



ผลของ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ของ
ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ณัฐริกา มีศรี

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ของ
ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล



ณัฐริกา มีศรี

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

EFFECT OF PERCEIVED HEALTH BELIEF PROMOTION PROGRAM ON FALLS
PREVENTION BEHAVIORS IN ADMITTED HOSPITAL OLDER ADULT PATIENTS



NATTARIKA MEESRI

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

2024

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ ฌัฐริกา มีศรี ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาริ กังใจ)

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)

..... ประธาน

(รองศาสตราจารย์ ดร.ขวัญใจ อำนวยศักดิ์เชื้อ)

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาริ กังใจ)

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายฝน ม่วงคุ้ม)

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัย
บูรพา

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิทวัส แจ่มเยี่ยม)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

63920133: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้สูงอายุ; พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ/ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม/ ผู้ป่วยสูงอายุ/ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ฉวีริกา มีศรี : ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. (EFFECT OF PERCEIVED HEALTH BELIEF PROMOTION PROGRAM ON FALLS PREVENTION BEHAVIORS IN ADMITTED HOSPITAL OLDER ADULT PATIENTS) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: วารี กังใจ, พย.ค., พรชัย จุลเมตต์, Ph.D. ปี พ.ศ. 2567.

การหกล้มในโรงพยาบาล เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ จึงมีความจำเป็นต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาลและต่อเนื่อง

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 50 ราย สุ่มตัวอย่างแบบง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 25 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลในระลอกก่อนการทดลอง และระลอกหลังการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุ แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม และโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ สถิติพรรณนา และสถิติการทดสอบค่าที

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของกลุ่มทดลองในระลอกหลังการทดลองมากกว่าในระลอกก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{24} = -15.53, p < .01$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของกลุ่มทดลองในระลอกหลังการทดลอง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{48} = -7.90, p < .01$) สรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพสามารถเพิ่มพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาลได้จริง จึงมีข้อเสนอแนะว่าบุคลากรที่ปฏิบัติการด้านการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษา ควรนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อไป

63920133: MAJOR: GERONTOLOGICAL NURSING; M.N.S. (GERONTOLOGICAL NURSING)

KEYWORDS: FALLS/ FALL PREVENTION BEHAVIOR/ HEALTH BELIEFS/ HOSPITAL/ OLDER ADULT PATIENTS

NATTARIKA MEESRI : EFFECT OF PERCEIVED HEALTH BELIEF PROMOTION PROGRAM ON FALLS PREVENTION BEHAVIORS IN ADMITTED HOSPITAL OLDER ADULT PATIENTS. ADVISORY COMMITTEE: WAREE KANGCHAI, D.N.S. PORNCCHAI JULLAMATE, Ph.D. 2024.

Falls in hospital settings present significant public health challenges, especially affecting elderly patients across physical, mental, social, and economic dimensions. Encouraging good behavioral practices among elderly patients to prevent falls in hospitals is crucial.

This quasi-experimental study aimed to assess the impact of a health belief promotion program on fall prevention behavior among elderly patients admitted to hospitals. The sample comprised individuals aged 60 and above receiving treatment in the Internal Medicine Department of Chonburi Hospital. Fifty patients were selected via simple random sampling and divided equally into an experimental group and a comparison group. The experimental group underwent a health belief promotion program, while the comparison group received standard care. Data were collected pre- and post-intervention using questionnaires on personal information, fall prevention behavior, and the health belief promotion program. Descriptive statistics and t-tests were used for data analysis.

Results revealed a significant increase in fall prevention behavior scores among elderly patients, post-intervention compared to pre-intervention within the experimental group ($t_{24} = -15.53, p < .01$). Additionally, the experimental group exhibited significantly higher post-intervention fall prevention behavior scores compared to the comparison group ($t_{48} = -7.90, p < .01$). In conclusion, the health belief promotion program effectively enhanced fall prevention behavior among elderly hospitalized patients. It is recommended that healthcare personnel implement this programs to raise awareness of health beliefs among elderly patients undergoing treatment to promote fall prevention behavior in hospital settings.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงไปได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาริ กังใจ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และรองศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางที่ถูกต้องตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วน และเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะต่างๆที่เป็นประโยชน์เพื่อให้ วิทยานิพนธ์เล่มนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณา และอนุเคราะห์ในการตรวจสอบรวมทั้งให้คำแนะนำแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพและมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ Professor Dr. Ed Rosenberg จาก Department of Sociology, Appalachian State University สหรัฐอเมริกา ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ทุนบางส่วนสำหรับการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี พยาบาลวิชาชีพตึกเฉลิมราชสมบัติชั้น 7 และชั้น 8 ที่ได้ให้ความช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลอย่างดียิ่ง ขอขอบพระคุณผู้ปวยสูงอายุทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ และขอบคุณผู้ช่วยวิจัยที่กรุณาให้ความช่วยเหลือในการทำการวิจัยครั้งนี้

ท้ายที่สุดนี้ ขอขอบพระคุณบิดา มารดา และครอบครัวที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือทุกอย่างด้วยความรัก และความห่วงใย ให้กำลังใจตลอดระยะเวลาของการศึกษาและการทำวิทยานิพนธ์ คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูกตเวทิตาแด่บุพการีบูรพาจารย์ ผู้ปวยสูงอายุกลุ่มตัวอย่าง และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ผู้วิจัยเป็นผู้มีการศึกษา และประสบความสำเร็จได้ตราบเท่าทุกวันนี้

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ฉุ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
สมมติฐานการวิจัย	4
ขอบเขตการวิจัย	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
การหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุ	9
พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ	18
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	26
โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ	36
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	41
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	41
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	43

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย	48
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	48
การเตรียมผู้ช่วยวิจัย	49
การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล	49
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	58
บทที่ 4 ผลการวิจัย	59
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	60
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล	68
สรุปผลการวิจัย	68
อภิปรายผลการวิจัย	69
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	73
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	74
บรรณานุกรม	75
ภาคผนวก	80
ภาคผนวก ก.....	81
ภาคผนวก ข	83
ภาคผนวก ค.....	88
ภาคผนวก ง	90
ภาคผนวก จ	97
ภาคผนวก ฉ.....	106
ประวัติย่อของผู้วิจัย	109

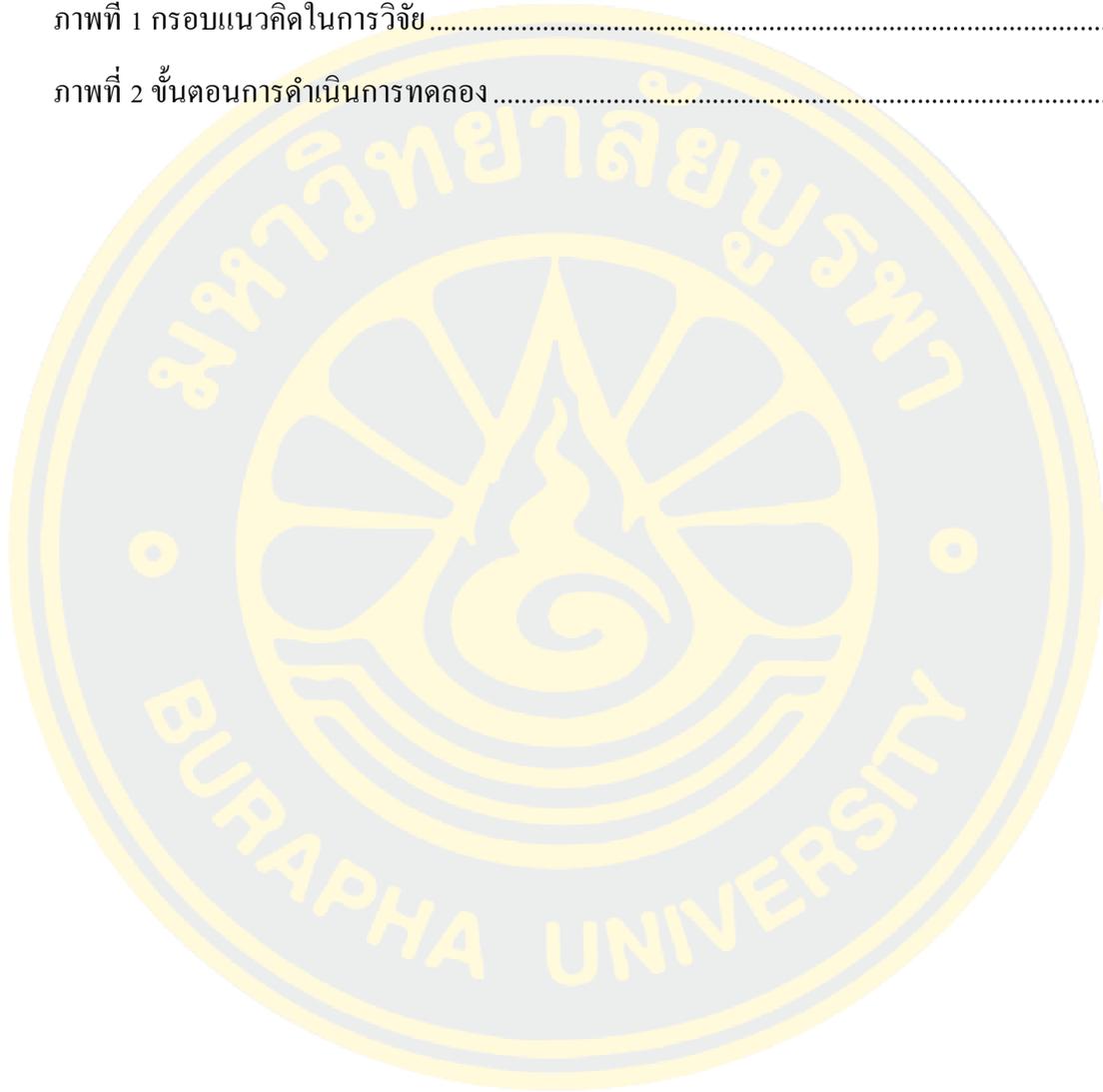
สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 องค์ประกอบ คำจำกัดความ และการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติของแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ	30
ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าไคสแควร์ ของกลุ่มตัวอย่าง และผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	60
ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าพิสัยของพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ จำแนกเป็นรายด้าน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลอง	63
ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	65
ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ.....	66
ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ในระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	67

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8
ภาพที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....	57



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการหกล้มเป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งของผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้ในโรงพยาบาล (Lvziku, Matanese, & Pedone, 2011; Cox et al., 2015; Motaress, & Lvziku, 2015) นับเป็น 1 ใน 5 อันดับของการเกิดอุบัติเหตุที่พบในผู้ป่วยสูงอายุ (Loria, & Bhergava, 2013) ในสหรัฐอเมริกา การหกล้มเป็นสาเหตุสำคัญอันดับที่ 5 ของการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ (Edelberg, 2001) จากการรายงานของ (WHO, 2018) พบว่า อัตราการเกิดการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล เพิ่มขึ้น ในระยะเวลา 5 ปี ร้อยละ 15-35 ส่วนการศึกษาอุบัติการณ์การหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในประเทศ ต่างๆ ได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกา อุบัติการณ์การหกล้มจะเพิ่มขึ้น 1.7 เท่าของทุกปี (American Geriatrics Society, 2001) พบว่า อุบัติการณ์การหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุครั้งแรกในการรับเข้ารับการ รักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 52.1 เป็นผู้ป่วยสูงอายุใน สอดคล้องกับการรายงาน อุบัติการณ์ของประเทศอังกฤษ พบว่า มีอุบัติการณ์การหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล เฉลี่ยอย่างน้อยร้อยละ 53 (NPSA, 2011) ส่วนในประเทศไทยนั้น มีรายงานอุบัติการณ์การหกล้ม ของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย ปี พ.ศ. 2565 พบว่า มีผู้ป่วยสูงอายุ ในโรงพยาบาลมีการหกล้ม ร้อยละ 45 สอดคล้องกับอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โรงพยาบาลชลบุรี ปี พ.ศ. 2565 มีอุบัติการณ์การหกล้มในโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุแผนก อายุรกรรมมีอุบัติการณ์การหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ร้อยละ 58.0 แผนกศัลยกรรม ร้อยละ 53.0 แผนกนรีเวชกรรมร้อยละ 47.3 แผนกออโรปิดิกส์ ร้อยละ 34.2 และแผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ร้อยละ 23.7 (สถิติโรงพยาบาลชลบุรี, 2565)

สาเหตุการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่ เกิดจากปัจจัยภายในและภายนอก ได้แก่ กล้ามเนื้อขาอ่อนแรง ภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน การได้รับยาได้หลายชนิด ประวัติการหกล้ม และ โรคประจำตัว (มานิตา รักศรี, นารีรัตน์ จิตรมนตรี และเสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ, 2562) พื้นห้องน้ำ ในแผนกหอผู้ป่วยแยก ต่างระดับ มีแสงสว่างไม่เพียงพอ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มที่ไม่ ถูกต้อง ได้แก่ การสวมใส่รองเท้าที่หลวมเกินไป การเปลี่ยนอิริยาบถที่รวดเร็ว หรือการเคลื่อนย้าย ที่ไม่ปลอดภัย การเอื้อมมือหยิบสิ่งของ การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ และการไม่มีญาติ ดูแล (รัตนาพร ทามิ, พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤษดิ์ และปานตา อภิรักษ์นภานนท์, 2563) ส่งผลให้เกิด

ปัญหาและผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ ผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ผลกระทบด้านร่างกาย คือ การได้รับบาดเจ็บที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยสูงอายุ ร้อยละ 30-50 ของการได้รับบาดเจ็บทั้งหมด เป็นการได้รับบาดเจ็บที่รุนแรง เช่น ศีรษะได้รับการกระทบกระเทือนร้อยละ 10-15 กระดูกหัก ทำให้เกิดความเจ็บปวด และส่งผลให้การหกล้มเป็นสาเหตุสำคัญอันดับที่ 5 ของการเสียชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุ ผลกระทบทางด้านจิตใจ เกิดการหกล้มส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความไม่มั่นใจในการก้าวเดินอย่างปลอดภัยจะหกล้มซ้ำ ภาวะเครียดวิตกกังวล (Zhila, 2019) ผลกระทบด้านสังคมเกิดจากการหกล้มส่งผลให้การเคลื่อนไหวลดลง ทำให้ผู้สูงอายุนั้นไม่อยากจะร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคม ปฏิเสธการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและมีพฤติกรรมแยกตัวทำให้เป็นภาระของครอบครัวและผู้ดูแล (Miller, 2019) ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง เกิดเป็นภาวะพึ่งพาและเพิ่มภาระการดูแลแก่ครอบครัวในระยะยาว ผลกระทบทางเศรษฐกิจนั้น เกิดจากค่าใช้จ่ายในการรักษาขณะอยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุที่มีการหกล้ม ดังประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อ ปี ค.ศ.1994 พบว่าค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอุบัติเหตุ หกล้มเฉลี่ยประมาณคนละ 1,400 เหรียญสหรัฐหรือมีมูลค่าสูงถึง 2.2 หมื่นล้านเหรียญสหรัฐ และ ปี ค.ศ 2020 คาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 3.24 หมื่นล้านเหรียญสหรัฐ ประมาณการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2040 จะเพิ่มเป็น 500,000 ราย (CDC, 2004) สำหรับในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีการหกล้มรักษาตัวในโรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยคนละ 20,000 บาทต่อปี (สถิติค่าใช้จ่ายโรงพยาบาลชลบุรี, 2564) และผู้สูงอายุที่ต้องผ่าตัดกระดูกสะโพกหักเฉลี่ยคนละ 60,000 บาท หากคิดตามสิทธิการรักษาและต้องใช้บริการในห้องพิเศษ การผ่าตัดสะโพกเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 25,000 บาท ดังนั้นการหกล้มในโรงพยาบาลจึงนับได้ว่าเป็นการสูญเสียเศรษฐกิจของครอบครัวและประเทศชาติ (ประเสริฐ อัสตันดชัย และคณะ, 2564)

การป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีหลากหลายวิธี โดยมีองค์ประกอบ คือ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและวิธีป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล 2) การออกกำลังกาย โดยเฉพาะการออกกำลังกายแบบไท้จี้ชิ่ง เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุนั้นจะช่วยในเรื่องของการทรงตัว กล้ามเนื้อแข็งแรงและมีการยืดหยุ่นมากขึ้น 3) การทบทวนการรักษาโดยการใช้ยา เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมีการได้รับยาที่ซับซ้อนทำให้เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยารุนแรง 4) การประเมินความสามารถในการมองเห็นและจัดการปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น เช่น ต้อกระจก สายตาสาย 5) การประเมินและการจัดการกับสิ่งแวดล้อม การจัดหาอุปกรณ์ที่ช่วยในการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ไม้ค้ำยัน รถเข็นนั่ง Walker เป็นต้น (ทิพเนตร งามกาละ, ประคอง อินทรสมบัติ และสุปรีดา มั่นคง, 2552; มานิตา รักศรี, นารีรัตน์ จิตรมนตรี และ เสาวลักษณ์

จิรธรรมคุณ, 2562) ดังการศึกษาของ Dykes and colleagues (2010) ศึกษาผลของ โปรแกรมป้องกันการหกล้ม ที่ประกอบด้วย การให้ความรู้การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม และการทบทวนการใช้ยา ช่วยลดอุบัติการณ์การหกล้มในโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุได้ ($p < .05$)

โรงพยาบาลชลบุรีมีแนวปฏิบัติการป้องกันการหกล้ม และปฏิบัติตามหลักมาตรฐาน IPSP 6 เพียงแค่ลดอุบัติการณ์ของการหกล้มในโรงพยาบาล และระยะเวลาในการพักรักษาตัวของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่ดี และเหมาะสมของผู้ป่วยสูงอายุ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญ ได้แก่ การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญ ได้แก่ การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นแนวคิดที่อธิบายพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคล (Stretcher & Rosenstock, 1997) ทั้งนี้เนื่องจากความเชื่อเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และช่วยให้พฤติกรรมนั้นคงอยู่ในระยะยาว แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Stretcher and Rosenstock (1997) ประกอบด้วย 1) การรับรู้ว่าตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรค 2) การรับรู้ว่าโรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงต่อตนและดำเนินชีวิตประจำวัน 3) การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค 4) การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค รวมทั้ง 5) สิ่งชักนำสนับสนุนให้บุคคลมีแนวโน้มในการตัดสินใจจนเกิดพฤติกรรมที่ดี 6) รวมถึงปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดี และ 7) ความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคและการรับรู้สมรรถนะของตนเองว่าตนเองจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังการศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในหอผู้ป่วยศัลยกรรม มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มดีกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่ได้รับโปรแกรม ($p < .001$) (มานิตา รักศรี, นารีรัตน์ จิตรมนตรี และเสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ, 2562) สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความรู้ในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ($p < .01$) ดังนั้นจึงต้องมุ่งเน้นความเชื่อของผู้ป่วยสูงอายุ ในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการหกล้ม ดังนั้นการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการหกล้มจึงเป็นสิ่งสำคัญของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดการตระหนักในการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล และลดอุบัติการณ์ที่จะเกิดการหกล้ม

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ผ่านมายังไม่พบการพัฒนาโปรแกรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรม การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาโดยการ

ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของการพัฒนาพฤติกรรมป้องกัน การหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุที่สำคัญ คือ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองมากที่สุดและปลอดภัยที่สุด การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุหรือการ หกล้มในโรงพยาบาล จึงเป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นบ่อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยประยุกต์ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาและประยุกต์ใช้ในการพยาบาล เพื่อให้มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเชื่อที่ถูกต้อง เพื่อส่งเสริมให้มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาลที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ กลุ่มเปรียบเทียบในระย่ก่อนการทดลอง และระย่หลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ กลุ่มทดลองในระย่หลังการทดลอง และระย่ก่อนการทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ในระย่ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
4. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ในระย่หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ในระย่ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกับระย่หลังการทดลอง
2. ผู้ป่วยสูงอายุ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ในระย่หลังการทดลอง มากกว่าระย่ก่อนการทดลอง
3. ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในระย่ก่อนการทดลอง ไม่แตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบ
4. ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ในระย่หลังการทดลอง มากกว่าผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research design) ที่ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest posttest design with nonequivalent groups) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลชลบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลชลบุรี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าได้มาจากการสุ่มตัวอย่างจากประชากร กลุ่มละ 25 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ.2566

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลชลบุรี

พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้ป่วยสูงอายุในการดำรงชีวิตประจำวัน เพื่อไม่ให้เกิดการหกล้ม โดยหลีกเลี่ยงหรือลดปัจจัยเสี่ยงของการหกล้ม ทั้งปัจจัยภายในตัวผู้ป่วยสูงอายุ และปัจจัยภายนอก ประเมินได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุของ มานิดา รักศรี, นารีรัตน์ จิตรมนตรี และเสาวลักษณ์ จิระธรรมคุณ (2562)

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลอย่างมีแบบแผนที่ส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Stretcher and Rosenstock (1997) และองค์ความรู้จากการทบทวนวรรณกรรม ดำเนินการเป็นรายบุคคล ประกอบด้วย การส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการหกล้มใน โรงพยาบาล การส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มใน โรงพยาบาล การส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ ลดการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มใน โรงพยาบาล ปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มใน โรงพยาบาล การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มใน โรงพยาบาล และส่งเสริมสิ่งชักนำทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มใน โรงพยาบาล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้พัฒนาจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Stretcher and Rosenstock (1997) ซึ่งกล่าวว่า พฤติกรรมและบทบาทในการตัดสินใจของบุคคลที่อยู่ในภาวะเสี่ยงประกอบด้วย 1) การรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค 2) การรับรู้ว่าคุณที่ เกิดขึ้นมีความรุนแรงต่อตนและดำเนินชีวิตประจำวัน 3) การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรม ป้องกันโรค 4) การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค 5) สิ่งชักนำสนับสนุนให้ บุคคลมีแนวโน้มในการตัดสินใจจนเกิดพฤติกรรมที่ดี 6) รวมทั้งปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลให้เกิดการ ปฏิบัติพฤติกรรมที่ดี และ 7) ความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค และ การรับรู้สมรรถนะของคุณว่าคุณจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงนำมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล เพื่อการส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการหกล้มในโรงพยาบาล การส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มในโรงพยาบาล การส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ ลดการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล ปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล การส่งเสริมการรับรู้ ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล และส่งเสริม สิ่งชักนำทำให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาลเพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ โดยมีการจัดกิจกรรมเป็นรายบุคคล ดังนี้

1. กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยสูงอายุ

2. กิจกรรมที่ 2 ประเมินความรู้และประสบการณ์เดิมที่มีต่อการหกล้มในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินความรู้และประสบการณ์เดิมที่มีต่อการหกล้มในโรงพยาบาล

3. กิจกรรมที่ 3 ส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการหกล้มในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดการรับรู้ความเสี่ยงของการหกล้มในโรงพยาบาล

4. กิจกรรมที่ 4 ส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมความรู้เรื่องการหกล้มในโรงพยาบาล และส่งเสริม

การรับรู้ความรุนแรงของผู้ป่วยสูงอายุในการหกล้มในโรงพยาบาล

5. กิจกรรมที่ 5 ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการ

หกล้มในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมผู้ป่วยสูงอายุให้เกิดการรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมป้องกันการ

การหกล้มในโรงพยาบาล

6. กิจกรรมที่ 6 ลดการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมผู้ป่วยสูงอายุให้เกิดการลดการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล

7. กิจกรรมที่ 7 ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล

8. กิจกรรมที่ 8 ส่งเสริมสิ่งชักนำทำให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดการรับรู้การป้องกันการหกล้มที่ต่อเนื่อง พร้อมทั้งเป็นการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยสูงอายุมีการป้องกันการหกล้มและเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม

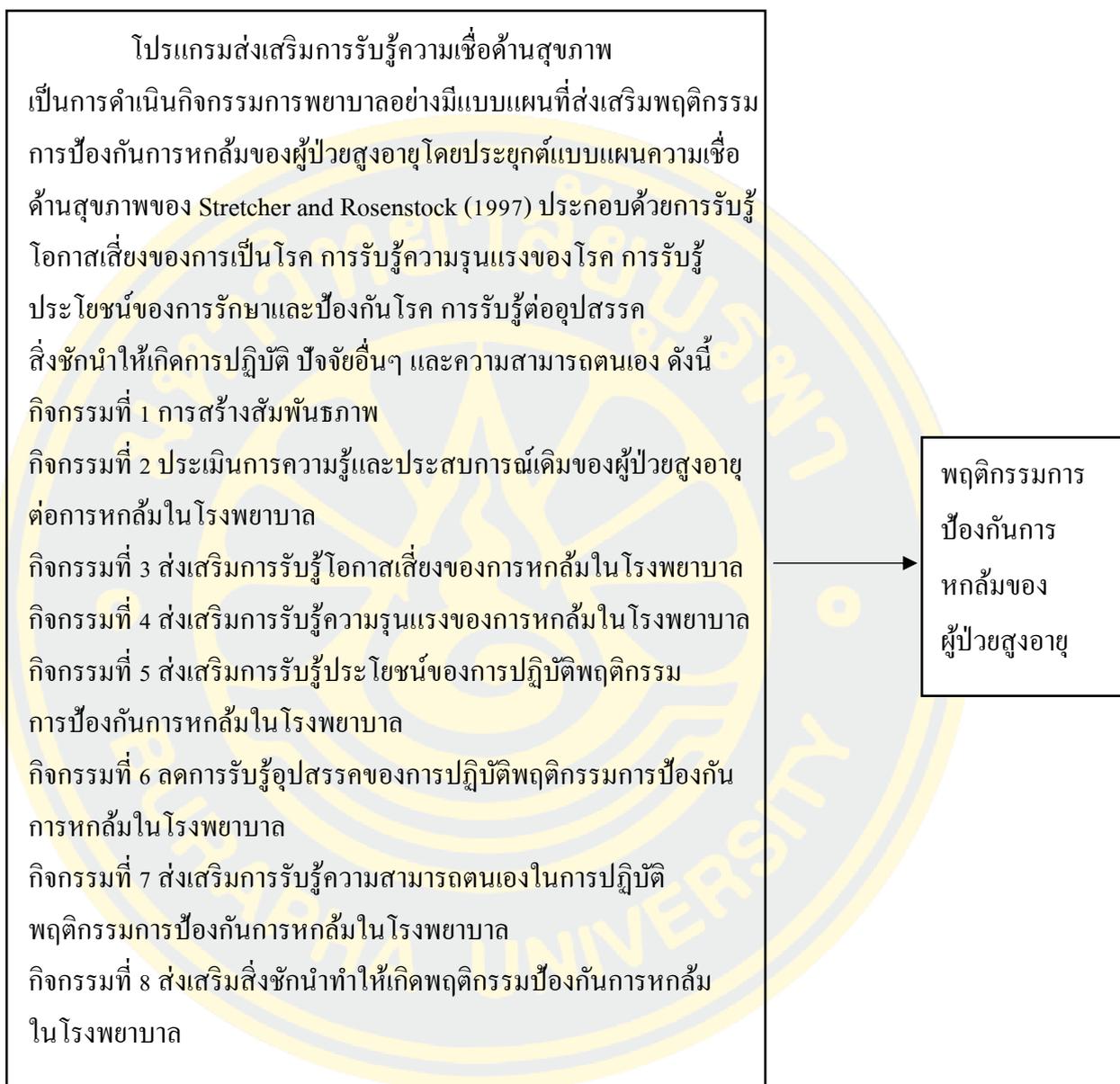
สำหรับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ผู้วิจัยได้ทำการสังเคราะห์จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องที่ได้นำเสนอในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยหลีกเลี่ยงหรือลดปัจจัยเสี่ยงของการหกล้ม ทั้งปัจจัยภายในตัวผู้ป่วยสูงอายุ และปัจจัยภายนอก

ผู้วิจัยเชื่อว่า กระบวนการของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้ จะส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มขณะอยู่ในโรงพยาบาลที่ถูกต้อง

สรุปเป็นความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น และตัวแปรตามในกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพที่ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมหัวข้อเนื้อหา ดังนี้

1. การหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุ
2. พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ
3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
4. โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ

การหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุ

การหกล้มเป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งของผู้ป่วยสูงอายุ ที่จัดเป็น 1 ใน 5 อันดับของการเกิดอุบัติเหตุในผู้ป่วยสูงอายุที่มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี จึงควรให้ความสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่พบมากที่สุด

ความหมายของการหกล้ม

การหกล้ม เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้บ่อยในผู้ป่วยสูงอายุทั้งในโรงพยาบาล และในชุมชน จึงมีผู้สนใจศึกษาวิจัย เพื่อป้องกันการหกล้มและลดอุบัติการณ์ของการหกล้ม จึงเป็นสิ่งจำเป็น ที่ต้องให้ความหมายของการหกล้มให้ชัดเจน ซึ่งการให้ความหมายของการหกล้มอาจมีความหมายแตกต่างกันไปบ้าง

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้นิยามของการหกล้มตามแนวคิดของ Hughes (2008) ที่ให้นิยามไว้ว่า การหกล้ม หมายถึง เหตุการณ์ที่ทำให้บุคคลตกลงมาที่พื้น หรือตกจากที่ใดที่หนึ่งลงด้านล่างโดยไม่ได้ตั้งใจ การหกล้มที่เกิดขึ้นอาจทำให้ร่างกายได้รับบาดเจ็บหรือไม่ก็ตาม ทั้งนี้ไม่นับการหกล้มที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองแตก ตีบ หรือตัน ไม่นับการหกล้มที่เกิดจากเป็นลมหรือการหกล้มที่เกิดจากแรงกระแทกภายนอก เช่น ถูรถชน เป็นต้น

อุบัติการณ์การเกิดหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล

การหกล้มเป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งของผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้ในโรงพยาบาล (Lvziku, Matanese, & Pedone, 2011; Cox et al., 2015; Motaress, & Lvziku, 2015) นับเป็น 1 ใน 5 อันดับของการเกิดอุบัติเหตุที่พบในผู้ป่วยสูงอายุ (Loria & Bhergava, 2013) จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2018) พบอัตราการเกิดการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลร้อยละ 15-35 ประเทศสหรัฐอเมริกาพบอุบัติการณ์การหกล้มเพิ่มขึ้น 1.7 เท่าของทุกปี อุบัติการณ์การหกล้มของอุบัติการณ์การหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุครั้งแรกในการรับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 52.1 เป็นผู้ป่วยสูงอายุใน สอดคล้องกับการรายงานอุบัติการณ์ของประเทศอังกฤษ พบว่า มีอุบัติการณ์การหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล เฉลี่ยอย่างน้อย ร้อยละ 53 (NPSA, 2011) ส่วนในประเทศไทยนั้น มีรายงานอุบัติการณ์การหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย ปี พ.ศ. 2565 พบว่า มี ผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลมีการหกล้ม ร้อยละ 45 ซึ่งสอดคล้องกับอุบัติการณ์ของประเทศอังกฤษที่พบว่า มีการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล เฉลี่ยอย่างน้อย ร้อยละ 48 (NPSA, 2011) สถานที่เกิดการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุมากที่สุด คือ ในห้องของผู้ป่วย พบร้อยละ 80 รองลงมาเกิดการหกล้มที่ห้องน้ำผู้ป่วยและระเบียง (Loria & Bhergava, 2013)

การเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้ป่วยสูงอายุที่เกี่ยวข้องกับการหกล้ม

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงตามวัยทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจที่เสื่อมถอยลง จะเกิดขึ้นแตกต่างกันออกไปตามแต่ละบุคคล การเปลี่ยนแปลงตามวัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้ม มีดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพในผู้ป่วยสูงอายุ

1.1 การเปลี่ยนแปลงในระบบกล้ามเนื้อและกระดูกในผู้ป่วยสูงอายุ จะมีจำนวนและขนาดเส้นใยลดลง การทำงานของเอนไซม์ในกล้ามเนื้อลดลง ปริมาณของไกลโคเจน และโปรตีนที่สะสมในกล้ามเนื้อลดลงตามขนาดของกล้ามเนื้อ ทำให้ร่างกายของผู้ป่วยสูงอายุเสถียรสมดุลของไนโตรเจน ส่งผลทำให้กล้ามเนื้อมีอาการอ่อน เ็นเกิดการแข็งตัวเกิดรีเฟลกซ์ลดลง และกล้ามเนื้ออาจมีอาการแข็งเกร็งได้ ขนาดของเส้นใยกล้ามเนื้อที่ลดลง อาจเกิดจากการที่ไม่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อเป็นเวลานาน ๆ เป็นเหตุทำให้มีการฝ่อลีบของกล้ามเนื้อ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2564) สำหรับเพศหญิงฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) ซึ่งทำหน้าที่กระตุ้นการทำงานของเซลล์กระดูก (Osteoblast) ลดลง หลังวัยหมดประจำเดือน จึงส่งผลให้เกิดแคลเซียมมีการสลายออกจากกระดูก ทำให้กระดูกเปราะบางและแตกหักง่าย ความยาวของกระดูกสั้นลงหลังจาก

หมอนรองกระดูกบางลง กระดูกสันหลังเสื่อม หลังค่อมหรือเอียง กระดูกบริเวณข้อต่อ ต่าง ๆ บางลง ความสามารถในการรับแรงกระแทกลดลง เนื่องจากปริมาณน้ำไขข้อกระดูกลดลง จึงทำให้เกิดข้อเสื่อม ส่งผลต่อการเสียการทรงตัว จึงมีผลให้เกิดการหกล้มได้ง่ายมากขึ้น

1.2 การเปลี่ยนแปลงในระบบหัวใจและหลอดเลือด การเปลี่ยนแปลงของหัวใจในผู้สูงอายุ นั้น เป็นผลมาจากการสะสมของไขมัน เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจมีการฝ่อ หรือ หนาตัวขึ้น ซึ่งพบที่บริเวณหัวใจห้องล่างซ้ายเป็นส่วนใหญ่ ลิ้นหัวใจหนาและแข็งตัวมากขึ้น และมีการเพิ่มของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน มีแคลเซียมไปเกาะที่บริเวณลิ้นหัวใจเอออร์ติก (Aortic valve) จากการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าผนังหลอดเลือดมีความยืดหยุ่นน้อยลง เพราะมีเส้นใยคอลลาเจนมากขึ้น และมีการเชื่อมกันตามขวาง ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว (Miller, 2019) หลอดเลือดดำมีการหนาตัว และอีลาสตินลดลง ส่งผลทำให้เกิดการไหลเวียนเลือด ผนังหลอดเลือดลดลง และไหลเวียนจากส่วนปลายกลับเข้าสู่หัวใจลดลง การแข็งตัวของผนังหลอดเลือดแดง ร่วมกับการทำงานของระบบ renin – angiotensin ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีความดันโลหิตลดลงซึ่งก่อให้เกิดการหกล้มได้ง่ายขึ้น

1.3 การเปลี่ยนแปลงในระบบสัมผัส การมองเห็นลดลง สายตายาว การได้ยินลดลง การตอบสนองของรูม่านตาลดลง การรับรู้ของประสาทรับความรู้สึกจะลดลง การมองเห็นมีการเปลี่ยนแปลงในทางลบเป็นผลให้การทำงานที่ต้องการความรวดเร็วมีประสิทธิภาพลดลง ได้แก่ การทรงตัว การเปลี่ยนท่า การรับรู้สิ่งแวดลอม และการเคลื่อนไหว กระจกตาหนาตัวมีความแข็งมากขึ้น ความยืดหยุ่นลดลง ทำให้เกิดความขุ่นมัว ส่งผลให้แสงผ่านได้น้อยลง มองภาพไม่ชัด มีการเสื่อมของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหดหรือขยายรูม่านตา รวมทั้งรูม่านตามีขนาดลดลง แสงสว่างผ่านเข้าดวงตาลดลง ส่งผลให้ปฏิกิริยาต่อแสงจะช้าลง ทำให้การปรับตัวเพื่อมองในที่มืดช้ากว่าคนในวัยอื่น การมองเห็นด้านข้างซึ่งจะลดลงตามอายุที่มากขึ้น ผู้สูงอายุจึงมีความเสี่ยงที่จะเกิดการพลัดตกหกล้มและบาดเจ็บได้ง่าย (มุกดา เดชประพนธ์ และปิยวดี ทองยศ, 2557)

1.4 การเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินปัสสาวะ กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะมีการบีบตัวลดลง ทำให้มีปัสสาวะค้างค้ำ ร่วมกับความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลงจาก 500 มิลลิลิตร เหลือ 200-300 มิลลิลิตร (Miller, 2019) ดังนั้นจึงพบว่าผู้ป่วยสูงอายุมีการปัสสาวะบ่อย ส่วนในผู้สูงอายุสตรีมีกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อนตัว มดลูกหย่อนตัว และกล้ามเนื้อหูรูดบริเวณปลายท่อปัสสาวะหย่อนตัว ทำให้เกิดการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ส่วนในผู้ชายสูงอายุมีปัญหาต่อมลูกหมากโต ไปกดเบียดท่อปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะลำบากถ่ายปัสสาวะบ่อยครั้ง และร่วมกับการมีปัสสาวะกระปริดกระปรอย และภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาการของระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่างหรือมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ มีความเสี่ยงหกล้มเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ

จากรูจา เลขทิพย์ และคณะ (2563) ที่พบว่า อุบัติการณ์ในการเกิดการหกล้มมากที่สุด คือ บริเวณข้างเตียง ร้อยละ 50 เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมีความจำเป็นต้องลงไปปัสสาวะข้างเตียง ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดหน้ามืด และอ่อนแรงได้

1.5 การเปลี่ยนแปลงในระบบประสาท พบว่า น้ำหนักสมองลดลง และมีการเสื่อมของเซลล์ประสาท (Miller, 2019) และมีการเสื่อมสลายของเซลล์ประสาท (Neurons) Substantia nigra ซึ่งเป็นกลุ่มเซลล์ในประสาทที่อยู่บริเวณส่วนบนของก้านสมอง (Brain stem) ทำให้ปริมาณโดปามีน (Dopamine) ลดลง ทำให้เกิดปัญหาของโรคพาร์กินสันและมีการเคลื่อนไหวที่เชื่องช้า ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากการทรงตัว และทำให้ผู้ป่วยสูงอายุ เกิดการหกล้มได้ง่าย

ระบบประสาทส่วนกลางมีจำนวนเซลล์ลดลง และมีความเสื่อมเมื่ออายุเพิ่ม เป็นผลให้กลไกการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางลดลง ได้แก่ ความสามารถในการยับยั้ง vestibular nystagmus ด้วย optic fixation การทำงานประสานกันของระบบรับสัมผัสต่าง ๆ ขาดความแม่นยำ เกิดความผิดพลาดของข้อมูลรับเข้า ทำให้การตอบสนองผิดพลาด และความเร็วลดลง การฟื้นฟูตัวปรับสภาวะเมื่อเกิดความผิดปกติของระบบ vestibular ทำได้ช้า และไม่สมบูรณ์ ส่งผลให้มีการสูญเสียกำลังของกล้ามเนื้อทำให้รู้สึกขาแข็งขาหนักขึ้น เคลื่อนไหวลำบากหรือเคลื่อนไหวไม่ได้เลย ทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะโรคร่วมทางสมองและระบบประสาท จึงมีอิทธิพลทางบวกต่อการหกล้ม มีโอกาสเกิดอุบัติการณ์การหกล้มสูงกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีภาวะโรคร่วมทางระบบประสาทและสมองถึง 2.9 เท่า (ศศิกันต์ หนูเอก, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล และ สุรัสวดี เทียงวิบูลย์วงศ์, 2563)

2. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคมของผู้สูงอายุ ผู้ที่มีประสบการณ์ชีวิตที่ดีจะมองเรื่องราวในอดีต ไปด้วยความสำเร็จ ภูมิใจ ในการถ่ายทอดประสบการณ์ต่าง ๆ ให้แก่เพื่อน และลูกหลาน มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง อารมณ์มั่นคง ในทางตรงกันข้ามนั้น ถ้าบุคคลนั้นชีวิตมีแต่ความล้มเหลว และผิดหวังจะเกิดความรู้สึกสิ้นหวังในชีวิต รู้สึกไร้ค่า และมีการเสื่อมถอยของร่างกายเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Miller, 2019) อาจมีสูญเสียความสามารถทางด้านร่างกาย การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สูญเสียสถานภาพทางสังคมหรือสัมพันธ์ภาพของคนในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุ โกรธหรือโทษตนเอง เครียด ซึมเศร้า นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร และขาดความสนใจในการดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อม ตลอดจนมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง มีความบกพร่องการทำหน้าที่ของสมอง ผู้ป่วยสูงอายุมากกว่า ร้อยละ 80 จะมีภาวะสับสนเฉียบพลันจากการติดเชื้อ พร่องออกซิเจน ความดันโลหิตต่ำ จากการไ้ยาหรือถอนยา และจากการไม่ได้นอนหลับ นอกจากนี้ความเจ็บปวดยังเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะสับสนในผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุซึม เหม่อลอย พักผ่อน

ไม่เพียงพอ ละเลยสิ่งแวดล้อม ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดการหน้ามืดวิงเวียนศีรษะ จากการเปลี่ยนท่า และพบว่าเป็นสาเหตุของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุได้

สรุปเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อให้เกิดการหกล้มได้ง่ายกว่าวัยหนุ่มสาว จึงควรให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านการเปลี่ยนแปลงตามวัยในผู้สูงอายุ (Miller, 2019)

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการหกล้มในผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

การหกล้มในผู้สูงอายุเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายอย่าง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สามารถจำแนกได้เป็น 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยเสี่ยงภายใน และปัจจัยเสี่ยงภายนอก ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ปัจจัยเสี่ยงภายในตัวผู้สูงอายุ (Intrinsic factor) ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุ และการทำงานต่าง ๆ ของร่างกายที่เสื่อมถอยลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ดังนี้

1.1 อายุ ที่เพิ่มมากขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย ที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพทางกายที่ลดลง เช่น การมองเห็นการทรงตัวและการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นสาเหตุของการหกล้มในผู้สูงอายุที่มีรายงานการวิจัยยืนยันว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ที่มีอายุมากกว่าจะมีภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มสูงกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ผลจากการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีอายุ 60-65 ปี หรือสูงกว่าจะมีภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มสูง (Miller, 2019)

1.2 ประวัติการหกล้ม ผู้ป่วยที่มีประวัติการหกล้มมากกว่า 1 ครั้ง จะเพิ่มความเสี่ยงในการหกล้มมากยิ่งขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยกลัวการหกล้มซ้ำ ทำให้ขาดความมั่นใจในการเคลื่อนไหว จากผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ที่มีประวัติหกล้มเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีโอกาสหกล้มถึง 3 เท่าของผู้ที่ไม่มีประวัติหกล้ม (Miller, 2019)

1.3 ภาวะการรู้คิดบกพร่อง (cognitive Impairment) เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการหกล้ม โดยผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนจะเกิดความเสี่ยงในการหกล้มได้ เนื่องจากระดับการรู้สึกรู้ตัว และการรู้คิด เป็นตัวประสานระหว่างสิ่งแวดล้อมกับท่าทางการเดินและการทรงตัว หากมีความคิดหรือความบกพร่องทางความคิดและด้านจิตใจ จะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้มมากขึ้น (Hendrich et al., 1998)

1.4 โรคทางระบบประสาท จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะโรคร่วมทางสมองและระบบประสาท เช่น โรคพาร์กินสัน โรคหลอดเลือดสมอง มีอิทธิพลทางบวกต่อการหกล้ม มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุการหกล้มสูงกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีภาวะโรคร่วมทางระบบประสาทและสมองถึง 2.9 เท่า (ศศิกันต์ หนูเอก, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล และสุรัสวดี เทียงวิบูลย์วงศ์, 2563)

1.5 อาการของระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่างและภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาการของระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่างหรือมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ มีความเสี่ยง หกล้มเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับจากรูจา เลขทิพย์ และคณะ (2563) พบว่า อุบัติการณ์ในการเกิดการหกล้มมากที่สุด คือ บริเวณข้างเตียง ร้อยละ 50 เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมีความจำเป็นต้องลงไปปัสสาวะข้างเตียง ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดหน้ามืด และอ่อนแรงได้

1.6 ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ กระดูกสันหลังส่วนคอส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทรงตัว กระดูกฝ่าเท้าที่กว้างขึ้น ความสูงของ โคงค์ฝ่าเท้าลดลง ลักษณะเท้าแบน (Pesplanus หรือ Flatfoot) เป็นลักษณะของโครงสร้างเท้าที่ผิดปกติ โดยโคงค์ของฝ่าเท้าด้านใน (Medial longitudinal arch) กระดูกสันเท้าเบนเข้าด้านใน และปลายเท้าเบนออกด้านนอก ลักษณะเท้าแบนในผู้สูงอายุ อาจเกิดจาก โคงค์ฝ่าเท้าแบนราบลงจากความเสื่อมของเอ็นข้อต่อ หรือกล้ามเนื้อ หรือน้ำหนักที่เท้าแบกรับขณะยืน หรือเดินจึงส่งผลต่อการเสถียรทรงตัวในกลุ่มผู้สูงอายุ ส่งผลให้เกิดการหกล้มได้ง่ายมากขึ้น ในผู้สูงอายุ (ศศิกันต์ หนูเอก, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล และสุรัสวดี เทียงวิบูลย์วงศ์, 2563)

1.7 การมองเห็นและการควบคุมกล้ามเนื้อ มีการเปลี่ยนแปลงในทางลบเพิ่มขึ้น เมื่ออายุเพิ่มขึ้น เป็นผลให้การทำงานที่ต้องการความเร็วมีประสิทธิภาพลดลง ได้แก่ การทรงตัว การเปลี่ยนท่าศีรษะ การรับรู้สิ่งแวดลอม การเคลื่อนไหว การเปลี่ยนแปลงทางด้านเลนส์ตา ในผู้สูงอายุเลนส์ตาประกอบด้วยน้ำประมาณร้อยละ 65 และโปรตีนประมาณร้อยละ 35 และเส้นใยโปรตีนในเนื้อเลนส์ตาจะหนาตัวมีความแข็งมากขึ้น ความยืดหยุ่นลดลง ทำให้เกิดความขุ่นมัว ส่งผลให้แสงผ่านได้น้อยลง มองภาพไม่ชัด ในผู้ป่วยสูงอายุจะมีการเสื่อมของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหดหรือขยายรูม่านตา รวมทั้งรูม่านตามีขนาดลดลง แสงสว่างผ่านเข้าดวงตาลดลง ดังนั้น ปฏิกริยาต่อแสงจะช้าลง ทำให้การปรับตัวเพื่อมองในที่มืดช้ากว่าคนในวัยอื่น การมองเห็นด้านข้าง ซึ่งจะลดลงตามอายุที่มากขึ้น ผู้สูงอายุจึงมีความเสี่ยงที่จะเกิดการพลัดตกหกล้มและบาดเจ็บได้ง่าย (ศศิกันต์ หนูเอก, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล และสุรัสวดี เทียงวิบูลย์วงศ์, 2563)

1.8 ระบบหัวใจและหลอดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงที่มีการฝ่อลีบเกิดพังผืด ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหัวใจจึงลดลง ร่วมกับแคลเซียมที่เกาะมากขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง ปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง รวมถึงความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือดหัวใจลดลง ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุเวียนศีรษะและเกิดการพลัดตกหกล้มได้ง่าย (เขวาลักษณ์ คุ้มขวัญ และคณะ, 2561) นอกจากนี้ การแข็งตัวของผนังหลอดเลือดแดงที่มีผลจากการสูญเสีย Elastin ทำให้หลอดเลือดมีการสูญเสียความยืดหยุ่น ร่วมกับการทำงานของระบบ renin – angiotensin ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีความดันโลหิตลดลงก่อให้เกิดการหกล้ม (Miller, 2019)

1.9 จำนวนโรคเรื้อรัง การที่ผู้ป่วยสูงอายุมีโรคประจำตัวเพิ่มความเสี่ยงในการหกล้ม ได้มากกว่าวัยอื่น ได้แก่ โรคสมองเสื่อม โรคเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อและกระดูก โรคทางระบบประสาท ได้แก่ โรคพาร์กินสัน โรคเกี่ยวกับหลอดเลือดและระบบหัวใจ ซึ่งโรคดังกล่าวมีผลต่อการทรงตัวของผู้ป่วยสูงอายุ ทำให้เกิดการหกล้มได้ง่าย (Miller, 2019) ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะโรคร่วม ด้านระบบหัวใจและหลอดเลือด มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุการหกล้มกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วม (ศศิกันต์ หนูเอก, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล และสุรัสวดี เทียงวิบูลย์วงศ์, 2563)

1.10 การใช้ยา การใช้ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทกลุ่ม antipsychotic, antidepressants, และ benzodiazepine สัมพันธ์กับการหกล้มเช่นเดียวกับยากลุ่ม opioid และยากันชัก ยาโรคหัวใจ กลุ่มยานี้ที่เพิ่มความเสี่ยงหกล้ม ได้แก่ ยาขับปัสสาวะ (Loop diuretics) จากการเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุส่งผลให้มีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากฤทธิ์ของยาได้ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของเภสัชจลศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ ทำให้เกิดการตกค้างของยา บางชนิดมีฤทธิ์อยู่ในร่างกายเป็นเวลานาน หรือร่างกายค่อนข้างตอบสนองต่อยามากกว่าปกติ โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยา นอนหลับในช่วงเวลากลางคืน พบว่ามีอุบัติการณ์ในการหกล้มสูง (Miller, 2019)

1.11 เพศ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า เพศหญิงมีการหกล้มสูงกว่าเพศชาย (ชนิษฐา ตียะพาณิชย์ และคณะ, 2562) ผู้ป่วยสูงอายุที่มีการหกล้มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและอายุมากกว่า 75 ปี ขึ้นไป คิดเป็นเพศชาย ร้อยละ 59.2 และ เพศหญิง 40.2 (Miller, 2019)

2. ปัจจัยภายนอก (Extrinsic factors) เป็นปัจจัยที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายหรือกิจกรรมที่ก่อให้เกิดอันตราย ดังนี้

2.1 สภาพแวดล้อมทั่วไป ที่เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดการการหกล้ม ได้แก่ แสงสว่างไม่เพียงพอ ทางเดินลาดชันต่างระดับหรือลิ้น ห้องน้ำไม่มีอุปกรณ์ช่วยให้ปลอดภัยเช่นราวจับยึดสัญญาณขอความช่วยเหลือ พรหมเช็ดเท้าในห้องน้ำ ล้อเตียงระดับความสูงของเตียง พื้นที่ระหว่างเตียงแคบ ประตูทางเข้าห้องน้ำแคบและมีธรณีประตู ส่วนใหญ่การหกล้ม จะเกิดบริเวณที่อยู่รอบ ๆ ที่ผู้ป่วยสูงอายุอาศัยอยู่ ได้แก่ บริเวณที่นอน ห้องน้ำ ทางเดิน บันได เป็นต้น (Miller, 2019) โครงสร้างของโรงพยาบาลที่มีลักษณะที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหกล้มของผู้ป่วย ประกอบด้วย ลักษณะชั้นบันไดแสงสว่าง เครื่องใช้และอุปกรณ์ในโรงพยาบาลที่ไม่เหมาะสม เตียงที่มีล้อจะทำให้เกิดการเลื่อนไถลได้ง่ายเพราะพื้นทั่วไปในโรงพยาบาลจะขัดมันและลื่น ส่วนขอบตามพื้นประตูอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้สำหรับการรักษาและสายไฟที่ใช้เชื่อมต่อกับอุปกรณ์ต่าง ๆ ซึ่งวางเกะกะตามพื้นจะเป็นอุปสรรคต่อการเดินของผู้ป่วยสูงอายุ ภาวะกระดูกสะโพกหัก

ในระยะฟื้นฟูสภาพ ผู้สูงอายุ จะมีแขน ขาอ่อนแรงไม่สามารถยกปลายเท้าได้สูง เวลาเดินโดยไม่ระมัดระวังหรือไม่มีคนช่วยดูแลจะทำให้เกิดการสะดุดได้

2.2 การผูกมัด เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มจากการตกเตียง เนื่องจากผู้ป่วยที่ถูกผูกมัดพยายามดิ้นรนต่อสู้ให้เป็นอิสระ ส่งเสริมให้เสี่ยงต่อการตกเตียงมากขึ้นและผลจากการที่ถูกผูกมัดเป็นเวลานาน มีผลให้กล้ามเนื้อแขนขาของผู้ป่วยไม่แข็งแรง ดังนั้น การผูกมัดผู้ป่วยกับการตกเตียงในสถานพยาบาล จึงมีความสัมพันธ์กัน (ศศิกานต์ หนูเอก, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล และสุรัสวดี เทียงวิบูลย์วงศ์, 2563)

2.3 กิจกรรมที่ทำให้เกิดการหกล้ม กิจกรรมที่พบว่าเกี่ยวข้องกับการหกล้ม คือ การเคลื่อนย้ายจากเตียง ไปยังรถนั่งหรือเก้าอี้ (Miller, 2019) การยกไม้กั้นเตียงที่สูงการใช้เก้าอี้ที่ไม่มั่นคงหรือการชำระอุจจาระของอุปกรณ์ที่ช่วยในการเดิน การนั่งบนเก้าอี้เงินการหมุนหรือพยายามหยิบสิ่งของ การขึ้นลงบันไดและการลุกขึ้นจากเตียง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของศศิกานต์ หนูเอก, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล และสุรัสวดี เทียงวิบูลย์วงศ์ (2563) พบว่า การที่ผู้ป่วยสูงอายุมีการเคลื่อนย้ายจากเตียง ไปนั่งเก้าอี้ มีการเกิดอุบัติเหตุของการหกล้ม หรือ เดินทางไปเข้าห้องน้ำ ร้อยละ 32.9

2.4 เวลาที่เกิดการหกล้ม ช่วงที่เกิดการหกล้มมากที่สุด จะเกิดขึ้นในช่วงที่ทำกิจกรรม ดังนั้น จึงมีความแตกต่างกันไปในแต่ละโรงพยาบาลการหกล้ม ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในเวลากลางวัน ช่วงเวลาสูงสุดที่เกิดการหกล้ม คือ 7.00-12.00 น. จนถึง 19.00 น. และบางการศึกษาคือเวลา 9.00-11.00 น. การเกิดอุบัติเหตุการหกล้มมากที่สุด คือ เหวเช้า เนื่องจากเวรเช้าเป็นเวลาผู้ป่วยสูงอายุมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากที่สุด และมีกิจกรรมการพยาบาล (ศศิกานต์ หนูเอก, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล และสุรัสวดี เทียงวิบูลย์วงศ์, 2563)

2.5 บริเวณที่หกล้ม ส่วนใหญ่พบว่า สถานที่ที่เกิดการหกล้มมาก มักเกิดขึ้นบริเวณข้างเตียง และภายในหอผู้ป่วย (Miller, 2019) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจรรยา เลขทิพย์ และคณะ (2563) พบว่า อุบัติการณ์ในการเกิดการหกล้มมากที่สุด คือ บริเวณข้างเตียง ร้อยละ 50 เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมีความจำเป็นต้องลงไปปัสสาวะข้างเตียง ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดหน้ามืด และอ่อนแรงได้

2.6 โรคหรือปัญหาทางสุขภาพ ภาวะทางสุขภาพ และปัญหาที่ทางการแพทย์ ที่ต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษ คือโรคหรือปัญหาที่มีผลต่อปัจจัยควบคุมการทรงตัว 3 ประการ คือ ประสาทรับความรู้สึก ส่วนการประมวลผลและควบคุมการทรงตัว สมอง กล้ามเนื้อและโครงสร้างที่ใช้สำหรับทรงตัว ในการสัมผัสฉนวนควรได้ ประวัติเกี่ยวกับประสิทธิภาพการมองเห็น ปัญหาสายตา อาการบ้านหมุน โรคหรือปัญหาเกี่ยวกับหูชั้นใน การได้ยิน ความผิดปกติของการเดิน อาการผิดปกติของประสาทรับรู้ตำแหน่ง โรคของสมอง เช่น โรคอัลไซเมอร์ โรคพาร์กินสัน หรือ

