้ผู้สูงอายุมีผู้ช่วยเหลือจึงสามารถเคลื่อนไหวโดยมีอุปกรณ์การแพทย์ได้โดยสะดวก และยังคงสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิ ที่พบว่า จำนวนอุปกรณ์การแพทย์มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ (กรรณิกา ตรีคำ และคณะ, 2562) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.1.8 อายุ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r_s = -.256, p = .006$) กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลที่มีอายุน้อยจะมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในระดับสูง หรือ ไม่ก่ลัวการหกล้ม ส่วนผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุมากจะมีการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในระดับต่ำ หรือ ก่ลัวการหกล้ม โดยผลการศึกษานี้เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายตามแนวคิด ICF ที่ Pohl et al. (2015) ได้ประยุกต์แนวคิดของ WHO (2001) ที่กล่าวว่า อายุ เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่สำคัญต่อภาวะสุขภาพ เนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลต่อความเสื่อมตามวัยที่เพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ ได้แก่ ระบบกล้ามเนื้อ เมื่ออายุมากขึ้นจำนวนและขนาดเส้นใยของกล้ามเนื้อจะลดลง กำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง ทำให้การเคลื่อนไหวในลักษณะต่าง ๆ ไม่คล่องตัว (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ร่วมกับมีการสลายของกระดูกมากกว่าการสร้างทำให้กระดูกบางลง มวลกระดูกลดลงอย่างช้า ๆ ประมาณ ร้อยละ 0.5-1 ต่อปี เกิดภาวะกระดูกพรุนได้ง่ายในเพศหญิง จากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนหลังหมดประจำเดือน (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2561) ระบบประสาท เซลล์ประสาทและสารสื่อประสาทลดลง ส่งผลให้ความจำและการรับรู้ลดลง ระบบหัวใจและหลอดเลือด พบมีผนังหลอดเลือดหนาและแข็ง ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ปริมาณเลือดไหลเวียนน้อยลง เกิดอาการเวียนศีรษะได้ง่าย (Dong &

Seung, 2013) จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 69.07 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง คือ 67.49 ซึ่งเป็นผู้สูงอายุตอนต้นมีการเปลี่ยนแปลงในทางสรีรวิทยาที่เสื่อมลงตามวัยยังไม่มากส่วนใหญ่ยังแข็งแรง ช่วยเหลือตนเองได้ดี ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การหกล้ม ร้อยละ 68.04 ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 75.27 มีภาวะพึงพาเล็กน้อย ร้อยละ 97.94 และมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับพอใช้ ร้อยละ 56.70 จึงทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้และเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ (Bandura, 1997) สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ และการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุในประเทศอิหร่านที่พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (กรรณิกา ตรีคำ และคณะ, 2562; Dadgari et al., 2020) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.1.9 เพศ

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า เพศหญิงมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r_{pb} = -.232, p = .011$) กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผลการศึกษานี้เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายตามแนวคิด ICF ที่ Pohl et al. (2015) ได้ประยุกต์แนวคิดของ WHO (2001) ที่กล่าวว่า เพศ เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ ความแตกต่างทางเพศ สังคมไทยกำหนดบทบาทเพศภาวะแบบดั้งเดิมของเพศชาย และเพศหญิงแตกต่างกัน โดยเชื่อว่าผู้ชายมีพลังมากกว่าเพศหญิง แม้ว่าในปัจจุบัน บทบาทเพศภาวะแบบเสมอภาคยอมรับว่าหญิงชายนั้นมีความเท่าเทียมกัน และบทบาทของหญิงชายนั้นไม่มีความแตกต่างกัน (พีรดา ภูมิสวัสดิ์, 2563) อย่างไรก็ตาม เพศหญิงมักจะแสดงออกถึงความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มได้ตามความรู้สึกที่แท้จริง ในขณะที่เพศชายมักจะไม่เปิดเผยหรือไม่แสดงออกถึงความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในระดับต่ำ ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงตามวัยโดยเฉพาะในเพศหญิงที่มีการสลายของกระดูกมากกว่าการสร้าง ทำให้กระดูกบางลง มวลกระดูกลดลง เกิดภาวะกระดูกพรุนได้ง่ายจากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน นอกจากนี้ยังพบว่ากล้ามเนื้อจะฝ่อลีบ เซลล์กล้ามเนื้อลดลง ทำให้มีกำลังและความแข็งแรงลดลง (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2560) การเปลี่ยนแปลงในการเคลื่อนไหวของสะโพกในการรับน้ำหนักของหัวเข่าขณะเดิน พบว่า ในเพศหญิงและเพศชายจะมีความแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุเพศหญิงจะมีท่าเดินที่มีฐานแคบ ส่วนผู้สูงอายุเพศชายจะมีท่าเดินที่มีฐานกว้างและระยะก้าวสั้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้เพศชายมีการทรงตัวที่ดีกว่า (เยาวลักษณ์ คุ้มขวัญและคณะ, 2561) จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.98 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 73.44 ซึ่งผู้สูงอายุเพศหญิงในวัยนี้จะเริ่มมี

การเปลี่ยนแปลงตามวัยที่ส่งผลต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ สภาวะทางด้านร่างกายของเพศหญิงที่ผิดปกตินี้ จะส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเพศหญิงไม่เชื่อในความสามารถของตนเอง และมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ (Bandura, 1997) สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน การศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และการศึกษาในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ประเทศอิหร่าน ที่พบว่า เพศหญิงมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในระดับต่ำกว่าผู้ชาย (นงลักษณ์พรมาพงษ์ และคณะ, 2561; อันวรรณ รัตนมณี และคณะ, 2560; Dadgari et al., 2020) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.1.10 ภาวะโรคร่วม

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ภาวะโรคร่วมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r_s = -.226, p = .013$) กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ไม่มีภาวะโรคร่วม หรือมีโรคร่วมน้อยจะมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในระดับสูง หรือไม่ก่การหกล้ม ส่วนผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะโรคร่วมมาก จะมีการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในระดับต่ำ หรือ ก่การหกล้ม โดยผลการศึกษานี้เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายตามแนวคิด ICF ที่ Pohl et al. (2015) ได้ประยุกต์แนวคิดของ WHO (2001) ที่กล่าวว่า ภาวะโรคร่วมเป็นปัจจัยส่วนบุคคล ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยจะต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุเมื่อมีการเจ็บป่วยมักมีพยาธิสภาพต่อหลายระบบ หากมีภาวะโรคร่วมหลายโรคก็จะทำให้การเจ็บป่วยมีความรุนแรงมากขึ้น ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลให้สภาวะทางร่างกายมีความผิดปกติ ทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองไม่ดี ขาดความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง ผู้สูงอายุจึงมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำลง (Bandura, 1997) จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะโรคร่วม ร้อยละ 75.27 มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับพอใช้ ร้อยละ 56.70 และมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาล 1-2 วัน ร้อยละ 59.80 จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 3.01 วัน ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหากไม่มีภาวะโรคร่วมจะส่งผลให้ฟื้นหายได้เร็ว ใช้เวลาในการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อย ส่งผลให้มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองดี และรู้ว่าตนเองมีความสามารถหรือประสบความสำเร็จในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง (Bandura, 1997) จึงมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเกาหลีที่ พบว่า ภาวะโรคร่วม มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความมั่นใจ

ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล (Lee et al., 2017) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2 ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้ม ประกอบด้วย จำนวนยาที่ใช้และความสามารถในการมองเห็น สามารถอภิปรายได้ ดังนี้

2.2.1 จำนวนยาที่ใช้

การศึกษาค้นคว้า พบว่า จำนวนยาที่ผู้สูงอายุได้รับขณะอยู่ในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวก ($r_s = .047, p = .325$) กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่ว่าจะได้รับยาจำนวนมากหรือน้อยจะมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มไม่แตกต่างกัน โดยผลการศึกษานี้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และไม่สอดคล้องกับแนวคิด ICF ที่ Pohl et al. (2015) ได้ประยุกต์แนวคิดของ WHO (2001) ที่กล่าวว่า จำนวนยาที่ใช้ เป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่อยู่ภายนอกบุคคล และสามารถที่จะมีอิทธิพลต่อความสามารถของบุคคลนั้น ซึ่งผู้สูงอายุมักมีการใช้ยาหลายชนิด เนื่องจากมีโรคเรื้อรังอยู่แล้ว เมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้ได้รับยาจำนวนมากขึ้น ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงตามวัยในเรื่องเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ ทำให้การออกฤทธิ์ของยาเปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะยาในกลุ่มที่ทำให้ ง่วงซึม ยาลดความดันโลหิต ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการข้างเคียง เช่น เวียนศีรษะ ง่วงซึมและเสียการทรงตัวได้ง่าย (จิตติมา บุญเกิด, 2561) จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับยาขณะอยู่ในโรงพยาบาลปานกลาง (3-5 ชนิด) ร้อยละ 42.27 และได้รับยามาก (มากกว่า 5 ชนิด) ร้อยละ 42.27 เฉลี่ยผู้สูงอายุได้รับยาขณะอยู่ในโรงพยาบาล 5.35 ชนิด โดยยาที่ผู้สูงอายุได้รับ 3 อันดับแรก ได้แก่ ยา Antibiotic ร้อยละ 15.94 ยา Paracetamol ร้อยละ 12.35 และยากลุ่ม PPI ร้อยละ 9.96 ตามลำดับ ซึ่งยาเหล่านี้เป็นยาที่ไม่มีผลข้างเคียงที่ทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะ ไม่มีผลต่อการทรงตัว และเป็นยาที่ใช้รักษาตามอาการ จึงมีการใช้ยาในระยะเวลาสั้น ๆ ร่วมกับบริบทของโรงพยาบาลเอกชนที่มีความหลากหลายของยาให้แพทย์สามารถเลือกใช้ได้ หากพบว่า ยามีผลข้างเคียงต่อผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุยังสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เองจึงไม่มีผลกระทบต่อการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ การศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิ ที่พบว่า จำนวนยาที่ใช้มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (กรรณิกา ตรีคำ และคณะ, 2562)