อาการของโรคหลอดเลือดสมอง อาการหรือโรคที่เป็นผลให้เลือด หรือออกซิเจนไปเลี้ยงสมอง ลดลง อาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ อาการและประวัติของ โรคกล้ามเนื้อเนื้อหรือไขสันหลังหรือ เส้นประสาทตลอดจนอาการและประวัติของ โรคข้อและกระดูก โดยเฉพาะความผิดปกติของข้อเข่า และสะโพก นอกจากนี้อาการผิดปกติและ โรคของเท้าที่มีผลต่อการเดินและการขึ้น เช่น ตาปลา หูด แผลเป็นหรือ โครงสร้างของเท้าผิดปกติ เป็นต้น

ผลกระทบของการหกล้มผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

ผู้สูงอายุที่หกล้มจะได้รับอันตรายด้านร่างกายตั้งแต่เล็กน้อย รุนแรง และเสียชีวิต ด้านจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ด้านร่างกาย

การบาดเจ็บด้านร่างกาย อาจบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย ได้แก่ ฟกช้ำ เคล็ดขัดยอก ไปจนถึง บาดเจ็บรุนแรง การบาดเจ็บที่ศีรษะอาจทำให้เกิดภาวะเลือดออกในสมอง จะมีอาการสับสน ไม่รู้สึกตัว และอาจเสียชีวิตได้ ซึ่งในสหรัฐอเมริกาการหกล้มเป็นสาเหตุสำคัญอันดับที่ 5 ของการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ แต่หากเป็นการบาดเจ็บที่สร้างความเจ็บปวดเรื้อรังหรือการบาดเจ็บที่ รุนแรง จะก่อให้เกิดผลกระทบอย่างมากทั้งต่อตัวผู้สูงอายุ และครอบครัวผู้สูงอายุในชุมชน ที่หกล้มประมาณร้อยละ 5-10 มีการบาดเจ็บที่รุนแรงเช่นกระดูกหักการบาดเจ็บที่สมองและผิวหนัง อย่างรุนแรงโดยร้อยละ 3.5-6 ของการหกล้ม จะทำให้เกิดกระดูกหัก (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2564) อวัยวะที่เกิดกระดูกหักที่พบได้บ่อย ได้แก่ กระดูกข้อมือ และกระดูกสะโพก ซึ่งผลกระทบของ ภาวะกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุมีความรุนแรงมาก โดยอัตราการตายจะสูงสุดในช่วงแรกของการ หักแล้วจึงค่อย ๆ ลดลง การหกล้มมีผลให้เกิดการบาดเจ็บและมีความบกพร่องในการ เคลื่อนไหว ภาวะแทรกซ้อนที่พบ คือ ความไม่สุขสบาย ภาวะปวดอักเสบจากการนอนติดเตียง เป็นเวลานาน แผลกดทับ ข้อติดแข็ง ผู้สูงอายุจำนวนมากไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติหรือ ช่วยเหลือตนเองได้เหมือนเดิม

2. ด้านจิตใจ และสังคม

ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจนั้นพบว่า การหกล้มส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ เป็นอย่างมากโดยเฉพาะในผู้ที่เคยมีประสบการณ์ของการหกล้ม จะเกิดความกลัว วิตกกังวล ตลอดจนสูญเสียความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บางรายรู้สึกอับอาย เสียใจ และรู้สึกว่า ตนเองเป็นภาระให้กับบุตรหลาน และทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้าน จิตใจ เกิดความเครียด จนถึงขั้นรุนแรง อาจก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าหรือมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย และภายหลังการหกล้ม พบว่า ผู้สูงอายุที่เคยมีประสบการณ์ของการหกล้มมาก่อนจะเกิดความกลัว

การหกล้มซ้ำอีก และจะมีปัญหาในการเดิน ต้องการมีผู้ช่วยเหลืออยู่ตลอดเวลาทั้งที่แพทย์ตรวจแล้ว ไม่พบความผิดปกติของร่างกายหรือข้อกระดูกซึ่งทางการแพทย์ เรียกกุ่มอาการนี้ว่า

“ กุ่มอาการภายหลังการหกล้ม (Post fall syndrome) จะพบในผู้สูงอายุค่อนข้างสูง ผู้สูงอายุในกลุ่มอาการนี้ต้องใช้เวลาในการรักษา โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพ ร่วมกับการส่งเสริมสภาวะจิตใจให้มีความเชื่อมั่นในการทำกิจวัตรประจำวัน (ศูนย์ฝึกอบรมแพทยศาสตรศึกษา, 2562) ปัญหาด้านสังคมกับผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่เคยพลัดตกหกล้มส่วนใหญ่ลดการติดต่อกับสังคมหรือลดการทำกิจกรรมทางสังคม เช่น ลดการออกไปพบเพื่อน หรือ ครอบครัว ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวและสังคมส่วนรวม ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาลขณะอยู่โรงพยาบาล การสูญเสียเวลาทำงานของญาติการดูแลในระยะยาวเมื่อเกิดความพิการ

3. ด้านเศรษฐกิจ

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น เนื่องจากระยะเวลาในการนอนในโรงพยาบาลยาวนานขึ้น ผลการศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้สูงอายุที่เสียชีวิตจากการหกล้มจำนวน 10,300 ราย สูญเสียค่ารักษาเป็นจำนวนเงิน 2000 ล้านดอลลาร์สหรัฐ และผู้สูงอายุที่หกล้มแต่ไม่เสียชีวิต ต้องสูญเสียค่ารักษาพยาบาลเป็นจำนวน 19,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐ (Miller, 2019) และในประเทศไทยผู้สูงอายุที่หกล้ม มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยคนละ 1,200 บาทต่อปี ผู้สูงอายุที่หกล้มและต้องผ่าตัดรักษากระดูกสะโพกหักมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยคนละ 60,000 บาท เนื่องจากต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพเป็นเวลานานและต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง การหกล้มในผู้ป่วยที่รักษาในหอผู้ป่วยพิเศษ ศัลยกรรม โรงพยาบาลชลบุรี โดยทำการผ่าตัด และวิธีประคับประคอง มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยเท่ากับ 8.33 วัน ค่ารักษาพยาบาล เฉลี่ยเท่ากับ 25,000 บาท/ราย

สรุปได้ว่า เมื่อผู้ป่วยสูงอายุหกล้มในขณะที่รักษาตัวในโรงพยาบาล จะมีผลกระทบตามมาเสมอ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจ คือ สูญเสียความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เกิดภาวะกลัวการหกล้ม ปฏิเสธการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีพฤติกรรมกักตัว เป็นภาระของครอบครัวและผู้ดูแล ตลอดจนการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา และอาจทำให้เสียชีวิตได้

พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ

พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุเป็นการกระทำของผู้ป่วยสูงอายุเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการหกล้ม โดยการจัดหรือลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ อันชักนำ หรือเป็นสาเหตุให้เกิดการหกล้ม การส่งเสริมให้ร่างกายสามารถดำรงไว้ซึ่งความสมดุล หลีกเลี่ยงการชักนำให้เกิดการหกล้ม และการจัดการกับปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่อาจก่อให้เกิดการหกล้ม

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้นิยามพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ตามนิยามของ มานิตา รักศรี, นารีรัตน์ จิตรมนตรี และเสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ (2562) ที่อธิบายไว้ว่า พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตประจำวัน เพื่อไม่ให้เกิดการหกล้ม โดยหลีกเลี่ยงหรือลดปัจจัยเสี่ยงของการหกล้ม ทั้งปัจจัยภายในตัวผู้ป่วยสูงอายุ และปัจจัยภายนอก

พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ

พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ มีดังนี้

1. การป้องกันและการลดปัจจัยเสี่ยงภายใน

พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มจากปัจจัยเสี่ยงภายใน อันเกิดจากตัวของผู้ป่วยสูงอายุ เป็นพฤติกรรมการปฏิบัติในการลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ อันจะนำไปสู่สาเหตุการหกล้ม มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 ตรวจสอบความผิดปกติของสายตา หากมีความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น ปรึกษา ร่วมกับจักษุแพทย์ เพื่อทำการรักษา สวมใส่แว่นตามตามคำแนะนำของแพทย์ และการติดตาม วัดค่าระดับสายตาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง

1.2 การตรวจและติดตามค่าความดันโลหิตตามแพทย์นัด การรักษาโรค ความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งต้องมีการแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับค่าความดันโลหิตเป็นระยะเพื่อให้ทราบถึงอาการผิดปกติที่จะเกิดขึ้น เพื่อให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัย ทำให้ลดปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดการหกล้มได้จากการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิตที่เกิดขึ้น

1.3 การประเมินและการฝึกการทรงตัว การเพิ่มพูนความสามารถในการทรงตัว สามารถทำได้โดยการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การออกกำลังกายในผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งการออกกำลังกาย เป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยในเรื่องของการทรงตัว การออกกำลังกายที่สำคัญในผู้สูงอายุ ได้แก่ การเดิน แอโรบิก การเดินเร็ว การวิ่งเหยาะๆ และการรำไท้ชี่กง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ng et al., (2019) พบว่า การออกกำลังกายด้วยไท้ชี่กง หรือ Thi Chi นั้น ช่วยลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุการหกล้มในโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุได้ โดยจะใช้ระยะเวลามากกว่า 20 สัปดาห์ และ การศึกษาของ Taylor et al (2015) พบว่า ใช้ระยะเวลาในการให้โปรแกรมป้องกันการหกล้มจำนวน 20 สัปดาห์ โดยการออกกำลังกายด้วยวิธีการทำไท้ชี่กง จำนวนสัปดาห์ละ 60 นาที จะช่วยลด อุบัติการณ์ในการหกล้มได้ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล พบว่าการออกกำลังกายในการทำไท้ชี่กง การให้โปรแกรมป้องกันการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะยาว ได้ผลดีและ

ลดอุบัติการณ์ของการหกล้มได้ (Zhong et al., 2020) การออกกำลังกายในผู้ป่วยสูงอายุนั้น เป็นการส่งเสริมความแข็งแรงเพิ่มขึ้น ความทนทานและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหรือ การออกกำลังกายมากขึ้น การออกกำลังกายสามารถลดปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มได้ถึงร้อยละ 12 (Miller, 2019)

1.4 การเปลี่ยนท่าทางในการใช้ชีวิตประจำวัน การเปลี่ยนท่าทางที่ถูกต้องและ หลีกเลี่ยงอิริยาบถที่อาจทำให้เกิดปัญหา ได้แก่ การก้มเก็บของหรือเปลี่ยนท่าทางอย่างรวดเร็ว เพื่อป้องกันภาวะโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า การนั่งหรือการยืนเป็นการเดินหรือการทำอะไรซ้ำ ๆ และ รระยะเวลาให้ร่างกายมีการปรับตัวในการปรับความดันโลหิตของร่างกายประมาณ 1-2 นาที ก่อน จะเปลี่ยนอิริยาบถอื่น เพราะในผู้สูงอายุนั้นการไหลเวียนของเลือดที่สมองลดลง สมองขาดเลือด ไปเลี้ยง ทำให้เกิดความมึนงง เวียนศีรษะได้ง่าย (Miller, 2019)

1.5 การพบแพทย์เพื่อปรึกษาเกี่ยวกับการปรับยาที่ใช้ให้เหมาะสม เมื่อผู้ป่วยสูงอายุมี การใช้ยาในปริมาณที่มากและหลายชนิด ทำให้เกิดผลข้างเคียงทางเภสัชจลนศาสตร์และเภสัช พลศาสตร์ ทำให้เกิดการตกค้างของยาที่มีอยู่ภายในร่างกาย เพื่อป้องกันการใช้ยาที่ซ้ำซ้อน และ เกินขนาด ผู้สูงอายุจึงควรรับประทานยาตามแพทย์สั่งตามแผนการรักษา (Miller, 2019)

2. การป้องกันและการลดปัจจัยเสี่ยงภายนอก

พฤติกรรมป้องกันการหกล้มจากปัจจัยเสี่ยงภายนอกที่เกิดจากตัวของผู้ป่วยสูงอายุ เป็นพฤติกรรมปฏิบัติในการลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ อันจะนำไปสู่สาเหตุการหกล้ม ดังนี้

2.1 การจัดให้มีแสงสว่างเพียงพอภายในห้องของผู้ป่วยสูงอายุ โดยเฉพาะบริเวณ ห้องน้ำ ทางเดิน ควรพิจารณาใช้แสงสว่างที่เพียงพอที่ผู้ป่วยสูงอายุสามารถมองเห็นทางเดินหรือ วัสดุสิ่งของที่กีดขวางได้ชัดเจน

2.2 การดูแลพื้นไม่ให้เปียกหรือลื่นหรือมีสิ่งกีดขวาง ที่ทำให้เสี่ยงต่อการสะดุดล้ม หรือลื่นล้มภายในห้อง และบริเวณข้างเตียง

2.3 การทำเครื่องหมายแสดงให้เห็นบริเวณพื้นห้อง ได้แก่ ห้องน้ำ ทางเดินลาดชัน หรือพื้นต่างระดับ ควรมีการทำสัญลักษณ์หรือการจัดการด้วยสีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุ

2.4 การติตราวสำหรับยึดเกาะ พยายามทั้งบริเวณบันไดและในห้องน้ำ เพื่อให้ผู้ป่วย สูงอายุนั้นมีการจับที่มั่นคง นอกจากนี้ควรมีบริเวณห้องน้ำข้างที่นั่งขับถ่าย ปรับให้เหมาะสมกับ ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้าห้องน้ำ

2.5 อุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดการสะดุดหรือลื่นล้มได้ เนื่องจาก ผู้ป่วยสูงอายุในบางราย มีอุปกรณ์การแพทย์ติดตัว ได้แก่ สายน้ำเกลือ สายสวนปัสสาวะที่คาไว้

สายระบายเลือด เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดการก้าวเดิน และทรงตัวไม่ดี ทำให้สะดุดและล้มล้มล้ม
ขณะมีอุปกรณ์การแพทย์ได้

การประเมินพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ

ผู้ป่วยสูงอายุทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ควรได้รับการตรวจประเมิน
ความเสี่ยงต่อการหกล้ม เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงและแนวทางในการแก้ไขสาเหตุของการหกล้ม ซึ่งมี
แนวทางในการประเมิน ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการประเมินสิ่งแวดล้อม ดังนี้

1. การซักประวัติ

ประวัติการหกล้มนั้นผู้สูงอายุควรประเมินโดยการสัมภาษณ์ข้อมูลเกี่ยวกับ กิจกรรมหรือ
ท่าทางในขณะที่เกิดเหตุ เช่น เกิดในขณะที่ออกกำลังกาย เกิดในขณะที่เงยหน้า เกิดขณะลุกขึ้นยืนหรือ
เกิดขณะนั่งอยู่เฉย ๆ เป็นต้น อาการนำ (Prodromal symptoms) เช่น เวียนศีรษะ มึนงง ใจสั่นหรือเกิด
อาการนำก่อนชัก เป็นต้น สถานที่ที่เกิดและลักษณะของสิ่งแวดล้อม เช่น เกิดภายในบ้านหรือที่
ทางเดินเท้า พื้นเปียกชื้นหรือขรุขระ หรือ แสงสว่างไม่เพียงพอ เป็นต้น เวลาที่เกิด เช่น เกิดในขณะที่
ตื่นนอน เกิดในตอนกลางคืน หรือเกิดในตอนบ่าย นอกจากนี้ความสัมพันธ์กับเหตุการณ์ก่อนหน้า
ควรต้องได้รับการสัมภาษณ์ ได้แก่ เกิดอาการหลังจากได้รับยาบางขนานมาสักระยะเวลาหนึ่ง อาการ
ปวดศีรษะที่เกิดมาก่อนไม่นาน หรือมีอาการมือสั่นมาก่อน เป็นต้น อาการที่เกิดตามหลังหรือมา
พร้อมกับการหกล้มก็สำคัญ ได้แก่ อาการหมดสติอาการชาหรืออัมพาต อาการจุก
แน่นหน้าอก หรือเหนื่อยหอบ เป็นต้น นอกจากนี้จำนวนครั้งที่เกิดการหกล้มและลักษณะของการ
หกล้ม รวมทั้งความเกี่ยวเนื่องหรือลักษณะร่วมของการหกล้มที่เกิดขึ้นก็ควรได้รับการสัมภาษณ์
โดยละเอียด

โรคหรือปัญหาทางสุขภาพ ภาวะทางสุขภาพและปัญหาที่ทางการแพทย์ที่ต้องให้ความสนใจ
สนใจเป็นพิเศษ คือโรคหรือปัญหาที่มีผลต่อปัจจัยควบคุมการทรงตัว 3 ประการ คือ 1) ประสาท
รับความรู้สึก 2) การประมวลผลและควบคุมการทรงตัว (สมอง) 3) กล้ามเนื้อและโครงสร้างที่ใช้
สำหรับทรงตัว ในการสัมภาษณ์ควรได้ประวัติเกี่ยวกับประสิทธิภาพการมองเห็น ปัญหาสายตา
อาการบ้านหมุน โรคหรือปัญหาเกี่ยวกับหูชั้นใน การได้ยิน ความผิดปกติของการเดิน อาการ
ผิดปกติของประสาทรับรู้อาหาร โรคมองสอมนอง เช่น โรคอัลไซเมอร์ โรคพาร์กินสัน หรืออาการ
ของโรคหลอดเลือดสมอง อาการหรือโรคที่เป็นผลให้เลือดและ/หรือออกซิเจนไปเลี้ยงสมองลดลง
อาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ อาการและประวัติของโรคกล้ามเนื้อหรือไขสันหลังหรือ
เส้นประสาทตลอดจนอาการและประวัติของโรคข้อและกระดูก โดยเฉพาะความผิดปกติของข้อเข่า
และสะโพก นอกจากนี้อาการผิดปกติและโรคของเท้าที่มีผลต่อการเดินและการยืน เช่น ตาปลา หูด
แผลเป็นหรือ โครงสร้างของเท้าผิดปกติ เป็นต้น

การได้รับยา ผู้สูงอายุเมื่อได้รับยาจำนวนมากเท่าไร โอกาสที่จะเกิดผลข้างเคียงยิ่งมากเท่านั้นและจัดเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุ ยาที่มักพบว่าเป็นปัญหา ได้แก่ ยาที่ทำให้ง่วงซึม เป็นผลให้การรับรู้ลดลง และการประมวลผลเพื่อการควบคุมการทรงตัวของสมองด้อยลง เช่น ยาลดน้ำมูก ยานอนหลับ ยาทางจิตเวช และยาลดความดันโลหิตสูงบางชนิด นอกจากนี้ ยังพบว่ายาที่ทำให้ความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าจากท่านอนหรือท่านั่งเป็นทำยืน (Postural hypotension) เช่น ยาลดความดันโลหิตสูงที่พบบ่อย คือกลุ่มยาขับปัสสาวะ

2. การตรวจร่างกาย

การวัดสัญญาณชีพ ได้แก่ การตรวจชีพจร และความดันโลหิต เพื่อประเมินภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า (Postural hypotension) โดยการวัดความดันโลหิตในท่านอนหลังจากนอนไปแล้ว 5 นาที และในท่านั่งหลังจากลุกขึ้นนั่งนาน 1 นาที ประเมินผลในท่านั่ง โดยถ้าค่าความดัน Systolic ลดลง 20 mm.Hg. และ/หรือความดัน Diastolic ลดลง 10 mm.Hg. หรือ mean arterial pressure ลดลง 20 mm.Hg. ถือว่ามีความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า (ศศิกันต์ หนูเอก, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล และสุรัสวดี เทียงวิบูลย์วงศ์, 2563)

3. การประเมินการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญา โดยใช้แบบประเมิน The Mini-Mental State Examination (MMSE)

4. การประเมินการมองเห็น ทดสอบโดยใช้แผ่น Snellen chart ซึ่งถ้าผู้สูงอายุมีความบกพร่องของการมองเห็น จะทำให้ความสามารถของการอ่านตัวหนังสือในบรรทัดที่ 6/12 ของแผ่น Snellen chart ได้น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนตัวหนังสือทั้งหมด

บริบทการพยาบาลการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ โรงพยาบาลชลบุรี

โรงพยาบาลชลบุรี มีขั้นตอนการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันการหกล้ม ดังนี้

1. การประเมินผู้ป่วยแรกรับ เมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ทีมเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เพื่อเป็นการป้องกันการเกิด Fall ของผู้ป่วยโรงพยาบาล ได้กำหนดแนวทางการประเมิน การป้องกัน และการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

1.1 ผู้ป่วยนอก รถเข็นนอนหรือรถเข็นนั่งที่เหมาะสมในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังจุดตรวจต่างๆและให้การดูแลผู้ป่วย ดังนี้ หน่วยงานแรกที่ผู้ป่วยติดต่อ ต้องประเมินผู้ป่วยแรกรับ โดยใช้ประวัติพลัดตกหกล้มภายใน 6 เดือน สังกัดจาก ความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย หรือจากการสอบถามญาติ ผู้ดูแลที่มากับผู้ป่วย เพื่อเลือกใช้รถเข็น

1.2 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง

- 1.2.1 ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยขึ้นรถเข็นนั่ง รถเข็นนอน อย่างถูกวิธี
คาด Safety Belt ทุกครั้ง และเคลื่อนย้าย ด้วยความนุ่มนวล
- 1.2.2 ระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยรถเข็นนั่ง รถเข็นนอน ไม่เข็นผู้ป่วยเร็วเกินไป
- 1.2.3 เมื่อพนักงานเคลื่อนย้ายผู้ป่วยส่งผู้ป่วยถึงจุดตรวจตามแผนกต่าง ๆ ต้องส่งต่อผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ ที่ดูแลประจำจุดนั้นๆ ให้ชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง
- 1.2.4 กรณีเคลื่อนย้ายผู้ป่วยขณะเข้าหรือออกจากรถ Ambulance โดยรถนอนให้ปฏิบัติดังนี้
 - แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่า จะทำการเคลื่อนย้าย เพื่อระวังไม่ให้ยื่นแขนขาออกนอกรถเข็น โดยใช้วิธีการให้ผู้ป่วยกอดอกไว้และคาด Safety Belt ทุกครั้ง
 - ไม่ควรปฏิบัติโดยลำพัง ให้ขอความช่วยเหลือจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่ยานพาหนะในการเคลื่อนย้าย ผู้ป่วย
 - กรณีปรับเปลี่ยนรถเข็นจากท่านอนเป็นท่านั่ง หรือจากท่านั่งเป็นท่านอนควรปฏิบัติด้วยความนุ่มนวลระมัดระวัง ควรบอกให้ผู้ป่วยรับทราบเพื่อป้องกันผู้ป่วยตกใจและควรส่งสัญญาณให้ เจ้าหน้าที่ในทีมทราบเพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย
- 1.2.5 กรณีที่ผู้ป่วยได้รับขากลุ่มเสี่ยงต่อ Fall ให้เคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยรถเข็นนั่งหรือนอนตามความเหมาะสม

2. การดูแลผู้ป่วยใน

- 2.1 พยาบาลประเมิน Fall Risk ในผู้ป่วยรับใหม่ โดยใช้แบบฟอร์ม แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัด ตกหกล้มผู้ใหญ่ ใช้เครื่องมือ Hendrich II Fall risk assessment tool : (Hendrich II) ส่วนของเด็ก ใช้ Insosie Humpty Dumpty Fall Scale (IPD) แบบฟอร์มการประเมินการรับผู้ป่วย
- 2.2 พยาบาลจะทำการ Reassessment fall risk ซ้ำ ดังนี้ ประเมินอย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง บันทึกลงในแบบบันทึก Nursing Note เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง
 - หลังทำผ่าตัด /หัตถการ
 - เมื่อแพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการรักษา Transfer Level of Care เมื่อผู้ป่วยได้รับขากลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้ม

3. พยาบาลให้การพยาบาล การดูแลผู้ป่วยและให้คำแนะนำ ตาม Fall Score ดังนี้

3.1 Fall Score 1-4 Follow Standard fall precaution

3.2 Fall Score -> 5 Follow Strict fall precaution และบันทึกปัญหาการพยาบาลและ
คำแนะนำลงใน Progress & Multidisciplinary Note & Nursing Plan& Care, บันทึกการพยาบาล
แทรกแซง

4. การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มเสี่ยง Fall (Fall Related Medication Side Effects) เมื่อ
พบว่าผู้ป่วยได้รับยาในกลุ่ม Fall precaution แพทย์/เภสัชกร/พยาบาลจะต้องให้คำแนะนำให้
ผู้ป่วยญาติรับทราบในการเฝ้าระวังผู้ป่วยอื่น พลาดตกหกล้ม ดังนี้

4.1 กลุ่มยาที่ออกฤทธิ์กดประสาทที่สมองส่วนกลางทำให้เกิดอาการง่วงซึม มึนงง
สะกดจิตและยากลุ่มประสาท Tranquilizers Antipsychotics Antidepressants anticonvulsants
ยากลายกล้ามเนื้อ ยาแก้ปวดกลุ่มยาเสพติด และไม่ใช่ยาเสพติด antihistamine ชนิดที่ทำให้ง่วงซึม
ต่อเนื่องเป็นเวลานาน ยาแก้ไอและยาแก้หวัด ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน ยาแก้เวียนศีรษะ ยาด้านไมเกรน
ยากลุ่มนี้อาจทำให้ง่วงนอน ไม่ควรขับขี่ยานพาหนะ หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องกล ระวังการ
พลัดตกหกล้ม

4.2 กลุ่มยาลดความดันโลหิต (Antihypertensive drugs) ยาขยายหลอดเลือด
(Vasodilators) เมื่อได้รับยากลุ่มนี้เป็นครั้งแรก หรือมีการปรับเพิ่มขนาดยาใน 1 สัปดาห์แรก อาจมี
ผลข้างเคียงเกิดอาการเวียนศีรษะเวลาปรับเปลี่ยน อิริยาบถ เช่น เมื่อนั่งแล้วลุกขึ้นยืน ดังนั้นไม่ควร
เปลี่ยนอิริยาบถอย่างรวดเร็ว เพราะอาจหน้ามืดได้ วางยาไว้ได้ลิ้น ยานี้ อาจทำให้เวียนศีรษะ
เฉียบพลันและหกล้มได้ ไม่ควรเปลี่ยนอิริยาบถอย่างรวดเร็ว

4.3 ยาหยุดดากลุ่ม adrenoceptor blocker มีโอกาสทำให้เกิด orthostatic hypotension
เนื่องจากยาถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดได้ อาจมีผลข้างเคียงเกิดอาการเวียนศีรษะเวลาปรับเปลี่ยน
อิริยาบถ เช่น เมื่อนั่งแล้วลุกขึ้นยืน ดังนั้นไม่ควรเปลี่ยนอิริยาบถอย่างรวดเร็ว เพราะอาจหน้ามืดได้

4.4 กลุ่มยาลดน้ำตาลในเลือด (Hypoglycemic drugs) และอินซูลิน (Insulin) ยากลุ่มนี้
อาจมีผลข้างเคียงมีอาการใจสั่น เหงื่อออก เวียนศีรษะ หน้ามืด หากมีอาการ "ควรมีน้ำหวานหรือ
ลูกอม" เพื่อบรรเทาอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ และควรแจ้งแพทย์ พยาบาลหรือเภสัชกรทราบเมื่อเกิด
อาการดังกล่าว เพื่อป้องกันอาการน้ำตาลในเลือดต่ำด้วยการปรับเปลี่ยนขนาดยา ยากลุ่มนี้มีใน
บัญชียาโรงพยาบาล ได้แก่ Antidiabetics (especially Sulfonylureas) อินซูลิน

4.5 การดูแลห้องน้ำในจุดที่มีผู้ใช้บริการมาก (OPD) จัดแม่บ้านประจำจุดทำความสะอาด
สะอาดพื้นห้องน้ำ บันทึกลงใน check list ประจำจุด หัวหน้าเวร ผู้ที่ได้รับมอบหมายของแผนก
แม่บ้าน ตรวจสอบทุก 2 ชั่วโมง การทำความสะอาดพื้นทุกครั้งต้องตั้งป้าย “พื้นเปียกระวังลื่น”
บริเวณที่ทำความสะอาด

4.6 การดูแลห้องน้ำในห้องผู้ป่วย (IPD) ทำความสะอาดห้องผู้ป่วยวันละ 2 ครั้ง หรือเมื่อผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่ต้องการ โดยทำพื้นห้องน้ำให้แห้งและสะอาดตลอดเวลา ขณะทำความสะอาดห้องผู้ป่วย ต้องแขวนป้ายไว้ที่ประตู ว่ากำลังทำความสะอาดตั้งป้าย “พื้นเปียก ระวังลื่น” ทุกครั้งที่เช็ดพื้น ตรวจสอบอุปกรณ์ภายในห้องน้ำให้อยู่ในสภาพสมบูรณ์และพร้อมใช้งาน ได้แก่ ก๊อกน้ำ กดกริ่งเรียกพยาบาล ราวจับในห้องน้ำ เป็นต้น จัดอุปกรณ์ของใช้ในห้องพักให้เป็นระเบียบเรียบร้อย ตรวจสอบการทำงานโดย check list สภาพความพร้อมของห้องทุกวัน เมื่อพยาบาลและเจ้าหน้าที่เข้าห้องผู้ป่วยและพบว่าพื้นห้องน้ำเปียกให้แจ้งแม่บ้านให้ทำความสะอาดทุกครั้ง

-เมื่อเตรียมรับใหม่ ตรวจสอบครั้งที่เตียงและห้องน้ำ ให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ทุกครั้ง การขัดล้างและขัดเงาพื้นรอบนอก

-การทำมาสะอาดพื้นทุกครั้งต้องตั้งป้าย “พื้นเปียกระวังลื่น” กั้นแนวที่ทำความสะอาด

-ตรวจสอบระบบแสงสว่างทุกจุดที่มีผู้ใช้บริการให้มีแสงสว่างเพียงพอ หากชำรุดหรือแสงไม่เพียงพอให้แจ้งช่างดำเนินการ และแสดงผลการตรวจสอบที่ได้มาตรฐาน

- กำหนดให้ขัดล้างและขัดเงาในช่วงที่มีผู้รับบริการน้อยที่สุด

4.7 การดูแลอุปกรณ์ต่างๆ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการใช้อุปกรณ์ต่างๆ ต้องมีการตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์ที่ใช้งานทุกวันดังนี้

- พนักงานเคลื่อนย้าย ตรวจสอบและบำรุงรักษา อุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวกในการเคลื่อนย้าย ได้แก่ เพลนั่ง เพลนอน รถเข็นใน ambulance อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง และเมื่อจำเป็น

- พนักงานทำความสะอาด ดึงผู้ป่วยนอกตรวจสอบและดูแลความพร้อมของเก้าอี้ผู้ป่วยรอตรวจ

- ผู้ช่วยเหลือคนไข้ตรวจสอบเตียง treatment ผู้ป่วยนอก เสาน้ำเกลือ แก้วเจ้าหน้าที่ให้มีสภาพมั่นคง แข็งแรง

- พนักงานช่วยผู้ป่วยในตรวจสอบเตียงผู้ป่วย เสาน้ำเกลือ เตียงTreatment สภาพแวดล้อม ในห้อง ผู้ป่วย และหน่วยงาน กรณีพบอุปกรณ์ต่างๆ ชำรุด หรืออยู่ในสภาพไม่เหมาะกับการใช้งาน ให้คัดแยก และแจ้งซ่อมต่อไป

4.8 Education (การให้ความรู้ การให้ความรู้เป็นกิจกรรมที่เป็นส่วนสำคัญในการป้องกันความเสี่ยงต่อการลื่น พลัดตกหกล้ม

-จัดอบรมให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับในโรงพยาบาลมีความรู้ในการเฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุ ลื่น พลัดตกหกล้มทุกปี

- ให้คำแนะนำเกี่ยวกับความเสี่ยงด้านการเกิดอุบัติเหตุ ลื่น ทิ้ง พลัดตก หกล้ม ความปลอดภัยและ การเคลื่อนไหว แก่ผู้ป่วยและครอบครัว
- แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าทางช้าๆ
- แนะนำสถานที่ ห้องพัก และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ให้คำแนะนำผู้ป่วยใหม่ ทูกรายและผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง

พยาบาล บันทึกการประเมินความเสี่ยงต่อการลื่นตก หกล้มแรกรับลงในแบบฟอร์ม PATIENT ADMISSION ASSESSMENT FORM (PART II) และบันทึกการให้คำแนะนำลงในแบบฟอร์ม Patient and family Education Record Progress Nurse's note เมื่อผู้รับบริการหรือญาติผู้ป่วยเกิด Fall พยาบาลผู้ดูแลปฏิบัติ ดังนี้

- ประเมินอาการเบื้องต้นจุดสำคัญที่ต้องตรวจสอบคือร่องรอยบาดเจ็บที่ศีรษะ แขนขา กระดูกสันหลัง และให้ความช่วยเหลือตามอาการ กรณีมีการบาดเจ็บที่ศีรษะ หรือ กระดูกสันหลัง ให้ระมัดระวังการ เคลื่อนย้ายโดยเคลื่อนย้ายเมื่ออุปกรณ์ ช่วย Support มาถึง และเคลื่อนย้ายอย่างถูกวิธี
- แจ้งแพทย์ตรวจรักษาทันที รายงานหัวหน้าสายงานและแจ้งผู้ตรวจการพยาบาลทราบ ติดตามประเมินอาการผู้ป่วย อย่างน้อย ทุก 15 นาที ครั้ง หลังจากนั้นทุก 30 นาที 1 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง 1 ครั้ง หลังจากนั้น ทุก 2 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมง และบันทึกใน Nurse note รายงานอุบัติการณ์ (incident occurrence report)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแบบแผนที่ระบุเอกลักษณ์หรือลักษณะเฉพาะที่มีการเชื่อมโยงการสนับสนุนการวัดในระดับบุคคล เพื่อใช้ในการวางแผนโครงการหรือกระทำการจัดกิจกรรม โดยแต่ละบุคคลนั้นมีความเชื่อเป็นการตัดสินใจมีผลต่อการกระทำหรือปรากฏการณ์ใด ๆ ว่าเป็นจริง ถูกต้องและเหมาะสม (Stretcher & Rosenstock, 1997)

วิวัฒนาการของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้พัฒนาขึ้นในช่วงประมาณปี ค.ศ. 1950 โดยกลุ่มของนักจิตวิทยาทางสังคมซึ่งได้ให้กรอบแนวคิดเพื่อค้นคว้าหาคำตอบว่า เหตุใดบุคคลบางคนทำกิจกรรมป้องกันไม่ให้เจ็บป่วย ในขณะที่บางคนไม่ทำกิจกรรมนั้น ๆ จึงได้ริเริ่มนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกัน โรคของบุคคล (Rosenstock, 1974) แบบแผนนี้ได้รับอิทธิพลมาจากความเชื่อของ Lewin ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อผลดีให้แก่ตน

และหนีออกจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา (Stretcher & Rosenstock, 1997) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) อธิบายว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมบางอย่างโดยหนึ่งที่หลีกเลี่ยงจากการเป็นโรครจะต้องมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน ซึ่งเป็นปัจจัยด้านการรับรู้ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล ทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามการรับรู้นั้น นอกจากนี้แล้วยังต้องมีปัจจัยด้านความเชื่อว่าเขาสามารถจะป่วยได้ถึงแม้จะไม่มีอาการ ส่วน Becker and Rosenstock (1984) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีผลทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ จึงได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยได้เพิ่มปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และปัจจัยร่วม ปัจจัยร่วมคือปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพแต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ เป็นต้น ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ เศรษฐกิจ และสังคม เป็นต้น บรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรม และปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรคประสพการณ์เกี่ยวกับโรค เป็นต้น ต่อมา Rosenstock, Stretcher, and Becker (1988) ได้เสนอให้เพิ่มความสามารถตนเอง เข้าไว้ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และเป็นโครงสร้างที่แยกจากกัน (Separate construct)

องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived benefits) การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived barriers) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) ปัจจัยอื่น (Other Variables) และความสามารถตนเอง (Self - efficacy) ที่นำไปใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย (Stretcher & Rosenstock, 1997) ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค เป็นความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ และความรู้สึกของบุคคลว่าตนเองง่ายต่อการป่วยเป็นโรคต่าง ๆ โดยบุคคลจะมีการรับรู้ในระดับที่แตกต่างกัน ทำให้มีพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ดังนั้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค จึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคบุคคลนั้นจะพยายามหลีกเลี่ยงการเกิดโรค โดยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สำหรับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นความเชื่อของบุคคลต่อความรุนแรงของโรคหรือ การเจ็บป่วยด้วยโรคใด ๆ ที่มีต่อด้านสุขภาพ เมื่อบุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรค บุคคลนั้นจะสามารถประเมินว่าความรุนแรงอยู่ในระดับใด ความรุนแรงของโรคนำไปสู่การเสียชีวิต การก่อให้เกิดความพิการ เกิดความยากลำบากและการใช้ระยะเวลาในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตน เช่น ผลต่อหน้าที่การงาน ครอบครัว และสัมพันธภาพทางสังคม เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนที่บุคคลไม่ปรารถนา และมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง ซึ่งจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

3. การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived benefits)

การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค เป็นความเชื่อหรือความคิดเห็นของบุคคล เกี่ยวกับผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรคและการปฏิบัตินั้นมีประโยชน์ต่อตนเอง ส่งผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติตามคำแนะนำ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันและรักษาโรค เนื่องจากมีความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้น ๆ เป็นทางออกที่ดี ก่อให้เกิดผลดี มีประโยชน์ และเหมาะสมที่สุด ช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค สามารถลดความรุนแรงและสามารถป้องกันการเกิดโรคได้ ลดภาวะเจ็บป่วยที่กำลังคุกคามต่อสุขภาพได้ เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคมก บุคคลนั้นจะมีแนวโน้มในการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการรักษาและป้องกันโรคสูง

4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived barriers)

การรับรู้ต่ออุปสรรค เป็นความเชื่อของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำในทางลบ ได้แก่การรับรู้อุปสรรค ตามปัจจัยภายนอกหรือปัจจัยที่เกี่ยวกับวัตถุอันได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเวลา ความสะดวก การขาดการสนับสนุนจากครอบครัวหรือสังคม ค่าใช้จ่าย และสภาพแวดล้อมอื่น ๆ ส่วนปัจจัยภายในหรือปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ การขาดพลังงาน การขาดแรงกระตุ้น ความพร้อมของร่างกาย และภาวะสุขภาพ ที่ส่งผลต่อการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรค ถ้าบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคมาก ก็จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำต่ำ แต่ถ้าบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคน้อยก็จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำสูง ซึ่งบุคคลแต่ละคนจะมีการรับรู้อุปสรรคที่ต่างกัน ในขณะที่เดียวกันบุคคลจะต้องมีความเชื่อว่ายอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคน้อยกว่าการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค จึงจะเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรค

5. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action)

สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ เป็นความเชื่อหรือความคิดเห็น ที่มีผลต่อการชักนำ เพื่อกระตุ้นหรือจูงใจให้บุคคลเกิดความพร้อมในการปฏิบัติและนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพที่เหมาะสม ตัวแปรเหล่านี้อาจเป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคล เช่น อารมณ์ไม่สุขสบาย เจ็บปวด อ่อนเพลียที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลนั่นเอง หรือเป็นสิ่งที่ภายนอกที่มากกระตุ้น เช่น การรณรงค์หรือ ข่าวสารจากสื่อมวลชน คำแนะนำที่ได้จากเจ้าหน้าที่ เพื่อน หรือผู้อื่น แหล่งหรือผู้ให้คำแนะนำ บัตรนัด หรือไปรษณียบัตรเตือน การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว แรงกดดันหรือแรง สนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

6. ปัจจัยอื่น (Other Variables)

ปัจจัยอื่น ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้าน สังคมจิตวิทยา และปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้ของบุคคล และส่งผลทางอ้อมต่อ พฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยด้านสังคมประชากร (Sociodemographic) เชื่อว่ามีผล โดยอ้อมต่อพฤติกรรม และระดับการศึกษา (Educational attainment) มีอิทธิพลต่อการรับรู้โอกาส เสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกัน โรค และการรับรู้ต่ออุปสรรค

7. ความสามารถตนเอง (Self - efficacy)

ในปี ค.ศ. 1977 Bandura ได้เสนอแนวคิดความสามารถตนเอง หรือความคาดหวัง ความสามารถตนเองซึ่งแตกต่างจากความคาดหวังของผลลัพธ์ (Bandura, 1977a, 1977b, 1986) อย่างไรก็ตามเชื่อว่าต้องเพิ่มความสามารถตนเอง เข้าไว้ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และเป็น โครงสร้างที่แยกจากกัน (Separate construct) เพื่อเพิ่มความสามารถในการอธิบายความคาดหวัง ของผลลัพธ์ (Rosenstock, Stretcher, & Becker, 1988) ซึ่งเป็นการประมาณการณ์ของบุคคลว่า พฤติกรรมที่กำหนดจะนำไปสู่ผลลัพธ์บางอย่าง มีความคล้ายกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค ความสามารถตนเอง หมายถึง ความเชื่อมั่นว่า บุคคลหนึ่งสามารถปฏิบัติตามพฤติกรรมที่จำเป็นเพื่อสร้างผลลัพธ์ได้สำเร็จ (Bandura, 1977a) ถ้าบุคคลขาดความสามารถตนเองที่จะปฏิบัติ บุคคลจะเกิดการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ ทำให้ไม่เกิดพฤติกรรมด้านสุขภาพขึ้น

จากแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่อธิบายถึงพฤติกรรมของบุคคลเพื่อจะ ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการป้องกันหรือแสวงหาแนวทางเพื่อรักษาโรค กล่าวคือ การรับรู้ของ บุคคลต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ของบุคคลต่อความรุนแรงของโรคนั้น ๆ ซึ่งการรับรู้ เหล่านี้จะทำให้บุคคลพยายามออกห่างจากภาวะคุกคามของโรคโดยการเลือกพฤติกรรม เพื่อปฏิบัติ

ตามที่บุคคลนั้นคิดว่าเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการเปรียบเทียบประโยชน์กับผลเสียของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ หรือค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น นอกจากนี้แรงจูงใจในด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมอื่น ๆ เช่น ตัวแปรด้านประชากร โครงสร้างปฏิสัมพันธ์และสิ่งชักนำจากการปฏิบัติ นับเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมและการปฏิบัติสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ ด้วย รวมถึงความสามารถตนเองที่เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จากองค์ประกอบหลัก คำจำกัดความ นำไปสู่การไปใช้ในการปฏิบัติของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Stretcher & Rosenstock, 1997) สามารถสรุปได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 องค์ประกอบ คำจำกัดความ และการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

มโนทัศน์	ความหมาย	การประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค	มีความเชื่อเกี่ยวกับความเป็นไปได้หรือผลที่จะได้รับจากการเจ็บป่วยหรือโรค	<ul style="list-style-type: none"> กำหนดบุคคลที่เสี่ยง ระดับความเสี่ยง ความเสี่ยงของบุคคลจะเป็นไปตามลักษณะหรือพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออก สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงดังกล่าวที่มีความเกี่ยวข้องกับบุคคลนั้น
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	มีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยมีอันตรายอย่างไร และผลเสียที่ตามมา	<ul style="list-style-type: none"> ระบุ/แจกแจง ผลเสียที่จะเกิดจากรisk ความเสี่ยงและความเจ็บป่วยที่เป็น
การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค	มีความเชื่อในเรื่องของผลของการปฏิบัติว่าจะลดความเสี่ยงหรือผลกระทบจากความรุนแรง	<ul style="list-style-type: none"> หาวิธีการปฏิบัติว่าควรทำอย่างไร ทำเมื่อไหร่ ทำที่ไหน และประสิทธิผลที่คาดว่าจะได้รับ

ตารางที่ 1 (ต่อ)

มโนทัศน์	ความหมาย	การประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติ
การรับรู้ต่ออุปสรรค	จะต้องรับรู้อุปสรรคตลอดจนปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกาปฏิบัติ	• ให้ความกระจ่างและลดการรับรู้อุปสรรคด้วยการสร้างความมั่นใจ แก้ไขความรู้ที่มีแบบไม่ถูกต้อง ให้ความช่วยเหลือและสร้างแรงกระตุ้น
สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ	กลวิธีกระตุ้นให้บุคคลเกิดความพร้อมในการปฏิบัติตน	• ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติอย่างชัดเจนโดยกระตุ้นการตระหนักรู้ (Awareness) และการสร้างระบบการกระตุ้นเตือน (Reminder)
ความสามารถของตนเอง	ผู้ปฏิบัติมีความมั่นใจในการปฏิบัติตามขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การปฏิบัติตน	• จัดให้มีการให้ความรู้ การฝึกอบรมในการปฏิบัติตน โดยการกำหนดเป้าหมาย การชักจูงด้วยคำพูด และสาธิตให้เห็นภาพเพื่อลดความวิตกกังวล

การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้นมีหลายแนวทาง ทั้งการประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีที่มีอยู่มากมาย แนวคิดหนึ่งที่น่าสนใจอย่างมากหลายคือแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยมีแนวคิดที่ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคล ให้มีการปฏิบัติตามความคิดเห็นความเข้าใจของบุคคลนั้น ๆ ฉะนั้นเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย บุคคลจึงมีการปฏิบัติตัวหรือมีพฤติกรรมทางสุขภาพอนามัยที่แตกต่างกันไป จากองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุมีรายละเอียดดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค เป็นความเชื่อ หรือ ความคิดของผู้ป่วยสูงอายุว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่าง ๆ ต่อการหกล้มในโรงพยาบาล ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อหรือการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคในระดับที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ระดับการศึกษาของแต่ละบุคคล สังคม ศาสนา เป็นต้น ดังนั้น ผู้ป่วยสูงอายุเหล่านี้จึงมีหลักการในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและหลีกเลี่ยงจากการหกล้มในโรงพยาบาล ที่ไม่เหมือนกันด้วย กล่าวคือ

ผู้ป่วยสูงอายุที่มีระดับการรับรู้สูงต่อโอกาสเสี่ยงของการหกล้มในโรงพยาบาล ย่อมให้ความร่วมมือในการปฏิบัติมากกว่าผู้ที่ไม่รับรู้หรือมีการรับรู้ในระดับต่ำ ที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัว มีประวัติการให้ยาลดความดันโลหิต ยานอนหลับ หรือกลุ่มยาแก้ปวดบางชนิด เมื่อรับรู้ว่าคุณมีความเสี่ยงต่อการเกิดการหกล้มในโรงพยาบาล ก็จะพยายามหลีกเลี่ยงการเกิดการหกล้มในโรงพยาบาล โดยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะเกิดการหกล้มในโรงพยาบาล ตัวอย่างจากการศึกษาสุภัสสร บุญกรับพวง และคณะ (2565) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการหกล้ม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ($r = .021, p < .001$) และสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 29 ($F = 60.32, p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ รักนิรันดร์ เครือประเสริฐ และคณะ (2566) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .250, p < .001$) และสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 25.1 ($R^2 = .251, p < .001$)

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นการรับรู้ความเชื่อของผู้ป่วยสูงอายุต่อความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคใด ๆ ที่มีต่อด้านสุขภาพ และเมื่อผู้ป่วยสูงอายุมีการรับรู้ความรุนแรงของโรค ก็จะสามารถประเมินว่าความรุนแรงอยู่ในระดับใด ความรุนแรงของโรคนำไปสู่การเสียชีวิตได้หรือไม่ นำไปสู่ความพิการถาวรได้หรือไม่ ตัวอย่างจากการศึกษาของณัฐชยา พวงทอง (2565) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มในระดับสูง มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่ดีมากกว่า 6.4 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มในระดับต่ำ-ปานกลาง ($OR_{Adj} = 6.40, 95\% CI = 2.10-19.63, p = .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา สาระพันธ์, ณัฐกฤตา ศิริโสภา, ประเสริฐศักดิ์ ภายนอกาศา, สมบัติ อ่อนศิริ, บุญเลิศ อุทยานิก, สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย และณัฐพงษ์ สุโกมล (2560) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .195, p < .01$)

3. การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง ความเชื่อ หรือความคิดเห็นของผู้ป่วยสูงอายุเกี่ยวกับผลดี และมีประโยชน์ต่อตนเอง เกิดการปฏิบัติตามคำแนะนำ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันหรือรักษาโรค ดังจากการศึกษาของสุภัสสร บุญกรับพวง และคณะ (2565) พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ($r = .037, p < .001$) และสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 29 ($F = 60.32, p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา สาระพันธ์, ณัฐกฤตา ศิริโสภา, ประเสริฐศักดิ์ ภายนอกาศา, สมบัติ อ่อนศิริ, บุญเลิศ อุทยานิก, สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย และณัฐพงษ์

สุโกมล (2560) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการหกล้ม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.251, p < .001$) และการศึกษาของ ตวงรัตน์ อัครานัน, กันธิมา ศรีหมากสุก, ชงเทพ วงษ์ศรีสังข, ชวนพิศ ศิริไพบูลย์, อิทธิพล ดวงจินดา และศศิกานต์ พิลารณณ์ (2564) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการพลัดตกหกล้มมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุไทยในชุมชน ($r=0.176, p < .001$)

4. การรับรู้ต่ออุปสรรค หมายถึง ความเชื่อหรือความคิดเห็นของผู้ป่วยสูงอายุที่คาดการณ์ล่วงหน้าต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของตนเองในทางลบ ในด้านความไม่สะดวกสบาย ค่าใช้จ่าย ความอาย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ดึงการศึกษาของ ณิชชญา พวงทอง และอรวรรณ กิรติสิโรจน์ (2565) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (Adj. OR = 11.27, 95%CI = 1.18-107.89), $p = 0.036$) สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา สาระพันธ์ และคณะ (2560) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการหกล้มมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ($r = -2.05, p < .01$) และการศึกษาของ ตวงรัตน์ อัครานัน, กันธิมา ศรีหมากสุก, ชงเทพ วงษ์ศรีสังข, ชวนพิศ ศิริไพบูลย์, อิทธิพล ดวงจินดา และศศิกานต์ พิลารณณ์ (2564) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการพลัดตกหกล้มมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุไทยในชุมชน ($r=0.179, p < .001$)

5. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) หมายถึง ความเชื่อหรือความคิดเห็นที่มีผลต่อการชักนำ เพื่อกระตุ้นหรือจูงใจ ทั้งสิ่งเร้าภายใน และภายนอก สิ่งเร้าภายใน ได้แก่ ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ความพึงพอใจที่ยอมรับคำแนะนำ การได้รับความร่วมมือและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพทางบวก ส่วนสิ่งเร้าภายนอก ได้แก่ คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว หรือบุคลากรทางการแพทย์ การได้รับข่าวสาร ตัวอย่างจากการศึกษาของของณิชชญา พวงทอง (2565) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มมาก จะมีโอกาสเกิดพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มที่ดีมากกว่า 5.31 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ได้รับข่าวสารน้อย-ปานกลาง ($OR_{Adj.} = 5.31, 95\%CI = 2.06-13.71, p = .01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ อัจฉรา สาระพันธ์, ณิชชญา พวงทอง, ศิริโสภิตา, ประเสริฐศักดิ์ ภายนอก, สมบัติ อ่อนศิริ, บุญเลิศ อุทยานิก, สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย และณัฐพงษ์ สุโกมล (2560) พบว่า สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติต่อการป้องกันการหกล้มมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.203, p < .001$)

6. ปัจจัยอื่น (Other Variables) หมายถึง ปัจจัยอื่นนอกเหนือจากองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยที่จะช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลให้บุคคลนั้นจะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค ดังการศึกษาของมานิตา รักศรี, นารีรัตน์ จิตรมนตรี และเสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ (2562) พบว่า ก่อนดำเนินกิจกรรมมีการประเมินความรู้และประสบการณ์เดิมที่มีต่อการหกล้มในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดการรับรู้ว่าคุณมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องการป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล และสามารถปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาลได้

7. ความสามารถของตน หมายถึง ความเชื่อ หรือความคิดเห็นของผู้ป่วยสูงอายุเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในด้านความรู้อารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยมีสาเหตุมาจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งจากภายใน และภายนอก สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือ และการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก ส่วนสิ่งเร้าภายนอกเช่น ข่าวสาร คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น เพื่อบุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพ ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ดังการศึกษาของ อัจฉรา สาระพันธ์ และคณะ (2560) พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการหกล้มมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ($r = .386, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุคนธ์ทิพย์ บัวแดง และคณะ (2567) พบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ($r = .640, p < .001$) และสามารถทำนายพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 41.0 ($R^2 = .410, p < .001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของดวงรัตน์ อัครานัน, กันธิมา ศรีหมากสูง, ธงเทพ วงษ์ศรีสังข, ชวนพิศ ศิริไพบูลย์, อธิพิณ ดวงจินดา และศศิกานต์ พิลากรณ์ (2564) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการพลัดตกหกล้มมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุไทยในชุมชน ($r=0.168, p<.001$)

นอกจากนี้ยังพบการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ในการส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมปฏิบัติตนป้องกันการหกล้มในชุมชน ดังการศึกษาของ ไสภิตดา แสนวา (2565) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพลัดตกหกล้มโดยประยุกต์ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยมีกิจกรรมเพื่อกระตุ้นและส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม ทั้งหมด 5 กิจกรรม เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วย 1) กิจกรรม “รู้ใหม่ใครเสี่ยงล้ม” เป็นการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ 2) กิจกรรม “รู้อุปสรรค รู้ทัน ป้องกันล้ม” ใช้วิธีการการสาธิตและฝึกปฏิบัติจริง (Demonstrating) เรื่องการเปลี่ยนอิริยาบถ การออกกำลังกายเพื่อสร้างเสริมความ

แข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการทรงตัว 3) กิจกรรม “ล้มล้างล้มทั้งบ้าน” ใช้กรณีศึกษา (Case study) เป็นผู้สูงอายุในพื้นที่และญาติในการถ่ายทอดเรื่องราวความรุนแรง และผลกระทบ หลังจากพลัดตกหกล้มในบ้าน โดยให้วิเคราะห์ร่วมกัน 4) กิจกรรม “มั่นใจว่าไม่ล้ม” ใช้การนำเสนอตัวแบบ (Modeling) คือ ตัวแทนกลุ่มทดลองออกมาเล่าถึงแนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้มที่ได้ผลดีโดยเปิดโอกาสให้พูดคุยสอบถามในประเด็นที่สนใจ และการตั้งเป้าหมายด้วยการประเมินความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม และ 5) กิจกรรม “เยี่ยมด้วยใจห่วงใยไม่ให้ล้ม” หลังจากนั้น ในสัปดาห์ที่ 8-10 ทำการเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นและผลักดันให้ครอบครัว กลุ่มเพื่อน ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ห่วงใย เห็นอกเห็นใจด้วยการให้คำแนะนำ หรือดักเตือนกัน รวมถึงบุคลากรด้านสาธารณสุข และ อสม. ให้ข้อมูลข่าวสาร และ คำแนะนำต่างๆ ในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในระยะหลังการทดลองมากกว่าในระยะหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม ($t_{16} = 2.30, p < .05$) และการศึกษาของวุฒิชัย จิตร โขติกุล (2566) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพลัดตกหกล้ม โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในระยะหลังการทดลองมากกว่าในระยะหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม ($t_{16} = 10.42, p < .05$) โดยผู้วิจัยได้มีการส่งเสริมการรับรู้ความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงของการพลัดตกหกล้ม การรับรู้ประโยชน์การป้องกันการพลัดตกหกล้ม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ทำให้ผู้สูงอายุมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มได้ดีขึ้น

สำหรับการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมปฏิบัติตนป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล ดังตัวอย่างการศึกษาของมานิตา รักศรี, นารีรัตน์ จิตรมนตรี และเสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ (2562) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล กิจกรรมประกอบด้วย 1) การประเมินโอกาสเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม และแจ้งผลการประเมินแก่ผู้ป่วยสูงอายุ 2) การให้ความรู้แบบรายบุคคลโดยคู่มือมัลติมีเดีย และให้ คู่มือการปฏิบัติตน เรื่อง “การป้องกันการหกล้ม สำหรับผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล” 3) การฝึกทักษะโดยใช้วิธีสาธิต (Demonstrating) วิธีการ เปลี่ยนอริยาบถ และการบริหารกล้ามเนื้อขา สาธิต ย้อนกลับ (Return Demonstrating) 4) ดัดป้าย เตือน “ระวังหกล้ม” ที่มีคำแนะนำวิธีการป้องกัน การหกล้มตามระดับความเสี่ยงที่เตียงของผู้ป่วย และติดสติ๊กเกอร์แถบสีบอกระดับความเสี่ยงต่อ การหกล้มไว้ที่ป้ายชื่อ

ที่ข้อมือของผู้ป่วย เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมป้องกันการหกล้มในระยะหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม ($t_{60} = 10.42, p < .01$)

สรุป จากงานวิจัยที่ได้นำเสนอดังกล่าว พบว่า การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการรักษา ในโรงพยาบาลมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มขณะอยู่ในโรงพยาบาล ควรมิกิจกรรมที่ ประกอบด้วย 1) การประเมินความรู้และประสบการณ์เดิมที่มีต่อการหกล้มในโรงพยาบาล (โสภิตตา แสนวา, 2565; วุฒิชัย จิร โขติกุล, 2566; มานิตา รักศรี, นารีรัตน์ จิตรมนตรี และ เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ, 2562) 2) ส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการหกล้มในโรงพยาบาล (โสภิตตา แสนวา, 2565; วุฒิชัย จิร โขติกุล, 2566; มานิตา รักศรี, นารีรัตน์ จิตรมนตรี และ เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ, 2562) 3) ส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มในโรงพยาบาล (โสภิตตา แสนวา, 2565; วุฒิชัย จิร โขติกุล, 2566; มานิตา รักศรี, นารีรัตน์ จิตรมนตรี และ เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ, 2562) 4) ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ ลดการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ พฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล (โสภิตตา แสนวา, 2565; วุฒิชัย จิร โขติกุล, 2566; มานิตา รักศรี, นารีรัตน์ จิตรมนตรี และ เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ, 2562) 5) ส่งเสริมการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล (โสภิตตา แสนวา, 2565; วุฒิชัย จิร โขติกุล, 2566; มานิตา รักศรี, นารีรัตน์ จิตรมนตรี และ เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ, 2562) และ 6) ส่งเสริมปัจจัยชักนำทำให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล (โสภิตตา แสนวา, 2565; วุฒิชัย จิร โขติกุล, 2566; มานิตา รักศรี, นารีรัตน์ จิตรมนตรี และ เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ, 2562) โดยจัดกิจกรรมกับผู้ป่วยสูงอายุเป็นรายบุคคล ใช้ระยะเวลาดำเนินการตลอด โปรแกรม ฯ ตามช่วงเวลาที่ผู้ป่วยสูงอายุพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ เป็นการดำเนิน กิจกรรมทางการพยาบาลอย่างมีแบบแผน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วย สูงอายุ โดยประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Stretcher and Rosenstock (1997) ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดการส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการหกล้มในโรงพยาบาล การส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มในโรงพยาบาล การส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ ลดการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล รวมทั้งปัจจัย อื่นๆ ที่ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล การส่งเสริมการรับรู้ ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล และส่งเสริมสิ่ง ชักนำทำให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล อย่างมีขั้นตอนและเป็นระบบตาม

แผนที่วางไว้ ดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคล ซึ่งดำเนินกิจกรรม แต่ครั้งอย่างมีขั้นตอนเดียวกัน หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยสูงอายุมีปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล ตลอดระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล มีรายละเอียด ดังนี้

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุในการป้องกันการหกล้ม

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาลที่ถูกต้อง ดังนี้

1. ได้รับความเสี่ยงต่อการหกล้มในโรงพยาบาล
2. ได้รับความรุนแรงของการหกล้มในโรงพยาบาล
3. รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล
4. ลดการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล
5. ได้รับความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล
6. มีความรู้เกี่ยวกับการหกล้มในโรงพยาบาล
7. ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาลที่ถูกต้อง

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยสูงอายุ

กิจกรรม คือ การแนะนำตัว สร้างความไว้วางใจและความคุ้นเคยกับผู้ป่วยสูงอายุ

กิจกรรมที่ 2 ประเมินความรู้และประสบการณ์เดิมที่มีต่อการหกล้มในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินความรู้และประสบการณ์เดิมที่มีต่อการหกล้มในโรงพยาบาล

กิจกรรม คือ ผู้วิจัยประเมินการความรู้และประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยสูงอายุต่อการหกล้มในโรงพยาบาล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสูงอายุมีส่วนร่วมในการตอบคำถาม ซึ่งเป็นข้อคำถามปลายเปิด ดังนี้ การหกล้มในโรงพยาบาล หมายถึงอะไร การหกล้มในโรงพยาบาล มีปัจจัยเสี่ยงมาจากอะไรบ้าง การหกล้มในโรงพยาบาล มีผลกระทบอะไรบ้าง ผู้ป่วยสูงอายุเคยหกล้มในโรงพยาบาลหรือไม่ แล้วมีอาการเป็นอย่างไร พฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล มีอะไรบ้าง การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล ที่ผ่านมาได้ปฏิบัติอะไรบ้าง ผู้ป่วยสูงอายุทราบหรือไม่ มีความเสี่ยงต่อการหกล้มในโรงพยาบาลระดับใด

กิจกรรมที่ 3 ส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการหกล้มในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดการรับรู้ความเสี่ยงของการหกล้มในโรงพยาบาล

กิจกรรม คือ ผู้วิจัยจะทำการส่งเสริมความรู้โอกาสเสี่ยง จะมีการประเมินความเสี่ยงการหกล้มในโรงพยาบาลและแจ้งให้ผู้ป่วยสูงอายุให้ทราบถึงระดับความเสี่ยงของการหกล้มในโรงพยาบาล และความรุนแรงของการหกล้มในโรงพยาบาล

กิจกรรมที่ 4 ส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มในโรงพยาบาล

4.1 กิจกรรม สร้างเสริมความรู้เกี่ยวกับการหกล้มในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างเสริมความรู้เรื่องการหกล้มในโรงพยาบาล และส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของผู้ป่วยสูงอายุในการหกล้มในโรงพยาบาล

กิจกรรม คือ ผู้วิจัยใช้คำพูด ชักจูงให้ผู้ป่วยสูงอายุให้เห็นถึงความสำคัญของการหกล้มในโรงพยาบาล และกระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุอภิปรายความหมาย ปัจจัยเสี่ยง และผลกระทบการหกล้มในโรงพยาบาล มีการรับชมสื่อการสอน Power Point ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับ อุบัติการณ์ ปัจจัยเสี่ยง และผลกระทบการหกล้มในโรงพยาบาล

4.2 กิจกรรม แลกเปลี่ยนประสบการณ์และร่วมวิเคราะห์กรณีศึกษา

กิจกรรม คือ ผู้วิจัยร่วมสนทนาและให้ผู้ป่วยสูงอายুর่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความคิดเห็นกับผู้วิจัย ร่วมวิเคราะห์ความเสี่ยงของการเกิดการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและความรุนแรงที่เกิดขึ้น

กิจกรรมที่ 5 ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล

กิจกรรมการสร้างเสริมความรู้เรื่องพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างเสริมความรู้เรื่องพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล

กิจกรรม คือ ผู้วิจัยพูดชักจูงให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดการรับรู้วิธีป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล ประกอบด้วย การใช้ยา การจัดสิ่งแวดล้อมและการส่งเสริมความแข็งแรงของกระดูกและกล้ามเนื้อ และการเปลี่ยนอิริยาบถ

กิจกรรมที่ 6 ลดการรับรู้อุปสรรคของ การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล

กิจกรรม แลกเปลี่ยนความคิดเห็น

วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมผู้ป่วยสูงอายุให้เกิดการลดการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล

กิจกรรม คือ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสูงอายุ ชักถามและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับอุปสรรคของการป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาลที่อาจจะเกิดขึ้น พร้อมทั้งบอกแนวทางการปฏิบัติและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

กิจกรรมที่ 7 ส่งเสริมความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล

7.1 กิจกรรมการออกกำลังกายแบบยืดเหยียด

วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล

กิจกรรม คือ ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยสูงอายุฝึกการส่งเสริมความแข็งแรงของกระดูกและกล้ามเนื้อ และการเปลี่ยนอิริยาบถ

- ประสบความสำเร็จที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง โดยการฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายช่วยส่งเสริมกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ จากท่าที่ง่าย ไปท่าที่ยาก สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองจนประสบความสำเร็จด้วยตนเอง

- การได้เห็นแบบหรือประสบความสำเร็จผู้อื่น โดยผู้วิจัยมีการนำเสนอวีดิโอต้นแบบที่มีประสบความสำเร็จในการออกกำลังกายช่วยส่งเสริมกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ การป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล และการให้ผู้ป่วยสูงอายุทำการสาธิตย้อนกลับ

- พุดวิจัยทำการซักจงด้วยคำพูด ให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายช่วยส่งเสริมกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ

- การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ โดยผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยสูงอายุปฏิบัติกิจกรรมการออกกำลังกายด้วยวิธี ต่าง ๆ เช่น ทำบริหารกล้ามเนื้อต้นขา ทำบริหารข้อเท้า ทำฝึกการเดินและการทรงตัว และการให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายช่วยส่งเสริมกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ

7.2 กิจกรรมการเปลี่ยนอิริยาบถ

กิจกรรม คือ ผู้วิจัยชื่นชมและซักจงให้ผู้ป่วยสูงอายุน่ากลับไปปฏิบัติและป้องกันการหกล้มเมื่ออยู่บ้าน ผู้วิจัยจะทำการอภิปรายประกอบคู่มือเพื่อเป็นการทบทวนความรู้อีกครั้งหนึ่ง ผู้วิจัยจะพูดให้กำลังใจผู้ป่วยสูงอายุสามารถทำได้และผู้ป่วยสูงอายุ ปฏิบัติจนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

กิจกรรมที่ 8 ส่งเสริมสิ่งชักนำทำให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล

8.1 กิจกรรม การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดการรับรู้การป้องกันการหกล้มที่ได้อย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งเป็นการกระตุ้นเตือนให้ ผู้ป่วยสูงอายุมีการป้องกันการหกล้มและเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม

กิจกรรม คือ ผู้วิจัยจะทำการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล ได้แก่ การยกไม้กั้นเตียง การลื้อคล้อเตียง การเปลี่ยนอริยาบถจากบนเตียง ไปนั่งเก้าอี้ การแต่งกายที่ถูกต้องและเหมาะสมไม่รุ่มร่าม รวมทั้งการขอความช่วยเหลือโดยการกดกริ่ง และการติดป้ายที่กระตุ้นเตือนเสี่ยงต่อการหกล้มในโรงพยาบาล

8.2 กิจกรรม การติดตามกระตุ้นเตือน

กิจกรรม คือ ผู้วิจัยมีการกระตุ้นเตือนผู้ป่วยสูงอายุ ขณะรอจำหน่ายกลับบ้าน ผู้วิจัยจะมีการติดตามกระตุ้นเตือน ในเรื่องของการป้องกันการหกล้มในการบริหารร่างกายการเคลื่อนไหว และการเฝ้าระวัง ความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า การไ้ช้ยา และการสังเกตอาการผิดปกติ

สรุป จากการดำเนินกิจกรรมอย่างมีแบบแผนและเป็นขั้นตอนตามโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพนี้ ผู้วิจัยเชื่อว่าจะสามารถส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง และมีพฤติกรรมการปฏิบัติป้องกันการหกล้มที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest posttest design with nonequivalent groups) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาในแผนกพิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาลชลบุรี และได้รับการประเมินว่ามีความเสี่ยงต่อการหกล้มในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มในโรงพยาบาล ที่ได้จากการสุ่มจากประชากรที่กำหนด โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้

1. สามารถสื่อสาร โดยใช้ภาษาไทยได้เข้าใจ มีการรับรู้วัน เวลา และบุคคลตามปกติ ประเมินจากแบบทดสอบความพร้อมทางสมอง Six Item Cognitive Impairment Test ของ ศตวรรษ อุตศาสตร์ และคณะ (2561) มีคะแนนระหว่าง 0 – 7
2. สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง โดยประเมินจากแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ มีคะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป
3. ผู้ป่วยสูงอายุต้องมีผู้ดูแล ตลอด 24 ชั่วโมง ในระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล
4. ไม่มีภาวะซึมเศร้าโดยประเมินจากแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ มีคะแนนน้อยกว่า 0-4 คะแนน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. มีอาการกำเริบของโรคประจำตัวที่ขัดขวางต่อการปฏิบัติกิจกรรม ได้แก่ อาการเวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น หายใจเหนื่อย
2. มีคะแนน SOS score 2 คะแนนขึ้นไป
3. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยให้ครบทุกขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้มาโดยการคำนวณหาค่าอำนาจในการทดสอบ (Power Analysis) กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of Test) .80 ขนาดอิทธิพล (Effect Size) .05 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลระดับกลางที่สามารถลดการเกิด Type I และ Type II Error (Burn & Grove, 2005) และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยเปิดตาราง Statistical Power Table ของ Kraemer and Thiemann (1987) cited in Burn and Grove (2005) แบบทดสอบ one – tailed test ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 22 ราย และเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553) เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการวิจัย ดังนั้น จึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 50 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรีเพื่อขอความอนุเคราะห์ทำการวิจัย
2. ผู้วิจัยทำการสุ่มหออผู้ป่วยพิเศษในโรงพยาบาลชลบุรีจำนวน 2 หอ โดยการใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ซึ่งได้หออผู้ป่วยพิเศษเฉลิมราชสมบัติ ชั้น 7 เป็นกลุ่มทดลอง และหออผู้ป่วยพิเศษเฉลิมราชสมบัติ ชั้น 8 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งทั้ง 2 หอนี้ มีการดูแลผู้ป่วยสูงอายุเหมือนกัน แพทย์ทีมเดียวกัน อัตราครองเตียงของผู้ป่วยสูงอายุร้อยละ 80 เท่ากัน
3. ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยสูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้ป่วยสูงอายุที่มีการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในหออผู้ป่วยพิเศษเฉลิมราชสมบัติ ชั้น 7 ในช่วงระยะเวลาที่ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูล ให้เป็นกลุ่มทดลอง และผู้ป่วยสูงอายุที่มีการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในหออผู้ป่วยพิเศษเฉลิมราชสมบัติ ชั้น 8 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

สถานที่ดำเนินการวิจัย

โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขนาด 500 เตียง เป็นโรงพยาบาลศูนย์กลางตะวันออกของประเทศไทย ให้บริการหออผู้ป่วยพิเศษจำนวน 11 หออผู้ป่วย รวมทั้งมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม เป็นศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุทุกสาขา โดยแบ่งเป็นหออผู้ป่วยพิเศษเฉลิมราชสมบัติ ชั้น 7 และ หออผู้ป่วยพิเศษเฉลิมราชสมบัติ ชั้น 8 ที่ดูแลผู้ป่วยที่อายุ 15 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งศัลยกรรม อายุรกรรม นรีเวชกรรม และออโธปิดิกส์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

1.1 แบบทดสอบความผิดปกติทางการรับรู้

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบความผิดปกติทางการรับรู้ (Six item cognitive impairment test [6CIT]) ของ ศตวรรษ อุตสาหกรรม และคณะ (2561) ที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินของ Brooke and Bullock (1999) ทำการแปลเครื่องมือตามขั้นตอนของ Sperber, Devellis, and Boehlecke (1994 cite in Sperber, 2004) ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงตรงของการแปลภาษารายข้อ ทั้งด้านความใกล้เคียงของภาษาและความใกล้เคียงของการตีความ พบว่า ทุกข้อได้ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00 – 3.00 คะแนน ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (Sperber, 2004) เครื่องมือนี้จึงถือว่า มีความเที่ยงตรงของการแปลภาษา ซึ่งแบบทดสอบนี้ใช้เพื่อคัดกรองความผิดปกติทางการรับรู้เบื้องต้น โดยภาพรวมจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า มีความไวของแบบทดสอบ (Sensitivity) 90 % ความจำเพาะเจาะจงของเครื่องมือ (Specificity) ร้อยละ 100 และการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยมีความไวของเครื่องมือ ร้อยละ 78 ความจำเพาะเจาะจงของเครื่องมือ ร้อยละ 100 (Jefferies & Gale, 2013) แบบทดสอบจะมีคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ดังนี้

ข้อที่ 1 การถามปีในปัจจุบัน เหน็จการให้คะแนนดังนี้

ถ้าตอบถูก ให้ 0 คะแนน

ถ้าตอบผิด ให้ 4 คะแนน

ข้อที่ 2 การถามเดือนในปัจจุบัน และข้อที่ 4 การถามเวลาในปัจจุบัน เหน็จการให้คะแนน ดังนี้

ถ้าตอบถูก ให้ 0 คะแนน

ถ้าตอบผิด ให้ 3 คะแนน

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

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

ถ้าตอบถูกต้องทั้งหมด ให้ 0 คะแนน

ถ้าตอบผิด 1 ครั้ง ให้ 2 คะแนน

ถ้าตอบผิดมากกว่า 1 ครั้ง ให้ 4 คะแนน

ข้อที่ 7 การทดสอบความจำโดยถามกลับเกี่ยวกับที่อยู่ประกอบไปด้วย 5 ส่วนที่ให้จำก่อนหน้าในข้อที่ 3 เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ถ้าตอบถูกต้องทั้งหมด ให้ 0 คะแนน

ถ้าตอบผิด 1 ส่วน ให้ 2 คะแนน

ถ้าตอบผิด 2 ส่วน ให้ 4 คะแนน

ถ้าตอบผิด 3 ส่วน ให้ 6 คะแนน

ถ้าตอบผิด 4 ส่วน ให้ 8 คะแนน

ถ้าตอบผิดทุกส่วน ให้ 10 คะแนน

คะแนนรวมของแบบทดสอบ 6 ข้อ อยู่ระหว่าง 0 – 28 คะแนน โดยแปลผลลัพธ์คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Brook & Bullock, 1999 อ้างถึงใน ศตวรรษ อุทธาสาศร์ และคณะ, 2561)

0-7 คะแนน หมายถึง การรับรู้ปกติ

8-9 คะแนน หมายถึง มีความผิดปกติทางการรับรู้เล็กน้อย

10-28 คะแนน หมายถึง มีความผิดปกติทางการรับรู้มาก

1.2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติภารกิจประจำวันของผู้สูงอายุ

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติภารกิจประจำวัน (The Modified Barthel ADL Index: BAI) ของ Collin, Wade, Davies and Home (1988) ที่ปรับปรุงและพัฒนาโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (Jitapunkul et al., 1994) เป็นชุดคำถามเกี่ยวกับความสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน ในระยะ 24 - 48 ชั่วโมง ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ซึ่งมีความครอบคลุมเรื่อง การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การสวมใส่เสื้อผ้า การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนย้ายภายในบ้าน และความสามารถในการควบคุมการขับถ่าย ซึ่งได้นำไปใช้กับผู้สูงอายุไทยในชุมชนคลองเตย จำนวน 703 คน พบว่ามีความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) และมีความเหมาะสมในการประเมินระดับคุณภาพในประชากรผู้สูงอายุไทย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .79 โดยแบ่งระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ดังนี้

0 – 4 คะแนน หมายถึง ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด

5 – 8 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองน้อย

9 - 11 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองปานกลาง

12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

1.3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale [TGDS-15]) ที่พัฒนาโดย Wongpakaran and Wongpakaran (2012) เป็นการให้เลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา หากรู้สึกไม่แน่ใจให้ตัดสินใจเลือกโดยอ้างอิงจากความรู้สึกส่วนใหญ่ ให้ 1 คะแนนหากตอบว่า “ใช่” ในข้อ 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15 และให้ 1 คะแนน หากตอบว่า “ไม่ใช่” ในข้อ 1, 5, 7, 11, 13 มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด 15 คะแนน แปลผล ตามระดับคะแนน (Wongpakaran & Wongpakaran, 2012) ดังนี้

0 - 4 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า

5-10 คะแนน หมายถึง เริ่มมีภาวะซึมเศร้า

11-15 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า

1.4 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม Hendrich II fall risk assessment tool ของ Hendrich, Nyhuis, Kippembrock and Soja (1995) เครื่องมือนี้ได้รับการพัฒนาในด้านระบาดวิทยาการ และใช้ตัวชี้วัดปัจจัยเสี่ยงที่ประกอบด้วย 8 ปัจจัย คือ อาการสับสน อาการซึมเศร้า การขยับถ่ายปัสสาวะผิดปกติ เวียนศีรษะ บ้านหมุน เพศชาย ได้รับยากันชัก ได้รับยากลุ่ม Benzodiazepines ความสามารถในการเคลื่อนไหวทรงตัวจากท่านั่งเป็นทำยืน แบบประเมินนี้มี ความไว (sensitivity) 77% ความจำเพาะ (specificity) 72% มีรายการประเมิน 8 หัวข้อ แต่ละข้อมีการให้คะแนน ดังนี้

- | | | | |
|---|-----|---|-------|
| 1. อาการสับสน | ให้ | 4 | คะแนน |
| 2. อาการซึมเศร้า | ให้ | 2 | คะแนน |
| 3. การขยับถ่ายปัสสาวะผิดปกติ | ให้ | 1 | คะแนน |
| 4. เวียนศีรษะ บ้านหมุน | ให้ | 1 | คะแนน |
| 5. เพศชาย | ให้ | 1 | คะแนน |
| 6. ได้รับยากันชัก | ให้ | 2 | คะแนน |
| 7. ได้รับยากลุ่ม Benzodiazepines | ให้ | 1 | คะแนน |
| 8. Get-Up-and-Go Test หรือ Rising from a chair (เลือกอันใดอันหนึ่ง) | | | |
| ลุกขึ้นได้ในครั้งเดียว | ให้ | 0 | คะแนน |
| ต้องยันตัวขึ้นจากเก้าอี้สำเร็จในครั้งเดียว | ให้ | 1 | คะแนน |
| ต้องใช้ความพยายามหลายครั้งจึงสำเร็จ | ให้ | 3 | คะแนน |

ไม่สามารถถูกได้ โดยไม่ต้องช่วย ให้ 4 คะแนน
การแปลผล ดังนี้

คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความเสี่ยงต่อการลื่น/ตก/หกล้ม

คะแนน 1-4 หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการลื่น/ตก หกล้ม

คะแนน ≥ 5 หมายถึง มีความเสี่ยงสูงต่อการลื่น/ตกหกล้ม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ผู้ดูแลหลัก โรคประจำตัวหรืออาการเจ็บป่วยเรื้อรังในปัจจุบัน และยาที่รับประทานเป็นประจำ

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ

การวิจัยครั้งนี้มีใช้ แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุของ มานิตา รักศรี, นารีรัตน์ จิตรมนตรี และเสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ (2562) ซึ่งเป็นการสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ป่วยสูงอายุที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการหกล้มในโรงพยาบาล จำนวน 12 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ โดยแต่ละคำตอบมีความหมาย ดังนี้

3	หมายถึง	มาก	พฤติกรรมป้องกันการหกล้มดี
2	หมายถึง	ปานกลาง	พฤติกรรมป้องกันการหกล้มปานกลาง
1	หมายถึง	น้อย	พฤติกรรมป้องกันการหกล้มน้อย
0	หมายถึง	ไม่ได้ปฏิบัติ	ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม

แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ได้ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา และความถูกต้องของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสารสนเทศ 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านกายภาพบำบัด 1 ท่าน ผู้ตรวจการพยาบาลด้านการบริหารความเสี่ยง 1 ท่าน และพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน วิเคราะห์ค่าความตรงตามเนื้อหาได้ค่า CVI เท่ากับ 0.98

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ 2) คู่มือส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาใน

โรงพยาบาล 3) สื่อการสอน Power Point และ 4) วิดีโอเรื่องออกกำลังกายช่วยส่งเสริมกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ ดังนี้

3.1 โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นการดำเนินกิจกรรมทางการพยาบาลอย่างมีแบบแผน ที่ส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Stretcher and Rosenstock (1997) ที่ดำเนินการเป็นรายบุคคล ประกอบด้วย การส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการหกล้มในโรงพยาบาล การส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มในโรงพยาบาล การส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ ลดการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล ปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล และส่งเสริมสิ่งชักนำทำให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล มี 8 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมกับผู้ป่วยสูงอายุเป็นรายบุคคล ในโรงพยาบาล

3.2 คู่มือส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื้อหาประกอบด้วย อุบัติการณ์ ปัจจัยเสี่ยง และผลกระทบของการหกล้มในโรงพยาบาล กลวิธีป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การใช้ยา การจัดสิ่งแวดล้อม และออกกำลังกายช่วยส่งเสริมกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ เพื่อป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล

3.3 สื่อการสอน Power Point เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุ ปัจจัยเสี่ยง และผลกระทบการหกล้มในโรงพยาบาล กลวิธีป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล การออกกำลังกายช่วยส่งเสริมกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ การเปลี่ยนอิริยาบถป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล

3.4 วิดีโอ เรื่อง ออกกำลังกายช่วยส่งเสริมกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ ของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2565)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและคู่มือการส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน หลังจากนั้น นำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ แล้วจึงนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มในโรงพยาบาล ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย เพื่อประเมินความเป็นไปได้ ในการปฏิบัติจริงพบว่า ขั้นตอนและกิจกรรมในโปรแกรม ฯ น่าสนใจ ได้เริ่มกิจกรรมตั้งแต่ เข้ารักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งก่อนจำหน่าย สื่อการสอน Power point เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุ บังคับเสียง และผลกระทบการหกล้มในโรงพยาบาล กลวิธีป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล การออกกำลังกายช่วยส่งเสริมกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ การเปลี่ยนอิริยาบถป้องกันการหกล้มใน และวิดีโอเรื่องออกกำลังกายช่วยส่งเสริมกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ สามารถปฏิบัติตามได้ เห็นตัวแบบที่เคลื่อนไหวชัดเจน คู่มือส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีสีสันสวยงาม ตัวอักษรขนาดใหญ่ อ่านได้ชัดเจนใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย มีภาพประกอบทำให้เข้าใจเนื้อหาได้ง่าย และมีความน่าสนใจมาก ยิ่งขึ้น

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอายุรกรรมโรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มตัวอย่าง และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งได้ค่า .81

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. นำเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เครื่องมือวิจัย และเอกสารชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการทำวิจัย เสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา และคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลชลบุรี ซึ่งได้รับการพิจารณาอนุมัติให้ทำวิจัยได้

2. เมื่อผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชลบุรี แล้ว ผู้วิจัย เข้าพบหัวหน้า

กลุ่มงานด้านการกิจการพยาบาล โรงพยาบาลชลบุรี เพื่อชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตดำเนินการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการศึกษาและรวบรวมข้อมูลให้กับกลุ่มตัวอย่างทุกราย ขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลและชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ ไม่มีผลใด ๆ ต่อผู้ป่วยสูงอายุ คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่าง ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและนำมาใช้เฉพาะการศึกษาเท่านั้น ระหว่างดำเนินการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างต้องถอนตัวจากการวิจัยก่อนการดำเนินการวิจัยจะสิ้นสุดกลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัยได้โดยไม่ต้องแจ้งผู้วิจัยก่อน

3. ในระหว่างการดำเนินกิจกรรม หากกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยจะให้การดูแลปฐมพยาบาลจนกระทั่งอาการดีขึ้น หรือมีการรายงานแพทย์ทำหัตถการให้ปลอดภัย

4. ในกลุ่มเปรียบเทียบ เมื่อขั้นตอนของการดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นลง ผู้วิจัยให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล แจกคู่มือการป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาลเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง

การเตรียมผู้ช่วยวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีผู้ช่วยวิจัยเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดความลำเอียงของผู้วิจัย โดยมีผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โดยผู้ช่วยวิจัยท่านที่ 1 มีหน้าที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลอง ผู้วิจัยท่านที่ 2 ทำหน้าที่ช่วยผู้วิจัยในการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยทั้ง 2 ท่าน โดยอธิบายวัตถุประสงค์ขั้นตอนการทำวิจัย จริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ผู้ช่วยวิจัยท่านที่ 1 ได้รับการเตรียมตัวในขั้นตอนและวิธีการสอบถามตามแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และสาธิตวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ช่วยผู้วิจัย เพื่อให้ผู้ช่วยผู้วิจัยมีความเข้าใจ และมีความสามารถในการใช้เครื่องมือได้ตรงกับผู้วิจัย จากนั้นนำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุแผนกพิเศษอายุรกรรม ที่มีความเสี่ยงหกล้มในโรงพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 คนจนกระทั่งได้ข้อมูลตรงกับผู้วิจัย ส่วนผู้ช่วยวิจัยท่านที่ 2 ได้รับการเตรียมตัวเป็นผู้ช่วยดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่กำหนด สังเกตอาการที่ผิดปกติของผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อช่วยผู้วิจัยมีความเข้าใจและความช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุได้

การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ.2566 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ.2566 ในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

เพื่อเป็นการป้องกัน และลดการแพร่กระจายเชื้อ โรงพยาบาลที่ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูล ได้มีประกาศนโยบาย เรื่อง Triage and screening และนโยบายการดูแลเจ้าหน้าที่เชิงรุกโดยกำหนดให้ผู้ป่วยที่จะต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลต้องได้รับการตรวจเพื่อหาเชื้อ COVID-19 เบื้องต้น ด้วยวิธี Rapid Antigen Test ก่อนรับไว้ในโรงพยาบาลทุกรายและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภายในห้องพิเศษ จำกัดคนเยี่ยม 1 คน เท่านั้น ไม่สลับคนเฝ้า เพื่อเป็นการป้องกัน และลดการแพร่กระจายเชื้อ กำหนดให้เจ้าหน้าที่ทุกคนต้องได้รับการตรวจคัดกรองเพื่อหาเชื้อ COVID-19 เบื้องต้นด้วยตนเอง โดยใช้ชุดตรวจ Antigen Test Kit อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ผู้วิจัยทำการเฝ้าระวังและป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อและป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล โดยระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย สวมหน้ากากอนามัยและป้องกันตลอดเวลา โดยผู้วิจัยเป็นผู้จัดเตรียมหน้ากากอนามัยสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ 1 ชั้น ต่อคน ผู้วิจัยทำการล้างมือตามหลักมาตรฐานควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาล 5 ขั้นตอน และคอยดูแลผู้ป่วยสูงอายุในการดำเนินกิจกรรมอย่างใกล้ชิด

เมื่อ โครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัย จากคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานด้านการศึกษาด้านการพยาบาล โรงพยาบาลชลบุรี เพื่อชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย
2. ผู้วิจัยทำการสุ่มหออผู้ป่วยพิเศษในโรงพยาบาลชลบุรีจำนวน 2 หอ โดยการใช่วิธีสุ่มอย่างง่าย ได้หออผู้ป่วยพิเศษเฉลิมราชสมบัติ ชั้น 7 เป็นกลุ่มทดลอง และหออผู้ป่วยพิเศษเฉลิมราชสมบัติ ชั้น 8 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากทั้ง 2 หอนี้มีการดูแลผู้ป่วยสูงอายุเหมือนกัน แพทย์ที่มดีียวกัน อัตราครองเตียงของผู้ป่วยสูงอายุน้อยละ 80 เท่ากัน
3. ผู้วิจัยติดป้ายประกาศบริเวณบอร์ดสุศึกษาและในห้องผู้ป่วย หากผู้ป่วยสูงอายุสนใจเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง สามารถแจ้งชื่อ สกุล ได้ที่พยาบาลเจ้าของไข้และเคาน์เตอร์พยาบาล ผู้วิจัยจะทำการคัดเลือกผู้ป่วยสูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้ป่วยสูงอายุที่มีการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในหออผู้ป่วยพิเศษเฉลิมราชสมบัติ ชั้น 7 ในช่วงระยะเวลาที่ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลให้เป็นกลุ่มทดลอง และผู้ป่วยสูงอายุที่มีการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในหออผู้ป่วยพิเศษเฉลิมราชสมบัติ ชั้น 8 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

4. ในระหว่างการดำเนินกิจกรรม หากกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยจะให้การดูแล
ปฐมพยาบาลจนกระทั่งอาการดีขึ้น หรือมีการรายงานแพทย์ทำหัตถการให้ปลอดภัย

ขั้นตอนการทดลอง

กลุ่มเปรียบเทียบ

ดำเนินการทดลอง 2 ระยะ ประกอบด้วย ระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลอง

ดังนี้

ระยะก่อนการทดลอง (Pre test)

ดำเนินการที่หอผู้ป่วยเฉลิมราชสมบัติ ชั้น 8 โรงพยาบาลชลบุรี ใช้เวลา 5-10 นาที

ผู้วิจัยทำการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยสูงอายุ ชักถามถึงการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการ
หกล้มในโรงพยาบาลที่ผ่านมา หลังจากนั้นผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง
โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยสูงอายุตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรม
ป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ หลังจากนั้นทำการนัดหมายครั้งต่อไปในวันจำหน่ายออกจาก
โรงพยาบาล

ระยะหลังการทดลอง (Post test)

วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ดำเนินการที่หอผู้ป่วยเฉลิมราชสมบัติ ชั้น 8 โรงพยาบาลชลบุรี ใช้เวลา 5-10 นาที

ผู้วิจัยสอบถามถึงการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาลที่ผ่านมา หลังจาก
นั้นผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระยะหลังการทดลอง โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยสูงอายุตาม
แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ผู้วิจัยมอบคู่มือส่งเสริมการรับรู้
ความเชื่อด้านสุขภาพ กล่าวขอบคุณและยุติสัมพันธภาพ

กลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลอง ดำเนินการทดลอง 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะก่อนการทดลอง ระยะ
ดำเนินการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ระยะก่อนการทดลอง (Pre test)

ผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วน
บุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ

ระยะดำเนินการทดลอง (Intervention)

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยเข้าพบผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย เจริญราษฎร์ ชั้น 7 โรงพยาบาลชลบุรี ดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

วันที่ 1

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ “เจอกับฉัน...เรารู้จักกัน” ใช้เวลา 10 นาที

ผู้วิจัยดำเนินการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยสูงอายุ โดยการแนะนำตัว ชักถามถึงเรื่องทั่วไป และให้ผู้ป่วยสูงอายุแนะนำตัว เพื่อสร้างความไว้วางใจ และความสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยสูงอายุ

ในการดำเนินกิจกรรม ผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มในโรงพยาบาลให้ความสนใจในการแนะนำตนเอง เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และสร้างความคุ้นเคยกับผู้วิจัย ทำให้บรรยากาศผ่อนคลายและพูดคุย สอบถามข้อมูลด้วยความเป็นกันเองมากขึ้น

กิจกรรมที่ 2 ประเมินความรู้และประสบการณ์เดิมที่มีต่อการหกล้มในโรงพยาบาล “อดีต...ที่ฉันเคยรู้” ใช้เวลา 15 นาที

1. ผู้วิจัยประเมินการความรู้และประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยสูงอายุต่อการหกล้มในโรงพยาบาล เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการตอบคำถาม ซึ่งเป็นข้อคำถามปลายเปิด ดังนี้

1. การหกล้มในโรงพยาบาล หมายถึงอะไร
2. การหกล้มในโรงพยาบาล มีปัจจัยเสี่ยงมาจากอะไรบ้าง
3. การหกล้มในโรงพยาบาล มีผลกระทบอะไรบ้าง
4. ผู้ป่วยสูงอายุเคยหกล้มในโรงพยาบาลหรือไม่ แล้วมีอาการเป็นอย่างไร
5. พฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล มีอะไรบ้าง
6. การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล ที่ผ่านมาได้ปฏิบัติอะไรบ้าง
7. ผู้ป่วยสูงอายุทราบหรือไม่ มีความเสี่ยงต่อการหกล้มในโรงพยาบาลระดับใด

ภายหลังจากการดำเนินกิจกรรม ผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มในโรงพยาบาล มีการเล่าเรื่องราว ประสบการณ์เดิม ให้แก่ผู้วิจัย ได้ ให้ความร่วมมือในการตอบคำถาม และชักถามในข้อสงสัยบางประเด็นได้

กิจกรรมที่ 3 ส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการหกล้มในโรงพยาบาล “รู้ใหม่ว่าใครเสี่ยง” ใช้เวลา 10 นาที

ผู้วิจัยทำการประเมินความเสี่ยงการหกล้มในโรงพยาบาลและแจ้งให้ผู้ป่วยสูงอายุให้ทราบถึงระดับความเสี่ยงของการหกล้มในโรงพยาบาลและความรุนแรงของการหกล้มในโรงพยาบาล

ระหว่างการดำเนินกิจกรรม ผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มในโรงพยาบาลมีความสนใจในการประเมินความเสี่ยงการหกล้มในโรงพยาบาล รับทราบและเข้าใจว่าตนเองมีความเสี่ยงระดับใด และให้ความร่วมมือในการสวมป้ายข้อมือสีเหลือง เพื่อเป็นสัญลักษณ์ในการบ่งบอกว่าเสี่ยงต่อการหกล้มในโรงพยาบาลและมีค่าความเสี่ยงการหกล้มในโรงพยาบาลมากกว่า 5 คะแนน และต้องได้รับการดูแลแบบ Strict Fall Precaution พร้อมทั้งมอบคู่มือส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

กิจกรรมที่ 4 ส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มในโรงพยาบาล

4.1 กิจกรรม สร้างเสริมความรู้เกี่ยวกับการหกล้มในโรงพยาบาล “มาซิมา หาความรู้” ใช้เวลา 10 นาที

ผู้วิจัยใช้คำพูดชักจูงให้ผู้ป่วยสูงอายุให้เห็นถึงความสำคัญของการหกล้มในโรงพยาบาล และกระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุอภิปรายความหมาย ปัจจัยเสี่ยง และผลกระทบการหกล้มในโรงพยาบาล มีการรับชมสื่อการสอน Power Point ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับ อุบัติการณ์ ปัจจัยเสี่ยง และผลกระทบการหกล้มในโรงพยาบาล

4.2 กิจกรรม แลกเปลี่ยนประสบการณ์และร่วมวิเคราะห์กรณีศึกษา “แลกเปลี่ยน ฉันทแลกเปลี่ยนเธอ” ใช้เวลา 10 นาที

ผู้วิจัยร่วมสนทนาและให้ผู้ป่วยสูงอายุร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความคิดเห็นกับผู้วิจัย ร่วมวิเคราะห์ความเสี่ยงของการเกิดการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและความรุนแรงที่เกิดขึ้น

ระหว่างดำเนินกิจกรรมผู้ป่วยสูงอายุให้ความสนใจในการรับชมสื่อการสอน Power Point และร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นได้ ผู้ป่วยสูงอายุมีความสนใจ และใส่ใจในการวิเคราะห์ความรุนแรงที่เกิดจากการหกล้มในโรงพยาบาลได้

กิจกรรมที่ 5 ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล

กิจกรรม การสร้างเสริมความรู้เรื่องพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล “ป้องกันปลอดภัย ในหกล้ม” ใช้เวลา 10 นาที

ผู้วิจัยพุดชกุงให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดการรับรู้วิธีป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล ประกอบด้วยการใช้ยา การจัดสิ่งแวดล้อม และการส่งเสริมความแข็งแรงของกระดูกและกล้ามเนื้อ และการเปลี่ยนอิริยาบถ

กิจกรรมที่ 6 ลดการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล

กิจกรรมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น “จับเข้าคุย” ใช้เวลา 10 นาที

ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสูงอายุ ชักถามและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับอุปสรรคของการป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาลที่อาจจะเกิดขึ้น พร้อมทั้งบอกแนวทางการปฏิบัติและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

ระหว่างดำเนินกิจกรรม ผู้ป่วยสูงอายุสามารถบอกวิธีป้องกันหกล้มในโรงพยาบาลได้ หากผู้ป่วยสูงอายุมีอุปกรณ์การทางแพทย์ เช่น สายสวนปัสสาวะ หรือ น้ำเกลือ จะระมัดระวัง เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดและสะดุดล้มได้ มีความสนใจและสามารถบอกวิธีป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาลได้

วันที่ 2

กิจกรรมที่ 7 ส่งเสริมความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล ใช้เวลา 20 นาที

7.1 กิจกรรมการออกกำลังกายแบบยืดเหยียด “เหยียดกาย สบายใจ”

ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยสูงอายุฝึกการส่งเสริมความแข็งแรงของกระดูกและกล้ามเนื้อ และการเปลี่ยนอิริยาบถ

- ประสพการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง โดยการฝึกปฏิบัติการ ออกกำลังกายช่วยส่งเสริมกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ จากทำที่ง่าย ไปทำที่ยาก สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองจนประสบความสำเร็จด้วยตนเอง

- การได้เห็นแบบหรือประสพการณ์ผู้อื่น โดยผู้วิจัยมีการนำเสนอวีดิทัศน์แบบที่มีประสพการณ์ความสำเร็จในการออกกำลังกายช่วยส่งเสริมกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ การป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล และการให้ผู้ป่วยสูงอายุทำการสาธิตย้อนกลับ

- พุดวิจัยทำการชกุงด้วยคำพุด ให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายช่วยส่งเสริมกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ

- การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ โดยผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยสูงอายุ

-ปฏิบัติกิจกรรมการออกกำลังกายด้วยวิธี ต่าง ๆ เช่น ทำบริหารกล้ามเนื้อต้นขา ทำบริหารข้อเท้า ทำฝึกการเดินและการทรงตัว และการให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายช่วยส่งเสริมกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ

7.2 กิจกรรมการเปลี่ยนอิริยาบถ “ช้าๆแต่ปลอดภัย”

ผู้วิจัยชื่นชมและชักจูงให้ผู้ป่วยสูงอายุนำกลับไปปฏิบัติและป้องกันการหกล้มเมื่ออยู่บ้าน ผู้วิจัยทำการอภิปรายประกอบคู่มือเพื่อเป็นการทบทวนความรู้อีกครั้งหนึ่ง ผู้วิจัยจะพูดให้กำลังใจผู้ป่วยสูงอายุสามารถทำได้และผู้ป่วยสูงอายุ ปฏิบัติจนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

ระหว่างดำเนินกิจกรรม ผู้ป่วยสูงอายุให้ความร่วมมือในการออกกำลังกายช่วยส่งเสริมกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ ผู้วิจัยดูแลผู้ป่วยสูงอายุเมื่อปฏิบัติกิจกรรมอย่างใกล้ชิด ก่อนปฏิบัติกิจกรรมมีการประเมินสัญญาณชีพ สอบถามความพร้อมของผู้ป่วยสูงอายุก่อนทุกครั้ง เพื่อป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล และอาการที่เกิดจากโรคที่เป็นข้อขวางทำให้เกิดอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรม ภายหลังการดำเนินกิจกรรม ผู้ป่วยสูงอายุมีการฝึกออกกำลังกายช่วยส่งเสริมกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อด้วยตนเอง มีญาติ และพยาบาลเจ้าของไข้ดูแลอย่างใกล้ชิด

วันที่ 3

กิจกรรมที่ 8 ส่งเสริมสิ่งชักนำให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล
ใช้เวลา 5-10 นาที

8.1 การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยสูงอายุ “แอบมอง สูงวัย ปลอดภัยหกล้ม”

ผู้วิจัยทำการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยสูงอายุ การยกไม้กั้นเตียง การลื้อคล้อเตียง การเปลี่ยนอิริยาบถจากบนเตียง ไปนั่งเก้าอี้ การแต่งกายที่ถูกต้องและเหมาะสม ไม่รุ่มร่าม รวมทั้งการขอความช่วยเหลือโดยการ กดกริ่งและการติดป้ายที่กระตุ้นเตือนเสี่ยงต่อ การหกล้มในโรงพยาบาล

8.2 การติดตามกระตุ้นเตือน “เตือนใจ สูงวัย ไม่ล้ม”

ผู้วิจัยมีการกระตุ้นเตือนผู้ป่วยสูงอายุ ขณะรอจำหน่ายกลับบ้าน ในเรื่องของการป้องกันการหกล้มในการบริการร่างกายการเคลื่อนไหว และการเฝ้าระวัง ความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า การใช้ยา และการสังเกตอาการผิดปกติ

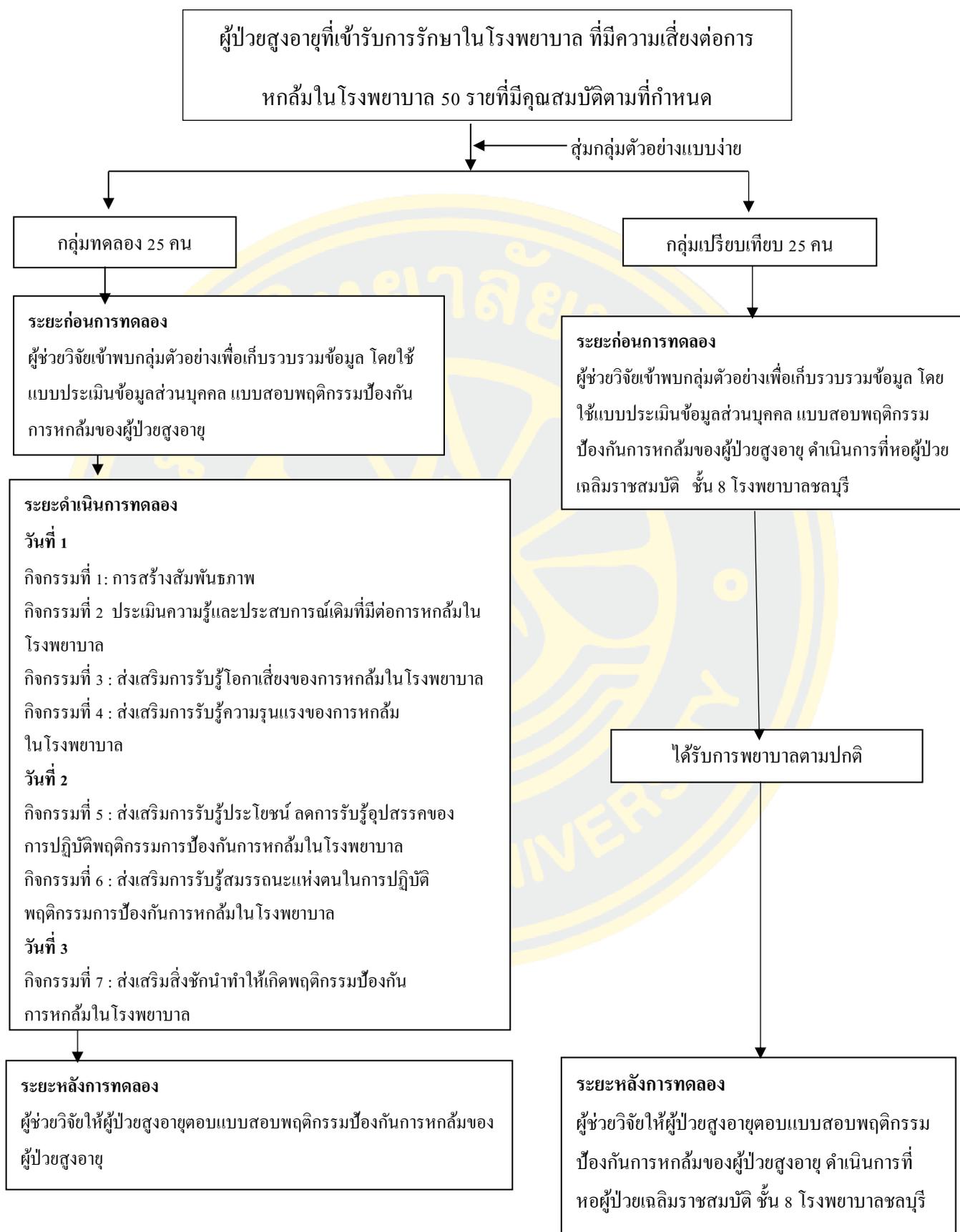
จากการติดตามและกระตุ้นเตือนมีการเดินตรวจเยี่ยมผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยสูงอายุให้ความร่วมมือในการป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล เช่น การยกไม้กั้นเตียงทุกครั้งเมื่ออยู่บนเตียง การลื้อคล้อเตียง นำสิ่งของใกล้ชิดไม่หีบเอี๊ยม เปิดไฟให้แสงสว่าง และกดกริ่งขอความช่วยเหลือทุกครั้งหรือเข้าห้องน้ำ ญาติและพยาบาลเจ้าของไข้ ช่วยเหลือ ในการทำกิจกรรม ผู้วิจัยกล่าวชื่นชม และให้กำลังใจผู้ป่วยสูงอายุ

ระยะหลังการทดลอง (Post test)

วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ใช้เวลา 5-10 นาที

ผู้วิจัยสอบถามถึงการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาลที่ผ่านมา หลังจากนั้นผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยสูงอายุตามแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการยุติสัมพันธภาพ





ภาพที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ลงรหัสและวิเคราะห์ผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติ Chi-square และ Fisher' s Exact test

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนพฤติกรรม การป้องกันการหกล้มของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t – test

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การป้องกันการหกล้ม ในระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t – test

ข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ Independent t -test (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2555) มีดังนี้

1. ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normal distribution)
2. ความแปรปรวนในแต่ละกลุ่มเท่ากัน (Homogeneity of variance)
3. ประชากรทั้งสองกลุ่มเป็นอิสระต่อกัน (Independence)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ นำเสนอผลการวิจัยในรูปแบบตารางประกอบด้วยคำบรรยาย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง แสดงไว้ในตารางที่ 2

ส่วนที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าพิสัยของพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ จำแนกเป็นรายชื่อ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง แสดงไว้ในตารางที่ 3

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ แสดงไว้ในตารางที่ 4

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ในระยะก่อนการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ แสดงไว้ในตารางที่ 5

ส่วนที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ในระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ แสดงไว้ในตารางที่ 6

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยการแจกแจงความถี่ หาร้อยละ ค่าเฉลี่ย และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติ Chi-square แสดงไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าไคสแควร์ ของกลุ่มตัวอย่าง และผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=25)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. เพศ					1.15	.28
หญิง	16	64.0	16	64.0		
ชาย	9	36.0	9	36.0		
2. อายุ (ปี)					1.88	.17
60 – 69 ปี	18	72.0	16	64.0		
70 – 79 ปี	7	28.0	9	36.0		
3. ศาสนา					-	-
พุทธ	25	100	25	100		
4. สถานภาพสมรส					1.46	.83
คู่	19	76.0	19	76.0		
หม้าย-หย่า-แยก	5	20.0	3	12.0		
โสด	1	4.0	3	12.0		
5. ระดับการศึกษา					4.98	.54
ตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป	18	72.0	18	72.0		
มัธยมศึกษาขึ้นไป	6	24.0	5	20.0		
อนุปริญญา	1	4.0	1	4.0		
ประถมศึกษา	0	0.0	1	4.0		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		χ^2	p-value
	(n=25)		(n=25)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
6. อาชีพในปัจจุบัน					23.58	.50
ธุรกิจส่วนตัว	11	44.0	6	24.0		
ข้าราชการบำนาญ	8	32.0	10	40.0		
ค้าขาย	5	20.0	7	28.0		
รัฐวิสาหกิจ	1	4.0	2	8.0		
7. ผู้ดูแลหลัก					1.04	.98
คู่สมรส	13	52.0	14	56.0		
บุตร	10	40.0	7	28.0		
หลาน	2	8.0	2	8.0		
ญาติ	0	00.0	2	8.0		
8. โรคประจำตัวหรืออาการเจ็บป่วย เรื้อรังในปัจจุบัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)					1.85	.66
มีโรคประจำตัว	25	100.0	25	100.0		
โรคความดันโลหิตสูง	24	96.0	25	100.0		
โรคไขมันในเลือดสูง	12	48.0	11	44.0		
โรคเบาหวาน	10	40.0	6	24.0		
โรคเก๊าท์	4	16.0	1	4.0		
โรคภูมิแพ้	2	8.0	1	4.0		
โรคหลอดเลือดหัวใจ	1	4.0	3	12.0		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=25)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	ยาที่รับประทานเป็นประจำในปัจจุบันนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)					
มียารับประทาน	25	100.0	25	100.0		
กลุ่มยาความดันโลหิต	24	96.0	25	100.0		
กลุ่มยาลดไขมัน	12	48.0	11	44.0		
กลุ่มยาเบาหวาน	10	40.0	6	24.0		
กลุ่มยาโรคเก๊าท์	4	16.0	1	4.0		
กลุ่มยาแก้แพ้	2	8.0	1	4.0		
กลุ่มยาหลอดเลือดหัวใจ	1	4.0	3	12.0		
กลุ่มยานอนหลับ	0	00.0	5	20.0		
กลุ่มยาขับปัสสาวะ	0	00.0	2	8.0		

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุในกลุ่มทดลอง จำนวน 25 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.0 มีอายุอยู่ในช่วง 60 – 69 ปี ร้อยละ 72.0 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 76.0 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่มีการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 72.0 ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 44.0 รองลงมา เป็นข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 32.0 ผู้ดูแลหลักเป็นคู่สมรส ร้อยละ 52.0 ผู้ป่วยสูงอายุทุกคนมีโรคประจำตัว โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 96.0 และยาที่รับประทานเป็นประจำมากที่สุด คือ กลุ่มยาลดความดันโลหิต ร้อยละ 96.0

ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 25 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.0 มีอายุอยู่ในช่วง 60 – 69 ปี ร้อยละ 64.0 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 76.0 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่มีการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 72.0 ประกอบอาชีพเป็นข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 40.0 รองลงมาคือ ค้าขาย ร้อยละ 28.0 ผู้ดูแลหลักเป็นคู่สมรส ร้อยละ 56.0 ผู้ป่วยสูงอายุทุกคนมีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 100 และยาที่ผู้ป่วยสูงอายุรับประทานเป็นประจำมากที่สุด คือ กลุ่มยาลดความดันโลหิต ร้อยละ 100

ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) พบว่า ข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 2 คะแนนเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าพิสัยของพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลอง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกเป็นรายด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลอง แสดงไว้ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าพิสัยของพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ จำแนกเป็นรายด้าน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลอง

พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ	Possible range	กลุ่มทดลอง (n = 25)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 25)			
		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
		Actual range	Mean (SD)	Actual range	Mean (SD)	Actual range	Mean (SD)	Actual range	Mean (SD)
คะแนนรวม	0 - 36	19 - 27	23.72 (2.44)	29 - 35	32.40 (1.47)	11 - 30	23.92 (5.08)	10 - 33	22.56 (6.04)
การขอความช่วยเหลือ	0 - 18	11 - 18	15.08 (1.99)	16 - 18	17.2 (.70)	6 - 18	14.8 (2.78)	6 - 18	12.96 (3.64)
การเปลี่ยนอิริยาบถและการเคลื่อนไหว	0 - 15	5 - 13	8.40 (1.82)	9 - 14	12.2 (1.25)	2 - 13	8.72 (2.68)	3 - 13	9.04 (2.62)
การศึกษาหาความรู้	0 - 3	0 - 2	.24 (.52)	3-3	3.00 (.00)	0 - 2	.32 (.55)	0 - 3	.56 (.91)

จากตารางที่ 3 พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ด้านการขอความช่วยเหลือ 15.08 ($SD = 1.99$, actual range = 11 - 18) ด้านการเปลี่ยนอิริยาบถ และการเคลื่อนไหว 8.40 ($SD = 1.82$, actual range = 5-13) ด้านการศึกษาหาความรู้ .24 ($SD = .52$, actual range = 0-2) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ด้านการขอความช่วยเหลือ 14.8 ($SD = 2.78$, actual range = 6-18) ด้านการเปลี่ยนอิริยาบถ และการเคลื่อนไหว 8.72 ($SD = 2.68$, actual range = 2-13) ด้านการศึกษาหาความรู้ .32 ($SD = .55$, actual range = 0-2) ส่วนคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมของกลุ่มทดลองเท่ากับ 23.72 ($SD = 2.44$, actual range = 19-27) และกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 23.92 ($SD = 5.08$, actual range = 11-30)

ในระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ด้านการขอความช่วยเหลือ 17.2 ($SD = .70$, actual range = 16-18) ด้านการเปลี่ยนอิริยาบถ และการเคลื่อนไหว 12.2 ($SD = 1.25$, actual range = 9-14) ด้านการศึกษาหาความรู้ 3.00 ($SD = .00$, actual range = 3-3) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ด้านการขอความช่วยเหลือ 12.96 ($SD = 3.64$, actual range = 6-18) ด้านการเปลี่ยนอิริยาบถ และการเคลื่อนไหว 9.04 ($SD = 2.62$, actual range = 3-13) ด้านการศึกษาหาความรู้ .56 ($SD = .91$, actual range = 0-3) ส่วนคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมของกลุ่มทดลองเท่ากับ 32.40 ($SD = 1.47$, actual range = 29-35) และกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 22.56 ($SD = 6.04$, actual range = 10-33)

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติการทดสอบค่าทีแบบอิสระ (Independent t -test) ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการทดสอบค่าทีแบบอิสระ (Independent t -test) พบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น รายละเอียดแสดงไว้ในภาคผนวก ข ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่าง	<i>n</i>	Mean	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p-value</i>
กลุ่มทดลอง	25	23.72	2.44	.17	48	.86
กลุ่มเปรียบเทียบ	25	23.92	5.08			

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ในระยะก่อนการทดลอง ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 23.72 (*SD* = 2.44) และ 23.92 (*SD* = 5.08) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ($t_{48} = .17, p = .86$)

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยการทดสอบค่าทีแบบไม่อิสระต่อกัน (Dependent t - test) ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการทดสอบค่าทีแบบไม่อิสระ (Dependent t -test) พบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น รายละเอียดแสดงไว้ในภาคผนวก ฉ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่าง	<i>n</i>	Mean	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p-value</i>
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	25	23.72	2.44	-15.53	24	<.01
หลังการทดลอง	25	32.40	1.47			
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนการทดลอง	25	23.92	5.08	1.13	24	.26
หลังการทดลอง	25	22.56	6.04			

จากตารางที่ 5 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุของกลุ่มทดลอง ในระยะหลังการทดลองมากกว่าในระยะก่อนการทดลองเท่ากับ ($t_{24} = -15.53, p < .01$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุของกลุ่มเปรียบเทียบในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกัน ($t_{24} = 1.13, p = .26$)

ส่วนที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ในระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ในระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติการทดสอบค่าทีแบบอิสระ (Independent t -test) ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการทดสอบค่าทีแบบอิสระ (Independent t -test) พบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น รายละเอียดแสดงไว้ในภาคผนวก จ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ในระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่าง	<i>n</i>	Mean	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p-value</i>
กลุ่มทดลอง	25	32.40	1.47	-7.90	48	<.01
กลุ่มเปรียบเทียบ	25	22.56	6.04			

จากตารางที่ 6 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ในระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 32.40 (*SD* = 1.47) และ 22.56 (*SD* = 6.04) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ในระยะหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ในระยะหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{48} = -7.90, p < .01$)

สรุปผลทดสอบตามสมมติฐาน จากการวิเคราะห์ข้อมูลได้ ดังนี้

1. ผู้ป่วยสูงอายุ กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกัน ($t_{24} = 1.13, p = .26$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1
2. ผู้ป่วยสูงอายุ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในระยะหลังการทดลองมากกว่าในระยะก่อนการทดลอง ($t_{24} = -15.53, p < .01$) เป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 2
3. ผู้ป่วยสูงอายุ กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ในระยะก่อนการทดลอง ไม่แตกต่างกับกลุ่มทดลอง ($t_{48} = .17, p = .86$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3
4. ผู้ป่วยสูงอายุ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ในระยะหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($t_{48} = -7.90, p < .01$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลชลบุรี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์กำหนด จำนวน 50 ราย กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาสถิติไคสแควร์ และสถิติการทดสอบที ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. ผู้ป่วยสูงอายุในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64 มีอายุอยู่ในช่วง 60 – 69 ปี ร้อยละ 72.0 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 76.0 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ มีการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 72.0 ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 44.0 รองลงมา คือ ข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 32.0 มีผู้ดูแลหลักเป็นคู่สมรส ร้อยละ 52.0 ทุกคนมีโรคประจำตัว โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 96.0 และส่วนใหญ่น้ำหนักที่รับประทานเป็นประจำ คือ กลุ่มขาดความดันโลหิต ร้อยละ 96.0

ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.0 มีอายุอยู่ในช่วง 60 – 69 ปี ร้อยละ 64.0 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 76.0 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ มีการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 72.0 มีผู้ดูแลหลักเป็นคู่สมรส ร้อยละ 56.0 ทุกคนมีโรคประจำตัว ซึ่งโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง และส่วนใหญ่น้ำหนักที่รับประทานเป็นประจำ คือ กลุ่มขาดความดันโลหิต พบร้อยละ 100

2. ผู้ป่วยสูงอายุ กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกัน ($t_{24} = 1.13, p = .26$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

3. ผู้ป่วยสูงอายุ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในระยะหลังการทดลองมากกว่าในระยะก่อนการทดลองเท่ากับ ($t_{24} = -15.53, p < .01$) เป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 2

4. ผู้ป่วยสูงอายุ กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ในระยะก่อนการทดลอง ไม่แตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบ ($t_{48} = .17, p = .86$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3

5. ผู้ป่วยสูงอายุ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ในระยะหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($t_{48} = -7.90, p < .01$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยอภิปรายผล ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองมากกว่าในระยะก่อนการทดลอง ($t_{24} = -15.53, p < .01$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของกลุ่มทดลอง ในระยะหลังการทดลอง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($t_{48} = -7.90, p < .01$) ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Stretcher and Rosenstock (1997) ที่ประกอบด้วย การรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ว่าโรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงต่อตนและดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค สิ่งชักนำ รวมทั้งปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดี และความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้สามารถอธิบายในรายละเอียด ได้ดังนี้

จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Stretcher and Rosenstock (1997) อธิบายว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งที่หลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีองค์ประกอบ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรค สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ปัจจัยอื่น และความสามารถตนเอง สำหรับการวิจัยครั้งนี้ในด้านปัจจัยอื่น (Other Variables) คือ ความรู้และประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับการหกล้ม ผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพนี้ โดยประเมินความรู้เดิมของผู้ป่วยสูงอายุ เรื่องการหกล้มในโรงพยาบาล ใช้คำถามที่ประกอบด้วย การหกล้มในโรงพยาบาล หมายถึงอะไร การหกล้มในโรงพยาบาล มีปัจจัยเสี่ยงมาจากอะไรบ้าง การหกล้มในโรงพยาบาล มีผลกระทบอะไรบ้าง ผู้ป่วยสูงอายุเคยหกล้มในโรงพยาบาลหรือไม่ แล้วมีอาการเป็นอย่างไร พฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล มีอะไรบ้าง การปฏิบัติพฤติกรรม

การป้องกันหกล้มในโรงพยาบาล ที่ผ่านมาได้ปฏิบัติอะไรบ้าง ผู้ป่วยสูงอายุทราบหรือไม่มี ความเสี่ยงต่อการหกล้มในโรงพยาบาลระดับใด พบว่า ผู้สูงอายุตอบคำถามได้ร้อยละ 50 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุยังขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการหกล้มในโรงพยาบาล โดยมีผลต่อ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ความรู้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และอุปสรรคของการปฏิบัติ มีผลโดยอ้อมต่อพฤติกรรม (Stretcher & Rosenstock, 1997) หลังจากประเมินความรู้และ ประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับการหกล้มในโรงพยาบาล พบว่า ผู้สูงอายุยังมีความรู้เกี่ยวกับการหกล้มใน โรงพยาบาล ร้อยละ 50 ผู้วิจัยจึงดำเนินการสร้างเสริมความรู้เกี่ยวกับการหกล้มในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นองค์ประกอบด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) มีผลต่อการชักนำผู้สูงอายุเพื่อ กระตุ้นหรือจูงใจให้ผู้สูงอายุเกิดความพร้อมในการปฏิบัติและนำไปสู่พฤติกรรมป้องกันหกล้มที่ เหมาะสม โดยการสร้างเสริมความรู้พฤติกรรมกรรมการป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล อุบัติการณ์ ปัจจัยเสี่ยง และผลกระทบการหกล้มในโรงพยาบาล ช่วยทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ มีการ นำข้อมูลที่ได้รับไปเชื่อมโยงกับความรู้เดิมและประสบการณ์เดิม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านการรับรู้และเกิดพฤติกรรมป้องกันหกล้มที่ถูกต้องได้

ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการหกล้มในโรงพยาบาล อธิบาย ได้ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคนั้นเป็นความเชื่อหรือการรับรู้ของปัจเจกบุคคลเกี่ยวกับ โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุ แต่ละคนจะมีความเชื่อหรือการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการหกล้มในโรงพยาบาล ในระดับที่แตกต่างกัน อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ระดับการศึกษา สังคม ศาสนา เป็นต้น ดังนั้นผู้ป่วยสูงอายุจึง มีหลักการในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาลที่ไม่เหมือนกัน กล่าวคือ ผู้ที่มี ระดับการรับรู้สูงต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคยอมให้ความร่วมมือในการปฏิบัติมากกว่าผู้สูงอายุ ที่ไม่รับรู้หรือมีการรับรู้ในระดับต่ำ (Stretcher & Rosenstock, 1997) ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุในงานวิจัยนี้ ได้รับการส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการหกล้มในโรงพยาบาล ส่งผลให้มีระดับการรับรู้สูงต่อ โอกาสเสี่ยงของการหกล้มในโรงพยาบาล จึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ รับการส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการหกล้มในโรงพยาบาล กล่าวคือผู้ป่วยสูงอายุที่มีระดับ การรับรู้สูงต่อโอกาสเสี่ยงของการหกล้มยอมให้ความร่วมมือในการปฏิบัติมากกว่าผู้ที่ไม่รับรู้หรือ มีการรับรู้ในระดับต่ำ ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัว มีประวัติการให้ยาลดความดันโลหิต ยานอนหลับ หรือกลุ่มยาแก้ปวดบางชนิด เมื่อรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดการหกล้มใน โรงพยาบาลก็จะพยายามหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดการหกล้มโดยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ เหมาะสม

การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มในโรงพยาบาล เป็นความเชื่อที่ผู้ป่วยสูงอายุเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของการหกล้ม ที่มีต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และการใช้ระยะเวลานานในการรักษา การเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตน และเมื่อผู้ป่วยสูงอายุได้รับการส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการหกล้มในโรงพยาบาลร่วมกับความรุนแรงของการหกล้มในโรงพยาบาล จะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดการรับรู้ถึงภาวะคุกคาม และพยายามที่จะหลีกเลี่ยง จากโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพได้มีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ ประกอบกับการใช้สิ่งชักนำไปสู่การปฏิบัติไม่ว่าจะเป็นสื่อการสอน Power Point เนื้อหาประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุ บัญชีเสี่ยง และผลกระทบการหกล้มใน โรงพยาบาล คู่มือส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื้อหาประกอบด้วย อุบัติการณ์ บัญชีเสี่ยง และผลกระทบของการหกล้มในโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยสูงอายุมีการได้รับความรู้เกี่ยวกับการหกล้มว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ อาจบาดเจ็บเพียงเล็กน้อยไปจนถึงบาดเจ็บรุนแรง เกิดความพิการ และรุนแรงจนถึงการเสียชีวิตได้ ผู้สูงอายุจึงมีการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม รับรู้อันตรายของการหกล้มที่จะส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของตัวเอง มีผลทำให้ผู้ป่วยสูงอายุกลัวการหกล้มมากขึ้น ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มมากขึ้น

การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันการหกล้ม เป็นการชี้ให้เห็นข้อดีของการมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาลและข้อเสียของการไม่ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาลที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มคำแนะนำที่มีการเชื่อถือได้ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะลงมือปฏิบัติตามคำแนะนำขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยผู้ป่วยสูงอายุจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการส่งเสริมการรับรู้กลวิธีป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การใช้ยา การจัดสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนอิริยาบถ และออกกำลังกายช่วยส่งเสริมกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ เพื่อป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล และวิธีโอเรื่องออกกำลังกายช่วยส่งเสริมกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ ภาพประกอบสวยงามทำให้ง่ายต่อการจดจำ อีกทั้งยังทำให้เข้าใจสิ่งต่างๆ ได้ดี และทบทวนหากจำไม่ได้ รวมถึงการนำกลับไปทบทวนซ้ำขณะที่อยู่โรงพยาบาล รวมทั้งได้รับข้อมูลในการลดการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล เป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับประโยชน์ และผลดีที่ตนเองจะได้รับจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ เช่น ลดความรุนแรงของการหกล้มในโรงพยาบาล ลดผลกระทบของการหกล้มในโรงพยาบาล ลดผลกระทบทางเศรษฐกิจ ความพอใจหรือความรู้สึกด้านคุณค่าของตนเอง (Stretcher & Rosenstock, 1997) ผู้วิจัยเปิดโอกาส

ให้ผู้ป่วยสูงอายุ ชักถามและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับอุปสรรคของการป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาลที่อาจจะเกิดขึ้น พร้อมทั้งบอกแนวทางการปฏิบัติและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน การรับรู้อุปสรรค จะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนเองได้ มีความเชื่อว่าคำแนะนำนั้นเป็นประโยชน์ต่อตนเอง และวิธีที่ถูกต้องเหมาะสมสามารถป้องกันการหกล้มของตนเองได้ จึงส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม

ด้านการส่งเสริมความสามารถตนเองนั้น ได้รับการฝึกการส่งเสริมความแข็งแรงของกระดูกและกล้ามเนื้อ และการเปลี่ยนอิริยาบถ ฝึกประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง การได้เห็นแบบหรือประสบการณ์ผู้อื่นที่ประสบความสำเร็จในการออกกำลังกายช่วยส่งเสริมกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ การป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล และการให้ผู้สูงอายุทำการสาธิตย้อนกลับ ชักจูงด้วยคำพูด การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ ปฏิบัติกิจกรรมการออกกำลังกายด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น ทำบริหารกล้ามเนื้อต้นขา ทำบริหารข้อเท้า ทำฝึกการเดินและการทรงตัว และการให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายช่วยส่งเสริมกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ มีการชื่นชมและชักจูงให้ผู้สูงอายุนำกลับไปปฏิบัติ และป้องกันการหกล้มเมื่ออยู่บ้าน

ด้านสิ่งชักนำให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาลนั้น ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการกระตุ้นหรือจูงใจให้ผู้สูงอายุเกิดความพร้อมในการปฏิบัติและนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จากโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ได้มีการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมปัจจัยชักนำให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล มีการอภิปรายประกอบคู่มือเพื่อเป็นการทบทวนความรู้ การให้กำลังใจผู้ป่วยสูงอายุสามารถทำได้และผู้สูงอายุ ปฏิบัติจนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมกระตุ้นเตือนในเรื่องของการป้องกันการหกล้มในการบริการร่างกายการเคลื่อนไหว และการเฝ้าระวัง ความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า การใช้ยา และการสังเกตอาการผิดปกติ รวมทั้งการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล การขอความช่วยเหลือโดยการกดกริ่ง และการติดป้ายที่กระตุ้นเตือนเสี่ยงต่อการหกล้มในโรงพยาบาล และชักถามถึงการปฏิบัติที่ผ่านมา ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติที่ยังมาสามารถปฏิบัติได้ และร่วมหาวิธีแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นให้สามารถมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาลได้ถูกต้องและเหมาะสม รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้พูดคุย ชักถามปัญหาหากมีข้อสงสัยจากคู่มือส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ เป็นความเชื่อหรือความคิดเห็นที่มีผลต่อการชักนำ เพื่อกระตุ้นหรือจูงใจให้ผู้สูงอายุเกิดความพร้อมในการปฏิบัติและนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องการวิจัยที่ผ่านมาที่มีการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล

ดังกล่าวของ มานิตา รักศรี, นารีรัตน์ จิตรมนตรี และเสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ (2562) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล กิจกรรมประกอบด้วย 1) การประเมินโอกาสเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม และแจ้งผลการประเมินแก่ผู้ป่วยสูงอายุ 2) การให้ความรู้แบบรายบุคคลโดยคู่มือมัลติมีเดีย และให้คู่มือการปฏิบัติตน เรื่อง “การป้องกันการหกล้ม สำหรับผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล” 3) การฝึกทักษะโดยใช้วิธีสาธิต (Demonstrating) วิธีการ เปลี่ยนอริยาบท และการบริหารกล้ามเนื้อขา สาธิต ย้อนกลับ (Return Demonstrating) 4) ติดตาม เดือน “ระวังหกล้ม” ที่มีคำแนะนำวิธีการป้องกันการหกล้มตามระดับความเสี่ยงที่เสี่ยงของผู้ป่วย และติดสติ๊กเกอร์แถบสีบอกระดับความเสี่ยงต่อการหกล้มไว้ที่ป้ายชื่อที่ข้อมือของผู้ป่วย

จากผลการวิจัยในครั้งนี้จะเห็นได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพสามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มได้ดีขึ้น ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้มีการนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่รับการรักษาในโรงพยาบาลต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุที่รับการรักษาได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติกรพยาบาล พยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ นี้ไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้
2. ด้านการศึกษาพยาบาล อาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาลสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นในงานวิจัยนี้ไปใช้ประกอบการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาล ได้
3. ด้านการบริหาร ผู้บริหารระดับนโยบายของหน่วยงานสาธารณสุข สามารถนำผลจากการวิจัยครั้งนี้ ไปใช้ในการกำหนดเป็นนโยบาย มาตรการหลักในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้ใช้เวลาในการศึกษา 6 สัปดาห์ โดยประเมินผลในระยะก่อนและหลังการทดลอง ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรเพิ่มระยะติดตามผล เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรม ฯ และความคงอยู่ของพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล
2. การวิจัยครั้งนี้ใช้คู่มือส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล เป็นสื่อการเรียนรู้ของผู้ป่วยสูงอายุ การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการจัดทำสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ในรูปแบบแอปพลิเคชันสำหรับสมาร์ตโฟน เพื่อให้เกิดความสะดวกในการใช้
3. นักวิจัยหรือผู้ที่สนใจ สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ ต่อไป

บรรณานุกรม

- กนกวรรณ เมืองศิริ, นิภา มหารัชพงศ์, และยุวดี รอดจากภัย. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี. วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร, 25(4), 23-33.
- จารุภา เลขทิพย์, เลขทิพย์, ชีระวรรณรัตน์, ศักรินทร์ ภูพานิต และศราวุธลาภมณีย์. (2562). ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 26(1), 85-103.
- จุฬาลักษณ์ บารมี. (2555). สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS (พิมพ์ครั้งที่ 2). บางแสนการพิมพ์ ชลบุรี.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5). ยูเอเอ็นไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2558). ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงและการป้องกัน (พิมพ์ครั้งที่ 2). ยูเนี่ยน ศรีเอชเอ็น.
- ประไพวรรณ ด่านประดิษฐ์. (2566). ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุเบาหวาน. วารสารการพยาบาล, 25(1), 26 - 38.
- มานิตา รักศรี, นารีรัตน์ จิตรมนตรี และเสาวลักษณ์ จิระธรรมคุณ. (2562). ผลของโปรแกรมการปรับความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล. วารสารพยาบาลสหราชอาณาจักร, 12(2), 134-150.
- มุกดา เดชประพนธ์; และ ปิยวดี ทองยศ. (2557). ปัญหาทางตาที่พบบ่อยและการสร้างเสริมสุขภาพตาในผู้สูงอายุ. ราชบัณฑิตยบาลสาร, 20(1), 1-9.
- เยาวลักษณ์ กุมขวัญ, อภิรดี คำเงิน, อุษณีย์ วรรณลัย และ นิพร ชัดตา. (2561). แนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่บ้านในผู้สูงอายุ:บริบทของประเทศไทย. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 28(3), 10-22.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2561). การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์ แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (ฉบับปรับปรุง) (พิมพ์ครั้งที่ 4). โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โรงพยาบาลชลบุรี. (2564). สถิติรายงานผู้ป่วยหกล้มในโรงพยาบาลชลบุรี.
- ศตวรรษ อุดรศาสตร์, พรชัย จุลเมตต์ และนัยนา พิพัฒน์วณิชชา. (2561). ภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์. ใน การประชุมสัมมนาวิชาการ

และนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ “ราชธานี ครั้งที่ 3” (หน้า 451-461). มหาวิทยาลัยราชธานี.

ศศิกันต์ หนูเอก, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล และสุรัสวดี เทียงวิบูลย์วงศ์. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 13(3) 45-58.

ศูนย์ฝึกอบรมและแพทยศาสตรศึกษา. (2562). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมและป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ*. ศูนย์อนามัยที่ 5 จังหวัดราชบุรี.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). *หลักสำคัญทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2562). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม*. (พิมพ์ครั้งที่ 10) สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อัจฉรา สาระพันธ์, ณัฐกฤตา ศิริโสภณ, ประเสริฐศักดิ์ กายนาคา, สมบัติ อ่อนศิริ, บุญเลิศ อุทยานิก, สุพัฒน์ วีระเวชเจริญชัย, และคณะ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(ฉบับพิเศษ), 215-222.

American medical directors association. (2005). *Falls and dementia*. Retrieved from http://www.amda.com/newsroom/2001/031501_falls.htm

American Geriatrics Society, British Geriatrics Society and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Fall Prevention. (2001). Guideline for the prevention of fall in older person. *Journal of the American Geriatrics society*, 49(5), 664-672.

Assantachai, P. (2011). Fall ascension in the elderly and prevention. In P.Assantachai, (eds). *Common health problems in the elderly and prevention* (2nd ed.). Bangkok: Department of Preventive and Social Medicine Siriraj Hospital Mahidol University (pp. 51-66).
(in Thai)

Bandura, A. (1977a). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>

Bandura, A. (1977b). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, Prentice Hall.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, Prentice Hall.

Becker, M. H., & Rosenstock, I. M. (1984). Compliance with medical advice. In A. Steptoe & A. Matthews (Eds.), *Health Care and Human Behavior* (pp. 135-152). Academic Press.

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), 936-40.
- Burn, N., & Grove, S. K. (2005). *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique, and Utilization* (5th ed.). Elsevier/Saunders.
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2004). *Hip Fracture Among Older*. Retrieved August 11, 2010, from www.cdc.gov/HomeandRecreationSafety/Fall/adultiplx.html.
- Collin, C., Wade, D. T., Davis, S., & Home, V. (1988). *The Barthel ADL index a reliability study. International Disability Studies*, 10, 61-63.
- Cohen, L., & Guin, P. (1991). Implementation of falls prevention program. *Journal of NeuroscienceNursing*, 23(5), 315-319.
- Cox, J., Thomas-Hawkins, C., Pajarillo, E., DeGennaro, S., Cadmus, E., & Martinez, M. (2015). Factors associated with falls in hospitalized adult patients. *Applied Nursing Research*, 28(22), 78-82.
- Dykes PC, Carroll DL, Hurley AC, Benoit A, Middleton B. *Why do patients in acute care hospitals fall? can falls be prevented?* J Nurs Adm. 2009;39(6):299- 304
- Hendrich, A., Nyhuis, A., Kippenbrock, T., & Soja, M. E. (1995). Hospital falls: Development of predictive model for clinical practice. *Applied Nursing Research*, 8(3), 129-139.
- Hughes, M., & Bartlett, R. (2008). *What is performance analysis?* In M. Hughes, & I. M. Franks (Eds.), *The essentials of performance analysis: An introduction* (pp. 8-20). Routledge
- Jeffrey M. Hausdorff; Dean A. Rios; Helen K. Edelberg (2001). *Gait variability and fall risk in community-living older adults: A 1-year prospective study.* , 82(8), 0-1056. doi:10.1053/apmr.2001.24893
- Jitapunkul, S., Kamolratanakul, P., Chandrprasert, S., & Bunnag, S. (1994). Disability among Thai elderly living in klong toey slum. *Journal of the Medicine Association of Thailand*, 77(5), 231-238.
- Kumar, S., Vendhan, G. V., Awasthi, S., Tiwar, M., & Sharma, V. P. (2008). Relationship Between Fear of Falling, Balance impairments and Functional Mobility in Community Dwelling Elderly. *IJPMR* 19(2), 48-52.
- Ivziku, D., Matarese, M., & Pedone, C. (2011). Predictive validity of the Hendrich fall risk model II in an acute geriatric unit. *International Journal of Nursing Studies*, 48(4), 468-474.
- Loria, G., & Bhargava, A. (2013). Prevention of patient falls – A case study. *Apollo Medicine*,

10(2), 175-180.

Matarese, M. & Ivziku, D. (2016). Falls risk assessment in older patients in hospital. *Nursing Standard*, 30(48), 53-63.

Miller, C. A. (2019). *Nursing for wellness in older adults* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams.

Ng, K. W., Hämylä, R., Tynjälä, J., Villberg, J., Tammelin, T., Kannas, L., & Kokko, S. (2019). Test-retest reliability of adolescents' self-reported physical activity item in two consecutive surveys. *Archives of Public Health*, 77(1), 9. doi:10.1186/s13690-019-0335-3

NPSA (2011) Patient Safety Alert NPSA/2011/PSA002: *Report of the 2011 inpatient falls pilot audit Royal College of Physicians*.

Oliver, D., Daly, F., Martin, F. C., & McMurdo, M. E. (2007). Risk factors and risk assessment tools for Falls in hospital in-patients: A systematic review. *Age and Ageing*, 33(2), 122-130.

Pi HY, Gao Y, Wang J, Hu MM, Nie D, Peng PP. *Risk Factors for In-Hospital Complications of Fall-Related Fractures among Older Chinese: A Retrospective Study*. Biomed Res Int. 2016;2016:8612143. doi: 10.1155/2016/8612143. Epub 2016 Dec 25. PMID: 28105435; PMCID: PMC5220428.

Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. In M. H. Becker (Ed.). *The Health Belief Model and Personal Health Behavior* (pp. 328-335). Charles B. Slack.

Rosenstock, I. M., Stretcher, V. J., & Becker, M. H. (1997). The health belief model: Explaining health expectancies. In K. Glanz, E. M. Lewis, & B. K. Rimer. (Eds.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. Jossey-Boss.

Stretcher, V. J., & Rosenstock, I. M. (1997). The health belief model. In K. Glanz, F. M. Lewis, & B.K. Rimer, (eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (pp. 31-43). Jossey-Bass.

Stretcher, V. J., & Rosenstock, J. M. (1997). The health belief model. Health behavior and health education. *Theory, Research and Practice*, 31-36.

World Health Organization. (2007). *WHO global report on falls prevention in older age*. Geneva: WHO.