2.2.2 ความสามารถในการมองเห็น

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความสามารถในการมองเห็นมีความสัมพันธ์ทางลบ ($r_{pb} = -.022, p = .416$) กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง อย่างไรก็ตามมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่ว่าจะมีความสามารถในการมองเห็นปกติหรือบกพร่องจะมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้ม ไม่แตกต่างกัน โดยผลการศึกษานี้ไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ และไม่สอดคล้องกับแนวคิด ICF ที่ Pohl et al. (2015) ได้ประยุกต์แนวคิดของ WHO (2001) ที่กล่าวว่า ความสามารถในการมองเห็น เป็นปัจจัยด้านการทำงานและโครงสร้างของร่างกายที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ เนื่องมาจากความเสื่อมของดวงตาและสายตาจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุ ทำให้มีการขุ่นและแข็งขึ้นของเลนส์ตา ส่งผลให้สายตาขาวขึ้น ลานสายตาแคบลง การมองเห็นไม่ดีในที่แสงน้อย และความสามารถในการเทียบสีลดลง (Miller, 2009) ร่วมกับโรคที่เกิดจากความเสื่อมสภาพของตาในผู้สูงอายุ เช่น โรคต้อกระจก โรคต้อหิน และจอประสาทตาเสื่อม ทำให้ความสามารถในการมองเห็นของผู้สูงอายุลดลง ซึ่งการมองเห็นบกพร่องนี้เป็นสภาวะทางด้านร่างกายที่ผิดปกติ และมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผู้สูงอายุจะมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ ไม่เชื่อในความสามารถของตนเอง (Bandura, 1997) โดยผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการมองเห็นต่ำ จะมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มในระดับต่ำ (Nguyen et al., 2020) จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น ร้อยละ 69.07 มีความสามารถในการมองเห็นปกติ ร้อยละ 59.80 และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยปกติ ซึ่งบริบทของโรงพยาบาลเอกชนลักษณะห้องผู้ป่วยเป็นห้องเดี่ยว มีแสงไฟสว่างเพียงพอ และมีเตียงไฟฟ้าที่มีระบบไฟ Censer ได้เตียงโดยไฟจะเปิดอัตโนมัติเมื่อผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวลงจากเตียง ร่วมกับการมีผู้ดูแลหรือญาติอยู่ให้การช่วยเหลือตลอดเวลา จึงทำให้ความสามารถในการมองเห็นไม่มีผลกระทบต่อการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาในบ้านพักคนชราในประเทศจีน ที่พบว่า ความสามารถในการมองเห็นมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chu et al., 2011)

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้
ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้ม หรือไม่กลัวการหกล้ม ร้อยละ 78.35 และมีการรับรู้ความไม่มั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้ม หรือกลัวการหกล้ม ร้อยละ 21.65 โดยกิจกรรมที่ผู้ป่วยสูงอายุมีความไม่มั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มมากที่สุด คือ การเอื้อมหยิบของจากตู้ การอาบน้ำ และการเดินรอบห้องผู้ป่วย ตามลำดับ ดังนั้น โรงพยาบาลจึงควรมีการออกแบบห้องพักให้เหมาะสมกับการใช้งานของผู้สูงอายุ เช่น ออกแบบตู้เก็บของให้มีความสูงพอเหมาะ ไม่ต้องเอื้อมหยิบของ ติดตั้งราวจับเดินบริเวณรอบห้องผู้ป่วย ติดตั้งอุปกรณ์กันลื่นและที่นั่งสำหรับอาบน้ำ เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกปลอดภัยและมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มมากขึ้น รวมทั้งพยาบาลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ควรให้ความสำคัญในการพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุขณะอยู่ในโรงพยาบาลเพื่อส่งเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ โดยการเพิ่มระดับการรับรู้ความสามารถในการทรงตัว ความสามารถในการทำกิจกรรมและการรับรู้ภาวะสุขภาพ พัฒนาแนวทางการจัดการและการเฝ้าระวังในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า มีโรคร่วมมาก ได้รับอุปกรณ์การแพทย์หลายชนิด และมีภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า รวมถึงควรมีการวางแผนจำหน่ายร่วมกับญาติและผู้ดูแล เพื่อเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้โดยไม่หกล้มเมื่อออกจากโรงพยาบาล

2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทีมสุขภาพ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว ความสามารถในการทำกิจกรรม ประสบการณ์การหกล้ม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า ภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า จำนวนอุปกรณ์การแพทย์ อายุ เพศ และภาวะโรคร่วม เพื่อส่งเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุขณะอยู่ในโรงพยาบาล ลดระดับผลกระทบจากความกลัวการหกล้ม จนกระทั่งหลังจำหน่ายกลับบ้าน

ด้านการบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ควรวางแผนการพยาบาลหรือกำหนดแนวทางการให้การพยาบาลหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือกิจกรรมต่าง ๆ โดยกำหนดนโยบายในการส่งเสริมการจัดการกิจกรรมที่เพิ่มระดับการรับรู้ความสามารถในการทรงตัว ความสามารถในการทำกิจกรรม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ กิจกรรมเพื่อประเมิน เฝ้าระวังและลด ภาวะซึมเศร้า ภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า พัฒนาแนวทางการซักประวัติที่เกี่ยวข้อง เช่นภาวะโรคร่วม ประสบการณ์การ

หกล้ม และจัดทำแนวปฏิบัติในการใช้อุปกรณ์การแพทย์ในผู้ป่วยสูงอายุอย่างปลอดภัย

ด้านการวิจัย

1. สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการต่อยอดศึกษาปัจจัยทำนายการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลเอกชน

2. นำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวปฏิบัติ หรือ โปรแกรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเพิ่มการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลเอกชน โดยให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย ไม่เคลื่อนไหวร่างกายหรือจำกัดกิจกรรม และการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย

ด้านการศึกษาพยาบาล

ผลการวิจัยที่ได้นี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการประกอบการเรียนการสอน เพื่อให้ นักศึกษามีความเข้าใจเกี่ยวกับ การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล ซึ่งช่วยให้ทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง นำไปสู่การดูแล ส่งเสริม และ ป้องกันที่เหมาะสมได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 จึงมีความจำเป็นต้อง ปฏิบัติตามหลักการ Social distancing อย่างเคร่งครัดทำให้ต้องประเมินความสามารถในการทรงตัว ของผู้ป่วยสูงอายุ เป็นการรับรู้ความสามารถในการทรงตัว ดังนั้นเมื่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ดีขึ้น ควรประเมินความสามารถในการทรงตัวที่ผู้ป่วยสูงอายุทำได้จริง

บรรณานุกรม

- กมลพร วงศ์พนิตกุล, นัยนา พิพัฒน์วิชชา, และรวีวรรณ เผ่ากัณหา. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน จังหวัดกาญจนบุรี. ใน *การประชุมวิชาการระดับชาติ เครือข่ายวิจัยสถาบันอุดมศึกษาแห่งชาติ ประจำปี 2555 "ชุมชนเข้มแข็ง สังคมน่าอยู่ เศรษฐกิจยั่งยืน ตามแนวปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง"* (หน้า 978-988). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กรมการแพทย์. (2563). *แนวทางปฏิบัติการปรับรูปแบบบริการการบริการดูแลรักษาผู้ป่วยใน (IPD) ในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19*. เข้าถึงได้จาก <http://covid19.dms.go.th/>.
- กรรณิกา ตริคำ, นัยนา พิพัฒน์วิชชา, และพรชัย จุลเมตต์. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. ใน *การประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยรังสิต ประจำปี 2562 "BIG DATA AND NEW FACE OF ASIA: REFLECTION IN SCIENCE, ARTS, SCIENCES, AND HUMANITIES"* (หน้า 54-66). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรังสิต.
- คุณากร เอี้ยวสุวรรณ, ธนนรงค์ รัตนโชติพานิช, กัญญา ดิษยานิคม, วลัยพร พัชรนฤมล, สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, และจุฬารักษ์ ลิ้มวัฒนานนท์. (2560). สถานการณ์การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและการมีผู้ดูแลในขณะพักฟื้นของผู้สูงอายุในประเทศไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 11(2), 248-256.
- จิตติมา บุญเกิด. (2561). *การหกล้มในผู้สูงอายุการป้องกันและการดูแลรักษาทางเวชศาสตร์ครอบครัว*. กรุงเทพฯ: บริษัทสหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992) จำกัด.
- ธนกรณั พิพัฒน์วิชชา, นัยนา พิพัฒน์วิชชา, และพรชัย จุลเมตต์. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการก้าวเดินและการทรงตัว ภาวะปลายประสาทเสื่อม และประสบการณ์หกล้มกับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. ใน *การประชุมวิชาการระดับชาติพะเยาวิจัยครั้งที่ 7 "Entrepreneurial University โอกาส ความหวัง อนาคต?"* (หน้า 194-207). พะเยา: มหาวิทยาลัยพะเยา.
- นงลักษณ์ พรมาพงษ์, นัยนา พิพัฒน์วิชชา, และพรชัย จุลเมตต์. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ. ใน *การประชุมสัมมนาวิชาการและการนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ "ราชธานี ครั้งที่ 3"* (หน้า 315-327). อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชธานี.
- นัยนา พิพัฒน์วิชชา, รวีวรรณ เผ่ากัณหา, อุทิศ บุญช่วย, จิตรา เตมีศรีสุข, และนารีรัตน์ สังวรพงษ์

- พนา. (2555). รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง ผลของรูปแบบการบูรณาการการวิจัย การฝึกปฏิบัติวิชาชีพพยาบาลและการเรียนการสอนเรื่อง โปรแกรมการก้าวเดินอย่าง มั่นคงสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชรา, ชลบุรี.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยู แอนด์ไออินเตอร์มีเดียร์.
- ประสพชัย พสุนนท์. (2558). การประเมินความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินโดยใช้สถิติแคปปา. วารสารวิชาการศิลปศาสตร์ประยุกต์, 8(1), 2-20.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2552). ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ตรีเอชชั่น.
- ปราธนา แซ่ลิ้ม. (2559). การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพการบริการระหว่างโรงพยาบาลเอกชนและ โรงพยาบาลภาครัฐบาลในอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11, 30(2), 47-57.
- ปริศนา รลสีดา. (2561). การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน: บทบาทพยาบาลกับการดูแล สุขภาพที่บ้าน. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย, 11(จ.2), 15-25.
- พ่องพรรณ อรุณแสง. (2550). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลัง นานาวิทยา.
- พีรดา ภูมิสวัสดิ์. (2563). ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับความเสมอภาคระหว่างเพศ. กรุงเทพฯ ฯ: กรมกิจการ สตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2561). การวิจัยทางการพยาบาล: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์. (2558). คู่มือการคัดกรองความผิดปกติทางสายตา. นครปฐม: เพชร เกษมพรินต์ติ้งกรุ๊ป.
- ลัดดา เทียมวงศ์. (2554). การทดสอบคุณสมบัติเครื่องมือประเมินอาการกล้วหกล้มในผู้สูงอายุไทย. สงขลานครินทร์ เวชสาร, 29(6), 277-287.
- วลัยภรณ์ อารีรักษ์, นัยนา พิพัฒน์วิชชา, รวีวรรณ เผ่ากัณหา, และวาริ กังใจ. (2554). ผลของ โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการหกล้มต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง ความ คาดหวังผลดีจากการปฏิบัติและพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง ต่อการหกล้มในชุมชน. ใน *The 1st Nakhon Phanom University, 2011 Graduate Research Conference*. (หน้า 486-495). นครปฐม: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.

- วันดี เข้มจันทร์ฉาย. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วีระศักดิ์ ศรีนนท์, สุรพันธ์ พงศ์สุชนะ, กุลธิดา มณีนิล, และกรทิพย์ ผลโภค. (2562). *การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางอายุรศาสตร์ที่พบบ่อย*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
- ศตวรรษ อุดรศาสตร์, พรชัย จุลเมตต์, และนัยนา พิพัฒน์วิชชา. (2561). *ภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์*. ใน *การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 3 “นวัตกรรมที่พลิกโฉมสังคมโลก”*. อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชธานี.
- ศิริรัตน์ ปานอุทัย. (2560). *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: บริษัทสมาร์ตโคตรติ้งแอนเซอร์วิส จำกัด.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2562). *สถานการณ์ของระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่พลัดตกหกล้ม: ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย*. เข้าถึงได้จาก <https://www.niems.go.th/1/Ebook/Detail/1086?group=34>
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2551). *แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป*. เชียงใหม่: ทริค ชิงค์.
- สถิติโรงพยาบาลกรุงเทพจันทบุรี. (2562). *ข้อมูลสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกรุงเทพจันทบุรี พ.ศ. 2560-2563*. เข้าถึงได้จาก <http://www.chanthaburihospital.com/>
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *ข้อมูลจำนวนและอัตราการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ICD 10 (W00 - W19) ปี พ.ศ. 2561*. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents.php?tid=39&gid=1-027>
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรรจวรรณ รัตน์มณี และนัยนา พิพัฒน์วิชชา. (2560). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง*. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีย์*, 33(1), 63-76.

- อภิสิทธิ์ ตามศักดิ์, สุภาพ อารีเอื้อ, และสิริรัตน์ ติลาจรัส. (2558). ความกลัวการหกล้มและ
ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก. *วารสารพยาบาล
ตำรวจ*, 7(1), 64-82.
- Arik, F., Soysal, P., Capar, E., Kalan, U., Smith, L., Trott, M., & Isik, A. T. (2020). The association
between fear of falling and orthostatic hypotension in older adults. *Aging Clinical and
Experimental Research*, 33, 1-6.
- 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.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy the Exercise og Control* (4th ed). United States of America:
W.H.Freeman.
- Bittencourt, V. L. L., Graube, S. L., Stumm, E. M. F., Battisti, I. D. E., Loro, M. M., &
Winkelmann, E. R. (2017). Factors associated with the risk of falls in hospitalized adult
patients. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51, 1-7.
- Boltz, M., Resnick, B., Capezuti, E., & Shuluk, J. (2014). Activity restriction vs. self-direction:
hospitalised older adults' response to fear of falling. *International Journal of Older People
Nursing*, 9(1), 44-53.
- Bouldin, E. D., Andresen, E. M., Dunton, N. E., Simon, M., Waters, T. M., Liu, M., Daniels, M. J.,
Mion, L. C., & Shorr, R. I. (2013). Falls among adult patients hospitalized in the United
States: prevalence and trends. *Journal of Patient Safety*, 9(1), 13.
- Boyé, N. D., Van Lieshout, E. M., Van Beeck, E. F., Hartholt, K. A., Van der Cammen, T., & Patka,
P. (2013). The impact of falls in the elderly. *Trauma*, 15(1), 29-35.
- 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.
- 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.
- Chu, C.-L., Liang, C.-K., Chow, P. C., Lin, Y.-T., Tang, K.-Y., Chou, M.-Y., Chen, L.-K., Lu, T., &
Pan, C.-C. (2011). Fear of falling (FF): Psychosocial and physical factors among

- institutionalized older Chinese men in Taiwan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 53(2), e232-e236.
- Dadgari, A., Hojati, H., & Mirrezaie, S. M. (2020). The relationship between the risk of falling and fear of falling among aged hospitalized patients. *Nursing Practice Today*, 7(1), 30-37.
- Dong, C. P., & Seung, G. Y. (2013). Aging. *The Korean Audiological Society*, 17, 39-44.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A., & 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.
- 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.
- Freeman, R., Wieling, W., Axelrod, F. B., Benditt, D. G., Benarroch, E., Biaggioni, I., Cheshire, W. P., Chelimsky, T., Cortelli, P., Gibbons, C. H., Goldstein, D. S., Hainsworth, R., Hilz, M. J., Jacob, G., Kaufmann, H., Jordan, J., Lipsitz, L. A., Levine, B. D., Low, P. A., Mathias, C., Raj, S. R., Robertson, D., Sandroni, P., Schatz, I., Schondorff, R., Stewart, J. M., & Van Dijk, J. G. (2011). Consensus statement on the definition of orthostatic hypotension, neurally mediated syncope and the postural tachycardia syndrome. *Clinical Autonomic Research*, 21, 69-72.
- Gettens, S., & Fulbrook, P. (2015). Fear of falling: association between the Modified Falls Efficacy Scale, in-hospital falls and hospital length of stay. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 21(1), 43-50.
- Hadjistavropoulos, T., Delbaere, K., & Fitzgerald, T. D. (2011). Reconceptualizing the role of fear of falling and balance confidence in fall risk. *Journal of Aging and Health*, 23(1), 3-23.
- Halfon, P., Egli, Y., Van Melle, G., & Vagnair, A. (2001). Risk of falls for hospitalized patients: a predictive model based on routinely available data. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54(12), 1258-1266.
- Healey, F., & Darowski, A. (2012). Older patients and falls in hospital. *Clinical Risk*, 18(5), 170-176.

- 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.
- Hitcho, E. B., Krauss, M. J., Birge, S., Claiborne Dunagan, W., Fischer, I., Johnson, S., Nast, P. A., Costantinou, E., & Fraser, V. J. (2004). Characteristics and circumstances of falls in a hospital setting: a prospective analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 19(7), 732-739.
- Jitapunkul, S., Kamolratanakul, P., Chandraprasert, S., & Bunnag, S. (1994). Disability among Thai elderly living in Klong Toey slum. *Journal of the Medical Association of Thailand= Chotmai het Thangphaet*, 77(5), 231-238.
- Krauss, M. J., Nguyen, S. L., Dunagan, W. C., Birge, S., Costantinou, E., Johnson, S., Caleca, B., & Fraser, V. J. (2007). Circumstances of patient falls and injuries in 9 hospitals in a midwestern healthcare system. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 28(5), 544-550.
- Lee, J., Choi, M., & Kim, C. O. (2017). Falls, a fear of falling and related factors in older adults with complex chronic disease. *Journal of clinical nursing*, 26(23-24), 4964-4972.
- Li, I.-F., Hsiung, Y., Hsing, H.-F., Lee, M.-Y., Chang, T., & Huang, M.-Y. (2016). Elderly Taiwanese's intrinsic risk factors for fall-related injuries. *International Journal of Gerontology*, 10(3), 137-141.
- Limpawattana, P., Sutra, S., Thavompitak, Y., Chindaprasirt, J., & Mairieng, P. (2012). Geriatric hospitalizations due to fall-related injuries. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 95(7), 235-239.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index: a simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- Mariñansky, C. I., & Jauregui, J. R. (2020). Immobility Syndrome. C. G. Musso, J. R. Jauregui, J. Macías-Núñez, & A. Covic, *Frailty and Kidney Disease: A Practical Guide to Clinical Management* (37-45). Cham: Springer International Publishing.
- 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.
- Miller, C. A. (2009). *Nursing for wellness in older adults*: Lippincott Williams & Wilkins.

- Moore, D. S., & Ellis, R. (2008). Measurement of fall-related psychological constructs among independent-living older adults: a review of the research literature. *Aging and Mental Health, 12*(6), 684-699.
- 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.
- Muthuramalingam, N., Swaminathan, M., Surendran, T. S., & Jaggernath, J. (2016). Screening efficacy of a simplified logMAR chart. *African Vision and Eye Health, 75*(1), 1-8.
- Nguyen, L. H., Thu Vu, G., Ha, G. H., Tat Nguyen, C., Vu, H. M., Nguyen, T. Q., Tran, T. H., Pham, K. T. H., Latkin, C. A., & Xuan Tran, B. (2020). Fear of falling among older patients admitted to hospital after falls in Vietnam: prevalence, associated factors and correlation with impaired health-related quality of life. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(7), 2493.
- Payette, M.-C., Belanger, C., Benyebdri, F., Filiatrault, J., Bherer, L., Bertrand, J.-A., Nadeau, A., Bruneau, M.-A., Clerc, D., & Saint-Martin, M. (2017). The association between generalized anxiety disorder, subthreshold anxiety symptoms and fear of falling among older adults: preliminary results from a pilot study. *Clinical Gerontologist, 40*(3), 197-206.
- Piphatvanitcha, N. (2006). *The effect of a fall prevention program on gait and balance of community-dwelling elders*. Doctoral Dissertation, Philosophy Program in Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.
- 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.
- 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.
- Schwendimann, R., Bühler, H., De Geest, S., & Milisen, K. (2008). Characteristics of hospital inpatient falls across clinical departments. *Gerontology, 54*(6), 342-348.
- 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.
- 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.
- Tinetti, M. E., Richman, D., & Lynda, P. (1990). Falls efficacy as a measure of fear of falling. *Journal of Gerontology, 45*(6), P239-P243.
- Utriayaprasit, K. (2001). *The Relationship Between Recovery Symptoms and Functional Outcomes in Thai CABG Patients*: Case Western Reserve University.
- Wongpakaran, N., Wongpakaran, T., & Van Reekum, R. (2012). The use of GDS-15 in detecting MDD: a comparison between residents in a Thai long-term care home and geriatric outpatients. *Journal of Clinical Medicine Research, 5*(2), 101.
- 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]. (2007). *WHO global report on falls prevention in older age*. Retrieved from http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf
- World Health Organization [WHO]. (2018). *fall*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>
- 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.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1986). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research, 17*(1), 37-49.
- Yeung, F. K. C., Chou, K. L., & Wong, E. C. (2006). Characteristics associated with fear of falling in Hong Kong Chinese elderly residing in care and attention homes. *Clinical Gerontologist, 29*(3), 83-98.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

หนังสือรับรองผลการพิจารณาจริยธรรม

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หนังสืออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล



เอกสารแสดงความยินยอม
ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)

รหัสโครงการวิจัย : G-HS071/2564.....

โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกหล่นของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง

ให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่างๆ ตามที่ระบุในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้นไม่มีผลกระทบต่อ การรักษาโรค ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

กรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในเอกสารแสดงความยินยอมให้แกข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนามผู้ยินยอม

(.....)

ลงนามพยาน

(.....)

หมายเหตุ กรณีที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยไม่ทราบหรือเข้าใจวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย หรือหากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ขอให้มีพยานลงลายมือชื่อรับรองด้วย



6 Oct 2021

**เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Participant Information Sheet)**

รหัสโครงการวิจัย : G-HS071/2564.....

โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง

เรียน ผู้ร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นางสุภาพร สุวรรณก้อน นิสิตปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง” ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการวิจัย ขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังนี้

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์การหกล้ม ภาวะโรคร่วม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า จำนวนอุปกรณ์การแพทย์ จำนวนยาที่ใช้ ความสามารถในการทำกิจกรรม ความสามารถในการมองเห็น การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว และภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงกับผู้เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ คือ มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สามารถฟังและสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ มีการรับรู้เกี่ยวกับบุคคล เวลา สถานที่ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตั้งแต่ 24 ชั่วโมงขึ้นไป และไม่มีอาการหรืออาการแสดงของการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันหรือรุนแรง เช่น โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Acute stroke) โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) หรือเป็นผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤติ หรือหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติ

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงด้วยตัวของท่านเอง จำนวน 7 ชุด ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินภาวะโรคร่วม 3) แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ 4) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 5) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 6) แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว และ 7) แบบสัมภาษณ์ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุและเข้ารับการวัด/การทดสอบ จำนวน 2 ชุด ได้แก่ การทดสอบความสามารถในการมองเห็น และการประเมินภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า ซึ่งจะใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 40 นาที

ในระหว่างการสัมภาษณ์และการทดสอบท่านจะได้รับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ ใหม่ (COVID-19) ตามมาตรฐานแนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยในของโรงพยาบาลอย่างเคร่งครัด ทั้งนี้ในช่วงของการประเมินภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าท่านอาจจะมีโอกาสเกิดการลัดตกหกล้มได้เนื่องจากการทดสอบต้องเปลี่ยนท่านอนเป็นท่านั่ง ผู้วิจัยได้มีการเตรียมการเพื่อป้องกันความเสี่ยงนี้

AF 06-02

โดยจัดให้มีผู้ช่วยวิจัยคอยช่วยเหลือดูแลเรื่องความปลอดภัยของท่านตลอดเวลาในขณะที่ทำการทดสอบ หากพบว่าท่านมีอาการผิดปกติที่อาจทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้ เช่น เซ เวียนศีรษะ หน้ามืด ผู้วิจัยจะหยุดทำการทดสอบทันที และจะประสานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย รายงานแพทย์ เพื่อให้ท่านได้รับการประเมินอย่างละเอียดต่อไป

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้ คือ ท่านได้รับทราบภาวะสุขภาพเบื้องต้นของท่าน ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อม ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการมองเห็น และภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า เป็นต้น ทั้งนี้ ท่านจะได้ไม่ได้รับคำตอบแทนและไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ ที่เกิดจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบบใด ๆ ต่อการรักษาโรคของท่านทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่านโดยไร้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ ชัน และสิ่งใด ๆ ที่ อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่ รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัย และการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัยจะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยประการใดสามารถติดต่อข้าพเจ้า นางสุภาพร สุวรรณก้อน นิสิตปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้ตลอดเวลาที่เบอร์โทรศัพท์มือถือ หมายเลข 081-5777298 ข้าพเจ้ายินดีตอบคำถาม และข้อสงสัยของท่านทุกเมื่อ หากผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถแจ้งมายัง คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038-102-620 หรืออีเมล buuethics@buu.ac.th

เมื่อท่านพิจารณาแล้วเห็นสมควรเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ขอความกรุณาลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมร่วมโครงการที่แนบมาด้วย และขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

สุภาพร สุวรรณก้อน
ผู้วิจัย



BUU-IRB Approved
6 Oct 2021



เอกสารแสดงความยินยอม
ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)

รหัสโครงการวิจัย : ..G-HS071/2564.....

โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกหล่มของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง

ให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่างๆ ตามที่ระบุในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้นไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาโรค ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

กรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในเอกสารแสดงความยินยอมให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนามผู้ยินยอม

(.....)

ลงนามพยาน

(.....)

หมายเหตุ กรณีที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยไม่ทราบถึงเงื่อนไขการวิจัยที่ออกมานี้แล้ว ขอให้นักพยานลงลายมือชื่อรับรองด้วย



6 Oct 2021

สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ที่ จธ.05/2565
วันที่ 13 มกราคม 2565
เรื่อง เอกสารรับรองโครงการวิจัย XXX-IRB 2021-11-29 (Full board review)
เรียน สุภาพร สุวรรณก้อน

ตามที่ท่านได้นำส่งโครงการวิจัย (**ชื่อโครงการภาษาไทย**) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง หรือ (**ภาษาอังกฤษ**): Factors related to falls efficacy in older adult patients admitted in private a hospital รหัสโครงการ: XXX-IRB 2021-11-29 เป็นการพิจารณาแบบ (Full board review) เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน บัดนี้โครงการฯ ของท่าน ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการฯ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

หากผู้วิจัยมีการแก้ไขเพิ่มเติมโครงร่างการวิจัย การเบี่ยงเบนจากโครงการ การปิดโครงการ หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทุกชนิด กรุณารายงานต่อคณะกรรมการจริยธรรมฯ ตามระยะเวลาที่นโยบายกำหนด รวมทั้งต่ออายุโครงการทุกๆ 1 ปี ในกรณีที่ยังไม่แล้วเสร็จ

จึงเรียนมาเพื่อทราบ พร้อมทั้งขอขอบคุณท่านมา ณ ที่นี้

ขอแสดงความนับถือ

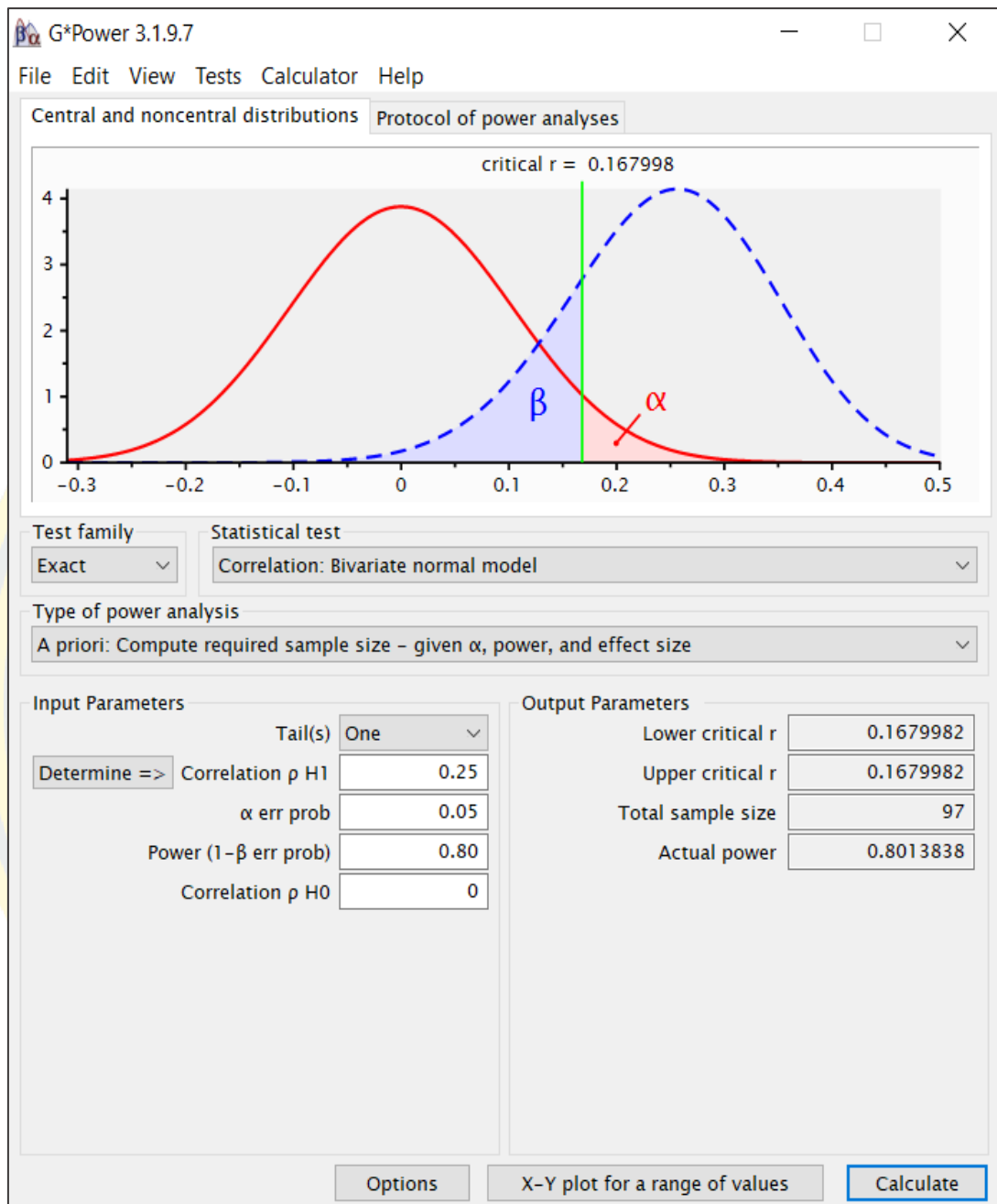


ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์สมบุรณ์ คุณาศิคม
 ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน



ภาคผนวก ข

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรม G*Power 3.1.9.7



ภาพที่ 4 ขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.7



ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

หนังสืออนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

หนังสือแต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

รหัสแบบสอบถาม

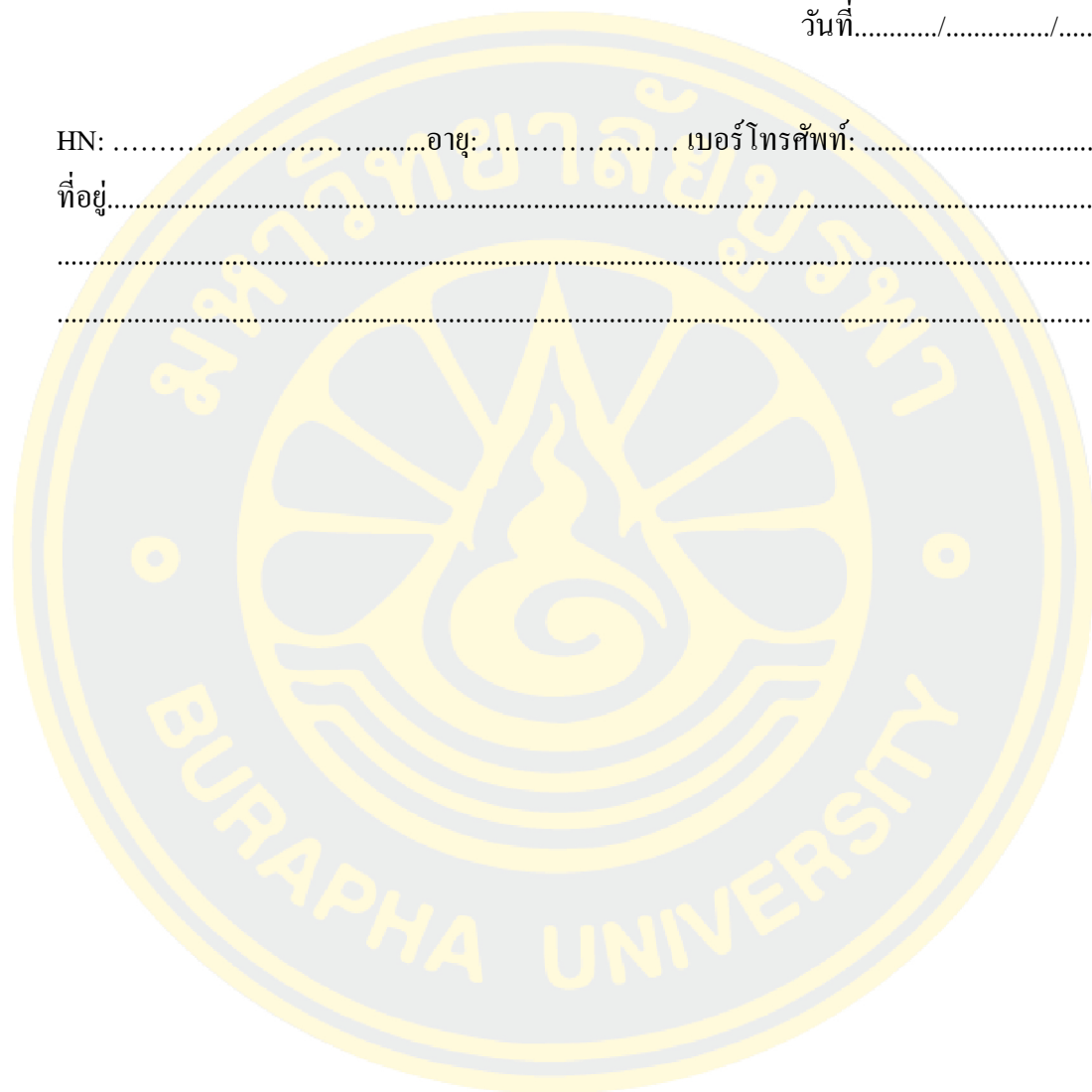
วันที่...../...../.....

HN:อายุ: เบอร์โทรศัพท์:

ที่อยู่.....

.....

.....



เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

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

คำชี้แจง แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสมรรถภาพการรู้คิดของผู้สูงอายุ โดยให้ผู้ประเมินอ่านคำถามดังต่อไปนี้ทีละข้อและบันทึกคำตอบของผู้สูงอายุลงในช่องคำตอบ

คำถาม	เกณฑ์การให้คะแนน	คำตอบ
1. ปีนี้ปีอะไร	ตอบถูก = 0 คะแนน ตอบผิด = 4 คะแนน	
2. เดือนนี้เดือนอะไร	ตอบถูก = 0 คะแนน ตอบผิด = 3 คะแนน	
3. ให้ผู้สูงอายุจำที่อยู่อันประกอบไปด้วย 5 ส่วน: บ้านเลขที่ ถนน ตำบล อำเภอ และจังหวัด (เพื่อนำไปถามข้อที่ 7)		
.		
.		
.		
7. ถามผู้สูงอายุกลับในหัวข้อที่ 3 ในการจำที่อยู่ที่ประกอบไปด้วย 5 ส่วน	ตอบถูกทั้งหมด = 0 คะแนน ตอบผิด 1 ส่วน = 2 คะแนน ตอบผิด 2 ส่วน = 4 คะแนน ตอบผิด 3 ส่วน = 6 คะแนน ตอบผิด 4 ส่วน = 8 คะแนน ตอบผิด 5 ส่วน = 10 คะแนน	
รวมคะแนน		

การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ (Brooke Bullock, 1999)

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

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจระดับความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลดูแลอย่างเหมาะสมต่อไป

แบบสอบถามนี้ใช้สัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดจันทบุรี โดยให้ผู้สัมภาษณ์ทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุตามข้อคำถามและตรวจร่างกาย พร้อมกับขีดเครื่องหมาย ✓ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับกรให้ข้อมูลของผู้สูงอายุ แบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็น 9 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อคำถามแยกเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลจากเวชระเบียน มีทั้งหมด 7 ข้อ เป็นข้อมูล อายุ เพศ การวินิจฉัยโรค การผ่าตัดที่ผู้สูงอายุได้รับ ระยะเวลานอนโรงพยาบาล จำนวนอุปกรณ์การแพทย์ที่ผู้สูงอายุได้รับ และจำนวนยาที่ผู้สูงอายุได้รับขณะอยู่โรงพยาบาล

ตอนที่ 2 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ มีทั้งหมด 3 ข้อ เป็นการสัมภาษณ์ ระดับการศึกษา ข้อมูลประสบการณ์การหกล้ม ระดับของการบาดเจ็บจากการหกล้ม

ส่วนที่ 2 ภาวะโรคร่วม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 4 ระดับคะแนนเป็นการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุเกี่ยวกับภาวะโรคร่วมของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 3 การรับรู้ภาวะสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ เป็นการสัมภาษณ์เกี่ยวกับระดับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตามความคิดเห็นและการรับรู้ของตัวผู้สูงอายุเอง

ส่วนที่ 4 ภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ เป็นการสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้สึกของผู้สูงอายุในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ส่วนที่ 5 ความสามารถในการทำกิจกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม ใช้ประเมินความสามารถในเชิงปฏิบัติของผู้สูงอายุไทย

ส่วนที่ 6 การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ เป็นการสัมภาษณ์เกี่ยวกับระดับความสามารถในการรักษาสมดุลของร่างกายเอาไว้ในขณะที่อยู่กับที่ของผู้ป่วยสูงอายุ ตามความคิดเห็นและการรับรู้ของตัวผู้สูงอายุเอง

ส่วนที่ 7 ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อเป็นการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุเกี่ยวกับระดับความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ หรือหากต้องทำกิจกรรมนั้น ๆ โดยไม่หกล้ม

ส่วนที่ 8 การตรวจความสามารถในการมองเห็น

ส่วนที่ 9 การประเมินภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า



ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สัมภาษณ์ดูข้อมูลจากเวชระเบียน และถามข้อมูลดังต่อไปนี้กับผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุตอบไม่ได้ให้พิจารณาสัมภาษณ์ญาติหรือผู้ดูแล โดยให้ผู้สัมภาษณ์ขีดเครื่องหมาย ✓ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับข้อมูลของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 1 ข้อมูลจากเวชระเบียน

1. อายุ.....ปี
2. เพศ
 - ชาย
 - หญิง
3. การวินิจฉัยโรค.....
4. การผ่าตัดที่ผู้สูงอายุได้รับ
 - ไม่ได้รับการผ่าตัด
 - ได้รับการผ่าตัด ระบุ.....
5. ระยะเวลาที่ผู้สูงอายุนอนโรงพยาบาล
 - วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล.....
 - วันที่ทำการเก็บข้อมูล.....
 - วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล.....
 - จำนวนวันนอนโรงพยาบาล.....วัน
6. จำนวนอุปกรณ์การแพทย์ที่ผู้สูงอายุได้รับ
 - ไม่มีอุปกรณ์การแพทย์
 - มีอุปกรณ์การแพทย์ชนิด
 - ระบุ.....
 -

7. จำนวนยาที่ผู้สูงอายุได้รับขณะอยู่โรงพยาบาลชนิด

ระบุ.....

ตอนที่ 2 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

1. การศึกษาสูงสุดที่ท่านได้รับ

- ไม่ได้เรียน
- ประถมศึกษา
- มัธยมศึกษา
- อนุปริญญาหรือเทียบเท่า
- ปริญญาตรี
- สูงกว่าปริญญาตรี ระบุ.....
- อื่น ๆ

2. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยหกล้มหรือไม่

- ไม่เคย
- เคย ระบุ..... ครั้ง

3. ระดับของการบาดเจ็บจากการหกล้ม (ครั้งที่ผู้สูงอายุคิดว่ารุนแรงที่สุด)

- ไม่มีการบาดเจ็บ
- บาดเจ็บเล็กน้อย (รอยขีด, รอยขีด)
- บาดเจ็บปานกลาง (แผลฉีกขาดลึกถึงกล้ามเนื้อ, ข้อต่อ, ต้องเย็บแผล)
- บาดเจ็บรุนแรง (กระดูกหัก, ฐานกะโหลกแตก, ต้องได้รับการผ่าตัดหรือได้รับเลือด)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะโรคร่วม

คำชี้แจง แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบข้อมูลเกี่ยวกับภาวะโรคร่วมของผู้สูงอายุ โดยให้ผู้ประเมินดูข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้สูงอายุที่มีการบันทึกโดยแพทย์ หากผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยโรคดังต่อไปนี้ ให้ผู้ประเมินบันทึกคะแนนตามคะแนนโรคร่วมดังต่อไปนี้

ให้ 1 คะแนน ถ้าผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้ (อย่างน้อย 1 อาการ)

- โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง (MI): _____
- ภาวะหัวใจล้มเหลว (CHF) _____
- . _____
- . _____

ให้ 2 คะแนน ถ้าผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้ (อย่างน้อย 1 อาการ)

- โรคอัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia): _____
- . _____
- . _____

ให้ 3 คะแนน ถ้าผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้ (อย่างน้อย 1 อาการ)

- โรคตับ (Liver disease) _____

ให้ 6 คะแนน ถ้าผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้ (อย่างน้อย 1 อาการ)

- โรคเอดส์ (AIDS) _____
- . _____

คะแนนรวม. _____

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ การรับรู้ภาวะสุขภาพ

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ขอให้สัมภาษณ์ผู้สูงอายุตามข้อความข้างล่างนี้ และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกรู้สึกของผู้สูงอายุมากที่สุด

ปัจจุบันท่านคิดว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร

- ดีมาก
- ดี
- พอใช้
- ไม่ดี



ส่วนที่ 4 แบบวัดความเครียดในผู้สูงอายุไทย (TGDS-15)

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สัมภาษณ์ทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุตามข้อความในแต่ละข้อและให้ผู้สูงอายุประเมินความรู้สึกของตนเองในช่วงเวลา **หนึ่งสัปดาห์** ที่ผ่านมา

ขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ “ใช่” ถ้าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุ

ขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ “ไม่ใช่” ถ้าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุ

ข้อ	ในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ใช่	ไม่ใช่
1.	โดยทั่วไปแล้วคุณพึงพอใจกับชีวิตตัวเองหรือไม่		
.	.		
.	.		
.	.		
5.	คุณอารมณ์ดีเป็นส่วนใหญ่หรือไม่		
6.	คุณกลัวว่าจะไร้รายได้จะเกิดขึ้นกับคุณหรือไม่		
.	.		
.	.		
.	.		
10.	คุณรู้สึกว่า你有ปัญหาความจำมากกว่าใครๆหรือไม่		
11.	คุณคิดว่าการที่มีชีวิตอยู่มาได้จนถึงทุกวันนี้มันช่างแสนวิเศษใช่หรือไม่		
.	.		
.	.		
.	.		
15.	คุณคิดว่าคนอื่นๆ ดีกว่าคุณหรือไม่		
	รวม		

การคิดคะแนน ให้คะแนน 1 คะแนนในข้อต่อไปนี้

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

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BAI)

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)

0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
1. ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็น
เล็กๆ ไว้ล่วงหน้า
2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

4. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)

0. ช่วยตัวเองไม่ได้
1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้ หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการ
ความช่วยเหลือในบางสิ่ง
2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อย
หลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

10. Bladder (การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0. กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
2. กลั้นได้เป็นปกติ

หมายเหตุ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

1. เป็นการวัดว่าผู้ป่วยทำอะไรได้บ้าง (ทำอยู่ได้จริง) ไม่ใช่เป็นการทดสอบว่า หรือถามว่าสามารถทำได้หรือไม่
2. โดยทั่วไปเป็นการสอบถามถึงกิจที่ปฏิบัติในระยะ 24- 48 ชั่วโมง
3. จุดประสงค์เป็นการวัดระดับ independence ดังนั้นถ้าหากมีคนคอยอยู่ดูแลหรือเฝ้าระวังเวลาปฏิบัติกิจให้ถือว่าไม่ได้คะแนนเต็ม ถ้าหมดสติให้คะแนน 0 ทั้งหมด

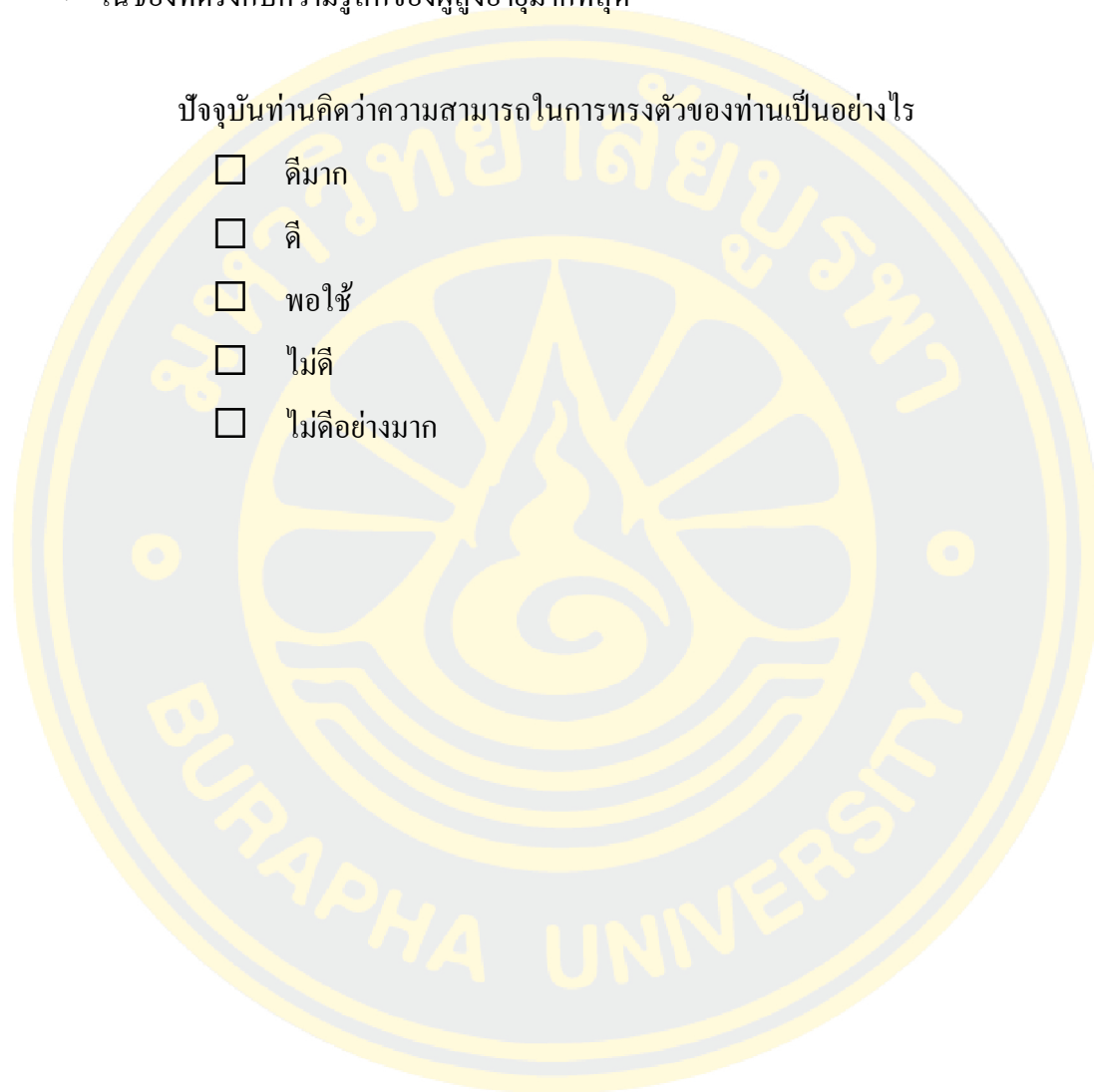
ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์ การรับรู้ความสามารถในการทรงตัว

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบระดับการรับรู้ความสามารถในการทรงตัวขณะอยู่กับที่ของผู้สูงอายุ ขอให้สัมภาษณ์ผู้สูงอายุตามข้อความข้างล่างนี้ และทำเครื่องหมาย

✓ ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกรู้สึกของผู้สูงอายุมากที่สุด

ปัจจุบันท่านคิดว่าความสามารถในการทรงตัวของท่านเป็นอย่างไร

- ดีมาก
- ดี
- พอใช้
- ไม่ดี
- ไม่ดีอย่างมาก



ส่วนที่ 7 แบบสัมภาษณ์ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ (FES) (ฉบับปรับปรุง)

คำชี้แจง แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงระดับความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่างๆ โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ ขอให้ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความต่อไปนี้ให้ผู้สูงอายุฟังแล้วให้ผู้สูงอายุเลือกระดับความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยไม่หกล้ม โดยให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับระดับความมั่นใจของผู้สูงอายุ เพียง 1 ระดับ หากผู้สูงอายุไม่ได้ทำกิจกรรมใด ๆ เนื่องจากมีปัญหาด้านร่างกาย ไม่ต้องให้คะแนนในกิจกรรมนั้น (ไม่นำไปรวมในการคิดคะแนน) หากผู้สูงอายุไม่ได้ทำกิจกรรมใด เนื่องจากเหตุผลอื่น ขอให้ประเมินความมั่นใจหากต้องทำกิจกรรมนั้นในวันที่ทำแบบประเมิน

ท่านมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเหล่านี้ในระดับใด

คำถาม	ระดับความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ			
	ไม่มั่นใจเลย	มั่นใจเล็กน้อย	มั่นใจปานกลาง	มั่นใจมาก
1. การอาบน้ำ				
.				
.				
5. การขึ้นและลงจากเตียงนอน				
.				
.				
10. การนั่งและลุกจากโถส้วม				
คะแนนรวม				

*“Reprinted with permission, Mary E. Tinetti, M.D. © Copyright; 2006”

การให้คะแนน

ไม่มั่นใจเลย	ให้	1	คะแนน
มั่นใจเล็กน้อย	ให้	2	คะแนน
มั่นใจปานกลาง	ให้	3	คะแนน
มั่นใจมาก	ให้	4	คะแนน

ส่วนที่ 8 การตรวจความสามารถในการมองเห็น

คำชี้แจง ให้ผู้ประเมินทดสอบความสามารถในการมองเห็นของผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

การเตรียมการ

อุปกรณ์ที่ใช้ในการทดสอบ:

1. แผ่นวัดสายตาระบบตัวเลข (Near snellen chart)
2. เก้าอี้นั่ง
3. ไม้บรรทัดขนาด 14 นิ้วขึ้นไป

การเตรียมสถานที่: เตรียมเก้าอี้สำหรับผู้สูงอายุนั่ง ห้องเปิดไฟและมีแสงสว่างเพียงพอ

วิธีการทดสอบ

1. ให้ผู้สูงอายุนั่งบนเตียงหรือเก้าอี้
2. สอบถามผู้สูงอายุว่าต้องใช้แว่นตาในเวลาที่อ่านหนังสือหรือไม่ หากผู้สูงอายุใช้ให้ทำ

การทดสอบพร้อมแว่นตาที่ผู้สูงอายุใช้อยู่

3. ให้ผู้สูงอายุอ่านแผ่นวัดสายตาระบบตัวเลข (Near snellen chart) ในระยะ 35 เซนติเมตร หรือ 14 นิ้ว (โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์, 2558)
3. ตรวจตาทีละตาโดยเริ่มจากตาขวาก่อน โดยให้ผู้สูงอายุอ่านตัวเลขตั้งแต่แถวที่อยู่บนสุดจนถึงแถวที่ตัวเลขเล็กที่สุดที่สามารถอ่านได้แล้วบันทึกผล

การแปลผล

ระดับสายตาปกติ คือ สามารถอ่านตัวเลขบรรทัดที่ 7 ถูกต้องเป็นจำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 4 ตัว หรือ VA = 6/6 โดยหากผู้สูงอายุอ่านตัวเลขได้ไม่ถึงบรรทัดที่ 7 หรือในบรรทัดที่ 7 อ่านตัวเลขได้น้อยกว่า 4 ตัว แสดงว่า มีการมองเห็นบกพร่อง

ผลการทดสอบ

การตรวจการมองเห็น ปกติ ผิดปกติ

ส่วนที่ 9 การประเมินภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า

คำชี้แจง ให้ผู้ประเมิน ประเมินภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าของผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

การเตรียมการ

อุปกรณ์ที่ใช้ในการทดสอบ:

1. เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติ (automatic sphygmomanometer) จำนวน 1 เครื่องที่ผ่านการตรวจสอบมาตรฐาน โดยเลือกใช้ arm cuff ขนาดที่เหมาะสมกับขนาดแขนของผู้สูงอายุ คือ ส่วนที่เป็นถุงลม (bladder) ควรจะครอบคลุมรอบวงแขนผู้สูงอายุได้ประมาณ ร้อยละ 80 (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) และใช้เครื่องเดิมทุกครั้งตลอดการวิจัย

การเตรียมผู้ประเมิน:

1. ผู้วิจัย: เป็นผู้ทำการวัดความดันโลหิตผู้สูงอายุ
2. ผู้ช่วยวิจัย: เป็นผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุขณะลุกขึ้นยืน โดยช่วยประคองและดูแลความปลอดภัยของผู้สูงอายุ

การเตรียมผู้สูงอายุ:

1. แนะนำผู้สูงอายุ งดดื่มชาหรือกาแฟ และไม่สูบบุหรี่ก่อนทำการวัดความดันโลหิตอย่างน้อย 30 นาที หากผู้สูงอายุปวดปัสสาวะให้ไปปัสสาวะก่อน
2. ให้ผู้สูงอายุนอนพักเป็นเวลา 5 นาที ก่อนทำการวัดความดันโลหิต แนะนำไม่ให้พูดคุยทั้งก่อนหน้าและขณะวัดความดันโลหิต ไม่เกร็งแขนหรือกำมือในขณะที่ทำการวัดความดันโลหิต (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

การเตรียมสถานที่: เปิดไฟให้มีแสงสว่างเพียงพอ จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบไม่มีเสียงดังรบกวน ยกกันเตียงขึ้น ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยยืนข้างลำตัวผู้สูงอายุด้านที่จะทำการวัดความดันโลหิต

วิธีการทดสอบ:

1. จัดท่านอนโดยให้ผู้สูงอายุนอนหงาย วางแขนข้างที่จะทำการวัดความดันโลหิต อยู่บนเตียงข้างลำตัว โดยให้บริเวณที่จะพัน arm cuff อยู่ระดับเดียวกับระดับหัวใจ
2. พัน arm cuff ที่ต้นแขนของผู้สูงอายุ เหนือข้อพับแขน 2-3 ซม. ให้กึ่งกลางของถุงลมวางอยู่บนหลอดเลือดแดง brachial
3. ทำการกดปุ่มวัดความดันโลหิต 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 นาที จากแขนเดียวกันในท่าเดิม บันทึกในแบบประเมิน

4. หลังจากนั้นยกไม้กั้นเตียงลง ให้ผู้สูงอายุลุกขึ้นยืนข้างเตียง โดยให้ผู้ช่วยวิจัยช่วย ประคองและดูแลความปลอดภัย

5. ทำการกดปุ่มวัดความดันโลหิตในท่ายืน ที่ 1 นาที และ 3 นาทีหลังลุกขึ้นยืน โดยทำ การวัดความดันโลหิต 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 นาที จากแขนเดียวกันในท่าเดิม บันทึกในแบบ ประเมิน

6. สอบถามอาการผิดปกติอื่น ๆ เช่น วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด

การบันทึกผล

ความดันโลหิต	ท่านอน		ทำยืน 1 นาที		ทำยืน 3 นาที	
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
Systolic blood pressure						
Diastolic blood pressure						

การแปลผลการตรวจ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

หากพบว่าผู้สูงอายุมีค่า Systole blood pressure ในท่ายืนต่ำกว่าในท่านอน ≥ 20 mmHg หรือ ผู้สูงอายุมีอาการวิงเวียน ให้บันทึกได้ว่าผู้สูงอายุมีภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า

ผลการทดสอบ

ภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า มี ไม่มี



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
25/25 ถนนพุทธมณฑลสาย 4 ตำบลศาลายา
อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170

ที่ ฮว 78.02/ 07065

วันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2564

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณะดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือที่ ฮว 8137/912 ลงวันที่ 23 เมษายน 2564

ตามหนังสือที่อ้างถึง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา แจ้งว่า

ผู้ขอใช้เครื่องมือวิจัย : นางสุภาพร สุวรรณก้อน รหัสประจำตัวนิสิต 62920312 หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

งานวิจัยของผู้ขอใช้เครื่องมือ : “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา พิพัฒน์วณิชชา เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

เครื่องมือวิจัยที่ขอใช้ : แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ

เครื่องมือวิจัยนี้พัฒนาโดย : น.ส.วันดี แยมจันทร์ฉาย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ” (พ.ศ.2538) หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ (หลักสูตรปกติ) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งมี รองศาสตราจารย์ ดร.พรอมวดี พุฒวัฒน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

บัณฑิตวิทยาลัยได้รับแจ้งจาก โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ไม่ขัดข้องยินยอมอนุญาตให้ นางสุภาพร สุวรรณก้อน ใช้เครื่องมือวิจัยตามที่ขอ ทั้งนี้ขอให้ผู้วิจัยอ้างอิงถึงเครื่องมือตามกฎหมายลิขสิทธิ์ และให้ดำเนินการกรอกแบบฟอร์มการขอใช้เครื่องมือวิจัย บพร.17 พร้อมชำระค่าบริการการขอใช้เครื่องมือจำนวน 200 บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ต่อเครื่องมือวิจัย 1 ฉบับ โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขารามาธิบดี ชื่อบัญชี “กองทุนโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี” เลขที่บัญชี 026-4-58834-5 ประเภทออมทรัพย์ และส่งเอกสารฉบับจริงไปที่

หน่วยวิจัยและนวัตกรรม โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
เลขที่ 270 ถนนพระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี
กรุงเทพมหานคร 10400
โทร. 02 201 2342

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ดร.วรรณภรณ์ อัครปฐมวงศ์

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณภรณ์ อัครปฐมวงศ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติหน้าที่แทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



ผู้ประสานงาน คุณภักดิ์สร บุญญาพนธ์ e-mail: phaphassorn.ban@mahidol.ac.th
สแกน QR code เพื่อติดต่องานบริการการศึกษา หรือ Line Official งานบริการการศึกษา
Line ID: @600qubzh หรือ Link <https://lin.ee/8aYGMpb> หรือ e-mail: gradas@mahidol.ac.th

ที่ อว ๖๔.๑๓/๐๐๕๐๗



คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนราชดำริ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๙ มิถุนายน ๒๕๖๔

เรื่อง ยินดีให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ อว ๘๑๓๓๗/๙๑๕ ลงวันที่ ๒๓ เมษายน ๒๕๖๔

ตามหนังสือที่อ้างถึง ได้แจ้งความประสงค์ขออนุญาตใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index (BAI)) ของ ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล เพื่อใช้ในการทำเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่ทกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ของนางสุภาพร สุวรรณก้อน นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ดังรายละเอียดทราบแล้วนั้น

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ยินดีให้ใช้แบบประเมินในการทำเค้าโครงวิทยานิพนธ์ฯ ดังกล่าวข้างต้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์)

รองคณบดีฝ่ายบริหาร

ปฏิบัติการแทนคณบดี

ฝ่ายบริหาร คณะแพทยศาสตร์

โทร. ๐-๒๒๕๖-๔๔๖๓

โทรสาร. ๐-๒๒๕๖-๔๔๖๓



ที่ อว ๘๑๓๗/ ๗๑๑

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๔ ถ.สิงหนาทบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๓

เมษายน ๒๕๖๔

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน นางสาวพร สุวรรณก้อน

อ้างถึงหนังสือ อว ๘๑๐๖/๐๗๑๓ ลงวันที่ ๓๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์
ออกหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ โดย นางสาวพร สุวรรณก้อน หลักสูตรพยาบาลศาสตร-
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ ขอใช้เครื่องมือวิจัย คือ “แบบทดสอบความคิดปกติ
ทางการรับรู้ (Six Item Cognitive Impairment Test [6CIT])” จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
ภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” ของ ศตวรรษ อุตรศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลศาสตร-
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. ๒๕๖๑ โดยมี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ เพื่อนำไปใช้ในการทำวิทยานิพนธ์
เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ
ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง”

ในการนี้ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยบัณฑิตวิทยาลัย อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ โดยขอให้
อ้างอิงวิทยานิพนธ์ของนิสิตดังกล่าวด้วย รวมถึงจัดส่ง “แบบฟอร์มรับรองการใช้ประโยชน์จากผลงานวิจัยหรือ
งานสร้างสรรค์” ไปยังบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th (สามารถดาวน์โหลด
ได้ที่ http://grd.buu.ac.th/wordpress/?page_id=3717)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไปด้วย

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๑, ๗๐๕, ๗๐๗
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th



ที่ อว ๘๓๙๓(๘)/๗/๓๕๕

๗ พฤษภาคม ๒๕๖๔

เรื่อง อนุญาตให้ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย

เรียน คณะบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือเลขที่ อว ๘๓๓๗/๗๓๓ ลงวันที่ ๒๓ เมษายน ๒๕๖๔

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย ๑๕ ข้อ (TGDS-๑๕) ๑ ชุด

ตามที่ นางสาวพร สุวรรณก้อน รหัสประจำตัว ๒๒๙๒๐๓๑๒ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงการวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา พิพัฒน์วิเศษชา เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ คือ "แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย ๑๕ ข้อ" จากงานวิจัย เรื่อง "Prevalence of Major Depressive Disorders and Suicide in Long-term Care Facilities: a Report from Northern Thailand" ของ ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ณททัย วงศ์ปการันย์ และศาสตราจารย์ นายแพทย์ทินกร วงศ์ปการันย์ คีทมัทใน Psychogeriatrics, ๓๒(๑), ๑๑-๑๗, ๒๕๕๕ ความแจ้งแล้วนั้น

ในการนี้ข้าพเจ้า ศ.พญ.ณททัย วงศ์ปการันย์ พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการทำโครงการวิจัยดังกล่าว ทั้งนี้ได้แนบตัวอย่างแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทยและแบบเอกสารอ้างอิง มาเพื่อใช้เก็บข้อมูลต่อไป และหากในกรณีที่สนใจ TGDS-b สามารถดาวน์โหลดเพิ่มเติมได้ที่ www.wongpakaran.com

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

เรียน คณะบดี

จึงเรียนมาเพื่อ

๑. เพื่อโปรดทราบ

๒. เห็นควรแจ้งงานบัณฑิต(คุณครูณี) ทราบ

เพื่อดำเนินการส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

สุภาวีย์ ๑๔ พ.ค. ๖๔
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โทร ๐ ๕๓๙๓ ๕๕๒๒
โทรสาร ๐ ๕๓๙๓ ๕๕๒๖

ขอแสดงความนับถือ

แจ้งมอบ
๑๖/๕/๖๔

ณททัย

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงณททัย วงศ์ปการันย์)
ศาสตราจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์

เรียน คณะบดี
เพื่อโปรดทราบ

กนกธ
๑๖ พ.ค. ๒๕๖๔

พ/ศาสตราจารย์
กนกธ + ศาสตราจารย์กนกธ
กนกธ
๑๖ พ.ค. ๖๔

From: Naiyana Piphatranitcha <naiyana@buu.ac.th>
Sent: Tuesday, May 04, 2021 3:22 AM
To: Tinetti, Mary <mary.tinetti@yale.edu>
Subject: Ask for permission to modify the Fall Efficacy Scale (FES)

Dear, Professor Dr. Mary Tinetti

I'm Asst Prof. Dr Naiyana Piphatvanitcha as a major advisor for Mrs. Supaporn Suwannakorn, 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 adult patients admitted in a private hospital".

In 2012, I have your kindly permission to translate the Fall Efficacy Scale (FES) that you created from English to Thai. I used this instrument in several research and found that sometime it makes difficulty to answer in confidence visual analog scale of 1-10 in Thai older adults.

Therefore, we would like to ask for your permission to modify the Fall Efficacy Scale (FES) 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

Asst.Prof. Dr. Naiyana Piphatvanitcha RN., PhD.

Faculty of Nursing, Burapha University

169 Long Had Bangsaen Road, Tambon Sansuk, Muang District,

Chonburi Province, Thailand, 20131.

<https://mail.google.com/mail/u/0?ik=528ac5e41d&view=pt&search=all&permmmsgid=msg-f%3A1698866700285505411&simpl=msg-f%3A1698866...> 2/3



จาก: Kiwak, Eliza <eliza.kiwak@yale.edu>
ส่ง: 4 พฤษภาคม 2564 20:19
ถึง: Naiyana Piphatranitcha <naiyana@buu.ac.th>
ชื่อเรื่อง: RE: Ask for permission to modify the Fall Efficacy Scale (FES)

Hello,
 Please be sure to indicate "Reprinted with permission, Mary E. Tinetti, M.D. © Copyright; 2006".

Thank you,
 Eliza

*Eliza Kiwak
 Project Coordinator
 Research Assistant III
 Yale School of Medicine/Geriatrics*

From: Tinetti, Mary <mary.tinetti@yale.edu>
Sent: Tuesday, May 04, 2021 8:54 AM
To: Naiyana Piphatranitcha <naiyana@buu.ac.th>
Cc: Kiwak, Eliza <eliza.kiwak@yale.edu>
Subject: RE: Ask for permission to modify the Fall Efficacy Scale (FES)

You have my permission to modify the scoring for the Fall Efficacy Scale. Please include the copyright language that Eliza will provide. Also add that the scoring was modified with permission.

Regards and best wishes with this project.

Mary Tinetti, MD
 Gladys Phillips Crofoot Professor
 Medicine and Public Health
 Chief, Yale Geriatrics

<https://mail.google.com/mail/u/0?ik=528ac5e41d&view=pt&search=all&permmsgid=msg-f%3A1698886700285505411&simpl=msg-f%3A1698886...> 1/3

5/5/2021

Gmail - Thai: Ask for permission to modify the Fall Efficacy Scale (FES)

Yale University School of Medicine
 Mail: 333 Cedar Street, P.O. Box 208025, New Haven, CT 06520
 Campus Location: Harkness Memorial Bldg. A /Rm.318A
 367 Cedar Street, New Haven, CT 06510
 Phone: 203-688-5238
 Fax: 203-688-4209
 E-mail: mary.tinetti@yale.edu
<http://medicine.yale.edu/intmed/geriatrics/index.aspx>
<http://patientprioritiescare.org>

Twitter: @goalsdrivecare



ที่ อว ๘๑๓๗/ ๙๘๘

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๔ ถ.สิงหนาทบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๓๐ เมษายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขอเรียนเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์ (ฉบับย่อ)
๒. เครื่องมือวิจัย

ด้วยนางสุภาพร สุวรรณก้อน รหัสประจำตัวนิสิต ๖๒๔๒๐๓๑๒ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติคำโครงการวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา พิพัฒน์วณิชชา เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอบุคลากรในสังกัดของท่าน คือ รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงฤดี ลาคุชะ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย นั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขอเรียนเชิญรองศาสตราจารย์ ดร.ดวงฤดี ลาคุชะ ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์สูง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย (ตั้งแนบ) ทั้งนี้ สามารถติดต่อนี้สติดังรายนามข้างต้น ได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๑-๕๗๗-๗๒๔๗ หรือที่ E-mail: Supaporn77298@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงฤดี ลาคุชะ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๑, ๗๐๕, ๗๐๗
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th



ที่ อว ๘๑๓๗/๗๘๗

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๔ ถ.สิงหนาทบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

มอ เมษายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขอเรียนเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
กรุงเทพมหานคร

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์ (ฉบับย่อ)
๒. เครื่องมือวิจัย

ด้วยนางสุภาพร สุวรรณก้อน รหัสประจำตัวนิสิต ๖๒๔๒๐๓๑๒ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติคำโครงการวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา พิพัฒน์วัฒน์ชชา เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอบุคลากรในสังกัดของท่าน คือ รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาพ อารีเอื้อ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย นั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขอเรียนเชิญรองศาสตราจารย์ ดร.สุภาพ อารีเอื้อ ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์สูง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย (ดังแนบ) ทั้งนี้ สามารถติดต่อณสื่อดังรายนามข้างต้น ได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๑-๕๗๗๗-๗๒๔๗ หรือที่ E-mail: Supaporn77298@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาพ อารีเอื้อ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๘ ๓๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๑, ๗๐๕, ๗๐๗
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th



ที่ อว ๘๑๓๗/๙๙๐

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.สิงหนาทบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

MO เมษายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขอเรียนเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์ (ฉบับย่อ)
๒. เครื่องมือวิจัย

ด้วยนางสุภาพร สุวรรณก้อน รหัสประจำตัวนิสิต ๖๒๙๒๐๓๑๒ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติคำโครงการวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา พิพัฒน์วณิชชา เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอบุคลากรในสังกัดของท่าน คือ รองศาสตราจารย์ ดร.ขวัญใจ อำนางส์ตย์ชื่อ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย นั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขอเรียนเชิญรองศาสตราจารย์ ดร.ขวัญใจ อำนางส์ตย์ชื่อ ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์สูง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย (ดังแนบ) ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตตั้งรายนามข้างต้น ได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๑-๕๗๗-๗๒๙๗ หรือที่ E-mail: Supaporn77298@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ ดร.ขวัญใจ อำนางส์ตย์ชื่อ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๑, ๗๐๕, ๗๐๗
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th



ที่ อว ๘๑๓๗/๗๗๑

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.สิงหาคบวงแหวน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

มอ เมษายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขอเรียนเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไม้แดง จังหวัดชลบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์ (ฉบับย่อ)
๒. เครื่องมือวิจัย

ด้วยนางสุภาพร สุวรรณก้อน รหัสประจำตัวนิสิต ๖๒๔๒๐๓๑๒ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติคำโครงการวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา พิพัฒน์วณิชชา เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอบุคลากรในสังกัดของท่าน คือ คุณธนภรณ์ พิพัฒน์วณิชชา ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย นั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขอเรียนเชิญคุณธนภรณ์ พิพัฒน์วณิชชา ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์สูง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย (ดังแนบ) ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตตั้งรายนามข้างต้น ได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๑-๕๗๗-๗๒๔๗ หรือที่ E-mail: Supaporn77298@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

สำเนาเรียน คุณธนภรณ์ พิพัฒน์วณิชชา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๑, ๗๐๕, ๗๐๗
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th



ที่ อว ๘๑๓๗/ ๗๗๒

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.สิงหาคบวงสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

มอ เมษายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขอเรียนเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์ (ฉบับย่อ)
๒. เครื่องมือวิจัย

ด้วยนางสุภาพร สุวรรณก้อน รหัสประจำตัวนิสิต ๖๒๙๒๐๓๑๒ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติคำโครงการวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา พิพัฒน์วณิชชา เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอบุคลากรในสังกัดของท่าน คือ คุณกมลพร วงศ์พนิตกุล สังกัดหอผู้ป่วยพิเศษ อาคารเฉลิมพระเกียรติชั้น ๕ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย นั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขอเรียนเชิญคุณกมลพร วงศ์พนิตกุล ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์สูง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย (ตั้งแนบ) ทั้งนี้ สามารถติดต่อนัดตั้งรายนามข้างต้น ได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๑-๕๗๗-๗๒๙๗ หรือที่ E-mail: Supaporn77298@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

สำเนาเรียน คุณกมลพร วงศ์พนิตกุล

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๑, ๗๐๕, ๗๐๗
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th

ชื่อ-สกุล	นางสุภาพร สุวรรณก้อน
วัน เดือน ปี เกิด	8 มีนาคม พ.ศ. 2524
สถานที่เกิด	จังหวัดจันทบุรี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	4/663 หมู่ 9 ตำบลท่าช้าง อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี 22000
ตำแหน่งและประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2546-2560 พยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยวิกฤติ โรงพยาบาลกรุงเทพจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี พ.ศ. 2560-2562 ผู้ช่วยหัวหน้าแผนกผู้ป่วยวิกฤติ โรงพยาบาลกรุงเทพจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี พ.ศ. 2562-2564 หัวหน้าแผนกผู้ป่วยกึ่งวิกฤติ โรงพยาบาลกรุงเทพจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี พ.ศ. 2564-ปัจจุบัน หัวหน้าแผนกบริหารคุณภาพ โรงพยาบาลกรุงเทพจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2546 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. 2565 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ) มหาวิทยาลัยบูรพา