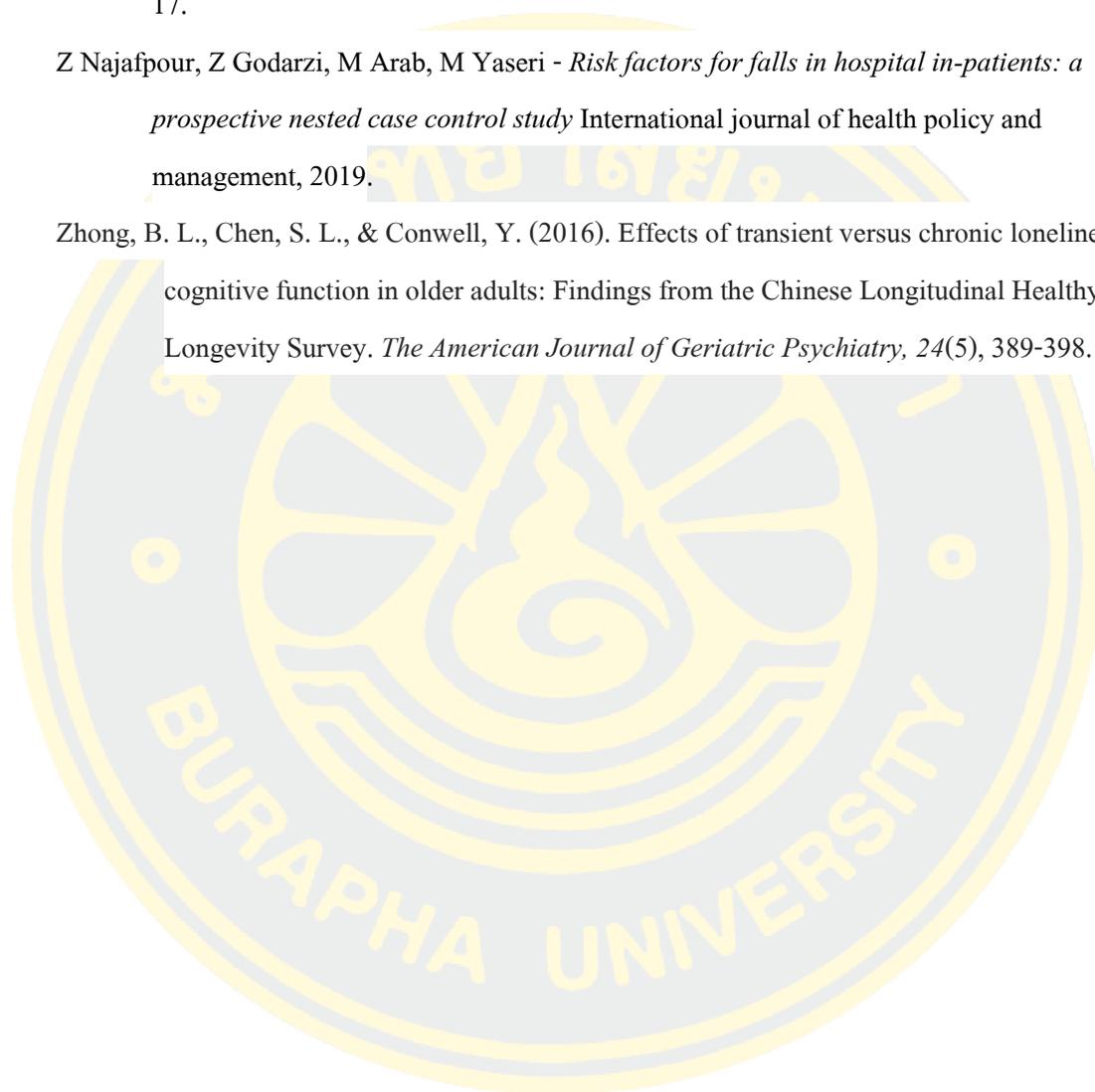
World Health Organization, *WHO Global Health Estimates database [online]*. 2018[cited

2020/05/16]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>.

Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2012). Prevalence of major depressive disorders and suicide in long-term care facilities: a report from northern Thailand. *Psychogeriatrics*, 12(1), 11-17.

Z Najafpour, Z Godarzi, M Arab, M Yaseri - *Risk factors for falls in hospital in-patients: a prospective nested case control study* International journal of health policy and management, 2019.

Zhong, B. L., Chen, S. L., & Conwell, Y. (2016). Effects of transient versus chronic loneliness on cognitive function in older adults: Findings from the Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(5), 389-398.





ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย

1. ดร.กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา อาจารย์พยาบาล เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี
2. ดร.ปณิชา ผลพินิจ อาจารย์พยาบาล เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา
3. คุณจันทร์ทนต์ อินทร์สุข พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง
สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
จังหวัดชลบุรี



ภาคผนวก ข

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม งานมาตรฐานและจริยธรรมในงานวิจัย โทร. ๒๖๒๐
 ที่ อว ๘๑๐๐/๐๕๔๕๕ วันที่ ๕ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๖
 เรื่อง ขอส่งเอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ตามที่นิสิตระดับบัณฑิตศึกษาในหน่วยงานของท่าน ได้ยื่นเอกสารคำร้องเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา สำหรับโครงการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา และระดับปริญญาตรี ชุดที่ ๓ (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี) รหัสโครงการวิจัย G-HS 023/2566 โครงการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมี นางสาวณัฐริกา มีศรี เป็นหัวหน้าโครงการวิจัย นั้น

บัดนี้ โครงการวิจัยดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา สำหรับโครงการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา และระดับปริญญาตรี ชุดที่ ๓ (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี) เป็นที่เรียบร้อยแล้ว กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม ในฐานะผู้ประสานงาน จึงขอส่งเอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน ๑ ฉบับ (หมายเลขใบรับรองที่ IRB3-045/2566) มายังท่าน เพื่อแจ้งนิสิตระดับบัณฑิตศึกษาที่มีรายชื่อข้างต้น ดำเนินการโครงการวิจัยต่อไป โดยห้ามนิสิตฯ เบี่ยงเบนรายละเอียดต่าง ๆ ของโครงการวิจัยที่ยื่นมาขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา และเมื่อนิสิตฯ ดำเนินการวิจัยเสร็จเรียบร้อยแล้ว ขอให้แจ้งปิดโครงการวิจัย (Final Report) มายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดแจ้งให้นิสิตฯ ทราบ จะขอบคุณยิ่ง

Jan IT

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรอมร แยมประทุม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา
 สำหรับโครงการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา และระดับปริญญาตรี
 ชุดที่ ๓ (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)



เลขที่ IRB3-045/2566

เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย: G-HS 023/2566

โครงการวิจัยเรื่อง: ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ
ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

หัวหน้าโครงการวิจัย: นางสาวณัฐริกา มีศรี

หน่วยงานที่สังกัด: คณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการหลัก (งานนิพนธ์/วิทยานิพนธ์/ คุชฎินิพนธ์):

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาริ กังใจ หน่วยงานที่สังกัด: คณะพยาบาลศาสตร์

วิธีทบทวน: Exemption Expedited Full board

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า โครงการวิจัย
ดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ ไม่มีการ
ล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

- | | |
|---|---|
| 1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ | ฉบับที่ 2 วันที่ 13 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2566 |
| 2. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย | ฉบับที่ 1 วันที่ 14 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2566 |
| 3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ 2 วันที่ 12 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2566 |
| 4. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ 2 วันที่ 12 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2566 |
| 5. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น แบบบันทึกข้อมูล (Data Collection Form)
แบบสอบถาม หรือสัมภาษณ์ หรืออื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง | ฉบับที่ 1 วันที่ 14 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2566 |
| 6. เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) | |
| 6.1 คู่มือส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุ
ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล | ฉบับที่ 1 วันที่ 14 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2566 |

วันที่รับรอง : วันที่ 15 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2566

วันที่หมดอายุ : วันที่ 15 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567

Jav

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงมรร แยมประทุม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา
สำหรับโครงการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา และระดับปริญญาตรี
ชุดที่ 3 (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)

**หมายเหตุ การรับรองนี้มีรายละเอียดตามที่ระบุไว้ด้านหลังเอกสารรับรอง **

สำเนา

ที่ IRB3-045/2566



เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : G-HS023/2566

โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการทกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

หัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาวณัฐริกา มีศรี

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ฉบับที่ 2 วันที่ 13 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2566
2. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย ฉบับที่ 1 วันที่ 14 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2566
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 12 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2566
4. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 12 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2566
5. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น แบบบันทึกข้อมูล (Data Collection Form) แบบสอบถาม หรือสัมภาษณ์ หรืออื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ฉบับที่ 1 วันที่ 14 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2566
6. เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)
- 6.1 คู่มือส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ฉบับที่ 1 วันที่ 14 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2566

วันที่รับรอง : วันที่ 15 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2566

วันที่หมดอายุ : วันที่ 15 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567

ลงนาม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงมรร แยมประทุม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงมรร แยมประทุม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ชุดที่ 3 (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)





ที่ ขบ. ๐๐๓๓.๑/๙/๗๖๘๖

โรงพยาบาลชลบุรี
๒๙ หมู่ ๒ ถนนสุขุมวิท
ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง
จังหวัดชลบุรี ๒๐๐๐๐

๒๑ กันยายน ๒๕๖๖

เรื่อง อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลชลบุรี

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ตามที่ นางสาวณัฐริกา มีศรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขออนุมัติดำเนินการทำวิจัย เรื่อง "ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล" (Effect of Perceived Health Belief Promotion Program on Falls Prevention Behaviors in Admitted Hospital Older Adult Patients) รหัสโครงการ ๙๐/๖๖/N/h๑ นั้น

ในการนี้ คณะกรรมการจริยธรรมวิจัย พิจารณาแล้วเห็นชอบควรสนับสนุนให้ดำเนินการวิจัยตามขอบเขตที่กำหนดให้ได้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นางจิวรรณ อารยะพงษ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี

สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย

โทร : ๐ ๓๘๕๓ ๒๐๓๖

E-mail: cbhresearch@gmail.com



ภาคผนวก ค

เอกสารอนุญาตให้ใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย



ที่ อว ๘๑๓๗/๑๕๕๗

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

๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล จังหวัดนครปฐม

ด้วยนางสาวณัฐริกา มีศรี รหัสประจำตัวนิสิต ๖๓๙๒๐๑๓๓๓ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ คือ “แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล” จากวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของโปรแกรมการปรับความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล” ของ คุณมานิตา รักศรี หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.นารีรัตน์ จิตรมนตรี เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ตีพิมพ์ใน วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย, ๑๒(๒), ๑๓๔-๑๕๐, ๒๕๖๒

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตตั้งรายนามดังกล่าวใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙๘-๒๖๘-๑๕๘๖ หรือที่ E-mail: ffnattarika1709@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

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



ภาคผนวก ง
เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Participant Information Sheet)
(กลุ่มทดลอง)

รหัสโครงการวิจัย : G-HS 023/2566

(งานมาตรฐานและจริยธรรมในการวิจัย กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นางสาวณัฐริกา มีศรี นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่อง : ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการวิจัย ขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังนี้

การวิจัยครั้งนี้จัดทำขึ้นเพื่อ ศึกษาผลของ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี ดิเกเฉลิมราชสมบัติชั้น 7 ในการวิจัยครั้งนี้ท่านเป็นผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มทดลอง ดำเนินการทดลอง 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะก่อนการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ เข้าร่วมกิจกรรมเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ หลังจากนั้นให้ท่านปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล ติดตามกระตุ้นเตือนขณะอยู่ในโรงพยาบาล ดังนี้
ระยะก่อนการทดลอง ผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ข้อมูล ส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล ในขณะที่ผู้ป่วยสูงอายุเข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมราชสมบัติชั้น 7 จะทำการประเมินกลุ่มตัวอย่างในวันที่ 1 ที่ผู้ป่วยสูงอายุเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลา 10-15 นาที และทำการประเมินแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล และในระยะหลังการทดลองวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นระยะเวลา 5-10 นาที ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม ดำเนินกิจกรรม

กับผู้ป่วยสูงอายุเป็นรายบุคคลในโรงพยาบาล เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ กิจกรรม ดังรายละเอียดต่อไป

วันที่ 1

กิจกรรมที่ 1 ระยะเวลา 10 นาที การสร้างสัมพันธภาพ

กิจกรรมที่ 2 ระยะเวลา 15 นาที ประเมินความรู้และประสบการณ์เดิมที่มีต่อการหกล้มในโรงพยาบาล

กิจกรรมที่ 3 ระยะเวลา 10 นาที ส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการหกล้มในโรงพยาบาล

กิจกรรมที่ 4 ระยะเวลา 20 นาที ส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มในโรงพยาบาล แลกเปลี่ยนประสบการณ์และร่วมวิเคราะห์กรณีศึกษา

วันที่ 2

กิจกรรมที่ 5 ระยะเวลา 10 นาที ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล

กิจกรรมที่ 6 ระยะเวลา 10 นาที ทดลองรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล

กิจกรรมที่ 7 ระยะเวลา 20 นาที ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล

กิจกรรมที่ 7 ระยะเวลา 5-10 นาที ส่งเสริมสิ่งชักนำทำให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล มีการติดตามกระตุ้นเตือนโดยผู้วิจัย

ระยะหลังการทดลอง (Post test) วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการซักถามถึงการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการหกล้มที่ผ่านมา และดำเนินการเก็บข้อมูลหลังการทดลอง โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุตามแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล ใช้เวลา 5-10 นาที

ประโยชน์ที่จะได้รับของการวิจัยครั้งนี้ มีประโยชน์โดยตรงกับผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการศึกษาวิจัยผู้สูงอายุจะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับการหกล้มในโรงพยาบาล ได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุได้รับคู่มือส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ และมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล ที่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดอุบัติการณ์และผลกระทบของหกล้มในโรงพยาบาล สำหรับประโยชน์โดยอ้อมนั้น องค์ความรู้ที่จากการศึกษาครั้งนี้เป็นองค์ความรู้พื้นฐานเพื่อนำผลไปใช้ในการกำหนดเป็นนโยบายมาตรการหลักในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วยสูงอายุใน

โรงพยาบาลต่อไป และยังสามารถนำคู่มือส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่พัฒนาขึ้นในงานวิจัยนี้ ไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล ในผู้ป่วยสูงอายุแผนกศัลยกรรม จิตเวช และนรีเวชกรรมต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ซึ่งการปฏิเสธนี้จะไม่ส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตและการดูแลรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้รับจากท่านจะถือเป็นความลับ ไม่มีการบันทึกชื่อหรือเปิดเผยข้อมูลของท่านให้ผู้อื่นทราบ ในการวิเคราะห์ผลการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อตัวท่านและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายหลังการตีพิมพ์เผยแพร่ 1 ปี เนื่องจากข้อมูลบางอย่างอาจจำเป็นต้องเก็บไว้เพื่อยืนยันกรณีที่มีการขอตรวจสอบจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันที่การรวบรวมข้อมูล วันที่ดำเนินกิจกรรมหรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาวณัฐริกา มีศรี หมายเลขโทรศัพท์ 098-2681586

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านสามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038-102620

นางสาวณัฐริกา มีศรี
ผู้วิจัย

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Participant Information Sheet)
(กลุ่มเปรียบเทียบ)

รหัสโครงการวิจัย : G-HS 023/2566

โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นางสาวณัฐริกา มีศรี นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่อง : ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการวิจัย ขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังนี้

การวิจัยครั้งนี้จัดทำขึ้นเพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี ตึกเฉลิมราชสมบัติชั้น 8 ในการวิจัยครั้งนี้ท่านเป็นผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มเปรียบเทียบ ดำเนินการทดลอง 2 ระยะ ประกอบด้วย ระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ระยะก่อนการทดลอง ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลองกับผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมราชสมบัติชั้น 8 โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยสูงอายุตามแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล ใช้ระยะเวลา 5-10 นาที วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการซักถามถึงการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการหกล้มที่ผ่านมา และดำเนินการเก็บข้อมูลหลังการทดลอง โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุตามแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล ใช้เวลา 5-10 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุ แล้วส่งคู่มือส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อใช้สื่อเป็นตัวกระตุ้นเตือนในการทบทวนและเป็นแนวทางในการปฏิบัติต่อเองที่บ้าน

ประโยชน์ที่จะได้รับของการวิจัยครั้งนี้ มีประโยชน์โดยตรงกับผู้ป่วยสูงอายุที่เข้าร่วมการศึกษาวิจัยผู้สูงอายุจะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุ ข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับ

การหกล้มในโรงพยาบาล ผู้ป่วยสูงอายุได้รับคู่มือส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับความรู้ และมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล ที่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดอุบัติการณ์และผลกระทบของหกล้มในโรงพยาบาล สำหรับประโยชน์โดยอ้อมนั้น องค์ความรู้ที่จากการศึกษาครั้งนี้เป็นองค์ความรู้พื้นฐานเพื่อนำผลไปใช้ในการกำหนดเป็นนโยบายมาตรการหลักในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลต่อไป และยังสามารถนำคู่มือส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่พัฒนาขึ้นในงานวิจัยนี้ ไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล ในผู้ป่วยสูงอายุแผนกศัลยกรรม จิตเวช และนรีเวชกรรมต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ซึ่งการปฏิเสธนี้จะไม่ส่งผลกระทบใดๆ ต่อวิถีการดำเนินชีวิตและการดูแลสุขภาพพยาบาล ข้อมูลที่ได้รับจากท่านจะถือเป็นความลับ ไม่มีการบันทึกชื่อหรือเปิดเผยข้อมูลของท่านให้ผู้อื่นทราบ ในการวิเคราะห์ผลการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวท่านและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายหลังการตีพิมพ์เผยแพร่ 1 ปี เนื่องจากข้อมูลบางอย่างอาจจำเป็นต้องเก็บไว้เพื่อยืนยันกรณีที่มีการขอตรวจสอบจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่นางสาวณัฐริกา มีศิริ หมายเลขโทรศัพท์ 098-2681586

หากผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038-102-620 หรืออีเมล buuethics@buu.ac.th ในตอนท้ายของเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

นางสาวณัฐริกา มีศิริ

ผู้วิจัย



เอกสารแสดงความยินยอม

ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)

รหัสโครงการวิจัย: G-HS 023/2566

โครงการวิจัยเรื่อง ผลของ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่างๆ ตามที่ระบุในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้น ไม่มีผลกระทบต่อความปลอดภัยจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ เอกสารและข้อมูลทั้งจากการประเมินและการเข้าร่วมกิจกรรมจะถูกเก็บรักษาและ ไม่มีผู้อื่นเข้าถึงได้นอกจากผู้วิจัย และจะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่เป็นสรุปผลการวิจัย และเมื่อการวิจัยเสร็จสิ้นผู้วิจัยจะต้องทำลายเอกสารข้อมูลทั้งหมดทันที การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนามผู้ยินยอม
(.....)

ลงนามพยาน
(.....)



ภาคผนวก จ
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

1.1 แบบทดสอบความผิดปกติทางการรับรู้

คำชี้แจง ขอให้ผู้สูงอายุตอบคำถามที่ผู้วิจัยสอบถามเกี่ยวกับความผิดปกติทางการรับรู้ตามข้อคำถามที่กำหนดไว้

คำถาม	คำตอบ
1. ปีนี้ปีอะไร	
2. เดือนนี้เดือนอะไร	
3.	
4.	
5.	
6.	
7. ถามผู้ป่วยกลับในหัวข้อ 3 ในการจำที่ประกอบด้วย 5 ส่วน	
คะแนนรวม	

1.2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโดยการทำเครื่องหมาย “ ”ลงใน หน้าข้อความ

1. Feeding (การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)

- 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
- 1. ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมอาหารไว้ให้หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า
- 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

2. Grooming (การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม, โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา)

- 0. ต้องการความช่วยเหลือ
- 1. ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

10. Bladder (การกลั้นปัสสาวะใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

- 1. กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลตนเองได้
- 2. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
- 3. กลั้นได้ปกติ

หมายเหตุ

1. เป็นการวัดว่าผู้ป่วยทำอะไรได้บ้าง (ทำอยู่ได้จริง) ไม่ใช่เป็นการทดสอบว่าหรือถามว่าสามารถทำได้หรือไม่
2. โดยทั่วไปเป็นการสอบถามถึงกิจที่ปฏิบัติในระยะ 24 – 48 ชั่วโมง
3. จุดประสงค์เป็นการวัดระดับ independence ดังนั้น ถ้าหากมีคนคอยอยู่ดูแลหรือเฝ้าระวังเวลาปฏิบัติกิจให้ถือว่าไม่ได้คะแนนเต็ม
4. ถ้าหมดสติให้คะแนน 0 ทั้งหมด
5. ระดับความรุนแรงของ BAI

0 – 4	=	คะแนนระดับต่ำมาก	มีภาวะพึ่งพาทั้งหมด
5 – 8	=	คะแนนระดับต่ำ	มีภาวะพึ่งพาส่วนใหญ่
9 – 11	=	คะแนนระดับปานกลาง	มีภาวะพึ่งพาบางส่วน
12+	=	คะแนนระดับสูง	มีภาวะพึ่งพาลเล็กน้อย

1.3 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ Thai Geriatric Depression Scale (TGDS-15)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของคุณใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1. โดยทั่วไป คุณพึงพอใจกับชีวิตตัวเองหรือไม่		
2. คุณลดกิจกรรมหรือความสนใจในสิ่งต่าง ๆ ลงหรือไม่		
3. คุณรู้สึกว้าชีวิตคุณว่างเปล่าหรือไม่		
4.....		
5. คุณอารมณ์ดีเป็นส่วนใหญ่หรือไม่		
6. คุณกลัวว่าจะไร้ร้าย ๆ จะเกิดขึ้นกับคุณหรือไม่		
7.		
8. คุณรู้สึกหมดหนทางอยู่บ่อย ๆ หรือไม่		
9. คุณชอบอยู่กับบ้านมากกว่าออกไปหาอะไรทำนอกบ้านหรือไม่		
10. คุณรู้สึกว่า你有ปัญหาความจำมากกว่าใคร ๆ หรือไม่		
11.....		
12. คุณรู้สึกหรือไม่ว่าชีวิตที่กำลังเป็นอยู่ตอนนี้ช่างไร้ค่าเหลือเกิน		
13.		
14.		
15.		

1.4 แบบประเมินภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล Hendrich II Fall Risk

Model

หัวข้อประเมิน	เกณฑ์ คะแนน	คะแนน ที่ได้
1 อาการสับสน (Confusion/Disorientation/Impulsivity)	4	
2	2	
3 การขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติ (Altered Elimination)	1	
4	1	
5 เพศชาย (Gender : Male)	1	
6 รับประทานกันชัก (Administered Antiepileptics)	2	
7 รับประทานกลุ่ม Benzodiazepines	1	
8 Get-Up-and-Go Test หรือ Rising from a chair (เลือกอันใดอันหนึ่ง)	0	
-	1	
-	3	
-	4	
รวมคะแนน		

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ

คำชี้แจง

1. เป็นการสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม ของผู้ป่วยสูงอายุที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการหกล้มในโรงพยาบาล จำนวน 12 ข้อ
2. โปรดอ่านข้อความให้ละเอียดแล้วเลือกตอบให้ตรงกับพฤติกรรมการปฏิบัติจริงของท่านมาก

ที่สุดเพียงข้อละ 1 ช่อง เท่านั้น โดยใส่เครื่องหมาย ลงในช่องว่าง โดยแต่ละคำตอบมีความหมาย ดังนี้

- | | | | |
|---|---------|---------------|--|
| 3 | หมายถึง | มาก | (พฤติกรรมป้องกันการหกล้มดี) |
| 2 | หมายถึง | ปานกลาง | (พฤติกรรมป้องกันการหกล้มปานกลาง) |
| 1 | หมายถึง | น้อย | (พฤติกรรมป้องกันการหกล้มน้อย) |
| 0 | หมายถึง | ไม่ได้ปฏิบัติ | (ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม) |

การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม	มาก (3)	ปานกลาง (2)	น้อย (1)	ไม่ได้ปฏิบัติ (0)
1. ท่านเดินด้วยความระมัดระวัง				
2. ท่านจับเก้าอี้อยู่กับที่ นั่งชิดพนักเก้าอี้				
3. ท่านจับยี่ดราวจับเวลาลุกจากโถส้วม และจัดวางสิ่งของใกล้ตัวหยิบใช้สะดวก				
4. ท่านแจ้งเจ้าหน้าที่เมื่อเวียนศีรษะ และสวมรองเท้าพอดีเท้า				
5.....				
6.....				
7.....				
10.....				
11.....				
12.....				

คู่มือส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ
ของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษา
ในโรงพยาบาล



นางสาวณัฐริกา มีศรี
นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นการดำเนินกิจกรรมทางการพยาบาลอย่างมีแบบแผน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Stretcher and Rosenstock (1997) ผู้วิจัยเป็นผู้อำนวยความสะดวกและดำเนินกิจกรรมที่กำหนดไว้ในโปรแกรมตามขั้นตอนและเป็นระบบ ประกอบด้วย 8 กิจกรรมวัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในการป้องกันการหกล้ม

- วิธีการปฏิบัติ**
1. ประเมินความรู้และประสบการณ์เดิมที่มีต่อการหกล้มในโรงพยาบาล
 2. ส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการหกล้มในโรงพยาบาล
 3. ส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มในโรงพยาบาล
 4. สร้างเสริมความรู้เกี่ยวกับการหกล้มในโรงพยาบาล
 5. ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ ลดการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล
 6. สร้างเสริมความรู้เรื่องพฤติกรรมการป้องกันต่อการหกล้มในโรงพยาบาล
 7. ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล
 8. ส่งเสริมสิ่งชักนำทำให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล ได้แก่ การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล มีการติดตามกระตุ้นเตือนโดยผู้วิจัย การมอบคู่มือส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สื่อการสอน Power Point และวิดีโอเรื่อง ออกกำลังกายช่วยเสริมกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ
- กลุ่มเป้าหมาย** ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 25 คน
- ระยะเวลา** ดำเนินกิจกรรมกับผู้ป่วยสูงอายุเป็นรายบุคคลในโรงพยาบาล เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์



ภาคผนวก จ

ข้อตกลงเบื้องต้นของการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 2 ค่า

ข้อตกลงเบื้องต้นของการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 2 ค่า : สถิติที

ข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ Independent t-test สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2555) มีดังนี้

1. ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม มีการแจกแจงเป็นปกติ (Normal distribution) โดยผลการทดสอบพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในกลุ่มทดลอง $M = 32.4$ ทดสอบโดยใช้สถิติ Fisher-Skewness coefficient and Fisher-Kurtosis coefficient ได้ค่า Skewness coefficient = -0.94 (Skewness = -0.30 , Error of Skewness = 0.46), Kurtosis coefficient = 0.13 (Kurtosis = 8.6 , Error of Kurtosis = 0.90) จะพบว่า ค่า Skewness coefficient และ Kurtosis coefficient มีค่าอยู่ในช่วง -1.96 และ $+1.96$ จึงแสดงว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

ผลการทดสอบพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในกลุ่มเปรียบเทียบ $M = 22.5$ ทดสอบโดยใช้สถิติ Fisher-Skewness coefficient and Fisher-Kurtosis coefficient ได้ค่า Skewness coefficient = -1.17 (Skewness = 0.15 , Error of Skewness = 0.46), Kurtosis coefficient = -0.52 (Kurtosis = -0.52 , Error of Kurtosis = 0.90) จะพบว่า ค่า Skewness coefficient และ Kurtosis coefficient มีค่าอยู่ในช่วง -1.96 และ $+1.96$ จึงแสดงว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าข้อมูลคะแนนพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีการแจกแจงเป็นปกติ เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ด้วยสถิติที

2. ความแปรปรวนของตัวแปรตามในแต่ละกลุ่มเท่ากัน (Homogeneity of variance) ผลการทดสอบโดยใช้ Levene's test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าสถิติ Levene = 9.76 , $p = .003$ ($p < .05$) ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีความแปรปรวนของตัวแปรตามในแต่ละกลุ่ม ไม่แตกต่างกัน เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ด้วยสถิติที

3. กลุ่มตัวอย่างมีการสุ่มมาจากประชากร (Randomness) เป็นการเลือกสุ่มตัวอย่างมาจากประชากร ผลการทดสอบ โดยใช้สถิติ Run test ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ของกลุ่มทดลอง ได้ค่า $Z = -0.213$ และ $p = .83$

($p > .05$) และกลุ่มเปรียบเทียบ ได้ค่า $Z = -2.77$ และ $p = .99$ ($p > .05$) ซึ่งสามารถสรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่าง มีการสุ่มมาจากประชากร เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ด้วยสถิติที่

4. ประชากรทั้ง 2 กลุ่มต้องเป็นอิสระต่อกัน (Independence) การศึกษาครั้งนี้เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเป็นอิสระต่อกัน (Independence) มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 25 ราย และจากผลการทดสอบโดยใช้สถิติ Durbin-Watson ได้ค่าสถิติ Durbin-Watson = 1.64 ซึ่งค่าอยู่ระหว่าง 1.5 – 2.5 ถือว่าข้อมูลมีความเป็นอิสระ ต่อกัน เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ด้วยสถิติที่



ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวณัฐริกา มีศรี
วัน เดือน ปี เกิด	17 กันยายน พ.ศ. 2538
สถานที่เกิด	จังหวัดชลบุรี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	43/9 หมู่ 4 ตำบลหนองคำลิ่ง อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี
ตำแหน่งและประวัติการ ทำงาน	พ.ศ. 2561–ปัจจุบัน พยาบาล โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2561 พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี