

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความกลัวการทกล้มในผู้สูงอายุ
หลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม



นางสาวหทัยทิพย์ ใจปิติ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF SELF-EFFICACY PROMOTING PROGRAM ON FEAR OF FALL IN
POSTOPERATIVE TOTAL HIP REPLACEMENT OLDER PERSONS

Miss Hathaithip Jaipiti



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2015

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อ ความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยน ข้อสะโพกเทียม
โดย	นางสาวหทัยทิพย์ ใจปิติ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ ทาโต)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)

หทัยทิพย์ ใจปิติ : ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (THE EFFECT OF SELF-EFFICACY PROMOTING PROGRAM ON FEAR OF FALL IN POSTOPERATIVE TOTAL HIP REPLACEMENT OLDER PERSONS) อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ร.อ. หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัจย์, 127 หน้า.

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นกระดูกหักจากการพลัดตกหกล้มที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกโรงพยาบาลราชวิถี ที่มีความกลัวการหกล้มเล็กน้อยถึงมาก หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวน 44 คน แบ่งออกเป็นสองกลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน โดยจับคู่ให้มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน (matched pair) ในด้าน เพศ อายุ ระดับความกลัว กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบสอบถามส่วนบุคคล แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-T, 2002) แบบสอบถามความกลัวการหกล้ม (FES) แบบประเมินอาการกลัวหกล้มในผู้สูงอายุไทย (Thai FES - I) และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้สถิติ Cronbach's Alpha โดยใช้วิธี Test-retest แบบสอบถามความกลัวการหกล้ม (FES) แบบประเมินอาการกลัวหกล้มในผู้สูงอายุไทย (Thai FES - I) และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .81, .84 และ .87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบค่าทีผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความกลัวการหกล้มหลังผ่าตัดน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความกลัวการหกล้มหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา 2558

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5677223336 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: SELF-EFFICACY / FEAR OF FALL / TOTAL HIP REPLACEMENT

HATHAITHIP JAIPITI: THE EFFECT OF SELF-EFFICACY PROMOTING PROGRAM ON FEAR OF FALL IN POSTOPERATIVE TOTAL HIP REPLACEMENT OLDER PERSONS. ADVISOR: ASSOC. PROF. CAPT. SIRIPHAN SASAT, 127 pp.

The quasi experimental research with two group pretest – posttest design aimed to study the effect of self-efficacy promoting program on fear of fall in postoperative total hip replacement older persons. The participants consisted of both male and female older persons admitted in orthopedic ward, Rajavithi hospital. The purposive sampling consisted of 44 older persons and random assignment in to control and experiment groups with similar characteristics in terms of age, gender and level of fear of fall. The experimental group underwent a self-efficacy promoting program and control group received conventional care. The self-efficacy promoting program was performed once a week for 4 weeks. The instruments were Self-efficacy promoting program, demographic questionnaire, Mini-Mental State Examination-Thai version 2002, and Fear of fall scale. The reliability of Fall Efficacy Scale, Thai Fall Efficacy Scale-international and Self-efficacy questionnaire were .81, .84 and .87 respectively. The data were analyzed using mean, percentage, standard deviation, and t-test.

The research results were summarized as follows

1. The participants after participating in self-efficacy promoting program had statistically significant lower fear of fall than before participating the program at the level of .05
2. The participants who participated in self-efficacy promoting program had statistically significant lower fear of fall than those who received conventional care at the level of .05

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2015

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้เป็นอย่างดีด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือจาก รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่าอย่างยิ่งในและนอกเวลาราชการในการชี้แนะแนวทาง ตรวจสอบ ให้คำปรึกษา ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องด้วยความรักความห่วงใยและเอาใจใส่พร้อมให้กำลังใจ สนับสนุนและติดตามความก้าวหน้าในการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้อย่างดียิ่งเสมอมาตลอดการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในพระคุณของท่านอาจารย์ ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ ทาโต ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.ธีระ สินเดชารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ความกรุณา มาเสนอแนะเกี่ยวกับการใช้สถิติ การวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลผล

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และประสบการณ์ที่มีค่ายิ่งตลอดระยะเวลาการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ยิ่ง และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่านของหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิงและออร์โธปิดิกส์ชาย โรงพยาบาลราชวิถี ที่ได้อำนวยความสะดวก และให้ความอนุเคราะห์แก่ผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลจนเสร็จสิ้น รวมถึงผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยทุกท่านที่ได้กรุณาให้ความร่วมมือในการศึกษาคั้งนี้เป็นอย่างดี ขอขอบคุณพี่น้องร่วมรุ่นและเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ สำหรับความช่วยเหลือและกำลังใจที่มีให้ผู้วิจัยเสมอมา

ขอกราบขอบพระคุณสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช) ที่ได้เห็นคุณค่าและประโยชน์ในการนำวิทยานิพนธ์ไปใช้ในอนาคต ได้มอบทุนอุดหนุนการทำวิทยานิพนธ์ ทำให้วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ท้ายที่สุดนี้ การที่วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สามารถสำเร็จลุล่วงได้ ด้วยกำลังใจที่ผู้วิจัยได้รับเสมอมาจากครอบครัว กราบขอบพระคุณบิดามารดาผู้ให้กำเนิดเลี้ยงดูและสนับสนุนการศึกษา และขอขอบคุณกัลยาณมิตรร่วมสถาบันทุกท่านที่มีได้เอื้อยนาบ ซึ่งมีส่วนร่วมสร้างประสบการณ์ที่ดีด้วยกันและมีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบแต่ บิดา มารดา คณาจารย์ผู้มีพระคุณและผู้สูงอายุทุกท่าน

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย.....	5
สมมุติฐานการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย.....	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
1. แนวคิดเกี่ยวกับการทกล้ม.....	11
2. การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในผู้สูงอายุ.....	18
3. แนวคิดเกี่ยวกับความกลัวการทกล้มในผู้สูงอายุ.....	22
4. แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน.....	33
5. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาความกลัวการทกล้ม.....	37
6. โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความกลัวการทกล้มในผู้สูงอายุที่ได้รับ ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม.....	38
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	39
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	43

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	43
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	45
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	50
การเก็บรวบรวมข้อมูล	53
จริยธรรมในการวิจัยการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	57
การวิเคราะห์ข้อมูล	57
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	59
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	64
สรุปผลการวิจัย	70
อภิปรายผลการวิจัย	71
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	76
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	76
รายการอ้างอิง.....	77
ภาคผนวก	88
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	89
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวม ข้อมูลวิจัย	91
ภาคผนวก ค เอกสารแจ้งผลการพิจารณาจริยธรรม เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	100
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	108
ภาคผนวก จ ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม	123
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	127

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของคุณลักษณะของผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก เทียมกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา โรคประจำตัว	60
ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความกลัวการหกล้ม ใน ผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมก่อน และหลังการทดลองของกลุ่ม ที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (n=22)	62
ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความกลัวการหกล้มของ ผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ระหว่างกลุ่มทดลอง (n=22) และ กลุ่มควบคุม(n=22)	63
ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อ สะโพกเทียมก่อน(Pre-test) และหลังการทดลอง(Post-test)ในกลุ่มควบคุม จำแนก รายเป็นรายคู่.....	124
ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อ สะโพกเทียมก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง(Post-test)ในกลุ่มทดลอง จำแนก รายคู่.....	125
ตารางที่ 6 คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	126

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม อายุที่เพิ่มมากขึ้นส่งผลต่อการทำงานของอวัยวะในร่างกายเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เสื่อมถอยลง ประสิทธิภาพการทำงานที่ต่าง ๆ ลดน้อยลง ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา เช่น โรคเรื้อรังต่าง ๆ รวมทั้งอุบัติเหตุโดยเฉพาะการหกล้มในผู้สูงอายุ มีการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า แต่ละปีจะมีผู้สูงอายุหกล้มถึงร้อยละ 30 - 40 และสาเหตุการเสียชีวิตที่เกิดจากการบาดเจ็บในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไปมาจากการหกล้มร้อยละ 70 (Center for Disease Control and Prevention, 2010) ในประเทศไทยมีการสำรวจประชากรไทยปี 2550 พบว่า 1 ใน 10 ของผู้สูงอายุเคยหกล้มในระยะเวลา 6 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) ในปี 2551 - 2552 พบอุบัติการณ์การหกล้มของผู้สูงอายุใน 6 เดือนที่ผ่านมาร้อยละ 18.5 โดยเฉลี่ยหกล้ม 2 ครั้งและเพิ่มมากขึ้นตามอายุ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปประมาณร้อยละ 30 เคยมีประสบการณ์การหกล้มมากกว่า 1 ครั้งต่อปีและครึ่งหนึ่งของผู้ที่เคยหกล้มจะล้มซ้ำอีก (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552) สาเหตุการบาดเจ็บรุนแรงที่สำคัญของกลุ่มผู้สูงอายุ อันดับที่ 1 คือการหกล้มร้อยละ 25.48 โดยมีอัตราป่วยตายสูงกว่ากลุ่มอื่นอย่างชัดเจนร้อยละ 4.89 (สำนักงานระบาดวิทยา, 2555) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี การตรวจสอบสถานการณ์การบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค พบว่า ประเทศไทยมีผู้สูงอายุที่เสียชีวิตจากพลัดตกหกล้มมากถึง 909 คน หรือเฉลี่ยวันละ 3 คน (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2558) ผู้สูงอายุ 1 ใน 10 ที่หกล้มจะเกิดการบาดเจ็บที่รุนแรง เช่น กระดูกสะโพกหัก และบาดเจ็บในสมอง เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมารักษาตัวในโรงพยาบาลและเสียชีวิต ผู้ที่หกล้มประมาณร้อยละ 50 มีอันตรายถึงชีวิต หรืออาจมีความพิการและมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 1 ปี (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2550)

ผู้สูงอายุภายหลังการหกล้มและมีการหักของกระดูกสะโพกจึงเป็นปัญหาที่สำคัญด้านสาธารณสุขที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และอยู่ในภาวะพึ่งพา ในอเมริกา พบผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักจากการหกล้มถึงร้อยละ 90 และมักเกิดในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 70 ปี โดยเฉพาะในเพศหญิง พบมากถึงร้อยละ 75 - 80 (Center for Disease Control and Prevention, 2010) และสาเหตุการเสียชีวิตที่เกิดจากการบาดเจ็บโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีกระดูกสะโพกหักจากการหกล้มที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 70 การบาดเจ็บเพิ่มเป็นสองเท่าของผู้สูงอายุทั่วไป (Rubenstein, 2006) ในประเทศไทยมีการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักมี

อัตราการเสียชีวิตถึงร้อยละ 20 - 30 การรักษาตัวในโรงพยาบาลทำให้มีการรับรู้ว่าคุณเองไม่มีความสามารถ กลายเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น สูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ไม่มีความมั่นใจกับสภาพร่างกายของตนเองและส่งผลกระทบต่อจิตใจในที่สุด คือ ผู้สูงอายุมีความกลัวการหกล้มพบถึงร้อยละ 66.3 รองลงมา คือ ขาดความมั่นใจ ขาดการรับรู้สมรรถนะในตนเองที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ (วิภาวี กิจกำแหง, 2548)

การศึกษาความกลัวการหกล้มในต่างประเทศ พบว่า ความชุกของความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลมีมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน ระดับความกลัวการหกล้มมีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการหกล้มครั้งก่อน ๆ ด้วย (Howland et al., 1998) อุบัติการณ์ของความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลในประเทศญี่ปุ่นพบร้อยละ 50 - 65 ผู้ที่เคยหกล้มส่วนใหญ่ พบว่า กลัวการหกล้มมากกว่าผู้ที่ไม่เคยหกล้มมาก่อน (Chandler et al., 1996) ความกลัวการหกล้มภายหลังกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัดไปแล้ว 4 - 6 เดือนพบได้ถึงร้อยละ 20 - 53 (Whitehrad, Miller & Crotty, 2003) และมากกว่าร้อยละ 50 ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดมีความกลัวการหกล้มถึงสัปดาห์ที่ 8 หลังผ่าตัด (Visschedijk, van Balen, hertogh & Achterberg, 2013) ในประเทศไทยมีการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในโรงพยาบาลมีความกลัวการหกล้มมากหลังผ่าตัดไปแล้ว 6 สัปดาห์ (อภิสิทธิ์ ตามสัตย์, 2557)

ความกลัวการหกล้ม (Fear of falling) หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีความกังวลว่าอาจเกิดการหกล้ม ขาดความมั่นใจหรือไม่เชื่อในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่เกิดการหกล้ม (Tinetti, Richman & Powell, 1990) เป็นความกลัวที่เฉพาะเจาะจงเกิดขึ้นตามมาภายหลังจากการหกล้ม ทำให้บุคคลลดหรือหยุดการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้ง ๆ ที่ยังมีศักยภาพที่จะทำได้ (Apikomkon, 2003) หรือขาดความมั่นใจในการทรงตัว การเคลื่อนไหวและกลัวการหกล้มทำให้เกิดเป็นภาวะพึ่งพาในที่สุด (แดนเนาวรัตน์ จามรจันทร์, 2550)

ผู้สูงอายุที่กลัวการหกล้มจะส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย คือ จะก้าวเท้าช้าและสั้นลงทำให้ความมั่นคงของศีรษะต่ำลงเกิดการหกล้มได้ง่ายขึ้น (Menz, Lord & Fitzpatrick, 2007) ผู้สูงอายุที่กลัวการหกล้มประมาณร้อยละ 50-83 พยายามหลีกเลี่ยงหรือจำกัดการปฏิบัติกิจกรรม (Gillespie & Friedman, 2007; Deshpande et al., 2008; Hellstrom, Vahlberg, Urell & Emtner, 2009) ส่งผลเสียในระยะยาว คือ เกิดแผลกดทับ ท้องผูก ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและข้อติด (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) รวมทั้งการหลีกเลี่ยงการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมจากการรับรู้สมรรถนะของตนเองที่ต่ำ ไม่มีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง (Stone & Wyman, 1999)

จากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้ม พบว่า ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกมีความกลัวการหกล้มมากกว่าเพศชาย (Arfken et al., 1994; Howland et al., 1998; Kressing et al., 2001) อายุที่เพิ่มมากขึ้นส่งผลต่อการทำงานของอวัยวะในร่างกาย

เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เสื่อมถอยลง ประสิทธิภาพการทำหน้าที่ต่าง ๆ ลดน้อยลงมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดการหกล้มได้ง่าย ผลจากการหกล้มต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ถูกจำกัดกิจกรรม ส่งผลให้ผู้สูงอายุรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ กลัวการหกล้มตามมา (Zijlstra et al., 2007) ประสบการณ์การเกิดกระดูกหักจากการหกล้มทำให้มีความกลัวการหกล้มมาก (Lach, 2005; Mann et al., 2006) และส่งผลต่อการดำเนินชีวิต คิดว่าตนเองมีข้อจำกัด ไม่กล้าดำเนินชีวิตปกติขาดความเชื่อมั่นและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (ลักษณา มะรังกา, 2553) ผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกสะโพกในโรงพยาบาล หลังผ่าตัดผู้สูงอายุจะอ่อนล้า หมดพลัง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ประกอบกับระยะเวลาการรักษาและฟื้นฟูที่ยาวนาน ทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังการผ่าตัดลดลง (low self-efficacy) เกิดความไม่มั่นใจในตนเองว่าจะสามารถฝึกยืนหรือเดินได้ถูกต้องหรือไม่ (Denkinger et al., 2010) หลังผ่าตัดผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้น ต้องทำกิจกรรมด้วยความระมัดระวังการเคลื่อนไหวของข้อสะโพก การรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ต่ำลง ไม่มั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรม (Fuzhong et al., 2002; Hellstrom et al., 2009) ทำให้มีปัญหาทางด้านจิตใจตามมาคือ กลัวการหกล้ม (Tinetti et al., 1993) และกลัวการหกล้มมากขึ้นอีกเมื่อต้องปฏิบัติกิจกรรม (Kempen et al., 2009; Murphy et al., 2002) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการหกล้มกับความสามารถในการควบคุมสมดุลร่างกายทั้งขณะอยู่นิ่งและขณะเคลื่อนไหว เช่น การทดสอบด้วยการยืนขาเดียว (Murphy et al., 2003) การหมุนตัว การเอื้อมมือ (Kressig et al., 2001) การเดินในระยะ 4 เมตร (Lach, 2005) พบว่า ความสามารถในการทรงตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวการหกล้ม ผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าคุณภาพไม่ดีจะกลัวการหกล้มมากกว่าผู้ที่รับรู้ว่าคุณภาพดีถึง 6.93 เท่า (Zijlstra et al., 2007) และจำกัดการปฏิบัติกิจกรรมมากกว่าเพราะกลัวการหกล้ม (Fletcher & Hirdes, 2004)

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาในต่างประเทศ โดยการหาความสัมพันธ์ของความกลัวการหกล้มในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก 2 สัปดาห์ 6 สัปดาห์ และ 6 เดือนหลังผ่าตัดมีคะแนนความกลัวการหกล้มมาก (Voshaar et al., 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ Jellesmark, Herling, Egerod & Beyer (2012) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการหกล้มและความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองที่ต่ำส่งผลต่อความกลัวในระดับที่เพิ่มขึ้นและยังมีความกลัวการหกล้มหลังผ่าตัดนาน 3 – 6 เดือน ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง Fuzhong et al. (2002) ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความกลัวการหกล้มและการทำกิจกรรมในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก พบว่า การรับรู้สมรรถนะตนเองในระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มที่เพิ่มขึ้น และให้ข้อเสนอแนะว่าควรมีการจัดกระทำโปรแกรมเพื่อให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและลดความกลัวการหกล้ม ในประเทศไทยมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับความกลัวการหกล้ม เช่น การศึกษาปัจจัยที่

สัมพันธ์กับความกลัวการหกล้ม (กมลพร วงศ์พนิตกุล, 2555) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการหกล้มและความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกในโรงพยาบาล พบว่า ความกลัวการหกล้มก่อนเริ่มฝึกเดินและความกลัวการหกล้มหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์ มีความสัมพันธ์ทางลบ (อภิสิทธิ์ ตามสัตย์, 2557)

ในด้านการศึกษาโดยการจัดกระทำเพื่อแก้ไขปัญหา พบ มีการศึกษาการจัดโปรแกรมเพื่อลดความกลัวการหกล้มภายหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพก เช่น รายงานการศึกษาในประเทศโปแลนด์ของ Li et al. (2005) พบว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายแบบ Tai Chi ช่วยลดความกลัวการหกล้มได้ด้วยการเพิ่มความมั่นใจในการทรงตัว การออกกำลังกายแบบออกแรงต้าน และการฝึกการทรงตัวทำให้ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดมี self-efficacy เพิ่มขึ้น ลดความกลัวการหกล้มและเพิ่มความมั่นใจในความสามารถของตนนำไปสู่การเพิ่มศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวัน (Rossio, 2009) ในประเทศไทย การศึกษาผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นที่การจัดกิจกรรมฟื้นฟูสภาพ การจัดการอาการปวดหลังผ่าตัด การป้องกันการหกล้มและการมีส่วนร่วมในการดูแลของคนในครอบครัว การจัดโปรแกรมเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน (ธีรนุช ห่านิรติศัยและคณะ, 2558) แต่ยังไม่พบการจัดกระทำเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมยังมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ต่ำและกลัวการหกล้มหลังผ่าตัด หลีกเลี่ยงการปฏิบัติกิจกรรมทำให้มีภาวะแทรกซ้อนต้องรักษาเป็นเวลานาน เกิดความพิการและกลายเป็นภาวะพึ่งพา

Bandura (1997) กล่าวว่า ความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน คือ การที่บุคคลตัดสินใจความสามารถของตนว่ามีความสามารถที่จะนำทักษะต่าง ๆ ที่มีอยู่มาใช้ได้หรือไม่ใช้อย่างไร จึงจะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด ทั้งนี้พฤติกรรมของบุคคลอาจเกิดจากอิทธิพลสิ่งแวดล้อมและปัจจัยภายในตัวบุคคล การที่ผู้ป่วยสูงอายุจะมีการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดได้รวดเร็วจะต้องมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Bandura, 1997; Pellino et al., 1998) ความกลัวการหกล้มที่สูงมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังการผ่าตัดลดลง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลงทำให้เกิดความไม่มั่นใจในตนเองว่าจะสามารถฝึกยืนหรือเดินได้ถูกต้องหรือไม่ (Denkinger et al., 2010) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองที่ต่ำจะส่งผลให้ไม่มีความมั่นใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมและทำให้มีความกลัวการหกล้มเพิ่มขึ้น และจำกัดกิจกรรม เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา (Visschedijk et al., 2014) ซึ่งปัจจัยที่ช่วยให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนประกอบด้วย 1) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ผู้อื่น (Vicarious experiences) 3) ประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จ (Enactive mastery experiences) และ 4) การกระตุ้นด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and affective state) (Bandura., 1997) ซึ่งหากผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อ

สะโพกเทียมเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จะส่งผลให้มีความกลัวการหกล้มลดลงสามารถปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองและกลับมาดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณภาพมากที่สุด

คำถามการวิจัย

1. ความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแตกต่างกันหรือไม่
2. ความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติหรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
2. เพื่อเปรียบเทียบความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) กล่าวว่า ความคาดหวังความสามารถของตนเอง (Efficacy expectation) เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งความคาดหวังนี้ เรียกว่า “การรับรู้ความสามารถของตนเอง” (Perceived self-efficacy) การรับรู้ความสามารถของตนเอง คือ การตัดสินใจหรือการรับรู้ในสมรรถนะของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ สิ่งที่จะกำหนดประสิทธิภาพของการแสดงพฤติกรรม การที่บุคคลจะดำเนินกิจกรรมให้บรรลุตามจุดมุ่งหมายด้วยตนเองต้องเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เพื่อนำไปสู่พฤติกรรม บุคคลจะรับรู้สมรรถนะแห่งตนมากขึ้นอยู่กับ 1) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ผู้อื่น (Vicarious experiences) 3) ประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จ (Enactive mastery experiences) และ 4) การกระตุ้นด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and affective state) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดของ Bandura (1997) เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความกลัวการหกล้มลดลง และปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดได้ด้วยตนเอง มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรม

ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ที่มีการจัดกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ทั้งหมด 4 สัปดาห์ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) เป็นการให้ข้อมูลตามแผนการสอน เรื่อง การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและการปฏิบัติตัวเพื่อฟื้นฟูร่างกายหลังผ่าตัด ผ่านสื่อการสอน ภาพพลิกและแผ่นพับ การใช้คำพูดชักจูง แนะนำ อธิบายเพื่อโน้มน้าวให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองว่ามีความสามารถที่จะกระทำให้ประสบความสำเร็จได้ การใช้คำพูดชักจูงสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถ จะทำให้เกิดกำลังใจรับรู้สมรรถนะตนเองและความพยายามปฏิบัติได้จนเกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน (Strecher et al., 1986) มีความมั่นใจในการที่จะทำกิจกรรมโดยไม่เกิดความกลัวการหกล้ม

2. การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ผู้อื่น (Vicarious experiences) ประกอบด้วย

2.1 เป็นการได้เห็นผ่านตัวแบบสัญลักษณ์ ผ่านสื่อวีดิทัศน์เรื่อง “การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม” โดยให้ผู้สูงอายุได้สังเกตตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเอง แสดงพฤติกรรม เกิดแรงจูงใจและเชื่อมั่นในการทำกิจกรรมใด ๆ ของตนให้ประสบความสำเร็จได้ โดยผ่านการชมวีดิทัศน์ การได้เห็นตัวแบบสัญลักษณ์แสดงการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เช่น การสาธิตวิธีการพลิกตะแคงตัว การลุกนั่งบนเตียง การบริหารกล้ามเนื้อด้วยตนเอง การปฏิบัติกิจวัตร การฝึกยืนหรือเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยพยุง จะทำให้ผู้สูงอายุประเมินค่าความสามารถของตนเอง จากการเปรียบเทียบความสำเร็จของบุคคลอื่นที่มีลักษณะคล้ายกันมาเป็นมาตรฐานการตัดสินใจ การใช้สื่อวีดิทัศน์เป็นสื่อที่แสดงการเคลื่อนไหวประกอบเสียงที่ให้เห็นภาพและความรู้สึกที่เหมือนจริง สามารถเน้นจุดสำคัญของสถานการณ์และพฤติกรรมให้เด่นชัดได้

2.2 จากตัวแบบจริงโดยผู้วิจัยสาธิตท่าบริหารกล้ามเนื้อ พลิกตะแคงตัว การลุกนั่งบนเตียง การบริหารกล้ามเนื้อด้วยตนเอง การปฏิบัติกิจวัตร การฝึกยืนหรือเดินโดยใช้ อุปกรณ์ช่วยพยุง การได้เห็นตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (Life modeling) ที่สามารถสังเกตและปฏิสัมพันธ์โดยตรงได้ และตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic modeling) ซึ่งเป็นตัวแบบที่สามารถเสนอผ่านวีดิทัศน์ โดยผ่านกระบวนการตั้งใจ (Attention processes) กระบวนการเก็บจำ (Retention processes) กระบวนการกระทำ (Production processes) และกระบวนการจูงใจ (Motivation processes) จะทำให้ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเกิดการเรียนรู้ ซึ่งการที่บุคคลตั้งใจและสนใจที่จะสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ บุคคลจะมีการเก็บจำพฤติกรรมของตัวแบบ แล้วแปลงออกมาเป็นการกระทำ ซึ่งถ้าพฤติกรรมของตัวแบบได้รับผลเป็นที่น่าพึงพอใจก็จะจูงใจให้ผู้ที่สังเกตมีความรู้สึกที่สามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้ (Bandura., 1997) ซึ่งการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่นเป็นหนึ่งในกิจกรรมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (ศรีณย์พร อึ้งสกุล,

2551) ฉะนั้นหากผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมได้เห็นตัวแบบสัญลักษณ์และได้เห็นตัวแบบจริงโดยผู้วิจัยเสนอผ่าน วิดีทัศน์ และการสาธิตการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมให้ดูเป็นตัวอย่าง ทำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนว่ามีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมได้เหมือนกับตัวแบบ และมีความมั่นใจไม่เกิดความกลัวการหกล้มในการปฏิบัติกิจกรรม

3. ประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จ(Enactive mastery experiences) กลุ่มตัวอย่างฝึกการปฏิบัติกิจกรรม การบริหารกล้ามเนื้อหลังผ่าตัด การฝึกเดิน ยืน ด้วยอุปกรณ์ช่วยพยุงด้วยตนเองหลังจากการชมวีดิทัศน์ โดย Bandura (1997) เชื่อว่า ประสบการณ์หรือการกระทำที่สำเร็จด้วยตนเองหลาย ๆ ครั้ง เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ทำให้เกิดความพยายามและเกิดทักษะที่ได้รับจากการฝึกปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและสามารถทำได้ถูกต้อง จะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นและมั่นใจในการทำกิจกรรมโดยไม่กลัวการหกล้ม

4. การกระตุ้นด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and affective state) ประกอบด้วย ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมที่เป็นการกระตุ้นด้านร่างกายและอารมณ์ของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดด้วยการกระตุ้นถามด้วยคำถามที่เข้าใจง่าย ตอบคำถามและพูดคุยด้วยบรรยากาศที่ผ่อนคลายและเป็นกันเอง เพื่อไม่ให้เกิดความเครียด วิดกกังวล ซึ่งการที่บุคคลมีสภาวะอารมณ์ทางบวก เช่น พึงพอใจ รู้สึกมีความสุข ก็จะส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เพิ่มขึ้น Bandura (1997) กล่าวไว้ว่า สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and affective state) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การเสริมแรง การสอบถามอาการปวดและประเมินสัญญาณชีพก่อนทำกิจกรรมทุกครั้งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกพึงพอใจมีคุณค่าในตนเองอันจะทำให้เกิดความมั่นใจในตนเองสูงขึ้นและพยายามในการทำกิจกรรมให้สำเร็จโดยไม่กลัวการหกล้ม ในทางตรงกันข้ามหากมีอารมณ์ในด้านลบ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว จะมีผลทำให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและการติดตามทางโทรศัพท์เพื่อพูดคุยซักถามปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมที่บ้าน พร้อมทั้งกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ใช้เวลาครั้งละ 10 – 15 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง หลังจำหน่ายในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 4

สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความกลัวการหกล้มน้อยกว่าก่อนการทดลอง
2. ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความกลัวการหกล้มน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรม การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อ สะโพกเทียม กำหนดขอบเขตการวิจัยดังนี้

1. ประชากรในการศึกษา คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งชายและหญิงที่ได้รับการ วินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นกระดูกสะโพกหักจากการพลัดตกหกล้ม ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก เทียมในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกโรงพยาบาลราชวิถี หลังผ่าตัด 3 วันและไม่มีข้อจำกัดในการเดิน

2. ตัวแปรที่ศึกษา ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ตัวแปรตาม คือ ความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด

เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

ความกลัวการหกล้ม หมายถึง ภาวะที่ผู้สูงอายุมีความกังวลว่าอาจหกล้ม ขาดความมั่นใจใน การทรงตัวไม่กล้าที่จะยืนหรือเดิน ไม่มั่นใจหรือไม่เชื่อในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน เนื่องจากกลัวการหกล้มซ้ำ เป็นความกลัวที่เฉพาะเจาะจงเกิดขึ้นตามมาหลังจากการ หกล้ม ทำให้ผู้สูงอายุลดหรือหยุดการทำกิจกรรมโดยประเมินได้จากแบบประเมิน Thai Fall Efficacy Scale-international (Thai FES-I) ของลัดดา เกียมวงศ์ (2554)

โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นสำหรับ ผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่มีความกลัวการหกล้มหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยใช้ แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรับรู้สมรรถนะแห่งตน ไม่มีความกลัวการหกล้มในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก โดยจัดกิจกรรมดังต่อไปนี้

1) **การใช้คำพูดชักจูง** สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ใช้คำพูดชักชวน แนะนำ อธิบายให้เชื่อว่ามีความสามารถที่จะทำได้ประสบผลสำเร็จ ใช้คำพูดชักจูงสร้างความเชื่อมั่น ในความสามารถ ผ่านสื่อการสอนภาพพลิกและแผ่นพับ ให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก เทียม และการฟื้นฟูร่างกายหลังผ่าตัด ทำให้เกิดกำลังใจรับรู้สมรรถนะตนเองและมีความพยายาม ปฏิบัติได้จนเกิดความสำเร็จ

2) **การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ผู้อื่น** โดยให้ผู้สูงอายุสังเกตตัวแบบที่มี ลักษณะคล้ายกับตนเอง คือเป็นผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดผ่านสื่อ วิดีทัศน์ 20 นาที ประกอบด้วยกิจกรรมการสาธิตวิธีการพลิกตะแคงตัว การลุกนั่งบนเตียง การบริหาร กล้ามเนื้อด้วยตนเอง การปฏิบัติกิจวัตร การฝึกยืนหรือเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยพยุง และให้ผู้สูงอายุ

ปฏิบัติตามวิธีที่ตนโดยผู้วิจัยดูแลอย่างใกล้ชิด เกิดแรงจูงใจและเชื่อมั่นในการทำกิจกรรมใด ๆ ของตน ทำให้ผู้สูงอายุประเมินค่าความสามารถของตนเอง จากการเปรียบเทียบความสำเร็จบุคคลอื่นที่มีลักษณะคล้ายกันมาเป็นมาตรฐานการตัดสินใจ การให้ดูตัวแบบจะทำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะของตนเองว่ามีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมได้เหมือนกับตัวแบบ และมีความมั่นใจไม่เกิดความกลัวในการปฏิบัติกิจกรรม

3) ประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จ โดยจัดกิจกรรมการฝึกปฏิบัติแก่ผู้สูงอายุหลังจากชมการสาธิตในวิธีที่ตนด้วยตนเอง ประสบการณ์โดยตรงที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตนเองหลาย ๆ ครั้ง จะส่งผลให้รับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้นเกิดความพยายามทำกิจกรรมให้สำเร็จโดยไม่กลัวที่จะหกล้ม

4) การกระตุ้นด้านร่างกายและอารมณ์ สภาวะร่างกายที่ดีจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้น โดยสอบถามอาการและประเมินสัญญาณชีพก่อนทำกิจกรรมทุกครั้ง เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และการติดตามทางโทรศัพท์เพื่อพูดคุยซักถามปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมที่บ้าน พร้อมทั้งกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ใช้เวลาครั้งละ 10 – 15 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง หลังจำหน่ายในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 4

ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม หมายถึง บุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นกระดูกสะโพกหักจากการพลัดตกหกล้ม เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก หลังผ่าตัด 3 วันและไม่มีข้อห้ามในการเดินและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการปฏิบัติทางการพยาบาลต่อผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเป็นรายบุคคลโดยพยาบาลประจำการตามมาตรฐานการพยาบาล ได้แก่ การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การดูแลตนเองหลังผ่าตัด การกายภาพบำบัด การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยให้การพยาบาลหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมแล้ว 3 วัน เริ่มจากให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมบนเตียงอย่างถูกต้องหลังผ่าตัด การฝึกบริหารกล้ามเนื้อ วันที่ 4 – 7 กระตุ้นให้ลุกนั่งบนเตียงโดยการไขเตียงนั่งและเริ่มทำกายภาพบำบัดตามแผนการรักษา

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎีต่างๆที่เกี่ยวข้องจากตำรา งานวิจัย บทความ และวารสาร โดยจำแนกเป็นหัวข้อดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการหกล้ม

1.1 ความหมายของการหกล้ม

1.2 ผลกระทบของการหกล้ม

1.3 กายวิภาคศาสตร์ของกระดูกสะโพก

1.4 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดกระดูกข้อสะโพกหักหรือเสื่อม

1.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มในผู้สูงอายุ

1.6 การประเมินผู้สูงอายุเกี่ยวกับการหกล้ม

2. การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในผู้สูงอายุ

2.1 ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด

2.2 ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด

3. แนวคิดเกี่ยวกับความกลัวการหกล้ม

3.1 ความหมายของความกลัว

3.2 อุบัติการณ์ความกลัวการหกล้ม

3.3 ผลที่เกิดจากความกลัวการหกล้ม

3.4 แนวคิด กลไกและปฏิกิริยาที่แสดงออกถึงความกลัว

3.5 ความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

3.6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้ม

3.7 การประเมินความกลัวการหกล้ม

4. แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

5. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาความกลัวการหกล้ม

6. โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการลดความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุ หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับการหกล้ม

การหกล้มเป็นปัญหาที่สำคัญและพบบ่อยในผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมสภาพ และมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทางร่างกายที่อาจเป็นสาเหตุของการหกล้ม โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีกระดูกพรุนร่วมด้วย จากการสำรวจการหกล้มในผู้สูงอายุของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2550) พบว่า 1 ใน 10 ของผู้สูงอายุเคยหกล้มในระยะเวลา 6 เดือน และผู้ที่เคยหกล้มมีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มซ้ำสูง 2.36 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่มีประวัติเคยหกล้ม (เปรมกมล ขวนขววย, 2550) การหกล้มมีความหมาย ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดกระดูกสะโพกหักหรือเสื่อม ปัจจัยที่เกี่ยวกับการหกล้ม การประเมินผู้สูงอายุ และผลกระทบที่เกิดจากการหกล้ม ดังต่อไปนี้

1.1 ความหมายของการหกล้ม

คำจำกัดความของการหกล้มแตกต่างกันออกไปตามการให้ความหมายของแต่ละบุคคล หรือแตกต่างกันตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา สรุปได้ดังนี้

การหกล้ม หมายถึง การล้มลง ทรวดตัวลงเพราะเสียการทรงตัว (พจนานุกรมไทยฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2542)

การหกล้ม หมายถึง การล้มลงที่พื้นหรือระดับที่ต่ำกว่าเดิมโดยไม่ได้ตั้งใจทั้งที่ยังมีสติอยู่หรือหมดสติ ทั้งที่บาดเจ็บหรือไม่มีการบาดเจ็บ (Rubenstein, Robbins, Josephson, Schulman, & Osterweil, 1990)

การหกล้ม หมายถึง เหตุการณ์ที่ทำให้บุคคลทรวดตัวลงกับพื้น หรือระดับที่ต่ำกว่าเดิม โดยไม่ได้ตั้งใจทั้งที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บหรือไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บของร่างกาย แต่ไม่รวมการหกล้มอันเกิดจากแรงกระทำภายนอก หรือการหกล้มที่เกิดจากการเจ็บป่วย เช่น การเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรือการเป็นลม (Piphatvanitcha, 2006)

การหกล้ม หมายถึง การเปลี่ยนท่าโดยไม่ได้ตั้งใจ และเป็นผลให้ร่างกายทรุดหรือลงนอนกับพื้น หรือปะทะสิ่งของต่าง ๆ แต่ไม่นับรวมการหกล้มที่เกิดจากอุบัติเหตุ เช่น ถูกรถชน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

การหกล้ม หมายถึง การเปลี่ยนท่าโดยไม่ได้ตั้งใจเป็นผลให้ร่างกายทรุดหรือลงนอนกับพื้น หรือปะทะสิ่งของต่าง ๆ เกิดภายในบ้านหรือนอกบ้าน โดยไม่นับการหกล้มที่เกิดจากอุบัติเหตุร้ายแรง เช่น ถูกรถชน (เปรมกมล ขวนขววย, 2550)

การหกล้ม หมายถึง การที่บุคคลสูญเสียการทรงตัวโดยไม่ได้ตั้งใจ และไม่ได้เกิดจากแรงกระทำจากภายนอก โดยทำให้ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย ได้แก่ แขน เข่า ก้น หรือร่างกายทั้งตัวสัมผัสกับพื้น (ลัดดา เกียมวงศ์, สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และลักษณะ ปัญญาชีวิน, 2547)

การหกล้ม หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจและไม่สามารถควบคุมได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยหรือส่วนของร่างกายลงไปสู่พื้นหรือพื้นผิวที่อยู่ต่ำกว่าร่างกาย อาจส่งผลให้ร่างกายได้รับบาดเจ็บ หรือไม่ได้รับบาดเจ็บก็ได้ (พิมวรินทร์ ลิ้มสุขสันต์, 2551)

สรุปได้ว่า การหกล้ม หมายถึง การสูญเสียการทรงตัวโดยไม่ได้ตั้งใจ ทำให้ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย หรือร่างกายทั้งตัวสัมผัสกับพื้นซึ่งไม่ได้เกิดจากแรงกระทำภายนอก โดยไม่รวมการหกล้มอันเกิดจากการเป็นลมหรือการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อาจส่งผลให้ร่างกายได้รับบาดเจ็บ หรือไม่ได้รับบาดเจ็บก็ได้

1.2 ผลกระทบของการหกล้ม

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีลักษณะของความเปราะบางมากกว่าวัยอื่น ๆ หากเกิดการหกล้มขึ้น จะทำให้เกิดผลกระทบได้มาก การฟื้นหายจากการบาดเจ็บก็ต้องใช้ระยะเวลาเยอะ หรือรักษาไม่หาย เกิดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพขึ้น ซึ่งผลกระทบของการหกล้มสามารถสรุปได้ ดังนี้

1.2.1 ผลกระทบต่อสุขภาพกาย การหกล้มก่อให้เกิดการบาดเจ็บตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงขั้น เช่น ฟกช้ำ ถลอกตามร่างกาย การบาดเจ็บเล็กน้อยสามารถพบได้ประมาณครึ่งหนึ่งของการบาดเจ็บจากการหกล้มทั้งหมด การบาดเจ็บเหล่านี้อาจไม่ก่อให้เกิดผลกระทบมากนัก แต่หากเป็นการบาดเจ็บที่สร้างความเจ็บปวดเรื้อรังหรือการบาดเจ็บรุนแรง จะก่อให้เกิดผลกระทบอย่างมากทั้งต่อตัวผู้สูงอายุและครอบครัว เมื่อติดตามกลุ่มผู้สูงอายุที่หกล้มและมีกระดูกข้อสะโพกหักไปเป็นระยะเวลา 1 ปี พบว่า มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง ร้อยละ 20-30 และร้อยละ 25-75 ของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ มีการสูญเสียความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน (Magaziner et al., 1990 อ้างถึงใน ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะพึ่งพาเร็วขึ้น

1.2.2 ผลกระทบต่อจิตใจ ผู้สูงอายุที่หกล้มมักมีปัญหาในการลุกเดิน ต้องมีคนคอยช่วยเหลืออยู่ตลอดเวลาทั้งที่ไม่มีความผิดปกติของระบบประสาทหรือข้อกระดูกใด ๆ สามารถรักษาให้ดีขึ้นได้ด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพ ร่วมกับการส่งเสริมสถานะด้านจิตใจให้มีความเชื่อมั่นในตนเอง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ประมาณร้อยละ 50-60 ของผู้สูงอายุที่เคยหกล้มจะเกิดความกลัวการหกล้มและไม่มั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรม (Hadjistavropoulos, Delbaere & Fitzgerald, 2010) ผู้สูงอายุที่เกิดการบาดเจ็บที่รุนแรงจะต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานกว่าวัยอื่น ๆ และหลังจากรับการรักษาพยาบาลแล้ว มักไม่สามารถกลับไปทำงานหรือดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด วิตกกังวล ขาดความมั่นใจในตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำเนื่องจากจากต้องพึ่งพาคือคนอื่นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ และกลัวการหกล้มซ้ำอีก เกิดปัญหาทางด้านจิตใจและจิตสังคมตามมา ซึ่งทั้งหมดมีผลสืบเนื่องต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Suzuki et al., 2002)

1.2.3 ผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม การหกล้มและการเกิดกระดูกหักนอกจากจะนำมาซึ่งความเจ็บปวด หรือ ความทุกข์ทรมานของผู้สูงอายุแล้ว ยังทำให้เกิดการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาลขณะอยู่ในโรงพยาบาล การสูญเสียเวลาการทำงานของญาติ และการดูแลในระยะยาวเมื่อเกิดความพิการ เป็นต้น

1.3 กายวิภาคศาสตร์ของกระดูกสะโพก

ข้อสะโพกมีส่วนประกอบสองส่วน คือ ส่วนหัวของกระดูกต้นขา (femur) มีลักษณะคล้ายกับลูกบอล อีกส่วน คือ เบ้าสะโพก (acetabulum) ข้อสะโพกเป็นข้อต่อระหว่างกระดูกเชิงกราน (pelvis) และกระดูกต้นขา (proximal femur) ทำหน้าที่อภัยยัดในเวลา นั่ง เดิน ยืนหรือนอนและรับน้ำหนัก (weight bearing) ในอิริยาบถต่าง ๆ ของร่างกาย กลไกการทำงานของข้อสะโพก เป็นการหมุนของลูกบอลอยู่ในเบ้า ทำให้เคลื่อนไหวได้ทุกทิศทาง (วรวิทย์ เล่าห์เรณู, 2546)

1.4 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดกระดูกข้อสะโพกหักหรือเสื่อม

Salkeld (2000) กล่าวว่า กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุมีสาเหตุสำคัญ คือ การหกล้ม โดยมีปัจจัยเสี่ยงดังต่อไปนี้

- 1) อายุ โดยเฉพาะ ในผู้หญิงเมื่อมีอายุประมาณ 45 ปี จะมีโอกาสเกิดกระดูกสะโพกหักเพิ่มสูงมากขึ้น และเมื่ออายุมากกว่า 65 ปี ผู้ป่วยสูงอายุทุก ๆ 1 ใน 5 คนจะเกิดกระดูกสะโพกหัก ซึ่งมักเกิดจากการล้มเพียงเบาๆ
- 2) เพศ ผู้หญิงจะเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกสะโพกหักมากกว่าผู้ชายถึง 3 เท่าเนื่องจากผู้หญิงในวัยหมดประจำเดือน มีการสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง ทำให้มีมวลกระดูกและความหนาแน่นของกระดูกลดลง
- 3) ลักษณะทางพันธุกรรม เช่น เคยมีประวัติคนในครอบครัวกระดูกสะโพกหัก ผู้ที่มีโครงร่างเล็กและผอม
- 4) อาหาร โดยเฉพาะผู้ที่รับประทานอาหารที่มีแคลเซียมน้อย หรือถ้าไม่สามารถดูดซึมแคลเซียมได้ หรือ ผู้ที่ได้รับวิตามินดีไม่เพียงพอ ซึ่งมักพบในผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่ได้ออกไปสัมผัสกับแสงแดดในช่วง เช้า - เย็น
- 5) สุบบุหรี หรือ ต้มสุรา
- 6) ผู้ที่มีปัญหาทางกาย เช่น ปวดข้อ ข้ออักเสบ ตามองไม่ชัด สมองเสื่อม เป็นต้น
- 7) ผู้ที่มีอาการอ่อนแรง หรือ มึนงง ซึ่งอาจพบได้ในผู้ป่วยสูงอายุทั่วไป หรือ จากผลข้างเคียงของยาที่รับประทานอยู่

8) ขาดการออกกำลังกายที่มีการแบกรับน้ำหนักอย่างสม่ำเสมอ เช่น เดิน วิ่ง เหยาะๆ ยกน้ำหนัก

1.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มในผู้สูงอายุ

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยของการหกล้มสามารถจำแนกได้ดังต่อไปนี้

1.5.1 ปัจจัยภายในร่างกาย (Intrinsic risk factor) หมายถึง สภาวะร่างกายหรือการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการหกล้ม ประกอบด้วย

1) การเปลี่ยนแปลงตามวัย กระบวนการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกาย เริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์จนเจริญเติบโตเป็นทารก เมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่เซลล์จะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสริมสร้างการเจริญเติบโตแต่เมื่อพ้นวัยผู้ใหญ่แล้วจะมีการสลายของเซลล์มากกว่าการสร้าง ทำให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกายของผู้สูงอายุเสื่อมลง (บรรลุ ศิริพานิช, 2543) เกิดพยาธิสภาพตามมา ผู้สูงอายุจึงมีการเปลี่ยนแปลงแบบเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกายและจิตใจทำให้เกิดการหกล้มได้ง่าย การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุทำให้โอกาสการหกล้มเพิ่มสูงขึ้น คือ

1.1) การเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น ความไวในการรับรู้ความรู้สึก การรับรู้ตำแหน่ง การรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ลดต่ำลง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

1.2) ความเสื่อมของการมองเห็น ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยของดวงตาและสายตา คือ เลนส์ตาหนาตัว ขุ่นมัวและแข็ง ลานสายตาแคบลง ทำให้ความชัดเจนและการรับรู้ความตื้นลึกของภาพลดต่ำลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุสะดุดและหกล้มได้ง่ายโดยเฉพาะขณะขึ้นลงบันได นอกจากนี้ ความสามารถในการแยกสีของผู้สูงอายุก็ลดต่ำลง ทำให้เกิดการรับรู้ภาพ พื้นหรือห้องที่มีสีสั่นและลวดลายไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุผิดพลาด จนทำให้เกิดปัญหาการหกล้มตามมา (Miller, 2009)

1.3) การเปลี่ยนแปลงของระบบโครงสร้างและกล้ามเนื้อมวลกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุมีการลดลง การหดตัวและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อก็ลดลงและการลดต่ำลงของระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนในวัยหมดประจำเดือน ทำให้การเคลื่อนย้ายแคลเซียมออกจากกระดูกเพิ่มมากขึ้น ความแข็งแรงของกระดูกจึงลดต่ำลงตามวัยที่เพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า การที่กระดูกต้องรับน้ำหนักตัวเป็นเวลานานทำให้ความยืดหยุ่นของข้อลดต่ำลงและหากน้ำหนักตัวมากก็ยิ่ง จะส่งผลให้เกิดความเสื่อมได้มากยิ่งขึ้น (Miller, 2009) เกิดการหกล้มได้ง่าย

1.4) การเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับการกลั้นปัสสาวะ ผู้สูงอายุไทยกลั้นสภาวะไม่อยู่ ร้อยละ 16 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนา

ผู้สูงอายุไทย [มส.ผส.], 2552) ทั้งนี้เนื่องจากความเสื่อมในการยืดหยุ่นกล้ามเนื้อของอวัยวะในระบบทางเดินปัสสาวะ ปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องเข้าห้องน้ำบ่อยครั้งและต้องเร่งรีบเพื่อเข้าห้องน้ำให้ทัน ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย มีการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการหกล้มมีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ร้อยละ 37.3 (นงนุช วรโรตอง, 2551)

2) ความผิดปกติหรือพยาธิสภาพของโรค

2.1) ความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบไหลเวียนโลหิตมีความสำคัญอย่างมากต่อกลไกการทรงตัว ความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือด เช่น การตีบแคบของหลอดเลือด การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายและการเต้นผิดปกติของหัวใจ การหดตัวของหลอดเลือดในวัยผู้สูงอายุทำได้ไม่ดีเช่นเดิม ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองจึงลดลงและเมื่อถึงขีดจำกัดสูงสุดของภาวะขาดเลือดในสมอง จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดอาการ หน้ามืด เป็นลม และเกิดการหกล้มตามมา (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

2.2) ความผิดปกติของระบบประสาท ผู้สูงอายุมักมีการรับรู้ความรู้สึกของระบบประสาทและสมองผิดปกติ ทั้งนี้เนื่องมาจากภาวะสมองเสื่อมเนื้อสมองตาย โรคหลอดเลือดสมองหรือโรคพาร์กินสัน ซึ่งเป็นโรคและความผิดปกติที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุ ทำให้ระบบการควบคุมสมองส่วนกลางผิดปกติ อวัยวะต่าง ๆ ทำงานไม่ประสานกัน สูญเสียความสามารถในการรักษาสมดุลของร่างกาย ผู้สูงอายุจึงเกิดการหกล้มได้ง่าย นอกจากนี้อาการวิงเวียนศีรษะ (Vertigo) ซึ่งพบบ่อยในวัยสูงอายุก็มักเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการหกล้ม (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

2.3) ความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูกปัญหาและความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่พบบ่อยในวัยสูงอายุ คือ ข้ออักเสบ ข้อเสื่อม ภาวะกระดูกพรุน กระดูกหัก การตัดขา (amputation) และภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง ซึ่งความผิดปกติเหล่านี้ ทำให้ความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุลดต่ำลง นอกจากนี้ การเจ็บป่วยเฉียบพลันในระบบกล้ามเนื้อและกระดูก เช่น การปวดตึงกล้ามเนื้อก็อาจเป็นสาเหตุของการหกล้มได้ (Cotter & Strumpf, 2002) ความผิดปกติของเท้า เช่น ตาปลา หูดขนาดใหญ่ หรือการผิดรูปของข้อนิ้วเท้า ก็ทำให้เกิดการหกล้มได้เช่นกัน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

3) สภาวะด้านจิตใจและอารมณ์

สภาวะจิตใจ (mental State) และการรู้คิด (cognitive) เป็นตัวประสานระหว่างสิ่งแวดล้อมกับกระบวนการเดินและการทรงตัว หากมีความบกพร่องทางด้านจิตใจและการรู้คิด เช่น กลัวการหกล้ม วิดกกังวล ซึมเศร้าหรือมีภาวะสมองเสื่อม จะทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้มเพิ่มมากขึ้น (Cotter & Strumpf, 2002) มีการศึกษาเป็นจำนวนมากที่ระบุไว้อย่างชัดเจนว่า ความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุเป็นภาวะด้านจิตใจที่สัมพันธ์กับการหกล้ม (แดนเนาวรัตน์ จามร

จันท์และคณะ, 2548; เปรมกมล ขวนขวาย, 2550; พิมวรินทร์ ลิ้มสุขสันต์, 2551; Leung, Chi, Lou, & Chan, 2010) การศึกษาที่ติดตามกลุ่มผู้สูงอายุที่กัวการหกล้มไปเป็นระยะเวลา 20 เดือนพบว่า ความกัวการหกล้มสามารถทำนายการเกิดการหกล้มของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Friedman et al., 2002) ความกัวการหกล้มทำให้เกิดความลังเลไม่มั่นใจในการก้าวเดิน ประสิทธิภาพการก้าวเท้าลดลง ก้าวเท้าได้ช้าและสั้นลง ซึ่งรูปแบบการก้าวเดินลักษณะนี้ทำให้เกิดความไม่มั่นคงของศีรษะลำตัวโอนเอนล้มง่ายขึ้น (Menz et al., 2007) และนอกจากนี้ยังพบว่า การตอบสนองของกล้ามเนื้อขา การควบคุมการทรงตัว ความแข็งแรงของข้อสะโพกและข้อเข่าของผู้สูงอายุที่กัวการหกล้ม มีความไวและความแข็งแรงต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่กัวการหกล้ม (แดนเนวรัตน์ จามรจันท์ และคณะ, 2548; Gillespie & Friedman, 2007) ดังนั้น ผู้สูงอายุที่กัวการหกล้มจึงมีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่กัวการหกล้มถึง 3.73 เท่า (เปรมกมล ขวนขวาย, 2550)

1.5.2 ปัจจัยภายนอกร่างกาย (Extrinsic risk factor) หมายถึง ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมสถานการณ์ภายนอกร่างกาย และการได้รับยา ซึ่งส่งผลต่อการทรงตัวและเป็นสาเหตุของการหกล้มดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) สิ่งแวดล้อม แสงสว่างที่ไม่เพียงพอพื้นที่ลื่น ขรุขระ มีสิ่งกีดขวาง เช่น สายไฟฟ้าของเล่น พรหมที่ขยับ โตะหรือเก้าอี้ที่ไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ห้องสุขาที่ไม่ปลอดภัยขาดที่ยึดเกาะบันไดที่มีวัสดุสิ่งของวางเกะกะหรือขาดราวยึดจับ รวมถึงสัตว์เลี้ยงภายในบ้าน ล้วนเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการหกล้ม (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

2) การใช้ยา ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่พบอุบัติการณ์ของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยามากที่สุด โดยมีสาเหตุมาจากการใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน พบว่า ยาที่มีกัวการหกล้ม ได้แก่ ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ยารักษาภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะยาขับปัสสาวะ ยานอนหลับ และยาต้านภาวะซึมเศร้า ส่วนยาที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักจากการหกล้ม ได้แก่ ยานอนหลับและยาคลายกล้ามเนื้อ อย่างไรก็ตามยาทุกชนิดที่ผู้สูงอายุกำลังรับประทานอยู่อาจเป็นสาเหตุของการหกล้มได้เสมอ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

1.6 การประเมินผู้สูงอายุเกี่ยวกับการหกล้ม

1.6.1 การซักประวัติ ได้แก่ ประวัติการหกล้มที่ผ่านมา เหตุการณ์ขณะที่เกิดการหกล้ม สาเหตุ จำนวนครั้งของการหกล้ม ผลที่ตามมาจากการหกล้ม ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น ประวัติการได้รับยา ภาวะการเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงของระบบขับถ่าย สายตา สภาพอารมณ์และจิตใจ ประสาทสัมผัส การรับรู้ โดยการซักประวัติอย่างละเอียดครบถ้วน ข้อมูลนั้นอาจได้จากผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัว หรือผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ

1.6.2 การตรวจร่างกาย ได้แก่ การตรวจทางระบบประสาท การทำงานของกล้ามเนื้อ เช่น การตรวจกำลังกล้ามเนื้อ การตรวจความตึงของกล้ามเนื้อ การตรวจรีเฟล็กซ์ การเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ เช่น มือสั่น การเปลี่ยนแปลงของกระดูก ข้อต่อ น้ำหนักตัว ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับท่าทางการเดิน การทรงตัว ความมั่นคง และความสมดุลของการเคลื่อนไหว

1) การประเมินเกี่ยวกับการทรงตัวของผู้สูงอายุ Ebersol, Hess and Luggen (2004) สรุปขั้นตอนการประเมินได้ดังนี้

1.1) ให้ผู้สูงอายุลุกขึ้นจากเก้าอี้ที่มีที่พักแขน เดินไปเป็นระยะทาง 10 ฟุต หมุนตัวเดินกลับมาที่เก้าอี้และนั่งลง (get – up and go test) หากผู้สูงอายุทำได้ภายในเวลาไม่เกิน 20 วินาที โดยไม่มีอาการเซขณะหมุนตัวและไม่ต้องจับยึดวัตถุหรือบุคคลใด ถือว่ามีการทรงตัวที่ดีมาก

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

1.3) วางเท้าข้างหนึ่งให้อยู่ด้านหน้าของเท้าอีกข้างหนึ่ง (ส้นเท้าต่อนิ้วหัวแม่เท้า) คงอยู่ได้ 30 วินาที

1.4) ยืนหลับตานิ่งๆ สามารถยืนได้นาน 15 วินาที

1.5) ก้มลงหยิบของที่วางพื้น สามารถทำได้ภายในระยะเวลา 5 วินาที

1.6) ให้ผู้สูงอายุยืนลืมตา ผู้ตรวจใช้นิ้วมือผลักหน้าอกของผู้สูงอายุเบา ๆ พอที่จะให้ผู้สูงอายุเสียการทรงตัว หากผู้สูงอายุมีปฏิกิริยาการตอบสนองที่ปกติ แขนทั้งสองข้างจะยื่นไปข้างหน้า ขณะเดียวกันขาจะถอยไปด้านหลังเพื่อทดแทนการเสียสมดุลของร่างกายที่เกิดขึ้น (ระหว่างทดสอบควรมีเจ้าหน้าที่ยืนอยู่ด้านหลังผู้สูงอายุ 1 คนเพื่อความปลอดภัย)

2 การประเมินเกี่ยวกับลักษณะการเดิน การสังเกตท่าเดินเป็นสิ่งที่ช่วยให้ทราบถึงโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มได้ ท่าเดินของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) ได้แก่

2.1) Waddling gait ผู้สูงอายุจะเดินโยกไปมาทางด้านข้าง ขาดูแข็ง ๆ และกางออกกว่าปกติให้ฐานกว้างขึ้น บางครั้งจะมีการเซในขณะที่เดิน ผู้สูงอายุเหล่านี้มักมีปัญหาเรื่องข้อเข่าเสื่อม โรคอ้วน ผู้ป่วยที่มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขา (Proximal muscle weakness)

2.2) Hemiplegic gait มักพบในผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดสมอง กล้ามเนื้อของร่างกายมีการอ่อนแรง และมีลักษณะแข็งเกร็งทำให้เดินลำบากและเซได้ง่าย ผู้ป่วยมักจะเดินเอียงไปข้างข้างที่ผิดปกติได้เล็กน้อย และเหยียดในขณะที่ก้าวทำให้ต้องแกว่งขาไปทางด้านข้างไม่ให้เท้าระพื้น แขนที่ผิดปกติมักจะอยู่ในท่างอชิด จะไม่แกว่งตามจังหวะการเดิน

2.3) Apraxic gait เกิดจากความผิดปกติของ white matter บริเวณ Subcortical รอบ ๆ Ventricle เช่น Normal, pressure, hydrocephalus Binswanger's disease หรือเนื้องอกของส่วน Frontal ทั้งสองข้าง เมื่อผู้ป่วยเดินจะพบว่าผู้ป่วยก้าวขาได้ดีขึ้นบ้าง คงุ่มง่ามเวลาเดิน ตัวอาจจะเอนไปข้าง ๆ เล็กน้อย ลักษณะการก้าวเดินอาจจะก้าวสั้น ๆ ฝ่าเท้าจะลากไปกับพื้น เวลาเอี้ยวหรือหมุนตัว จะค่อย ๆ ทำและอาจมีลักษณะหมุนทั้งตัว แขนมักจะแกว่งน้อย มีอาการเกร็งและยื่นไปข้างหน้าเหมือนกัลวล้ม เวลาอยู่ในท่านอนให้ยกขาสูงขึ้นมักจะทำได้ดีกว่าเวลาเดิน

2.4) Parkinsonian gait จะมีลักษณะที่เรียกว่า Festination โดยจะก้าวสั้น ๆ ปลายเท้าจะไปกับพื้น แรก ๆ จะก้าวได้ไม่เร็ว แต่ต่อไปจะก้าวเร็วขึ้นเรื่อย ๆ จนบางครั้งอาจดูคล้ายวิ่ง ศีรษะจะโน้มไปข้างหน้าและดูแข็ง ๆ แขนแนบกับลำตัวและไม่แกว่ง เมื่อให้หยุดจะทำได้ลำบากกว่าปกติ และเวลาเอี้ยวหรือหมุนตัวมักจะเสียการทรงตัวและหกล้มได้ง่าย โดยเฉพาะหงายล้มไปทางด้านหลัง ความผิดปกตินี้เกิดจากรอยโรคที่บริเวณ substantia nigra โดยมีสาเหตุจากโรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) ยาทางจิตเวช อุบัติเหตุ หรือได้รับสารพิษ

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

2. การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในผู้สูงอายุ

2.1 ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด

การรักษาผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักมีหลักการ คือ ให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เร็วที่สุด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดจากการนอนอยู่บนเตียงเป็นเวลานาน ๆ เช่น ปอดอักเสบ แผลกดทับ ท่อและกระเพาะปัสสาวะอักเสบ เป็นต้น ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดการติดเชื้อในร่างกาย และเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ดังนั้นผู้ป่วยจะต้องได้รับการผ่าตัด สำหรับระยะเวลาในการผ่าตัดกระดูกสะโพกในผู้สูงอายุนั้น ควรพิจารณาผ่าตัดให้เร็วที่สุด เนื่องจากมีการศึกษา พบว่า การเลื่อนระยะเวลาในการผ่าตัดให้นานออกไป ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น แต่โดยทั่วไปแล้ว การผ่าตัดให้เร็วที่สุด สามารถทำได้ในเฉพาะผู้สูงอายุที่มีสภาวะร่างกายที่พร้อมสำหรับการผ่าตัดเท่านั้น แต่สำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม เช่น โรคทางอายุรกรรม หรือภาวะสับสน ควรจะรอการผ่าตัด

ไปก่อน เพื่อจัดการกับภาวะเหล่านั้นให้ดีขึ้นก่อน (Mark et al., 2003) แต่ในรายที่มีปัญหาไม่สามารถทนการผ่าตัดได้ อาจจะทำให้ผู้ป่วยขยับลุกจากเตียงเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยไม่ต้องผ่าตัดรักษากระดูกที่หัก หรืออาจจะต้องรักษาโดยการใส่เครื่องดึงถ่วงน้ำหนัก (traction) นานประมาณ 6 สัปดาห์ ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของกระดูกหัก และลักษณะการหักสำหรับการผ่าตัดที่ใช้ในการรักษา ผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจะเลือกใช้วิธีไหนนั้น ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ผู้รักษา โดยจะต้องคำนึงถึงตำแหน่งของกระดูกที่หัก ลักษณะการหัก และการเคลื่อนที่ของปลายกระดูกที่หัก การผ่าตัดกระดูกสะโพกที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ มี 2 ชนิด ได้แก่ การผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียม และการผ่าตัดเพื่อใส่วัสดุสำหรับการยึดตรึงกระดูกไว้ภายใน

2.1.1 การผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียม ใช้ในกรณีที่มีการหักของคอกระดูกต้นขาที่มีภาวะกระดูกพรุนมากจนไม่สามารถใช้เครื่องยึดตรึงกระดูกได้อย่างมั่นคง การหักของกระดูกในตำแหน่งนี้ มีโอกาสเกิดการตายของหัวกระดูก (avascular necrosis) ได้มากที่สุด เนื่องจากเป็นบริเวณที่มีเส้นเลือดมาเลี้ยง ดังนั้นเพื่อตัดปัญหาหัวกระดูกตายหรือกระดูกไม่ติด ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยต้องผ่าตัดอีกครั้ง จึงจำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อใส่ข้อสะโพกเทียม (ธัญย์ สุภัทรพันธ์, 2544) ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 ชนิดได้แก่ ชนิดที่ใช้แทนเฉพาะหัวกระดูกต้นขา (hemiarthroplasty) ซึ่งมีข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัด คือ กระดูกหักชนิดมีการเคลื่อนของกระดูก ชนิด 3 และ 4 (Gardentype III & type IV) ในผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี สุขภาพทั่ว ๆ ไปของผู้ป่วยไม่ค่อยสมบูรณ์ พบพยาธิสภาพที่หัวกระดูกต้นขาอยู่แล้ว มีภาวะกระดูกพรุนมากจนไม่สามารถใช้วิธีการยึดกระดูกไว้ภายในได้ ผู้ป่วยที่มีสภาพร่างกายและจิตใจไม่เหมาะต่อการรักษาแบบการตรึงภายใน เช่น โรคจิต โรคที่เกี่ยวข้องกับระบบการเคลื่อนไหวประเภทที่มีการแข็งเกร็งของขา ซึ่งการเคลื่อนไหวเป็นไปได้ลำบาก มีความยุ่งยากในการสอนเดิน อาจทำให้โลหะที่ตรึงภายในหักก่อนกระดูกติดได้ ต้องมีเบ้าของกระดูกสะโพก (acetabulum) ที่ดี รองรับหัวกระดูกเทียมได้ สำหรับชนิดที่ใช้แทนทั้งหัวกระดูกต้นขาและเบ้าของกระดูกสะโพก (total hip arthroplasty) มีข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัดคือ ข้อสะโพกมีพยาธิสภาพอยู่ก่อน เช่น ข้อสะโพกอักเสบรูมาตอยด์ มีการทำลายผิวข้อของเบ้ากระดูกสะโพกและการผ่าตัดเข้าไปในกรณีที่ใช้วิธีการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกไว้ภายใน (internal fixation) หรือวิธีที่ใช้แทนเฉพาะหัวกระดูกต้นขา (hemiarthroplasty) ลัมเฮลว (Leighton et al., 2007)

1) วิธีการผ่าตัดเข้าสู่ข้อสะโพก

1.1) ผ่าตัดเข้าทางด้านหน้า (Anterior approach) วิธีนี้ต้องแหวกกล้ามเนื้อ tensor fascia latae ออกหรือแยกออกจากกล้ามเนื้อ gluteus medius และดึงรั้งไปส่วนปลาย (distal) โดยทั่วไปต้องแยกส่วนของกล้ามเนื้อ (gluteus) ออกจากผิวด้านหน้าของ (greater trochanter) มิฉะนั้นก็ต้องตัด (greater trochanter) ออกก่อน เมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด ต้องเย็บ

กล้ามเนื้อที่แยกออกกลับมาใหม่ หรือยึดกระดูกที่ตัดออกกลับคืนด้วยสกรูหรือลวดยึดกระดูก เป็นวิธีที่นิยมใช้ เนื่องจากมีอุบัติการณ์การเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกน้อยกว่า

1.2) ผ่าตัดเข้าทางด้านหลัง (Posterior approach) วิธีนี้ต้องแยกกล้ามเนื้อ(gluteus maximus) และจำเป็นต้องตัดจุดเกาะส่วนปลาย (insertion) ของกล้ามเนื้อกลุ่ม (short external rotation) การผ่าตัดเข้าทางด้านหลังมีอุบัติการณ์การหลุดของข้อสะโพกหลังผ่าตัดสูงกว่าการผ่าตัดเข้าทางด้านหน้า (Enocson, Tidermark, Tornkvist, & Lapidus, 2008) ดังนั้นควรระวังการงอข้อสะโพกไม่เกิน 90 องศา การหมุนข้อสะโพกเข้าด้านในหรือการหุบขาข้ามผ่านแนวกลางลำตัว เพื่อป้องกันการหลุดของข้อสะโพก เป็นเวลาอย่างน้อย 6 สัปดาห์ (Pratt, Amiran, & Gray, 2002)

2.2 ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด

2.2.1 ด้านร่างกาย ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบต่าง ๆ คือ

1) ระบบผิวหนัง ภายหลังผ่าตัดใส่เครื่องยึดตรึงกระดูกหรือเปลี่ยนข้อสะโพก ผู้สูงอายุจะต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เพื่อป้องกันการเคลื่อนหลุดหรือหักซ้ำของกระดูกสะโพก ทำให้ไม่ค่อยมีการเคลื่อนไหวร่างกายและส่งผลให้ต้องนอนทำเตียงนาน ๆ ซึ่งปัจจัยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดแผลกดทับได้ง่าย ประกอบกับการไหลเวียนของเลือดใต้ผิวหนังลดลงจึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดแผลกดทับได้ง่าย (จินทนา รณฤทธิ์วิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545) และบริเวณที่พบว่าเกิดแผลกดทับได้มากจะเป็นปุ่มกระดูกของเชิงกราน เท้า ส้นเท้า และก้นกบ (สิริสุตา ชาวคำเขต, 2541)

2) ระบบการหายใจ พบว่า การนอนอยู่บนเตียงโดยที่ร่างกายเคลื่อนไหวได้น้อยลงหรือไม่ได้เคลื่อนไหว เป็นผลให้การขยายและการเคลื่อนไหวของทรวงอกมีขีดจำกัด ทำให้ปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่ ทำให้เกิดการอุดตันของลิ่มเลือดในปอด (pulmonary embolus) ซึ่งเป็นสาเหตุของการตายหลังผ่าตัดมากที่สุด พบได้บ่อยถึงร้อยละ 10 - 15 (สิริสุตา ชาวคำเขต, 2541) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุจะมีประสิทธิภาพของการไหลเวียนเลือดลดลง ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่าย (hypostatic pneumonia) เกิดการติดเชื้อในปอดเกิดภาวะปอดอักเสบได้ (จินทนา รณฤทธิ์วิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545)

3) ระบบไหลเวียนเลือด การต้องอยู่บนเตียงนานโดยไม่มีกิจกรรมการเคลื่อนไหวหรือเคลื่อนไหวได้น้อยลงเนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ทำให้หัวใจต้องทำงานมากขึ้น เพื่อที่จะรักษาสมดุลระหว่างปริมาณเลือดที่ไหลกลับสู่หัวใจ และปริมาณที่เลือดออกจากหัวใจไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ในระยะแรกของการไม่เคลื่อนไหวจะทำให้อัตราการไหลเวียนเลือดลดลง

หัวใจจะมีการสูบน้ำเลือดลดลงและอาจเกิดการจับตัวกันเป็นก้อนของเลือด (thrombus) ก้อนเลือดดังกล่าวอาจหลุดไปตามกระแสเลือดและอวัยวะที่สำคัญ ซึ่งเป็นอันตรายต่อการเสียชีวิต

4) ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก การจำกัดการเคลื่อนไหวหรือไม่สามารถช่วยตัวเองให้เคลื่อนไหวเป็นเวลาต่อเนื่องกัน แม้การเคลื่อนไหวถูกจำกัดเป็นเพียงระยะสั้นย่อมมีผลต่อระบบกล้ามเนื้อและกระดูก คือ ผู้ป่วยจะไม่ค่อยมีแรง ไม่อยากเคลื่อนไหว ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนตัวและลีบ ลักษณะที่สังเกตได้ชัดเจน คือ กล้ามเนื้อจะขาดความตึงตัวและขาดความแข็งแรง แม้แต่การออกกำลังกายก็ไม่สามารถทำได้เต็มที่ ขนาดของกล้ามเนื้อจะเล็กลง ๆ และลีบได้ในที่สุด

5) ระบบทางเดินอาหาร เมื่อเกิดการเจ็บป่วยที่ทำให้ต้องนอนอยู่กับเตียงเป็นเวลานานจะทำให้สูญเสียความสามารถในการรับรสและมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพจิตใจทำให้เบื่ออาหาร รับประทานอาหารลดลงและมีแนวโน้มจะเลือกอาหารมากขึ้น เป็นผลให้เกิดการขาดสารอาหารได้บ่อยโดยเฉพาะอย่างยิ่งวิตามินและโปรตีน การเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ลดลง ประกอบกับกำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องลดลง ผู้สูงอายุรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่ายไม่มีกาก ร่างกายเคลื่อนไหวน้อยลง กระหายน้ำน้อยลงและพบมีภาวะ diverticulosis ของลำไส้ใหญ่ จึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะท้องผูกมากขึ้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

6) ระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้สูงอายุที่ต้องนอนบนเตียงนาน ๆ เนื่องจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว กล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายไม่ได้ทำหน้าที่ตามที่ควรจะเป็น เมื่อปล่อยให้อยู่ในท่านอนนาน ๆ กล้ามเนื้อจะอ่อนกำลังและสูญเสียหน้าที่ไป แม้ว่าจะรู้สึกปวดปัสสาวะก็ไม่สามารถที่จะถ่ายปัสสาวะได้สะดวกหรือต้องใช้เวลานานหรือถ่ายกะปริบกะปรอยหรืออาจมีปัสสาวะขังในกระเพาะปัสสาวะ ทำให้เกิดการติดเชื้อของระบบปัสสาวะได้ง่าย พบได้ถึงร้อยละ 28 - 52 (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

2.2.2 ด้านจิตใจและภาวะอารมณ์

ด้านจิตใจและภาวะอารมณ์ของผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวไม่ได้ จะได้รับผลกระทบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้อันเนื่องมาจากการที่บทบาทต่าง ๆ ถูกจำกัด ได้แก่ การจัดให้ได้รับการพักผ่อนอยู่บนเตียง การให้ยาเพื่อให้หลับ การเข้าเฝือกของอวัยวะต่าง ๆ การใช้เครื่องก้ำกั๊บให้อวัยวะอยู่กับที่โดยใช้เครื่องยึดดึง (traction) ภาวะเครียดจะส่งผลทำให้การดูแลตนเองได้น้อยลง ต้องพึ่งพามากขึ้น ไม่สามารถที่จะทำกิจกรรมที่เคยทำได้ตามปกติด้วยตนเองสัมพันธ์ภาพต่อสังคมและความภูมิใจในตนเองลดลง (Graf, 2006) ส่งผลให้ผู้สูงอายุอาจมีอาการดังต่อไปนี้

1) เกิดความวิตกกังวล กลัว เกิดความไม่แน่ใจในอนาคตว่าตนสามารถจะมีภาวะสุขภาพที่ปกติดังเดิมหรือไม่ ร่วมกับความรู้สึกที่คิดว่าตนคงมีอาการหนักจึงต้องถูกจำกัดให้นอนพักบนเตียงตลอดเวลา ต้องพบสิ่งแวดล้อมใหม่ ขาดการติดต่อปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและบุคคลที่คุ้นเคยและประการสำคัญ คือ การสูญเสียบทบาทและกิจกรรมเดิมตามปกติของตน ทำให้สภาพจิตใจ

เลวลง เกิดความท้อแท้ ซึมเศร้าและสิ้นหวังในชีวิตเนื่องจากไม่สามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของตนเองและไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองตามปกติ

2) เกิดภาวะสับสน เป็นภาวะหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุฟื้นฟูสภาพได้ช้ากว่าปกติ พบได้ร้อยละ 30 - 50 และมักเกิดขึ้นภายในระหว่างวันที่ 1 - 7 หลังการผ่าตัด การต้องย้ายจากบ้านมาอยู่โรงพยาบาลอย่างรวดเร็วจากการเจ็บป่วยทำให้ไม่สามารถปรับตัวได้ทัน ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวข้างต้นเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะส่งผลให้ใช้เวลาในการรักษาและฟื้นฟูสภาพที่ยาวนาน เป็นภาระให้กับโรงพยาบาลและครอบครัว สิ้นเปลืองงบประมาณสูงอาจจะเกิดความพิการหรือนำไปสู่การเสียชีวิตได้ในที่สุด

เนื่องจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเป็นการผ่าตัดใหญ่ จึงมีความเสี่ยงในการภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นตามมาทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ ผู้สูงอายุที่มีความกลัวการหกล้มเกิดความไม่แน่ใจในอนาคตว่าตนสามารถจะมีภาวะสุขภาพที่ปกติดังเดิมหรือไม่ ร่วมกับความรู้สึกที่คิดว่าตนคงมีอาการหนักจึงจำกัดกิจกรรมตลอดเวลา ขาดการติดต่อปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและบุคคลที่คุ้นเคยและประการสำคัญ ทำให้สภาพจิตใจเลวลง เกิดความท้อแท้ ซึมเศร้าและสิ้นหวังในชีวิตเนื่องจากไม่สามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของตนเองและไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองตามปกติ

3. แนวคิดเกี่ยวกับความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุ

3.1 ความหมายของความกลัว

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีผู้ให้ความหมายของความกลัวไว้หลากหลายดังต่อไปนี้

ความกลัว เป็นความรู้สึกไม่อยากประสบสิ่งที่ไม่ดีแก่ตัว เช่น กลัวบาป กลัวถูกตีเตือน รู้สึกหวาดกลัว เพราะคาดว่าจะประสบภัย เช่น กลัวเสือ กลัวไฟไหม้ (พจนานุกรมไทยฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542)

ความกลัว เป็นความรู้สึกไม่สบายใจ ไม่แน่ใจ หวาดกลัว เป็นการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่รับรู้ว่าคุณคามหรือเป็นอันตรายต่อตนเอง (สารภี กาญจนารุจน์พันธ์, 2548) ความกลัวจึงเป็นการตอบสนองทางด้านความคิดต่อสิ่งที่คาดว่าจะอันตราย หรือ เกิดผลไม่ดีกับตัวเอง จนเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ไม่แน่ใจ ปั่นป่วนใจ ทำให้ร่างกายพร้อมที่จะหลบหรือหลีกเลี่ยงสิ่งเหล่านั้น

ความกลัว (Fear) เป็นความรู้สึกที่ต้องเผชิญกับสภาพการณ์ที่คุกคามต่อตนเอง ซึ่งบุคคลสามารถรับรู้ได้โดยผ่านประสาทสัมผัส ปฏิกริยาตอบสนองต่อความกลัวของบุคคลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม อารมณ์ และด้านสรีระ (Moores, 1987)

ความกลัว (Fear) หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองตามธรรมชาติที่มีต่อภัยคุกคาม ทั้งที่เกิดขึ้นจริงหรือเกิดจากจินตนาการ (Gullone, 2000)

ความกลัว เป็นความรู้สึกต่อเหตุการณ์ปัจจุบันที่กำลังเผชิญ สามารถบอกที่มาและสาเหตุของความกลัวได้ ความกลัวยังเป็นผลของสิ่งที่คุกคามโดยเฉพาะอย่างยิ่งคุกคามต่อความสมบูรณ์ทางชีวภาพ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541)

ความกลัวเป็นอารมณ์หนึ่งของบุคคล หากมีระดับมากโดยไม่มีเหตุผล และไม่เหมาะสมกับสิ่งที่มากระตุ้น จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตที่เรียกว่า โรควัวกลัว (Phobia)

สรุปได้ว่า ความกลัว (Fear) หมายถึง ปฏิกริยาการตอบโต้ทางอารมณ์ต่อสิ่งที่มาคุกคามที่อาจจะจริง หรือเป็นสิ่งที่จินตนาการขึ้นมา โดยการรับรู้ผ่านประสาทสัมผัสมีการประเมินศักยภาพของตนต่อสิ่งคุกคามนั้น เป็นกลไกที่ใช้ป้องกันตนเอง ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา อารมณ์ และพฤติกรรม เมื่อเกิดความกลัวบุคคลจะพยายามหลีกเลี่ยง หรือหลบเลี่ยงสิ่งที่จะมาคุกคามเพื่อลดผลกระทบจากสิ่งคุกคาม

3.2 อุบัติการณ์ความกลัวการหกล้ม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการหกล้มพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีอัตราของความกลัวการหกล้มค่อนข้างสูง กล่าวคือ ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบผู้สูงอายุเพศหญิงกลัวการหกล้ม ร้อยละ 36.2 (Boyd & Stevens, 2009) ประเทศเนเธอร์แลนด์พบผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปี ขึ้นไปกลัวการหกล้ม ร้อยละ 54.3 (Zijlstra et al., 2007) ประเทศจีนพบผู้ที่มีอายุระหว่าง 65-70 ปีกลัวการหกล้ม ร้อยละ 29.6 (Rochat et al., 2010) ประเทศโคลัมเบียพบผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปกลัวการหกล้ม ร้อยละ 83.3 (Curcio et al., 2009) และในประเทศอิตาลีพบผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปกลัวการหกล้มเกือบร้อยละ 50 (Deshpande et al., 2008) ส่วนในประเทศไทยยังมีการศึกษาเกี่ยวกับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุเรื่องปัจจัยทำนายการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนจังหวัดปทุมธานี พบว่าผู้สูงอายุกลัวการหกล้ม ร้อยละ 10.67 โดยร้อยละ 62.5 ของผู้สูงอายุที่กลัวการหกล้มเป็นผู้ที่เคยหกล้มมาก่อน (พิมวรินทร์ ลิ้มสุขสันต์, 2551)

3.3 ผลที่เกิดจากความกลัวการหกล้ม

ความกลัวการหกล้มมีผลกระทบต่อสภาพร่างกาย จิตใจ และภาวะจิตสังคมของผู้สูงอายุอย่างมาก สรุปได้ดังนี้

3.3.1 ผลกระทบด้านร่างกาย

ความกลัวความไม่มั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้สูงอายุจำกัดการปฏิบัติกิจกรรมของตนเองลงเพื่อป้องกันการหกล้ม ส่งผลกระทบตามมา ได้แก่ เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการไม่เคลื่อนไหวร่างกาย (Immobilization Syndrome) ผู้สูงอายุที่กลัวการหกล้มประมาณร้อยละ 50-83 พยายามหลีกเลี่ยงหรือจำกัดตนเองในการปฏิบัติกิจกรรม (Gillespie & Friedman, 2007; Peterson, Cho, & Finlayson, 2007; Deshpande et al., 2008; Hellstrom et al., 2009) ด้วยหวังว่าจะช่วยป้องกันตนเองจากการหกล้ม แต่ผลระยะยาวทำให้เกิด

3.3.2 ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์

ความกลัวเป็นอารมณ์ทางด้านลบซึ่งไม่เป็นที่พึงประสงค์ของคนทุกเพศทุกวัยเป็นการตอบสนองต่อสิ่งที่คุณคิดว่าจะก่อให้เกิดอันตรายหรือคุกคามชีวิต ความกลัวทำให้เกิดอาการตื่นเต้นหรือกังวลเมื่อต้องเผชิญกับสิ่งที่กลัว และอาจเกิดการหลีกเลี่ยงไม่ยอมเจอกับสิ่งนั้นๆ (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2545) ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงตามวัยในด้านจิตสังคมจากการสูญเสียบทบาทและความเสื่อมของร่างกายอยู่แล้ว หากเกิดความกลัวการหกล้มร่วมด้วย จะทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความวิตกกังวล ลังเลไม่แน่ใจในการก้าวเดินเพื่อปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ต้องคอยพึ่งพาบุตรหลาน จนเกิดความรู้สึกด้อยค่าไร้ความสามารถและเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

3.3.3 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม

ผู้สูงอายุที่ไม่กล้าก้าวเดินพยายามหาอุปกรณ์มาช่วยในการเดิน โดยพบว่า มากกว่าร้อยละ 70 จับจ่ายซื้อหามาใช้เองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ ทำให้ลักษณะและวิธีการใช้อุปกรณ์ไม่ถูกต้องเหมาะสมซึ่งการกระทำเช่นนี้ก่อให้เกิดปัญหาการหกล้มตามมา (Liu, Grando, Zabel, & Nolen, 2009) ผู้สูงอายุที่เลือกวิธีการจำกัดตนเองจากการมีกิจกรรมเพื่อป้องกันการหกล้ม จึงมีความจำเป็นต้องอาศัยบุคคลอื่นช่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้ครอบครัวต้องคอยให้การดูแลในเรื่องเหล่านี้ ไม่สามารถไปทำงานหารายได้ตามปกติได้ หรือต้องจ้างบุคคลอื่นมาคอยช่วยเหลือดูแลหรือต้องใช้วัสดุอุปกรณ์ช่วยอำนวยความสะดวกในการคงไว้ซึ่งกิจวัตรประจำวัน เช่น ผ้าอ้อมสำเร็จรูปสำหรับผู้ใหญ่ ทำให้เกิดการสิ้นเปลือง สูญเสียรายได้ มีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจและคุณภาพชีวิตของบุคคลในครอบครัวด้วย ผู้สูงอายุที่มีความกลัวการหกล้มจึงควรได้รับการประเมินระดับของความกลัวการหกล้ม เพื่อปรับแก้และลดระดับของความกลัวการหกล้มลง ซึ่งจะช่วยป้องกันผลกระทบจากความกลัวการหกล้ม

3.4 แนวคิด กลไกและปฏิกิริยาที่แสดงออกถึงความกลัว

เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามก่อให้เกิดอันตรายแก่ตนเอง จะทำให้เกิดการตอบสนองทางอารมณ์โดยแสดงความกลัวและความวิตกกังวลออกมา ความกลัวและความวิตก

กังวลเป็นอารมณ์ทางด้านลบ เมื่อบุคคลประเมินสิ่งที่กำลังเผชิญว่าเป็นความเครียดที่คุกคามก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง (Lazarus, 1991) ความกลัว (fear) และความวิตกกังวล (anxiety) เป็นอารมณ์ที่คล้ายคลึงกัน คือ เป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม โดยกระตุ้นประสาทอัตโนมัติเพื่อให้ร่างกายต่อสู้หรือหลบหนี (Chaiyawat, 2000)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความกลัวสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ ความกลัวปกติ (normal fear) และความกลัวทางคลินิก (clinical fear) หรือ โรครกลัว (phobia) โดยที่ความกลัวปกติเป็นความกลัวที่เป็นพื้นฐานของสิ่งมีชีวิต เป็นส่วนที่สำคัญที่ทำให้เกิดการปรับตัวของพัฒนาการของมนุษย์ เกี่ยวข้องกับการมีชีวิตอยู่รอด (Gullone, 2000) ส่วนความกลัวทางคลินิก หรือ โรครกลัว จะเป็นความกลัวที่เฉพาะเจาะจง กลัวมากผิดปกติ คงอยู่ยาวนานและเปลี่ยนแปลงได้ยาก หากมีระดับเพิ่มมากขึ้นโดยไม่มีเหตุผลและไม่เหมาะสมกับสิ่งที่มากระตุ้น จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ (Graziano et al., 1979)

3.2.1 กลไกการเกิดความกลัว ความกลัวเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์อย่างหนึ่งซึ่งเกิดจากการทำงานของระบบประสาท Limbic system โดยเฉพาะส่วน Amygdala ซึ่งเป็นสมองส่วนที่มีหน้าที่แปลความหมายและตอบสนองทางอารมณ์ต่อสภาวะการณ์ต่าง ๆ โดยจะประสานการทำงานระหว่าง Cortex และ Hypothalamus ซึ่งจะควบคุมความรู้สึกและการตอบสนองทางสรีระต่ออารมณ์นั้น ๆ การทำงานของสมองในขณะที่เกิดอารมณ์กลัวเมื่อมีสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความรู้สึกกลัวผ่านมายังอวัยวะรับสัมผัสแล้วส่งสัญญาณต่อมายัง Thalamus สัญญาณส่วนหนึ่งจะผ่านโดยตรงไปยัง Amygdala แล้วส่งต่อไปยัง Central nucleus ทำให้เกิดการตอบสนองทางสรีระต่าง ๆ อย่างรวดเร็วและตัดสินใจว่าจะเกิดพฤติกรรมต่อสู้ หรือถอยหนี ต่อสัญญาณอันตรายนั้นทันที สัญญาณอีกส่วนหนึ่งจะถูกส่งผ่านมายัง Cortex แล้วส่งต่อไปยัง Basolateral nucleus ผ่านทาง Internal capsule โดยการทำงานที่ผ่านวงจรนี้จะเกิดขึ้นช้ากว่า แต่จะมีการตอบสนองที่ผ่านการไตร่ตรองอย่างรอบคอบกว่าและทำให้เกิดความจำด้านอารมณ์ด้วย (ศิริไชย หงส์สงวนศรี, 2545)

3.2.2 ปฏิกริยาที่แสดงออกถึงความกลัว Moores (1987) กล่าวว่าความกลัวเป็นความรู้สึกที่ทำให้บุคคลเกิดปฏิกิริยาที่แสดงออกต่ออารมณ์ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง 3 ด้าน คือ

1) ด้านสรีรวิทยา เมื่อเกิดความกลัวร่างกายจะหลั่งสารสื่อประสาท Adrenaline ทำให้มีผลต่ออวัยวะในระบบต่าง ๆ ของร่างกายโดยเฉพาะระบบไหลเวียน ระบบหายใจ กล้ามเนื้อ ทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางประสาทสรีรวิทยาของความกลัวเป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย โดยการแสดงอาการ เช่น อาการใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว ปั่นป่วนในท้อง มือ – เท้าสั่น กล้ามเนื้อเกร็ง ปวดศีรษะ จุกแน่นหน้าอกและเหงื่อออก (Edelman, 1992) หรืออาจมีกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้ากระตุก กระพริบตาบ่อย ๆ กระสับกระส่าย

2) ด้านพฤติกรรม เมื่อต้องเผชิญสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความกลัวทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความกลัวออกมาทางร่างกายอย่างชัดเจน เช่น การแสดงออกทางใบหน้า โดยการแสดงสีหน้าตกใจ แกร่งเครียด กัดฟัน เม้มปาก ตาเบิกกว้าง มีการจับหรือยึดเกาะบุคคลอื่นไว้ หรือมีการแสดงออกถึงการหลีกเลี่ยงจากเหตุการณ์ที่ทำให้กลัวโดยพยายามที่จะหลีกเลี่ยงหรือต่อต้านสถานการณ์นั้นๆ เช่น ไม่ให้ความร่วมมือ

3) ด้านสติปัญญา ปฏิกริยาตอบสนองต่อความกลัวด้านสติปัญญาที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึคนึกคิด จะมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ที่ผ่านมาของแต่ละบุคคล ขณะที่เกิดความกลัวบุคคลจะเกิดความรู้สึคนึกคิดในทางลบต่อสิ่งนั้น ส่งผลให้กระทำในสิ่งที่บ่งบอกถึงความรู้สึกทางลบอย่างไม่เหมาะสมและไม่เกิดประโยชน์

3.5 ความกลัวการทกล้มในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ความกลัวการทกล้มได้รับความสนใจและกล่าวถึงเป็นครั้งแรกโดย Bhalal et al. (1982) โดยพบว่าผู้ป่วยจำนวน 6 รายในช่วงเวลา 2 ปีที่เข้ารับบริการในแผนกกายภาพบำบัดของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกา กลัวการยืนหรือเดินทั้ง ๆ ที่ไม่มีความผิดปกติด้านการเดิน และเมื่อประเมินความผิดปกติทางจิตพบว่า บุคคลเหล่านี้ไม่มีความผิดปกติทางจิตแต่อย่างใด เขาจึงสรุปไว้ว่าความกลัวการทกล้มนี้เป็นเพียงอารมณ์หนึ่งซึ่งเป็นการตอบสนองต่อสิ่งที่เป็อันตรายหรือคิดว่าเป็นอันตรายต่อชีวิต โดยมีอาการแสดง คือ หัวใจเต้นเร็ว ตัวสั่น หน้าซีด เหงื่อออกตัวเย็น รูม่านตาขยาย ความดันโลหิตสูง หายใจเร็ว และอาจมีปัสสาวะหรืออุจจาระราด นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี คือ กรดไขมันในเลือดมีความเข้มข้นขึ้น การหลั่งสารสื่อประสาท Adrenaline และ Nor-adrenaline เพิ่มสูงขึ้น ในต่างประเทศ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความสมดุลของร่างกายในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดสะโพกที่กลับไปอาศัยในชุมชน พบว่าผู้สูงอายุมีความกลัวการทกล้มภายหลังผ่าตัดไปแล้ว 4 – 6 เดือนถึงร้อยละ 20 – 53 (Whitehead, Miller & Crotty, 2003) และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการทกล้ม ความสามารถทางกายในผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก พบว่า ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดมากกว่า ร้อยละ 50 มีความกลัวการทกล้มและยังคงมีความกลัวการทกล้มมากจนถึงสัปดาห์ที่ 4 – 8 หลังผ่าตัด ความกลัวการทกล้มยังส่งผลต่อความสามารถทกายที่ลดลง (Visschedijk, 2013) ในประเทศไทยมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการทกล้มและความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกในโรงพยาบาลตติยภูมิ 4 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 33 คน ผู้สูงอายุร้อยละ 48.5 ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม พบว่า ความกลัวการทกล้มก่อนเริ่มฝึกเดินและความกลัวการทกล้มหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์มีความสัมพันธ์ทางลบ (อภิสิทธิ์ ตามสัตย์, 2557)

ความกลัวการหกล้ม (Ptophobia) มีรากศัพท์มาจากภาษากรีก โดยเติมคำว่า Pto หน้า คำว่า Phobia ซึ่งคำว่า “Pto” หมายถึง การหกล้ม (Ptosis) ส่วนคำว่า Phobia หมายถึง โรคกลัว ดังนั้น Ptophobia หรือความกลัวการหกล้ม จึงหมายถึง ปฏิกริยาการกลัวต่อการยืนหรือการเดิน ซึ่ง Bhalal et al. (1982) เชื่อว่า ความกลัวการหกล้มนี้ เป็นเพียงอารมณ์หนึ่งซึ่งไม่ใช่โรคกลัว สามารถปรับแก้และลดได้ด้วยวิธีกายภาพบำบัด

แนวคิดของ Tinetti et al. (1990) ได้ให้ความหมายบุคคลที่กลัวการหกล้มว่า หมายถึง บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ หรือไม่เชื่อในความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงการหกล้มขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปกติและกิจกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ซึ่งแนวคิดนี้มีรากฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเองของ (Albert Bandura) และได้พัฒนาเครื่องมือในการวัดความกลัวการหกล้ม (Fall Efficacy Scale, FES) และเครื่องมือนี้ได้รับการยอมรับอย่างมากในปัจจุบัน และนิยมนำไปใช้เป็นต้นแบบในการปรับปรุงพัฒนาเครื่องมือวัดความกลัวการหกล้ม (Moore & Ellis, 2008)

จากแนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ มีผู้ให้ความหมายของความกลัวการหกล้ม สรุปได้ดังนี้
ความกลัวการหกล้ม หมายถึง ความไม่กล้าที่จะยืนหรือเดิน เนื่องจากกลัวผลที่อาจจะเกิดขึ้น (Bhalal et al., 1982)

ความกลัวการหกล้ม หมายถึง การขาดความมั่นใจหรือไม่เชื่อในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่เกิดการหกล้ม (Tinetti et al., 1990)

ความกลัวการหกล้ม หมายถึง การสูญเสียความมั่นใจในการเคลื่อนไหวร่างกาย (Hill, Schwarz, Kalogeropoulos, & Gibson, 1996) วิทยาลัย

ความกลัวการหกล้ม หมายถึง การรับรู้ระดับของความมั่นใจของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างปลอดภัยโดยไม่หกล้ม (ลัดดา เกียมวงศ์., 2554)

ความกลัวการหกล้ม หมายถึง ความรู้สึกกลัวหรือไม่มั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยปราศจากการหกล้ม (พิมวรินทร์ ลิ้มสุขสันต์, 2551)

สรุปได้ว่า ความกลัวการหกล้ม (Fear of falling) หมายถึง ภาวะที่ผู้สูงอายุมีความกังวลว่าอาจหกล้ม ขาดความมั่นใจในการทรงตัวไม่กล้าที่จะยืนหรือเดิน ไม่มั่นใจหรือไม่เชื่อในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากกลัวการหกล้มซ้ำ เป็นความกลัวที่เฉพาะเจาะจงเกิดขึ้นตามมาหลังจากการหกล้ม ทำให้บุคคลลดหรือหยุดการทำกิจกรรม ผู้วิจัยใช้คำจำกัดความนี้ในการศึกษา

3.6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้ม

ความกลัวมีสาเหตุมาจากอิทธิพลหลาย ๆ อย่างร่วมกันอาจไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจน ผู้สูงอายุเคยหกล้มแล้วส่วนใหญ่จะเกิดความกลัวการหกล้ม จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัย ดังนี้

3.6.1 เพศ เป็นปัจจัยที่บอกความแตกต่างทางสรีรวิทยา ความแตกต่างในด้านพฤติกรรมสุขภาพ มีการศึกษาหลายเรื่อง พบว่า ความกลัวการหกล้มมักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Arfken et al., 1994; Howland et al., 1998; Kressing et al., 2001) และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายถึง 2 เท่า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549) สังคมโดยทั่วไปมีการกำหนดบทบาทของเพศชายและเพศหญิงแตกต่างกัน โดยเพศชายถูกคาดหวังถึงความเข้มแข็งกล้าหาญไม่แสดงความอ่อนแอออกมาให้เห็นโดยง่าย ตรงกันข้ามกับเพศหญิงที่มีความอ่อนแออบบางและสามารถแสดงออกถึงความกลัวและอารมณ์ในด้านต่าง ๆ ได้อย่างอิสระมากกว่าเพศชาย (สุรางค์ ใคว์ตระกูล, 2553)

3.6.2 อายุ ที่เพิ่มมากขึ้นส่งผลต่อการทำงานของอวัยวะในร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เสื่อมถอยลง ประสิทธิภาพการทำงานที่ต่าง ๆ ลดน้อยลงยิ่งอายุมากขึ้นโอกาสเกิดอุบัติเหตุก็ยิ่งมากขึ้น (Zijlstra et al., 2007) อายุที่เพิ่มขึ้นมักจะมีจำนวนโรคเรื้อรังร่วมด้วย อย่างน้อย 2 โรค และได้รับยามากกว่า 5 ชนิดมีความสัมพันธ์กับการหกล้มและความกลัวการหกล้ม

3.6.3 ประสบการณ์การหกล้ม หมายถึง การเคยเกิดเหตุการณ์การสูญเสียการทรงตัว โดยไม่ได้ตั้งใจของผู้สูงอายุ ทำให้ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายหรือร่างกายทั้งตัวของผู้สูงอายุสัมผัสกับพื้น ไม่ได้เกิดจากแรงกระทำภายนอก โดยไม่รวมการหกล้ม อันเกิดจากการเป็นลมหรือการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มส่วนใหญ่จะเกิดความกลัวการหกล้ม เพราะความกลัวในเรื่องใดมักสัมพันธ์กับประสบการณ์ที่ไม่ดีในเรื่องนั้น ๆ (รัตนา สายพานิชย์ และสุวรรณี พุทธิศรี, 2548) ประสบการณ์การเกิดกระดูกหักจากการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนสามารถทำนายความกลัวการหกล้มได้ (Lach, 2005; Mann et al., 2006) ประสบการณ์การหกล้มในระยะเวลา 3 เดือน (Fletcher & Hirdes, 2004) 6 เดือน (Zijlstra et al., 2007; Kempen et al., 2009) หรือ 1 ปีที่ผ่านมา (Murphy et al., 2002; Suzuki et al., 2002; Murphy et al., 2003; Martin et al., 2005; Deshpande et al., 2008; Filiatrault et al., 2009) ล้วนมีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ

3.6.4 การรับรู้สมรรถนะของตน (Self - efficacy) ด้วยผู้ที่หกล้มและมีกระดูกสะโพกหักต้องเข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาล หลังผ่าตัดผู้สูงอายุจะ อ่อนล้าหมดพลัง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ประกอบกับระยะเวลาการรักษาและฟื้นฟูที่ยาวนาน ทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังการผ่าตัดลดลง (low self- efficacy) เกิดความไม่มั่นใจในตนเองว่าจะสามารถฝึก

ยืนหรือเดินได้ถูกต้องหรือไม่ (Denkinger et al., 2010) หลังผ่าตัดผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้น ต้องทำกิจกรรมด้วยความระมัดระวังการเคลื่อนไหวของข้อสะโพก การรับรู้ความสามารถที่ต่ำลง และความไม่มั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรม (Fuzhong et al., 2002; Hellstrom et al., 2009) ทำให้มีปัญหาทางด้านจิตใจตามมา คือ กลัวการหกล้ม (Tinetti et al., 1990) ผู้สูงอายุจึงพยายามหลีกเลี่ยงหรือจำกัดกิจกรรม เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เพราะรับรู้ความสามารถหรือมีความเชื่อมั่นลดต่ำลง (Tinetti et al., 1993) จึงมีความกลัวการหกล้มซ้ำอีกเมื่อต้องปฏิบัติกิจกรรม (Kempen et al., 2009; Murphy et al., 2002)

3.6.5 ความสามารถในการทรงตัว ความสามารถในการทรงตัว หมายถึงความสามารถในการรักษาจุดศูนย์กลางมวล (Center of mass) หรือจุดศูนย์กลาง (Center of gravity) ของร่างกายให้คงอยู่บนฐานที่รองรับร่างกาย (แดนเนาวรัตน์ จามรจันทร์ และคณะ, 2548) จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาเป็นจำนวนมาก เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการหกล้มกับความสามารถในการควบคุมสมดุลร่างกายของผู้สูงอายุ สรุปได้ว่า ความสามารถในการทดสอบดังกล่าวของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้ม

3.6.6 การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความคิดความเข้าใจของตนเองต่อการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพ เป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกและความคิดเห็นต่อภาพรวมของสุขภาพตนเอง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ระดับการรับรู้ความสามารถของบุคคลขึ้นอยู่กับการประเมินความยากง่ายของเหตุการณ์ของแต่ละบุคคล หากบุคคล การคิดว่าตนเองมีภาวะสุขภาพไม่ดีเป็นการมองตนเองในด้านลบ ซึ่งมีผลโดยตรงต่อการลดระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาเป็นจำนวนมากที่สนับสนุนเหตุผลดังกล่าว ได้แก่ การศึกษาของ Mannet et al. (2006) และ Kempen et al. (2009) พบว่า ผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตไม่ดีกลัวการหกล้ม การศึกษาของ Zijlstra et al. (2007) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตไม่ดีกลัวการหกล้มมากกว่าผู้ที่รับรู้ว่าคุณภาพดี 6.93 เท่า

3.7 การประเมินความกลัวการหกล้ม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความกลัวการหกล้มสามารถประเมินได้จากการสัมภาษณ์และแบบประเมินต่าง ๆ ซึ่งมีดังนี้

3.7.1 การสอบถามโดยตรง (Silverton & Tideiksaar, 1989 cited in Jung, 2008) เป็นการประเมินความกลัวการหกล้ม โดยสอบถามความรู้สึกของผู้ตอบโดยตรงว่า “กลัวหรือไม่กลัวการหกล้ม” ซึ่งข้อดีของการประเมินด้วยวิธีนี้คือ สะดวก รวดเร็ว และใช้เวลาน้อยในการประเมิน แบ่งออกเป็น 2 ชนิดย่อยตามลักษณะของคำตอบ ได้แก่

ตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ซึ่งคำตอบในลักษณะนี้มีข้อจำกัด คือ ไม่สามารถบอกได้ว่า ผู้ตอบมีระดับของความกลัวการหกล้มมากน้อยเพียงใด

คำตอบที่ระบุถึงระดับของความกลัว ซึ่งมี 2 ชนิด ได้แก่ คำตอบที่มีการตอบ 4 ระดับ และ 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับน้อยสุด คือ ไม่กลัวเลย จนถึงกลัวมากที่สุดตามลำดับ 1-4 หรือ 1-5 ทำให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดขึ้นว่ามีความกลัวการหกล้มมากน้อยเพียงใด

3.7.2 แบบประเมิน Falls-efficacy Scale (FES) เป็นแบบประเมินความกลัวการหกล้มของ Tinetti et al. (1990) ที่สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดมาจากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) และให้คำจำกัดความของความกลัวการหกล้มไว้ว่า บุคคลที่กลัวการหกล้มหมายถึง บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ หรือไม่เชื่อในความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงการหกล้มขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปกติ และกิจกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม

แบบประเมิน FES ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ ซึ่งสอบถามเกี่ยวกับระดับความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันอย่างปลอดภัยไม่เกิดการหกล้ม กิจกรรมที่สอบถามนั้นเป็นกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน 10 กิจกรรม ตัวอย่างเช่น การอาบน้ำ การหยิบของที่อยู่เหนือระดับศีรษะ แต่ละข้อคำถามมีระดับของคำตอบเริ่มจาก 1-10 โดย 1 หมายถึง มีความมั่นใจมาก และ 10 หมายถึง มีความมั่นใจน้อย ตามลำดับ คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 10-100 คะแนน การแปลผลคะแนน คือ ค่าคะแนนที่มาก หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับต่ำ หากประเมินแล้วได้คะแนนรวมสูงกว่า 70 คะแนน ถือว่า บุคคลนั้นกลัวการหกล้ม (Tinetti et al., 1990) และได้นำแบบประเมินนี้ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่การรับรู้ปกติและมีความสามารถในการดูแลตนเอง พบว่าคุณภาพของเครื่องมือนี้มีค่าความเที่ยง (Reliability) จากการตรวจสอบด้วยค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ .90 และค่าความคงที่ (Stability) จากการตรวจสอบด้วยวิธีการวัดซ้ำ (Test-retest Method) พบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .71 แบบประเมินนี้ได้รับการยอมรับอย่างมากในปัจจุบัน และนิยมนำไปใช้เป็นต้นแบบในการปรับปรุงพัฒนาเครื่องมือวัดความกลัวการหกล้ม (Moore & Ellis, 2008)

แบบประเมิน FES ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back Translation โดยธีรนุช ห่านิรัตติชัย (2551) รวมทั้งมีการตรวจสอบความเที่ยงกับผู้สูงอายุจำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.98 และมีการนำมาพัฒนาต่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก โดยอภิสิทธิ์ ตามสัตย์ (2557) ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .93 และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก จำนวน 33 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ .97

3.7.3 Amended Falls-efficacy Scale (amFES) เป็นแบบประเมินความกลัวการหกล้มที่ Buchner et al. (1993) ดัดแปลงมาจากแบบประเมิน FES ของ Tinetti et al. (1990) แบบประเมินนี้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการศึกษาผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและมีลักษณะของความเปราะบาง โดยเปลี่ยนข้อความของคำถาม จากคำว่า “มั่นใจเพียงใด” (How Confident) มาเป็นคำว่า “กลัวการหกล้มมากเพียงใด” (How Concerned) ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรมภายในบ้าน เช่น การลุกนั่งจากเก้าอี้ การเตรียมอาหารอย่างง่าย ๆ เป็นต้น ส่วนคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ 1-4 เรียงลำดับจากน้อยไปมาก จากการทบทวนงานวิจัย อย่างเป็นระบบของ Moore and Ellis (2008) ในเรื่องเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความกลัวการหกล้ม พบว่า นับตั้งแต่เดือน ตุลาคม ค.ศ. 2006 เป็นต้นมา ไม่มีการศึกษาใดเลยที่นำแบบประเมินนี้ไปใช้และไม่ได้ชี้แจงเหตุผลใดไว้

3.7.4 Revised Falls-efficacy Scale (rFES) เป็นแบบประเมินที่ดัดแปลงจาก FES ฉบับเดิมของ Tinetti et al (1990) ลักษณะข้อคำถามเป็นการถามความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเช่นเดิม ระดับของคะแนนคำตอบเริ่มต้นที่ 0 คือ ไม่มั่นใจเลย จนกระทั่งถึง 10 คือ มั่นใจมากที่สุด ตามลำดับ ซึ่งการให้คะแนนนี้ต่างกับ FES ฉบับเดิม กล่าวคือ ระดับคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความมั่นใจมากที่จะปฏิบัติกิจกรรมโดยไม่เกิดการหกล้มหรือไม่กลัวการหกล้ม ในขณะที่คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความมั่นใจน้อยในการปฏิบัติกิจกรรมโดยไม่เกิดการหกล้มหรือกลัวการหกล้มนั่นเอง พบมีการศึกษาจำนวนน้อยที่นำแบบประเมินนี้ไปใช้ (Moore & Ellis, 2008)

3.7.5 The Modified Falls Efficacy Scale (MFES) เป็นแบบประเมินความกลัวการหกล้มที่ Hill et al. (1996) ได้ดัดแปลงมาจาก FES โดยเพิ่มข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ เพื่อให้ครอบคลุมกิจวัตรประจำวันภายนอกบ้านของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจมีผลต่อระดับความกลัวการหกล้ม ได้แก่ กิจกรรมการใช้บริการขนส่งสาธารณะ การข้ามถนนการทำสวนเล็ก ๆ น้อย ๆ และการใช้บันไดภายในบริเวณบ้าน ส่วนระดับคะแนนคำตอบมี 10 ระดับและเป็นแผนภาพแสดงระดับ (visual analog) โดยเริ่มจาก 0 คือ ไม่มั่นใจ 5 คือ มั่นใจปานกลางและ 10 คือ มั่นใจมากที่สุด ตามลำดับ แบบประเมินมีทั้งหมด 14 ข้อ ใช้เวลาในการประเมิน 5-15 นาที การคิดคะแนน คะแนนเต็มคือ 10 คะแนน ค่าปกติ คือ 9.2-10 คะแนนแบบประเมินนี้มีค่า Skew ต่ำกว่า FES เล็กน้อย คือ MFES = -2.4, FES = - 3.3 มีการนำไปใช้ในโปรแกรมการป้องกันการหกล้ม พบว่า ทั้งค่าความเที่ยงและค่าความตรงของเครื่องมือนี้ คือค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคมากกว่าหรือเท่ากับ .90 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation Coefficient or Intra-class Correlation Coefficient: ICC) มากกว่าหรือเท่ากับ .7 และค่าความเที่ยงของการวัด (Interrater Reliability) มากกว่าหรือเท่ากับ .9 (Scheffer et al., 2008; Jostad, Hauer, Becker, & Lamb, 2005)

3.7.6 Falls Efficacy Scale-international (FES-I) เป็นแบบประเมินความกลัวการหกล้มที่สร้างและพัฒนาโดยสมาคมป้องกันการหกล้มแห่งยุโรป (ProFaNE, 2006) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินความกลัวการหกล้มที่เป็นสากลในระดับนานาชาติ โดยจัดทำเป็นภาษาอังกฤษ เครื่องมือนี้ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย มีค่าความตรง เท่ากับ .96 และค่าความเที่ยง เท่ากับ .96 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากการทดสอบซ้ำ เท่ากับ .96 (Yardley et al., 2005) ถือได้ว่าคุณภาพของเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ที่ดีมาก และมีการตรวจสอบความแตกต่างเมื่อนำไปใช้กับผู้สูงอายุ ในชุมชนที่แตกต่างกันทางชนชาติ วัฒนธรรมและภาษา โดยแปลเครื่องมือนี้เป็นภาษาต่าง ๆ และนำไปใช้ในประเทศเยอรมันเนเธอร์แลนด์และอังกฤษ ซึ่งสามารถใช้วัดได้ดีไม่แตกต่างกัน (Kempen et al., 2007) แบบประเมินนี้มีการแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back Translation โดย ลัดดา เกียมวงศ์ (2554) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือประเมินอาการกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุไทย ความเชื่อมั่นสอดคล้องภายในของเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .95 แบบประเมินนี้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับระดับความกลัวการหกล้มเมื่อต้องปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งหมด 16 กิจกรรม ประกอบด้วย กิจกรรมทางกายและกิจกรรมทางสังคมทั้งที่ง่ายและยาก ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จาก 1-4 โดย เกณฑ์การแปลผลคะแนน คือ คะแนนตั้งแต่ 16-21 คะแนน แสดงว่า ไม่กลัวการหกล้มคะแนนตั้งแต่ 22-27 คะแนน แสดงว่า กลัวการหกล้มเล็กน้อยถึงปานกลาง และคะแนนตั้งแต่ 28-64 คะแนน แสดงว่า กลัวการหกล้มมาก (ลัดดา เกียมวงศ์, 2554)

3.7.7 The Activities-specific Balance Confidence Scale (ABC) แบบประเมินนี้ใช้แนวคิดของการรับรู้ความสามารถตนเองเช่นกัน เป็นการประเมินความมั่นใจในการทรงตัวของร่างกายขณะปฏิบัติกิจกรรม (Powell & Myers, 1995 cited in Moore & Ellis, 2008) แบบประเมินนี้สามารถบอกแนวโน้มของการหลีกเลี่ยงการปฏิบัติกิจกรรมได้ จึงมักนำไปใช้ในในกลุ่มผู้ป่วยที่ตัดขา (amputation population) หรืองานกายภาพบำบัด เพื่อดูระดับความกลัวและแนวโน้มการหลีกเลี่ยงการปฏิบัติกิจกรรม (Miller, 2003) ประกอบด้วย 16 กิจกรรม ค่าความเที่ยงของเครื่องมือนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .96 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากการทดสอบซ้ำ เท่ากับ .92 (Moore & Ellis, 2008)

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบ มีการใช้เครื่องมือในการประเมินความกลัวการหกล้ม เช่น การสอบถามด้วยคำถามเดียวว่า “กลัวการหกล้มหรือไม่” ของ เปรมกมล ขวนขวย (2550) แบบประเมิน MFES ของ Hill et al. (1996) โดย แดนเนาวรัตน์ จามรจันทร์ และคณะ (2548) และแบบประเมิน FES ของ Tinetti et al. (1990) โดยพิมวรินทร์ ลิ้มสุขสันต์ (2551) และ อภิสิทธิ์ ตามสัตย์ (2557) และเริ่มมีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุไทยโดยการนำแบบประเมิน FES-I มาแปลเป็นภาษาไทย (Thai FES-I) โดย ลัดดา เกียมวงศ์ (2554)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกแบบประเมิน FES ของ Tinetti et al. (1990) มาใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพราะเป็นแบบประเมินที่มีแนวคิดมาจากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) เป็นข้อคำถาม 10 ข้อ ที่สอบถามกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน 10 กิจกรรม ซึ่งสอบถามเกี่ยวกับระดับความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันอย่างปลอดภัยไม่เกิดการหกล้ม เป็นแบบสอบถามที่มีการนำมาแปลและใช้ในบริบทของผู้สูงอายุไทย มีค่าความเที่ยงสูง และผู้วิจัยใช้ Thai FES-I มาใช้ในการประเมินตัวแปรตามเพราะมีข้อคำถามที่ละเอียดเพิ่มขึ้นจาก FES 6 ข้อ ครอบคลุมกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติทั้งที่ง่ายและยาก การแปลผลคะแนนมีความละเอียดขึ้นตั้งแต่ไม่ก่การหกล้ม ก่การหกล้มเล็กน้อย และก่การหกล้มมาก ได้รับการแปลให้เข้ากับผู้สูงอายุไทย และมีความเที่ยงสูง

เมื่อพิจารณาข้อคำถาม 10 ข้อ ที่สร้างจากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) สอบถามกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน 10 กิจกรรมซึ่งสอบถามเกี่ยวกับระดับความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันอย่างปลอดภัยไม่เกิดการหกล้ม เป็นแบบสอบถามที่มีการนำมาแปลและใช้ในบริบทของผู้สูงอายุไทย มีค่าความเที่ยงสูง ผู้วิจัยจึงนำแบบประเมิน FES ของ Tinetti et al. (1990) ที่แปลโดย อภิสสิทธิ์ ตามสัตย์ (2557) มาใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และผู้วิจัยใช้ Thai FES-I มาใช้ในการประเมินตัวแปรตามเพราะมีข้อคำถามที่ละเอียดเพิ่มขึ้นจาก FES 6 ข้อ ครอบคลุมกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติทั้งที่ง่ายและยาก การแปลผลคะแนนมีความละเอียดขึ้นตั้งแต่ไม่ก่การหกล้ม ก่การหกล้มเล็กน้อย และก่การหกล้มมาก ได้รับการแปลให้เข้ากับผู้สูงอายุไทย และมีความเที่ยงสูง

4. แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) เชื่อว่า ความคาดหวังความสามารถของตนเอง (efficacy expectation) เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งความคาดหวังนี้ เรียกว่า “การรับรู้ความสามารถของตนเอง” (perceived self-efficacy) ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเอง คือ การตัดสินใจหรือความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ บุคคลสองคนที่มีความสามารถไม่ต่างกันอาจแสดงออกในพฤติกรรมที่มีคุณภาพแตกต่างกันได้ หากบุคคลสองคนนี้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่แตกต่างกัน ในคนคนเดียวก็เช่นกันถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกัน ก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกัน การรับรู้ความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัวมีความยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นสิ่งที่จะกำหนดประสิทธิภาพของการแสดงพฤติกรรม

จึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาวะนั้นนั่นเอง กล่าวคือ บุคคลที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถก็จะพยายามแสดงออกอย่างเต็มที่ไม่ว่าจะง่าย ๆ จนประสบความสำเร็จในที่สุด

Bandura (1997) กล่าวว่า ที่มาของการรับรู้ความสามารถของบุคคลมีแหล่งที่มาและการพัฒนามาจากสิ่งต่าง ๆ ดังนี้

4.1 ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Enactive mastery experience) หมายถึง ประสบการณ์โดยตรงของบุคคลที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตนเอง การกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองหลาย ๆ ครั้ง จะส่งผลให้บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้น ทำให้บุคคลมีความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ แม้จะต้องพบกับอุปสรรคหรือความล้มเหลวในบางครั้งแต่ก็จะไม่มองว่าความล้มเหลวนั้นเกิดจากตนเองไม่มีความสามารถ แต่คิดว่าอาจเกิดมาจากปัจจัยอื่น ๆ เช่น ความพยายามไม่เพียงพอหรือสถานการณ์ไม่เอื้ออำนวย ซึ่งต่างกับบุคคลที่ประสบความล้มเหลวในการกระทำกิจกรรมอยู่เสมอบุคคลเหล่านี้ จะมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำหรือลดลง อย่างไรก็ตามบุคคลสามารถพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองได้ โดยการส่งเสริมและฝึกให้บุคคลมีทักษะที่เพียงพอในการกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จ ร่วมกับการทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ เพื่อให้เกิดความพยายามที่จะทำงานและไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคจนประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย ซึ่งการประสบความสำเร็จอาจเกี่ยวข้องกับ

- 1) ความรู้พื้นฐานของบุคคล (Preexisting self-knowledge structures)
- 2) การประเมินความยากของเหตุการณ์ (Difficulty and contextual factors in the diagnosticity of performance information) ความรู้สึกว่าประสบความสำเร็จนั้นขึ้นอยู่กับ การประเมินค่าความยากง่ายของเหตุการณ์ของแต่ละบุคคล
- 3) การใช้ความพยายาม (Effort expenditure)
- 4) การเลือกจดจำความสำเร็จหรือความล้มเหลว (Selective self-monitoring and reconstruction of enactive experiences) การจดจำความสำเร็จจะทำให้เกิดความภาคภูมิใจ และมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง

4.2 การเห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) การสังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้รับผลที่พึงพอใจ จะทำให้ผู้ที่สังเกตฝึกความรู้สึกว่าตนเองก็สามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ถ้าพยายามจริงและไม่ย่อท้อการให้ดูตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเอง จะสามารถช่วยลดความกลัวในการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลได้ ตัวแบบมี 2 ประเภท คือ

- 1) ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (Self-modeling) เป็นตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง ลักษณะของตัวแบบควรเป็นบุคคลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกต เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ฐานะเศรษฐกิจและสังคม นอกจากนี้ ควรจะมีทัศนคติ ความสามารถ

ใกล้เคียงกับผู้สังเกต เพราะจะทำให้ผู้สังเกตเกิดความมั่นใจว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงนั้นมีความเหมาะสมและตนเองสามารถที่จะกระทำได้นี้เนื่องจากมีความคล้ายคลึงกับตนเอง

2) ตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic modeling) เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุทัศน์ และการ์ตูน เป็นต้น การเสนอตัวแบบด้วยวิธีนี้ จะสามารถเตรียมเรื่องราวของตัวแบบได้ สามารถเน้นจุดสำคัญของพฤติกรรมที่ต้องการได้ สามารถนำไปใช้กับกลุ่มบุคคลจำนวนมากและในสถานที่ต่าง ๆ ได้ เช่น ภาพยนตร์ วิทยุทัศน์ หนังสือ เป็นต้น ซึ่งตามแนวคิดของ Bandura (1997) ประกอบด้วยกระบวนการ 4 ประการ ดังนี้

2.1) กระบวนการตั้งใจ (Attention processes) บุคคลไม่สามารถเรียนรู้ได้จากการสังเกต ถ้าไม่มีความตั้งใจและรับรู้อย่างแม่นยำถึงพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออก กระบวนการตั้งใจจะทำให้บุคคลสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ และจะเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลจะสังเกตอะไรจากตัวแบบ ปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการตั้งใจ คือตัวแบบต้องมีความเหมาะสมมีลักษณะที่เด่นชัดทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจ พฤติกรรมที่แสดงออกต้องไม่ซับซ้อน และมีประโยชน์ต่อผู้สังเกต รวมทั้งควรมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกต นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของผู้สังเกตด้วย ได้แก่ความสามารถในการรับรู้ เช่น ความสามารถในการเห็นและการได้ยิน ประสบการณ์เดิม ความสามารถทางปัญญาที่ต่างกัน ทำให้บุคคลสนใจพฤติกรรมของตัวแบบและตีความสิ่งที่ได้รับรู้มาแตกต่างกัน

2.2) กระบวนการเก็บจำ (Retention processes) เป็นกระบวนการที่บุคคลเก็บรวบรวมข้อมูลจดจำลักษณะพฤติกรรมของตัวแบบ แล้วแปลงข้อมูลไปเป็นรูปแบบสัญลักษณ์และจัดโครงสร้างทางปัญญาเพื่อให้จดจำง่ายขึ้น จึงทำให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมเลียนแบบตามทันที หรือแสดงเลียนแบบภายหลังการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบผ่านไประยะหนึ่ง

2.3) กระบวนการกระทำ (Production processes) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บจดจำไว้ออกมาเป็นการกระทำ พฤติกรรมนั้นจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับสิ่งที่จำในการสังเกตและแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม การได้ข้อมูลย้อนกลับจากการกระทำของตนเองและการได้เทียบเคียงการกระทำภาพที่จำได้ จะช่วยให้สามารถปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมเลียนแบบของตนจนเป็นที่พอใจ ประกอบกับลักษณะของผู้สังเกตต้องมีสมรรถภาพทางกายและทักษะที่จะนำไปทำพฤติกรรมตามตัวแบบ

2.4) กระบวนการจูงใจ (Motivation processes) Bandura (1965, 1982) อธิบายว่าเป็นกระบวนการที่บุคคลเกิดการเรียนรู้แล้วมีการกระทำพฤติกรรมหรือไม่ขึ้นอยู่กับที่ได้รับแรงเสริมหรือรางวัลจูงใจให้กระทำ ได้แก่ สิ่งจูงใจภายนอก เช่น สิ่งของ รางวัล ความรู้สึกพอใจ การยกย่อง ชมเชย การเป็นที่ยอมรับของสังคม สิ่งจูงใจที่เห็นผู้อื่นได้รับจากการกระทำพฤติกรรม ถ้าพฤติกรรมของตัวแบบได้ผลเป็นที่น่าพอใจ ก็จะจูงใจให้ผู้สังเกตกระทำพฤติกรรมนั้น

เพราะบุคคลอาจเกิดความคาดหวังว่าจะได้รับผลเหมือนดังเช่นตัวแบบที่ได้รับ สิ่งจูงใจของตนเองอาจเป็นสิ่งของหรือการประเมินตนเอง บุคคลจะมีมาตรฐานของตนเอง ที่เป็นแรงจูงใจให้กระทำตามตัวแบบและกระทำตามตัวแบบถ้าการกระทำนั้นเกิดผลดี

4.3 การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) เป็นการบอกด้วยคำพูดว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้เป็นวิธีการที่ง่ายใช้กันทั่วไป คำพูดที่ใช้จะเป็นลักษณะที่ชักจูงแนะนำ อธิบาย และชื่นชม ทำให้เกิดกำลังใจ แต่การใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยจะได้ผลนักหรือมีผลในระยะสั้น ๆ ต่อการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ถ้าจะให้ได้ผลดีควรจะใช้ร่วมกับวิธีการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจต้องค่อย ๆ สร้างความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไป จนเกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน

4.4 สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and affective state) สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง บุคคลที่มีภาวะสุขภาพดี ร่างกายแข็งแรงจะมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง หากบุคคลมีร่างกายที่อ่อนแอหรือมีการเจ็บป่วย ปวด เหนื่อยล้า หรือไม่สุขสบาย จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง ส่วนสภาวะทางด้านอารมณ์นั้นอารมณ์ทางด้านบวก เช่น ความพึงพอใจ ความสุขใจ ความมีคุณค่าในตนเอง จะส่งผลให้บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น ในทางตรงกันข้ามอารมณ์ทางด้านลบ เช่น ความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล จะมีผลให้การรับรู้ความสามารถตนเองลดลง หรือทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมจากแนวคิดเกี่ยวกับความกลัวการหกล้มของ Bhalal et al. (1982) และ Tinetti et al. (1990)

สรุปได้ว่า ความกลัวการหกล้มเป็นอารมณ์หนึ่งที่ไม่กล้ายืนหรือเดิน เพราะคิดว่าเป็นสิ่งที่อันตรายต่อตนเอง มักพบมากในวัยผู้สูงอายุที่เคยเกิดการหกล้มมาก่อน ซึ่งความกลัวการหกล้มนี้ไม่ใช่ภาวะโรคจิตแต่อย่างใด และสามารถปรับแก้หรือลดความกลัวได้ด้วยวิธีการฟื้นฟูสภาพบำบัด ส่วนการประเมินความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุนั้น ทำได้โดยประเมินระดับการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้สูงอายุ ในการหลีกเลี่ยงการหกล้มขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปกติและกิจกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ซึ่งความกลัวในเรื่องใด ๆ ของบุคคล หากมีระดับที่สูงและไม่สัมพันธ์กับสิ่งที่มากระตุ้น จะเกิดเป็นโรคกลัวและเกิดพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสิ่งทีกลัว ความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ จึงควรได้รับการประเมินเพื่อวางแผนป้องกันการจำกัดพฤติกรรมและส่งเสริมความมั่นใจของผู้สูงอายุ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

5. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความกลัวการหกล้ม

การหกล้มเป็นปัญหาที่สำคัญและพบบ่อยในผู้สูงอายุ เมื่อเกิดการหกล้มขึ้นมักส่งผลกระทบต่อตามมา ทำให้ผู้สูงอายุไม่มั่นใจในความสามารถของตนเอง พยายามหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรม ต้องพึ่งพาผู้อื่น Howland et al (1993) กล่าวว่า พยาบาลมีบทบาทดังต่อไปนี้

5.1 บทบาทในการประเมิน (Assessment) การประเมินความกลัวการหกล้มหลังผ่าตัด เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเป็นสิ่งสำคัญในกระบวนการพยาบาล เนื่องจากการค้นหาสาเหตุความต้องการของผู้สูงอายุ พยาบาลต้องมีความเข้าใจในการประเมินปัญหา โดยเฉพาะกลไกในการเกิดความกลัวที่รุนแรงขึ้น เพื่อให้เข้าใจและสามารถให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม

5.2 บทบาทในการดูแล (Nursing care) ถือเป็นบทบาทโดยตรงของพยาบาลวิชาชีพทุกคน ควรมีการจัดการในการดูแล โดยใช้ทักษะกระบวนการพยาบาลการดูแลแบบองค์รวมทั้ง 4 มิติ ร่วมกับมีความรู้ในกระบวนการสูงอายุ เพื่อนำไปใช้ในการจัดกิจกรรมให้มีความเหมาะสมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และวัฒนธรรม ดูแลผู้สูงอายุให้กลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติหรือใกล้เคียงปกติหรือ มีคุณภาพมากที่สุด

5.3 บทบาทในการประสานงาน (Coordination) การดำเนินงานต่าง ๆ ของพยาบาลไม่สามารถดำเนินงานได้เพียงผู้เดียว ซึ่งพยาบาลต้องทำงานร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ชุมชน และหน่วยงานที่สามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชน นอกจากนี้การประสานงานกับครอบครัวหรือผู้ดูแล โดยการสร้างเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน ดังนั้นพยาบาลจึงมีหน้าที่คอยช่วยเหลือเพื่อให้เกิดการดูแลที่ครอบคลุมและเป็นประโยชน์ในทุก ๆ ด้าน

5.4 บทบาทในการให้คำปรึกษา (Counseling) เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีความกลัวการหกล้ม จะพยายามหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรม ลดการเคลื่อนไหว นำไปสู่ภาวะพึ่งพาและกลายเป็นภาระของครอบครัวในระยะยาว พยาบาลจึงมีส่วนสำคัญในการเป็นที่ปรึกษา ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลทั้งต่อตัวผู้สูงอายุและครอบครัว สอนและแนะนำการปฏิบัติตัว การดูแลที่ถูกต้องและปลอดภัย เป็นผู้ที่เสริมสร้างความเชื่อมั่นและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถกลับมาดำรงชีวิตในสังคมได้

5.5 การทำวิจัย (Researching) เป็นการพัฒนาคำความรู้ และทักษะทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาลต้องมีความสามารถในการสืบค้นงานวิจัย หรือหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีความกลัวการหกล้ม โดยใช้หลักฐานที่เป็นปัจจุบัน เพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เพื่อให้ทราบถึงปัญหาและความต้องการนำมาใช้ประโยชน์ทางด้านสุขภาพให้ดีขึ้น

5.6 เป็นผู้พิทักษ์สิทธิ์ผู้สูงอายุ (Advocator) การดูแลโดยเน้นผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางนั้น พยาบาลต้องเป็นผู้พิทักษ์สิทธิ์และผลประโยชน์ของผู้สูงอายุให้ได้รับกิจกรรม การบริการที่เหมาะสม ถูกต้องและเท่าเทียม โดยผู้สูงอายุได้รับข้อมูลในการตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมอย่างถูกต้องและครบถ้วน

6. โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุที่ได้รับผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) กล่าวว่า การส่งเสริมบุคคลให้เกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมสามารถสร้างโดยการสนับสนุนจาก 4 แหล่ง ได้แก่ ประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จ การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ผู้อื่น การใช้คำพูดชักจูง การกระตุ้นด้านร่างกายและอารมณ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิด การส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) มาสร้างโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

1) การใช้คำพูดชักจูง เป็นการใช้คำพูดชักชวน แนะนำ อธิบายให้เชื่อว่ามี ความสามารถที่จะทำได้ประสบผลสำเร็จ การใช้คำพูดชักจูงสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถ จะทำให้เกิดกำลังใจรับรู้สมรรถนะตนเองและมีความพยายามปฏิบัติได้จนเกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน มีความมั่นใจในการที่จะทำกิจกรรมโดยไม่เกิดความกลัว ผู้วิจัยจัดกิจกรรมหลังผ่าตัด ได้แก่ สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม และการฟื้นฟูร่างกายหลังผ่าตัดผ่านสื่อการสอนภาพนิ่งและแผ่นพับ และยกตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมมาก่อนที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเองผ่านสื่อการสอนภาพนิ่งและแผ่นพับ

2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ผู้อื่น เป็นการได้เห็นประสบการณ์ผู้อื่นผ่านตัวแบบสัญลักษณ์โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ ให้ผู้สูงอายุได้สังเกตตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเอง แสดงพฤติกรรม เกิดแรงจูงใจและเชื่อมั่นในการทำกิจกรรมใด ๆ ของตนให้ประสบความสำเร็จได้ โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมชมวีดิทัศน์ การได้เห็นตัวแบบสัญลักษณ์แสดงการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เช่น การสาธิตวิธีการพลิกตะแคงตัว การลุกนั่งบนเตียง การบริหารกล้ามเนื้อด้วยตนเอง การปฏิบัติกิจวัตร การฝึกยืนหรือเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยพยุง จะทำให้ผู้สูงอายุประเมินค่าความสามารถของตนเอง จากการเปรียบเทียบความสำเร็จบุคคลอื่นที่มีลักษณะคล้ายกันมาเป็นมาตรฐานการตัดสินใจ การใช้สื่อวีดิทัศน์ เป็นสื่อที่แสดงการเคลื่อนไหวประกอบเสียงที่ให้เห็นภาพและความรู้สึกที่เหมือนจริง สามารถเน้นจุดสำคัญของสถานการณ์และพฤติกรรมให้เด่นชัดได้ การให้ดูตัวแบบจะทำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะ

ของตนเองว่ามีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมได้เหมือนกับตัวแบบ และมีความมั่นใจไม่เกิดความกลัวในการปฏิบัติกิจกรรม

3) ประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จ ประสบการณ์โดยตรงที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตนเองหลาย ๆ ครั้ง จะส่งผลให้รับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้นเกิดความพยายามและมั่นใจในการทำกิจกรรม เกิดทักษะและพัฒนาความสามารถในการกระทำกิจกรรมให้สำเร็จโดยไม่กลัวที่จะหกล้ม ผู้วิจัยจัดกิจกรรมการฝึกปฏิบัติแก่ผู้สูงอายุหลังจากชมการสาธิตในวีดิทัศน์ด้วยตนเองโดยผู้วิจัยเป็นผู้ช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด

4) การกระตุ้นด้านร่างกายและอารมณ์ ด้วยสภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุ เนื่องจากสภาวะร่างกายที่ดีจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้น เกิดความมั่นใจและพยายามในการทำกิจกรรมให้สำเร็จโดยไม่กลัวการหกล้ม ผู้วิจัยสอบถามอาการและประเมินสัญญาณชีพก่อนทำกิจกรรมทุกครั้ง เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยโดยผู้วิจัยเป็นผู้ตอบ และการติดตามทางโทรศัพท์เพื่อพูดคุยซักถามปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมที่บ้าน พร้อมทั้งกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ใช้เวลาครั้งละ 10 – 15 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง หลังจำหน่ายในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 4

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ยุพิน ถนอวนิชย์ และพรชัย จุลเมตต์ (2546) ศึกษาการเปลี่ยนผ่านในชีวิตผู้สูงอายุภายหลังมีภาวะข้อสะโพกหักขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเปรียบเทียบภาวะสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำ กลายเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่มีความมั่นใจกับสภาพร่างกายของตนเองและกลัวการหกล้มซ้ำ

ลักษณา มะรังกา (2553) ศึกษาประสบการณ์ความกลัวต่อการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มกลัวการหกล้มซ้ำ คิดว่าตนเองมีข้อจำกัด ไม่สามารถดำเนินชีวิตตามปกติ บุคลากรควรหาวิธีการในการเพิ่มความเชื่อมั่นและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพื่อให้เกิดความมั่นใจ และสามารถกลับมาดำรงชีวิตปกติได้

กมลพร วงศ์พนิตกุล (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนจังหวัดกาญจนบุรี พบว่าผู้สูงอายุมีความกลัวการหกล้ม บุคลากรทางสุขภาพควรให้ความสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อลดความกลัวการหกล้ม ซึ่งทำได้โดยส่งเสริมความสามารถในการทรงตัว เพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรม

อภิสิทธิ์ ตามลัดด์ (2557) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการหกล้มและความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก ในโรงพยาบาลตติยภูมิ 4 แห่งในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 33 คน พบว่า ความกลัวการหกล้มก่อนเริ่มฝึกเดินมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความกลัวการหกล้มหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์ ความกลัวการหกล้มก่อนเริ่มฝึกเดินและความกลัวการหกล้มหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำและระดับปานกลางกับการทำกิจกรรมหลังผ่าตัด

ธีรนุช ห่านิรัตติชัยและคณะ. (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชุมชนจำนวน 40 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มหมู่บ้าน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม ประกอบด้วย กิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การเคลื่อนไหวพื้นฐาน การออกกำลังกายด้วยยางยืดและการเดินบนตารางเก้าช่อง พบว่า กลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นของความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมโดยปราศจากความกลัวการหกล้มภายหลังจาก 8 สัปดาห์ที่ 8

Tinetti et al. (1993) ศึกษาความสัมพันธ์ของความกลัวการหกล้มและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุชายโรคหลอดเลือดสมองที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำส่งผลต่อความกลัวการหกล้มเพิ่มขึ้น ทำให้มีการจำกัดกิจกรรมและความสามารถ

Fuzhong et al. (2005) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความกลัวการหกล้มและความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ พบว่า ความกลัวในระดับที่ต่ำมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมมากขึ้น และให้ข้อเสนอแนะว่าควรมีการจัดกระทำโปรแกรมเพื่อลดความกลัวการหกล้มขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการทำกิจกรรม

Voshaar et al. (2006) ศึกษาความสัมพันธ์ของความกลัวการหกล้มในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก โดยใช้แบบประเมินวัดความกลัวการหกล้ม (MFES) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (GDS) แบบประเมินการรู้คิด (MMSE) แบบประเมิน Up-and-go test และแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) โดยติดตามประเมินผู้ป่วย 2 สัปดาห์ 6 สัปดาห์ และ 6 เดือนหลังผ่าตัด พบว่า ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกมีคะแนนความกลัวการหกล้มมาก ซึ่งความกลัวการหกล้มสามารถทำนายการฟื้นฟูร่างกายหลังผ่าตัดได้

Zijlstra et al. (2007) ศึกษาอุบัติการณ์ของความกลัวการหกล้มและการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการหกล้มกับการหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรม ผลการศึกษา พบว่า ร้อยละ 54.3 ของกลุ่มตัวอย่างมีความกลัวการหกล้ม ร้อยละ 37.9 พยายามหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรม ในขณะที่ตัวแปรที่พบว่า มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มและการหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรม คือ อายุมาก > 80 ปี การรับรู้ภาวะสุขภาพและความสามารถในตนเองต่ำ

Deshpande et al. (2008) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางร่างกาย ปัจจัยทางจิตใจกับความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุประเทศอิตาลี พบว่า ร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุมีความกลัวการหกล้ม ร้อยละ 65 มีการจำกัดการทำกิจกรรม ถ้าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยจะ พบว่า ความกลัวการหกล้มจะมีความสัมพันธ์กับการจำกัดกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Denkinger et al. (2010) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการหกล้มและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกายภาพบำบัด กลุ่มตัวอย่างทั้งชายและหญิง 161 คน เป็นผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยกายภาพบำบัด ใช้แบบประเมิน FES – I ในการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า ความกลัวการหกล้มมีความสัมพันธ์ทางลบกับการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกายภาพบำบัด

Visschedijk et al. (2013). ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงจำนวน 100 คน ที่มีกระดูกสะโพกหัก พบว่า ผู้สูงอายุมีความกลัวการหกล้มมาก เมื่อติดตามหลังผ่าตัด 4 – 8 สัปดาห์ พบว่า ผู้สูงอายุมีความกลัวการหกล้มเพิ่มมากขึ้นและยังคงอยู่ ทำให้ผู้สูงอายุหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมหลังผ่าตัด

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยใช้แนวคิดของ Bandura (1997) ประกอบด้วย

1. การพูดชักจูง เป็นการใช้คำพูดชักชวน แนะนำอธิบาย ชักจูงสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถ รับรู้สมรรถนะตนเองและเกิดกำลังใจมีความพยายามปฏิบัติโดยไม่เกิดความกลัว โดยจัดกิจกรรม ได้แก่ สร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้ ผ่านสื่อการสอนภาพพลิก และแผ่นพับ

2. การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ผู้อื่น การได้เห็นตัวแบบสัญลักษณ์ทำให้ผู้สูงอายุได้สังเกตตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเอง เกิดแรงจูงใจและรับรู้สมรรถนะของตนเองว่ามีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมได้เหมือนกับตัวแบบ มีความมั่นใจไม่เกิดความกลัว โดยจัดกิจกรรม ได้แก่ ให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์

3. การใช้ประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบความสำเร็จ ประสบการณ์โดยตรงที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองหลาย ๆ ครั้ง จะส่งผลให้รับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น เกิดทักษะและพัฒนาความสามารถในการกระทำกิจกรรมให้สำเร็จโดยไม่กลัวที่จะหกล้ม โดยจัดกิจกรรม ได้แก่ ให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติหลังจากชมการสาธิตในวีดิทัศน์ด้วยตนเอง

4. การกระตุ้นด้านร่างกายและอารมณ์ สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ที่ดีจะส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น เกิดความมั่นใจและพยายามในการทำกิจกรรมให้สำเร็จโดยไม่กลัวการหกล้ม จัดกิจกรรม ได้แก่ ให้ผู้ป่วยได้พูดคุยซักถามข้อสงสัยหลังจากการฝึกปฏิบัติ และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ กระตุ้นเตือน เพื่อให้เชื่อมั่นในความสามารถตนมากขึ้น

ความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุหลังได้รับผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม มีรูปแบบการทดลองดังนี้



X หมายถึง โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้สูงอายุที่ได้รับผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

O₁ หมายถึง ความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรม ฯ

O₂ หมายถึง ความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม ฯ

O₃ หมายถึง ความกลัวการหกล้มของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

O₄ หมายถึง ความกลัวการหกล้มของกลุ่มหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นกระดูกสะโพกหักจากการพลัดตกหกล้มที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในโรงพยาบาลราชวิถี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ ทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นกระดูกสะโพกหักจากการพลัดตกหกล้มที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 44 คน แบ่งเป็นควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 22 คน (Burn & Grove, 2005) และผ่านเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (convenience sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

1. ไม่เป็นโรคร้ายแรงที่อยู่ในระยะแสดงอาการ เช่น โรคปอด โรคหัวใจ
2. เป็นผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมมาแล้ว 3 วัน
3. สามารถฟัง พูด อ่าน เขียนเป็นภาษาไทย และสื่อสารได้

4. การรับรู้เกี่ยวกับวันเวลา สถานที่และบุคคลได้ถูกต้อง โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination – Thai: MMSE-T 2002) โดยกลุ่มพัฒนาสมรรถภาพสมองเบื้องต้น (2542) โดยมีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ปกติไม่มีภาวะสมองเสื่อม ดังนี้

ผู้สูงอายุไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) จุดตัดที่ ≤ 20 คะแนน

ผู้สูงอายุการศึกษาระดับประถมศึกษา จุดตัดที่ ≤ 23 คะแนน

ผู้สูงอายุการศึกษาระดับสูงกว่าประถมศึกษา จุดตัดที่ ≤ 25 คะแนน

5. ไม่เป็นโรคจิตประสาท

6. มีความกลัวการหกล้มหลังผ่าตัด โดยใช้แบบประเมินความกลัวการหกล้ม Falls Efficacy Scale (FES) ที่แปลโดย อภิสิทธิ์ ตามสัตย์ (2557) ในการคัดกรอง ผู้ที่มีความกลัวการหกล้มโดยมีคะแนนมากกว่า 70 คะแนนขึ้นไป นั่นคือมีความกลัวการหกล้ม

7. ไม่มีข้อห้ามในการเดิน

8. สนใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. มีปัญหาสุขภาพรุนแรงในช่วงระยะเวลาที่มีการดำเนินกิจกรรมจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามระยะเวลาที่กำหนดได้

2. เข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่า ร้อยละ 80 (น้อยกว่า 6 ครั้ง)

ในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างถูกคัดออก กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมครบตามระยะเวลาที่กำหนดครบทั้ง 44 คน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้การวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดอำนาจในการทดสอบ (power of test) 0.80 ที่ระดับนัยสำคัญ .05 และขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.50 ซึ่งเป็นระดับของขนาดอิทธิพลปานกลาง เปิดตารางขนาดกลุ่มตัวอย่างได้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 22 คน (Burns & Grove, 2005) รวมทั้งหมด 44 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยสำรวจผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลราชวิถี

2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (convenience sampling) คือ เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณลักษณะที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ ทั้งเพศชายและหญิงที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลราชวิถี ที่มีระดับความกลัวการหกล้มหลังผ่าตัดเล็กน้อยถึงมาก

3. ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 22 คน รวมเป็น 44 คน จัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดย เลือกผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมมาแล้ว 3 วันทั้งชายและหญิงในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ 22 คนแรกจัดเข้าเป็นกลุ่มควบคุมและได้รับการพยาบาลตามปกติเป็นรายบุคคล แล้วเลือกผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมมาแล้ว 3 วันทั้งชายและหญิงในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ 22 คนหลังเข้ากลุ่มทดลอง จัดกิจกรรมโดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนฯ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง 4 สัปดาห์ โดยจับคู่ระดับคะแนนความกลัวการหกล้มกับกลุ่มควบคุมทำกิจกรรมเป็นรายบุคคล

4. จับคู่ (Matched pair) ให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด ในเรื่อง เพศ (Arfken et al., 1994; Howland et al., 1998; Kressing et al., 2001) และช่วงอายุ (Zijlstra et al., 2007) แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี และระดับความกลัว โดยจับคู่ผู้สูงอายุที่มีระดับความกลัวการหกล้มในระดับเดียวกัน (เล็กน้อยถึงมาก) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ละคู่เปรียบเทียบกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 4 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือกำกับการทดลอง

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง ประกอบด้วย

1) แบบทดสอบสมรรถภาพทางสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination–Thai version: MMSE-Thai 2002) ของคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข ใช้คัดกรองภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะสูญเสียการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับการรู้คิด สามารถนำไปใช้กับผู้สูงอายุทุกระดับการศึกษา ตั้งแต่กลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือหรืออ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ถึงระดับที่มากกว่าชั้นประถมศึกษา นำมาใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมกิจกรรมต้องไม่มีภาวะสมองเสื่อม

ลักษณะของแบบทดสอบมี จำนวน 11 ข้อ ซึ่งเป็นการทดสอบสมรรถภาพสมองในส่วนต่าง ๆ โดยการประเมินจาก

1.1 การรับรู้เกี่ยวกับเวลา (orientation for time) โดยใช้คำถาม 5 ข้อ ตอบถูกได้ข้อละ 1 คะแนน

1.2 การรับรู้สถานที่ (orientation for place) โดยใช้คำถาม 5 ข้อ ตอบถูกได้ข้อละ 1 คะแนน

1.3 การบันทึกความจำ (registration) โดยให้ผู้สูงอายุจำชื่อสิ่งของ 3 อย่าง ถ้าตอบถูก 1 อย่าง

1.4 การทดสอบสมาธิและการคำนวณ (attention/calculation) โดยให้ผู้สูงอายุลบเลขในใจจาก 100 - 7 ซ้ำไปเรื่อย ๆ 5 ครั้ง ครั้งที่ลบถูกต้อง 1 คะแนน (ไม่ต้องทำการประเมินในผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ) คะแนนเต็มเท่ากับ 5 คะแนน

1.5 การทดสอบความจำระยะสั้น (recall) โดยให้ผู้สูงอายุบอกชื่อสิ่งของที่ได้บอกไว้แล้วจากข้อที่ 3 ตอบถูก 1 อย่าง ให้ 1 คะแนน คะแนนเต็มเท่ากับ 3 คะแนน

1.6 การบอกชื่อสิ่งของ (naming) โดยให้ผู้สูงอายุดูสิ่งของ 2 อย่าง หากบอกได้ถูกต้องว่าของสิ่งนั้นคืออะไร ให้ 1 คะแนน คะแนนเต็มเท่ากับ 2 คะแนน

1.7 การพูดทวนสิ่งที่ได้ยิน (repetition) โดยให้ผู้สูงอายุฟังประโยค 1 ประโยค แล้วให้พูดทวนประโยคที่ได้ยิน หากพูดทวนได้ถูกต้องให้ 1 คะแนน คะแนนเต็มเท่ากับ 1 คะแนน

1.8 การทดสอบเกี่ยวกับการเข้าใจความหมายและการทำตามคำสั่ง (verbal command) โดยให้ผู้สูงอายุทำตามคำสั่ง 3 ขั้นตอน หากทำได้ถูกต้อง ให้ 1 คะแนน ในแต่ละ 1 ขั้นตอน

1.9 การทดสอบการอ่านและการทำตามสิ่งที่อ่าน (written command) โดยให้ผู้สูงอายุอ่านและทำตามคำที่กำหนด หากอ่านและทำได้ถูกต้อง ให้ 1 คะแนน (ไม่ต้องทดสอบในผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ)

1.10 ทดสอบการเขียน (writing) โดยให้ผู้สูงอายุเขียนประโยคที่มีความหมาย 1 ประโยคซึ่งประโยคต้องประกอบด้วย ประธาน กริยา กรรม อ่านแล้วเข้าใจ มีความหมาย หากเขียนได้ถูกต้องให้ 1 คะแนน (ไม่ต้องทดสอบในผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ)

1.11 ทดสอบความสัมพันธ์ในการทำงานระหว่างตากับมือ (visuoconstruction) โดยให้ผู้สูงอายุกวาดรูปห้าเหลี่ยมตามตัวอย่างที่กำหนด หากวาดได้ถูกต้องให้ 1 คะแนน

การแปลผล คะแนนแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้สูงอายุปกติที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ซึ่งมีคะแนนเต็ม 23 คะแนน (ไม่ต้องทำแบบสอบถามในข้อที่ 4, 9 และ 10) คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองมาก คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองน้อย (เกณฑ์ปกติต้องมีคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน)

2. ผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษา ซึ่งมีคะแนนเต็ม 30 คะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองมาก คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองน้อย (เกณฑ์ปกติต้องมีคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน)

3. ผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา ซึ่งมีคะแนนเต็ม 30 คะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองมาก คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองน้อย (เกณฑ์ปกติต้องมีคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน)

คุณภาพเครื่องมือ

คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นและสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) ได้วิเคราะห์ค่าความตรงและความเที่ยงของแบบทดสอบโดยการ นำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไปทดลองใช้ในผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปจำแนกเป็น 4 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 120 คน ผู้สูงอายุปกติ ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 95 คน ผู้สูงอายุปกติที่เรียนระดับประถมศึกษา จำนวน 377 คน ผู้สูงอายุปกติที่เรียนสูงกว่าประถมศึกษา จำนวน 142 คน

จากนั้นนำผลการทดสอบจากผู้สูงอายุทั้งหมดมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เพื่อทดสอบมาตรฐานของแบบทดสอบหาค่าความไว ความจำเพาะ โดยจำแนกตามระดับการศึกษา ดังนี้

1) ผู้สูงอายุปกติที่ไม่ได้เรียนหนังสือ มีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 35.4 ค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 81.1

2) ผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษา มีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 56.6 ค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 93.8

3) ผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 92.0 ค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 92.6

2) แบบประเมินความกลัวการหกล้ม (Falls-efficacy Scale: FES) ของ Tinetti et al. (1990) เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นโดยใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) แปลเป็นภาษาไทยโดย อภิสิทธิ์ ตามสัตย์ (2557) ใช้เป็นเครื่องมือประเมินเพื่อคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ที่มีความกลัวการหกล้ม กิจกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ ซึ่งสอบถามเกี่ยวกับระดับความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันอย่างปลอดภัยไม่เกิดการหกล้ม แต่ละข้อคำถามมีระดับของคำตอบเริ่มจาก 1-10 โดย

1 หมายถึง มีความมั่นใจมาก และ 10 หมายถึง มีความมั่นใจน้อยตามลำดับ

คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 10 - 100 คะแนน การแปลผลคะแนน คือ ค่าคะแนนที่มาก หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในระดับต่ำและหากประเมินแล้วได้คะแนนรวมสูงกว่า 70 คะแนน ถือว่า บุคคลนั้นกลัวการทกล้ม (Tinetti et al., 1990)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างเองได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและโรคประจำตัว

2) แบบประเมินอาการทกล้ม (Thai Falls Efficacy Scale-international: Thai FES-I) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินตัวแปรตาม คือ ความกลัวการทกล้ม สร้างและพัฒนาขึ้นโดยสมาคมป้องกันการทกล้มแห่งยุโรป (ProFaNE, 2006) มีความเป็นสากลและนิยมใช้ในระดับนานาชาติ แปลเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับโดย ลัดดา เกียมวงศ์ (2554) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับระดับความกลัวการทกล้มเมื่อต้องปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งหมด 16 กิจกรรม 16 ข้อ ประกอบด้วย กิจกรรมทางกายและกิจกรรมทางสังคม ทั้งที่ง่ายและยาก ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จาก 1-4 โดย

คะแนน 1 หมายถึง ไม่กลัวการทกล้มเลย

คะแนน 2 หมายถึง กลัวการทกล้มเล็กน้อย

คะแนน 3 หมายถึง กลัวการทกล้มมาก

คะแนน 4 หมายถึง กลัวการทกล้มมากที่สุด

เกณฑ์การแปลผลคะแนน คือ **มหาวิทยาลัย**

คะแนนตั้งแต่ 16-21 คะแนน แสดงว่า ไม่กลัวการทกล้ม

คะแนนตั้งแต่ 22-27 คะแนน แสดงว่า กลัวการทกล้มเล็กน้อยถึงปานกลาง

คะแนนตั้งแต่ 28-64 คะแนน แสดงว่า กลัวการทกล้มมาก

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1) โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) โดยมีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

1.1) ทบทวนวรรณกรรมและศึกษาแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997)

1.2) กำหนดการดำเนินกิจกรรม ให้ครอบคลุมในเรื่องการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน

1.2.1) การใช้คำพูดชักจูง สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ใช้คำพูดชักชวน แนะนำ อธิบายให้เชื่อว่ามีความสามารถที่จะทำได้ประสบผลสำเร็จ ใช้คำพูดชักจูงสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถ ผ่านสื่อการสอนภาพพลิกและแผ่นพับ ให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม และการฟื้นฟูร่างกายหลังผ่าตัด ทำให้เกิดกำลังใจรับรู้สมรรถนะตนเองและมีความพยายามปฏิบัติได้จนเกิดความสำเร็จในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1

1.2.2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ผู้อื่น โดยให้ผู้สูงอายุสังเกตตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเอง คือเป็นผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดผ่านสื่อ วีดิทัศน์ 20 นาที ประกอบด้วยกิจกรรมการสาธิตวิธีการพลิกตะแคงตัว การลุกนั่งบนเตียง การบริหารกล้ามเนื้อด้วยตนเอง การปฏิบัติกิจวัตร การฝึกยืนหรือเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยพยุง และให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตามวีดิทัศน์โดยผู้วิจัยดูแลอย่างใกล้ชิด เกิดแรงจูงใจและเชื่อมั่นในการทำกิจกรรมใด ๆ ของตน ทำให้ผู้สูงอายุประเมินค่าความสามารถของตนเอง จากการเปรียบเทียบความสำเร็จบุคคลอื่นที่มีลักษณะคล้ายกันมาเป็นมาตรฐานการตัดสินใจ การให้ดูตัวแบบจะทำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะของตนเองว่ามีความสามารถที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมได้เหมือนกับตัวแบบ และมีความมั่นใจไม่เกิดความกลัวในการปฏิบัติกิจกรรม

1.2.3) ประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จ โดยจัดกิจกรรมการฝึกปฏิบัติแก่ผู้สูงอายุหลังจากชมการสาธิตในวีดิทัศน์ด้วยตนเอง ผู้สูงอายุการปฏิบัติตามวีดิทัศน์ด้วยตนเองหลาย ๆ ครั้ง โดยให้ความช่วยเหลือและดูแลอย่างใกล้ชิดในสัปดาห์ที่ 2 ประสบการณ์โดยตรงที่ประสบผลสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตนเองหลาย ๆ ครั้ง จะส่งผลให้รับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้นเกิดความพยายามทำกิจกรรมให้สำเร็จโดยไม่กลัวที่จะหกล้ม

1.2.4) การกระตุ้นด้านร่างกายและอารมณ์ ผู้วิจัยประเมินสภาพร่างกายของผู้สูงอายุก่อนทำกิจกรรม สอบถามอาการและประเมินสัญญาณชีพและให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาก่อนทำกิจกรรมทุกครั้ง เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ในสัปดาห์ที่ 3 และ 4 ติดตามทางโทรศัพท์เพื่อพูดคุยซักถามปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมที่บ้าน พร้อมทั้งกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ใช้เวลาครั้งละ 10 – 15 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง หลังจำหน่ายในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 4

2) สื่อการสอน ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย

2.1) แผนการสอนเรื่อง ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อสะโพกเสื่อม การเกิดกระดูกสะโพกหัก การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม และการบริหารร่างกายเพื่อปฏิบัติกิจวัตรของตนเองและฝึกเดินหลังผ่าตัด

2.2) แผ่นพับและภาพพลิกเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ใช้ประกอบการสอน

2.3) สื่อวีดิทัศน์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองเป็นวิดีโอสาธิตการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม การฝึกกิจกรรมหลังผ่าตัดและการบริหารกล้ามเนื้อต่าง ๆ ความยาว 20 นาที

ส่วนที่ 4 เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรม เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อประเมิน การเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก สัปดาห์ละ 2 วัน เกณฑ์การประเมินใช้ จำนวนครั้งที่ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม เกณฑ์การตัดสินผู้สูงอายุ คือ ต้องเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่า ร้อยละ 75 โดยผู้สูงอายุต้องเข้าร่วมกิจกรรม อย่างน้อย 6 ครั้ง ในจำนวนทั้งหมด 8 ครั้งของโปรแกรม หากพบว่าไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามเกณฑ์ที่กำหนดได้ แต่ขออนุญาตให้เข้าร่วมกิจกรรมต่อ แต่ ข้อมูลของผู้สูงอายุนั้นจะไม่ถูกนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมครบตามระยะเวลาที่กำหนด

2) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการทำกิจกรรมเป็นแบบบันทึกที่ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ โดยผู้สูงอายุเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง และให้ ผู้สูงอายุพิจารณาว่า ตรงตามความคิด หรือความรู้สึกของท่านมากที่สุดแล้วตอบว่าข้อความนั้นคือ ฉันสามารถทำได้ และ ฉันไม่สามารถทำได้ โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

ฉันสามารถทำได้ (1) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิด หรือความรู้สึก ของท่านมากที่สุด

ฉันไม่สามารถทำได้ (0) หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิด หรือ ความรู้สึก ของท่านเลย

ให้ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถามภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อวัด การรับรู้สมรรถนะแห่งตนภายหลังการทดลองว่าเกิดจากการได้รับโปรแกรม โดยคิดคะแนน ข้อละ 1 คะแนน ต้องได้ 8 ใน 10 ข้อจึงจะผ่าน ถือว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนผ่านเกณฑ์ตาม แบบสอบถามกำกับการทดลองทั้งหมด 22 คน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1.1 ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เครื่องมือกำกับการทดลองประกอบด้วยแบบ บันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ผู้วิจัยสร้างเองและโปรแกรมการ ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนซึ่งได้ผ่านการพิจารณาแก้ไขจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เรียบร้อยแล้ว ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องเหมาะสมของภาษา โดย

ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ ประสบการณ์และความชำนาญในด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ประสบการณ์และความชำนาญในด้านการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ จำนวน 1 คน พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ 1 คน นักกายบำบัดที่มีความเชี่ยวชาญในการฟื้นฟูผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม จำนวน 1 คน

ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้และรูปแบบที่ใช้ โดยยึดหลักเกณฑ์ความคิดเห็นสอดคล้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ 4 ใน 5 ท่าน แล้วทำการปรับปรุงให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ

ผลของการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา สามารถสรุปผลได้ ดังนี้

1. ปรับปรุงเนื้อหาของบทวิดิทัศน์ให้เข้าใจง่ายและชัดเจน ใช้ภาษาที่เข้าใจได้ง่าย เช่น ภาพถ่ายรังสี เปลี่ยนเป็นเอ็กซเรย์ เพิ่มตัวอย่างข้อสะโพกเทียมในภาพพลิก และปรับภาษาในแผ่นพับเพื่อให้ผู้สูงอายุอ่านและเข้าใจง่ายขึ้น

2. ปรับข้อความในแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้ชัดเจน เช่น ท่านสามารถนอนหงายและเปลี่ยนท่าบนเตียงโดยใช้หมอนวางระหว่างขาเพื่อป้องกันข้อสะโพกหลุด เป็นท่านเปลี่ยนท่านอนหงายบนเตียงโดยมีหมอนสอดไว้ระหว่างขาเพื่อป้องกันข้อสะโพกหลุด

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามเนื้อหาให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ก่อนนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีความกลัวการหกล้มหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ผลพบว่าผู้สูงอายุมีความเข้าใจในข้อความคำถามและเนื้อหาชัดเจนมากขึ้น แบบสอบถามความกลัวการหกล้ม (FES) และแบบประเมินอาการกลัวหกล้มในผู้สูงอายุไทย (Thai FES - I) เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง คือ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .86, .90 และ .88

2. การหาความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีบริบทใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มาตรวจตามนัดผู้ป่วยนอกแผนกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลราชวิถีและนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยงด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยนำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา ได้ค่า CVI = .82 และปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง คือ ในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ จำนวน 5 คน

2.2 ผู้วิจัยนำเครื่องมือแบบวัดความกลัวการหกล้ม (FES) แบบประเมินอาการกลัวหกล้ม (Thai FES-I) และแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ตรวจสอบความตรงเนื้อหาแล้ว มาตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่เข้ารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยง โดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbah's coefficient alpha) ได้เท่ากับ .82, .84 และ.87 ตามลำดับ

จากการนำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา ได้ค่า CVI = .82 และปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมมาแล้ว 3 วัน ในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ จำนวน 5 คน ผลการ (try out) โปรแกรม พบว่า ผู้สูงอายุมองอักษรที่แสดงในวิดีโอทัศน์ไม่ชัดเจนและเสียงบรรยายเร็วเกินไป แผ่นพับเนื้อหาเล็กเกินไป ส่วนช่วงของการปฏิบัติกิจกรรม เช่น การฝึกนั่ง ยืน เดิน หรือบริหารกล้ามเนื้อ ผู้สูงอายุมีอาการปวดแผลผ่าตัดทำให้ปฏิบัติตามวิดีโอทัศน์ได้น้อย ผู้วิจัยนำข้อบกพร่องมาปรับปรุงแก้ไขในส่วนของเนื้อหาและประเมินอาการปวดก่อนเริ่มกิจกรรม ให้อาบน้ำตามแผนการรักษาจนผู้สูงอายุมีความพร้อมที่จะเริ่มกิจกรรมในแต่ละครั้ง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อขอรับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ในการวิจัยโรงพยาบาลราชวิถี และขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล

2. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี ประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยออโรโรปีติกส์ เพื่อชี้แจงและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย

3. ภายหลังจากได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย ศัลยกรรมกระดูกและข้อ เพื่อ แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย แผนการดำเนินการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย

4. ผู้วิจัยคัดกรองกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบประเมินความกลัวการหกล้ม Falls-efficacy Scale (FES) ของอภิสิทธิ์ ตามสัตย์ (2557) เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจกับผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมวิจัย ประเมินความกลัวการหกล้ม (Pre test) ก่อนทดลอง

5. กลุ่มตัวอย่าง 22 คนแรกจัดเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง 22 คนหลังจัดเป็นกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง รวม 4 สัปดาห์

6. ผู้วิจัยประเมินความกลัวการหกล้ม (Post test) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังจากดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นในสัปดาห์ที่ 4

7. ผู้วิจัยนำผลการวิจัยที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย

วิธีดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยแบ่งกระบวนการดำเนินการทดลอง เป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการทดลองและระยะดำเนินการทดลอง โดยจัดกิจกรรม 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง รวม 8 ครั้ง มีรายละเอียดดังนี้

1. การเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเองเพื่อเป็นผู้ที่มีความสามารถในการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุ โดยศึกษาค้นคว้า ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรมรวมถึงการออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

1.2 ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ทดลอง และเครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ทั้งนี้เครื่องมือดังกล่าวได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และมีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและนำมาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

การเตรียมผู้ช่วยวิจัย

ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของผู้ช่วยวิจัย คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเกิน 5 ปีขึ้นไป เตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและอธิบายเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือ การประเมิน การคิดคะแนนตามเกณฑ์และการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้ช่วยวิจัยมีบทบาทในการช่วยผู้วิจัยประเมินผู้สูงอายุเพื่อคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบประเมินและประเมินกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริง

2. การดำเนินการทดลอง

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (ครั้งที่ 1) ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมที่หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ แนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ แจกวัสดุประสงค์การวิจัย และขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมการวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินความกลัวการหกล้มก่อนทดลองโดยใช้แบบประเมินอาการกลัวการหกล้ม (Thai Falls Efficacy Scale-international: Thai FES-I) ลัดดา เกียมวงศ์ (2554) พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลส่วนบุคคล (เก็บข้อมูลเช่นนี้ทั้งหมด 22 ราย) ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โดยให้การปฏิบัติทางการพยาบาลเป็นรายบุคคลตามมาตรฐานการพยาบาล ได้แก่ การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การดูแลตนเองหลังผ่าตัด การกายภาพบำบัด การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยให้การพยาบาลหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมแล้ว 3 วัน เริ่มจากให้ความรู้

เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมบนเตียงอย่างถูกต้องหลังผ่าตัด การฝึกบริหารกล้ามเนื้อ วันที่ 4 - 7 กระตุ้นให้ลุกนั่งบนเตียงโดยการไขเตียงนั่งและเริ่มทำกายภาพบำบัดตามแผนการรักษา

สัปดาห์ที่ 4 (ครั้งที่ 2) ผู้วิจัยนัดหมายผู้สูงอายุพบกันครั้งที่ 2 เพื่อประเมินความกลัว การหกล้มอีกครั้ง (post test) ในวันมาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ โดยผู้ช่วยวิจัยให้สัมภาษณ์ผู้สูงอายุด้วยแบบประเมินอาการกลัวหกล้ม (Thai Falls Efficacy Scale-international: Thai FES-I) ลัดดา เกียมวงศ์ (2554) หลังจากดำเนินโครงการวิจัยเสร็จ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้สูงอายุ

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มทดลองดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (ครั้งที่ 1) หลังผ่าตัดวันที่ 3 ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุที่หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลราชวิถี แนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุแนะนำตนเอง ประเมินความกลัวการหกล้ม (Thai Falls Efficacy Scale-international: Thai FES-I) ก่อนเริ่มกิจกรรม จัดกิจกรรมโดยนำขั้นตอนที่ 1 การพูดชักจูง โดยสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ให้ความรู้เกี่ยวกับ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม และการฟื้นฟูร่างกายหลังผ่าตัดผ่านสื่อการสอนภาพพลิก และแผ่นพับและยกตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมมาก่อนที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเองผ่านสื่อการสอน ร่วมกับขั้นตอนที่ 2 โดยจัดกิจกรรมการได้เห็นตัวแบบสัญลักษณ์แสดงการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เช่น การสาธิตวิธีการพลิกตะแคงตัว การลุกนั่งบนเตียง การบริหารกล้ามเนื้อด้วยตนเอง การปฏิบัติกิจวัตร การฝึกยืนหรือเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยพยุง

ผลพบว่า ผู้สูงอายุตั้งใจฟังและร่วมซักถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวกับผู้วิจัย ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

(ครั้งที่ 2) หลังผ่าตัดวันที่ 5 ขั้นตอนที่ 3 ประสพการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จ จัดกิจกรรมฝึกประสบการณ์ปฏิบัติหลังจากชมการสาธิตในวีดิทัศน์ด้วยตนเอง ให้ผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมฝึกการบริหารกล้ามเนื้อ การนั่ง ยืน เดิน ตามตัวแบบในวีดิทัศน์โดยผู้วิจัยเป็นผู้ช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด และขั้นตอนที่ 4 การกระตุ้นด้านร่างกายและอารมณ์ สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสอบถามอาการและประเมินสัญญาณชีพและอาการปวดก่อนทำกิจกรรมทุกครั้ง และให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาเพื่อให้พร้อมในการทำกิจกรรม

ผลพบว่า มีผู้สูงอายุ 5 ราย มีอาการปวดแผลผ่าตัด ผู้วิจัยให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาและประเมินอาการปวดอีก 15 นาทีก่อนเริ่มกิจกรรม ผู้สูงอายุปฏิบัติตามกิจกรรมตามตัวแบบในวีดิทัศน์ได้ไม่มีอาการปวดแผลผ่าตัด

สัปดาห์ที่ 2 หลังผ่าตัดวันที่ 9 และ 12 (ครั้งที่ 3 - 4) จัดกิจกรรมตามขั้นตอนเช่นเดียวกับสัปดาห์ที่ 1 โดยเริ่มตั้งแต่ขั้นตอนที่ 2 ถึงขั้นตอนที่ 4

ผลพบว่า มีผู้สูงอายุเพียง 2 รายที่มีอาการปวดแผลมากกว่า 5 คะแนน ที่ต้องได้รับยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติตามวิถีทัศน์ได้ดีขึ้น คือ จำนวนครั้งในการบริหารกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นโดยไม่มีอาการปวด และไม่มีการเคลื่อนหลุดของข้อ สะโพกขณะทำกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 3 (ครั้งที่ 5 - 6) เมื่ออยู่ที่บ้านกระตุ้นด้านร่างกายและอารมณ์ สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมต่อเนื่องที่บ้านพูดคุยซักถามปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรม สอบถามอาการและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยโดยผู้วิจัยเป็นผู้ตอบ พร้อมทั้งกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ใช้เวลาครั้งละ 10 - 15 นาที

สัปดาห์ที่ 4 (ครั้งที่ 7) เมื่ออยู่ที่บ้านกระตุ้นด้านร่างกายและอารมณ์ สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์เพื่อพูดคุยซักถามปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมที่บ้าน สอบถามอาการและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยโดยผู้วิจัยเป็นผู้ตอบ พร้อมทั้งกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ใช้เวลาครั้งละ 10 - 15 นาที ผู้วิจัยกำกับการทดลองโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการทำกิจกรรม สัมภาษณ์ผู้สูงอายุทางโทรศัพท์ ใช้เวลา 5 นาที

ผลพบว่าผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการตอบคำถามและมีการซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม เช่น ท่าที่บริหารร่างกายที่ทำถูกต้องหรือไม่ หรือหากทำได้มากกว่าทุกครั้งได้หรือไม่ ผลการประเมินด้วยแบบสอบถามกำกับการทดลอง ผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ที่กำหนดทั้ง 22 คน

(ครั้งที่ 8) หลังผ่าตัด 28 วัน ผู้วิจัยนัดหมายผู้สูงอายุที่มาตรวจตามนัด หลังผ่าตัดที่แผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ สรุปผลการดำเนินกิจกรรม ให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็น และซักถามข้อสงสัย ผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุโดยแบบประเมินอาการกลัวหกล้ม (Thai Falls Efficacy Scale-international: Thai FES-I) ลัดดา เถียมวงศ์ (2554) (Post test) หลังจากดำเนินโครงการวิจัยเสร็จ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้สูงอายุ มอบของที่ระลึก

จริยธรรมในการวิจัยการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

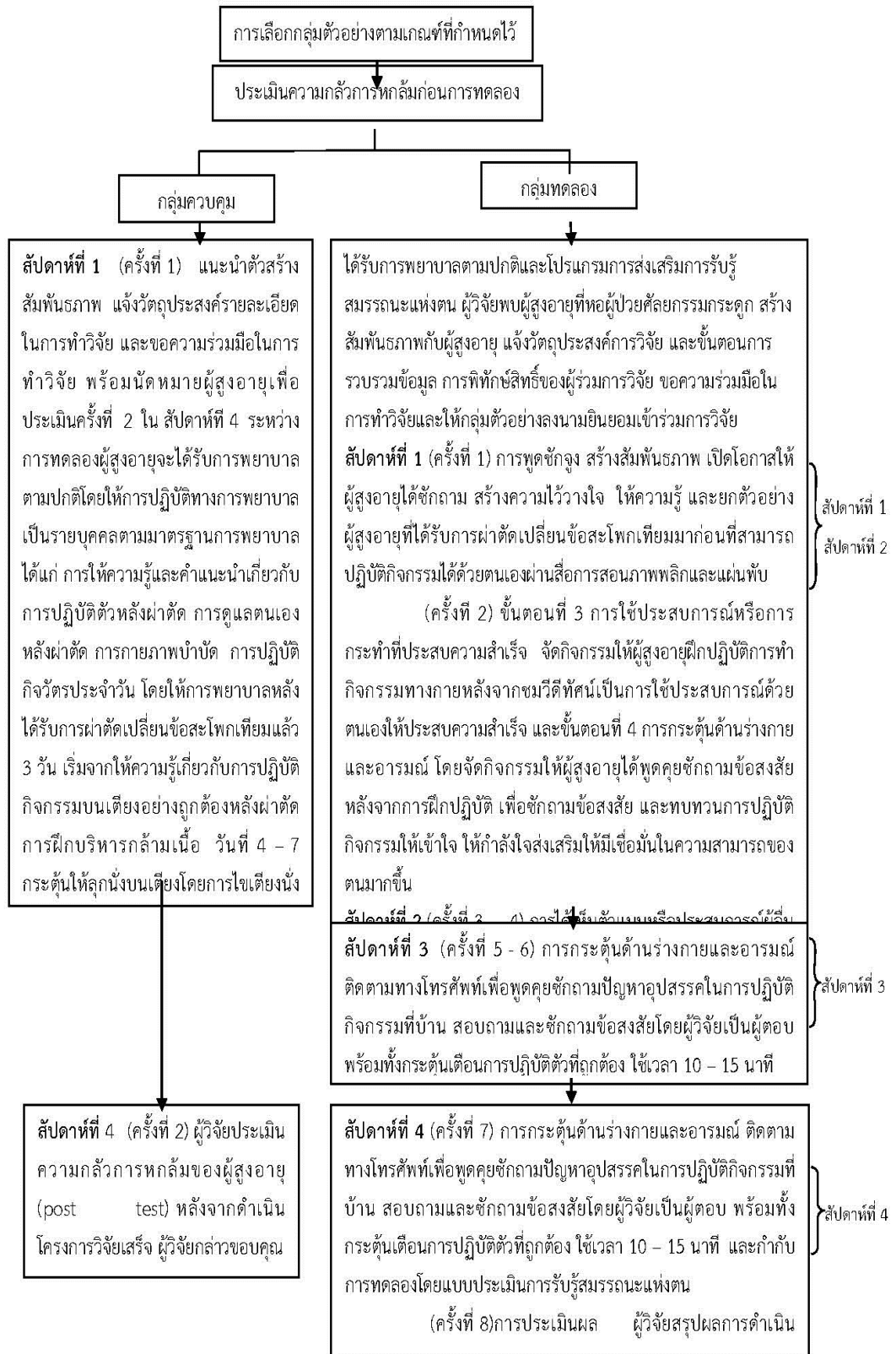
ผู้วิจัยยื่นขอจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลราชวิถี และดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับพิจารณาอนุมัติจริยธรรมแล้ว เลขที่โครงการวิจัย 58214 วันที่รับรอง 28 ธันวาคม 2558 วันหมดอายุ 27 ธันวาคม 2560 ผู้วิจัยดำเนินการโดยเสนอเรื่องต่อหัวหน้าหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสร้างสัมพันธภาพและแนะนำตัว ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการพยาบาล การบำบัดรักษา และการบริการที่ได้รับแต่อย่างใด ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมในการวิจัยจนครบตามกำหนดเวลา กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ โดยไม่มีผลต่อการพยาบาล การบำบัดรักษา และการบริการที่ได้รับเช่นกัน ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอต่าง ๆ จะนำเสนอในภาพรวม ไม่เปิดเผยชื่อ และนามสกุลที่แท้จริง เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา หากกลุ่มตัวอย่างได้รับความผิดปกติเนื่องจากการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กลุ่มตัวอย่างจะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย โดยต้องแจ้งความผิดปกติให้ผู้วิจัยทราบทันที หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง (Participant information sheet) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย (Informed consent form)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความถี่การหกล้มของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ Dependent t-test
3. เปรียบเทียบความถี่การหกล้มระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติ Independent t-test

สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม เลือกรุ่นตัวอย่างตามสะดวกตามคุณสมบัติ คือ 1) ไม่เป็นโรคร้ายแรงที่อยู่ในระยะแสดงอาการ 2) เป็นผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมมาแล้ว 3 วัน 3) สามารถฟัง พูด อ่าน เขียนเป็นภาษาไทย และสื่อสารได้ 4) สมรรถภาพสมองเบื้องต้นมีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ปกติไม่มีภาวะสมองเสื่อม 5) ไม่เป็นโรคจิตประสาท 6) มีความกลัวการหกล้มหลังผ่าตัดที่มีคะแนนมากกว่า 70 คะแนนขึ้นไป 7) ไม่มีข้อห้ามในการเดิน 8) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย โดยยินดีทำกิจกรรมร่วมกับผู้มีส่วนในการวิจัย ทั้งหมด 4 สัปดาห์ จำนวน 44 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน ในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลราชวิถี

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของคุณลักษณะของผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา โรคประจำตัว

ข้อมูลส่วนบุคคล	Total (n=44)		กลุ่มทดลอง (n=22)		กลุ่มควบคุม (n=22)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	8	18.2	4	18.2	4	18.2
หญิง	36	81.8	18	81.8	18	81.8
อายุ (ปี)	Mean ± S.D.	70.0±3.29	69.77±3.28		70.23±3.35	
	Min-Max	63-76	63-76		64-76	
60-64	2	4.5	1	4.5	1	4.5
65-69	20	45.5	10	45.5	10	45.5
70-74	18	40.9	10	45.5	8	36.4
75-79	4	9.1	1	4.5	3	13.6
สถานภาพสมรส						
หม้าย	30	68.2	15	68.2	15	68.2
คู่	14	31.8	7	31.8	7	31.8
ระดับการศึกษาสูงสุด						
ประถมศึกษา	44	100	22	100	22	100
โรคประจำตัว						
มี 1 โรค	6	13.6	3	13.6	3	13.6
มี 2 โรค	34	77.3	17	77.3	17	77.3
มี 3 โรค	4	9.1	2	9.1	2	9.1
โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1)						
โรคความดันโลหิตสูง	38	86.4	19	86.4	19	86.4
โรคเบาหวาน	32	72.7	16	72.7	16	72.7
โรคไขมันในเลือดสูง	16	36.4	8	36.4	8	36.4

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 81.8 โดยมีอายุอยู่ระหว่าง 65-69 ปี จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 45.5 มีสถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็น หม้าย จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 68.2 ทั้งหมดมีระดับการศึกษาประถมศึกษา จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 100 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 2 โรค จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 77.3 โรคประจำตัวที่พบบ่อยที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 86.4 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 72.7 และโรคไขมันในเลือดสูง จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 36.4



ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความกลัวการหกล้ม ในผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมก่อน และหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (n=22)

กลุ่มทดลอง	\bar{X}	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	51.36	2.30	กลัวหกล้มมาก	21	47.588	< .001
หลังการทดลอง	26.05	1.09	เล็กน้อยถึงปานกลาง			
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	50.86	2.66	กลัวหกล้มมาก	21	9.172	< .001
หลังการทดลอง	48.59	2.15	กลัวหกล้มมาก			

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมก่อนการทดลอง เท่ากับ 51.36 อยู่ในระดับกลัวการหกล้มมากและภายหลังการทดลองมีคะแนนความกลัวการหกล้มลดลงเหลือ เท่ากับ 26.05 อยู่ในระดับกลัวการหกล้มเล็กน้อยถึงปานกลาง เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ Dependent t-test พบว่า หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวการหกล้มต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) นั่นคือผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความกลัวการหกล้มหลังการทดลองอยู่ในระดับน้อยกว่าก่อนการทดลอง

กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมก่อนการทดลอง เท่ากับ 50.86 อยู่ในระดับกลัวการหกล้มมาก หลังการทดลอง เท่ากับ 48.59 อยู่ในระดับกลัวการหกล้มมาก เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ Dependent t-test พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมกลุ่มควบคุมต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความกลัวการหกล้มหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ระหว่างกลุ่มทดลอง (n=22) และกลุ่มควบคุม (n=22)

คะแนนความกลัว						
การหกล้ม	\bar{X}	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	51.36	2.30	กลัวหกล้มมาก	42	0.667	0.508
กลุ่มควบคุม	50.86	2.66	กลัวหกล้มมาก			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	26.05	1.09	เล็กน้อยถึงปานกลาง	42	43.824	< .001
กลุ่มควบคุม	48.59	2.15	กลัวหกล้มมาก			

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เท่ากับ 51.36 อยู่ในระดับกลัวการหกล้มมาก กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 50.86 อยู่ในระดับกลัวการหกล้มมากเช่นกัน เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับด้วยวิธีทางสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความกลัวการหกล้มก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) นั่นคือก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความกลัวการหกล้มไม่แตกต่างกัน โดยทั้งสองกลุ่มมีความกลัวการหกล้มมาก

หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เท่ากับ 26.05 อยู่ในระดับกลัวการหกล้มเล็กน้อยถึงปานกลาง ในขณะที่ กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 48.59 อยู่ในระดับกลัวการหกล้มมาก เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับด้วยวิธีทางสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความกลัวการหกล้มภายหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความกลัวการหกล้มน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม เป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) (Polit and Beck, 2004) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มทดลอง คือ ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่ได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

กลุ่มควบคุม คือ ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
2. เพื่อเปรียบเทียบความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่ได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความกลัวการหกล้มน้อยกว่าก่อนการทดลอง
2. ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความกลัวการหกล้มน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นกระดูกสะโพกหักจากการพลัดตกหกล้ม เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ ทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นกระดูกสะโพกหักจากการพลัดตกหกล้มที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลราชวิถีระหว่างเดือนธันวาคม - เดือนเมษายน จำนวน 44 คน

แบ่งเป็นควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 22 คนและผ่านเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (convenience sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้การวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดอำนาจในการทดสอบ (power of test) 0.80 ที่ระดับนัยสำคัญ .05 และขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.50 ซึ่งเป็นระดับของขนาดอิทธิพลปานกลาง เปิดตารางขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 22 คน (Burns & Grove, 2005) รวมทั้งหมด 44 คน จับคู่ให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด (Matched pair) ในเรื่อง เพศ (Arfken et al., 1994; Howland et al., 1998; Kressing et al., 2001) ช่วงอายุ (Zijlstra et al., 2007) แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี และระดับความกลัว โดยจับคู่ผู้สูงอายุที่มีระดับความกลัวการหกล้มในระดับเดียวกันตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงมาก

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. สํารวจผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลราชวิถี
2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณลักษณะที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ ทั้งเพศชายและหญิงหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม 3 วันในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลราชวิถี ที่มีอายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี มีระดับความกลัวการหกล้มหลังผ่าตัดเล็กน้อยถึงมาก
3. แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน รวมเป็น 44 คน โดยเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมจนครบ 22 คน กลุ่มทดลองเก็บข้อมูลรายเดี๋ยวงั้งละ 1 คนและจับคู่เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่มีความกลัวการหกล้มก่อนผ่าตัดคล้ายคลึงกันมากที่สุด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง ประกอบด้วย

- 1) แบบทดสอบสมรรถภาพทางสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination–Thai version: MMSE-Thai 2002) ของคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข ใช้คัดกรองภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะสูญเสียการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับการรู้คิด สามารถนำไปใช้กับผู้สูงอายุทุกระดับการศึกษา ตั้งแต่กลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือหรืออ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ถึง

ระดับที่มากกว่าชั้นประถมศึกษา นำมาใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมกิจกรรมต้องไม่มีภาวะสมองเสื่อม

2) แบบประเมินความกลัวการหกล้ม (Falls-efficacy Scale: FES) ของ Tinetti et al. (1990) ที่สร้างขึ้นโดยใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) แปลเป็นภาษาไทยโดย อภิสสิทธิ์ ตามสัจย์ (2557) ใช้เป็นเครื่องมือประเมินเพื่อคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ที่มีความกลัวการหกล้ม กิจกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ ซึ่งสอบถามเกี่ยวกับระดับความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันอย่างปลอดภัยไม่เกิดการหกล้ม ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .86 และได้ทำการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างเองได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและโรคประจำตัว

2) แบบประเมินอาการกลัวการหกล้ม (Thai Falls Efficacy Scale-international: Thai FES-I) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินตัวแปรตาม คือ ความกลัวการหกล้ม สร้างและพัฒนาขึ้นโดยสมาคมป้องกันการหกล้มแห่งยุโรป (ProFaNE, 2006) มีความเป็นสากลและนิยมใช้ในระดับนานาชาติ แปลเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับโดย ลัดดา เกียมวงศ์ (2554) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับระดับความกลัวการหกล้มเมื่อต้องปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งหมด 16 กิจกรรม ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .90 และได้ทำการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .84

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1) โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน

1.1) การใช้คำพูดชักจูง ใช้คำพูดชักชวน แนะนำ อธิบายผ่านสื่อการสอน ภาพพลิก และแผ่นพับ

1.2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ผู้อื่น ให้ผู้สูงอายุสังเกตตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเองผ่านวีดิทัศน์ความยาว 20 นาที ประกอบด้วยกิจกรรมการสาธิตวิธีการพลิกตะแคงตัว การลุกนั่งบนเตียง การบริหารกล้ามเนื้อด้วยตนเอง การปฏิบัติกิจวัตร การฝึกยืนหรือเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยพยุง และให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตามวีดิทัศน์โดยผู้วิจัยดูแลอย่างใกล้ชิด 20 นาที

1.3) ประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จ โดยผู้สูงอายุปฏิบัติด้วยตนเองหลาย ๆ ครั้ง หลังจากชมวีดิทัศน์ภายใต้การดูแลของผู้วิจัยอย่างใกล้ชิด

1.4) การกระตุ้นด้านร่างกายและอารมณ์ โดยสอบถามอาการและประเมินสัญญาณชีพก่อนทำกิจกรรมทุกครั้ง ให้อาบน้ำหรืออาบน้ำก่อนเริ่มกิจกรรม เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและการติดตามทางโทรศัพท์เพื่อพูดคุยซักถามปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมที่บ้าน พร้อมทั้งกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ใช้เวลาครั้งละ 10 – 15 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง หลังจำหน่ายในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 4

ส่วนที่ 4 เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรม เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อประเมินการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก สัปดาห์ละ 2 วัน เกณฑ์การประเมินใช้จำนวนครั้งที่ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม เกณฑ์การตัดสินผู้สูงอายุ คือ ต้องเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่าร้อยละ 75 โดยผู้สูงอายุต้องเข้าร่วมกิจกรรม อย่างน้อย 6 ครั้ง ในจำนวนทั้งหมด 8 ครั้งของโปรแกรม หากพบว่าไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามเกณฑ์ที่กำหนดได้ แต่ยังอนุญาตให้เข้าร่วมกิจกรรมต่อ แต่ข้อมูลของผู้สูงอายุนั้นจะไม่ถูกนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมครบตามระยะเวลาที่กำหนด

2) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการทำกิจกรรมเป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .88 และได้ทำการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .87 ผู้สูงอายุเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง และให้พิจารณาว่าตรงตามความคิด หรือความรู้สึกมากที่สุด ให้ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถามภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4 โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มาตรวจตามนัด

กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯผ่านเกณฑ์ตามแบบสอบถามกำกับการทดลองทั้งหมด 22 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อขอรับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ในการวิจัยโรงพยาบาลราชวิถี และขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล

2. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี ประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยออโรโรปีติกส์ เพื่อชี้แจงและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย

3. ภายหลังจากได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยคัดสรรกระดูกและข้อ เพื่อ แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย แผนการดำเนินการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย

รายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย

4. ผู้วิจัยคัดกรองกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบประเมินความกลัวการหกล้ม Falls-efficacy Scale (FES) ของอภิสิทธิ์ ตามสัทย์ (2557) เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจกับผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมวิจัย ประเมินความกลัวการหกล้ม (Pre test) ก่อนทดลอง

5. กลุ่มตัวอย่าง 22 คนแรกจัดเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง 22 คนหลังจัดเป็นกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง รวม 4 สัปดาห์

6. ผู้วิจัยประเมินความกลัวการหกล้ม (Post test) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังจากดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นในสัปดาห์ที่ 4

7. ผู้วิจัยนำผลการวิจัยที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย

วิธีดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยแบ่งกระบวนการดำเนินการทดลอง เป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการทดลองและระยะดำเนินการทดลอง โดยจัดกิจกรรม 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง รวม 8 ครั้ง มีรายละเอียดดังนี้

1. การเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเองเพื่อเป็นผู้ที่มีความสามารถในการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุ โดยศึกษาค้นคว้า ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรมรวมถึงการออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

1.2 ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ทดลอง และเครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ทั้งนี้เครื่องมือดังกล่าวได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และมีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและนำมาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

การเตรียมผู้ช่วยวิจัย

ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของผู้ช่วยวิจัย คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเกิน 5 ปีขึ้นไป เตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและอธิบายเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือ การประเมิน การคิดคะแนนตามเกณฑ์และการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้ช่วยวิจัยมีบทบาทในการช่วยผู้วิจัยประเมินผู้สูงอายุเพื่อคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบประเมินและประเมินกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริง

2. การดำเนินการทดลอง

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (ครั้งที่ 1) ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมที่หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ แนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย และขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ผู้ช่วยวิจัย ทำการประเมินความกลัวการหกล้มก่อนทดลองโดยใช้แบบประเมินอาการกลัวการหกล้ม (Thai Falls Efficacy Scale-international: Thai FES-I) และเก็บข้อมูลส่วนบุคคล (เก็บข้อมูลเช่นนี้ทั้งหมด 22 ราย) ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โดยให้การปฏิบัติทางการแพทย์เป็นรายบุคคลตามมาตรฐานการพยาบาล

สัปดาห์ที่ 4 (ครั้งที่ 2) ผู้วิจัยนัดหมายผู้สูงอายุพบกันครั้งที่ 2 เพื่อประเมินความกลัวการหกล้มอีกครั้ง (post test) ในวันมาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ โดยผู้ช่วยวิจัย สัมภาษณ์ผู้สูงอายุด้วยแบบประเมินอาการกลัวการหกล้ม (Thai FES-I) หลังจากดำเนินโครงการวิจัยเสร็จ

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มทดลองดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (ครั้งที่ 1) หลังผ่าตัดวันที่ 3 ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุที่หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลราชวิถี แนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุแนะนำตนเอง ประเมินความกลัวการหกล้ม (Thai FES-I) ก่อนเริ่มกิจกรรม จัดกิจกรรมโดยนำขั้นตอนที่ 1 การพูดคุยจูงร่วมกับขั้นตอนที่ 2 โดยจัดกิจกรรมการได้เห็นตัวแบบสัญลักษณ์แสดงการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

(ครั้งที่ 2) หลังผ่าตัดวันที่ 5 ขั้นตอนที่ 3 ประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จ จัดกิจกรรมฝึกประสบการณ์ปฏิบัติหลังจากชมการสาธิตในวิดีโอที่ค้นด้วยตนเอง และขั้นตอนที่ 4 การกระตุ้นด้านร่างกายและอารมณ์ ผู้วิจัยสอบถามอาการและประเมินสัญญาณชีพและอาการปวดก่อนทำกิจกรรมทุกครั้ง และให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาเพื่อให้พร้อมในการทำกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 2 หลังผ่าตัดวันที่ 9 และ 12 (ครั้งที่ 3 - 4) จัดกิจกรรมตามขั้นตอนเช่นเดียวกับสัปดาห์ที่ 1 โดยเริ่มตั้งแต่ขั้นตอนที่ 2 ถึงขั้นตอนที่ 4

สัปดาห์ที่ 3 (ครั้งที่ 5 - 6) เมื่ออยู่ที่บ้านกระตุ้นด้านร่างกายและอารมณ์ สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมต่อเนืองที่บ้านพูดคุยซักถามปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรม สอบถามอาการและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยโดยผู้วิจัยเป็นผู้ตอบ พร้อมทั้งกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ใช้เวลาครั้งละ 10 - 15 นาที

สัปดาห์ที่ 4 (ครั้งที่ 7) เมื่ออยู่ที่บ้านกระตุ้นด้านร่างกายและอารมณ์ สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์เพื่อพูดคุยซักถามปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมที่บ้าน สอบถามอาการและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยโดยผู้วิจัยเป็นผู้ตอบ พร้อมทั้งกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ใช้เวลาครั้งละ 10 - 15 นาที ผู้วิจัยกำกับการทดลองโดยใช้

แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการทำกิจกรรม สัมภาษณ์ผู้สูงอายุทางโทรศัพท์ ใช้เวลา 5 นาที

(ครั้งที่ 8) หลังผ่าตัด 28 วัน ผู้วิจัยนัดหมายผู้สูงอายุที่มาตรวจตามนัด หลังผ่าตัดที่แผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ สรุปผลการดำเนินกิจกรรม ให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็น และซักถามข้อสงสัย ผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุโดยแบบประเมินอาการกลัวหกล้ม (Thai FES-I) ลัดดา เกียมวงศ์ (2554) (Post test) หลังจากดำเนินโครงการวิจัยเสร็จ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีขั้นตอน การวิเคราะห์ ดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย โดยใช้ ความถี่และ ร้อยละ
2. คะแนนความกลัวการหกล้มในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น โดยการคำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยใช้สถิติ Dependent t-test
4. เปรียบเทียบความกลัวการหกล้มระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติ Independent t-test

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความกลัวการ หกล้มในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการ ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความกลัวการหกล้มน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการ รับรู้สมรรถนะแห่งตน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนภายหลังการทดลองมีความกลัวการหกล้มน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการ พยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายตามสมมุติฐานการวิจัย ได้ดังนี้

สมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความกลัวการหกล้มหลังผ่าตัดน้อยกว่าก่อนการทดลอง

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวการหกล้มน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 1 สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ได้สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self- efficacy) ของ Bandura (1997) ซึ่งผู้วิจัยได้ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยอาศัยแหล่งสนับสนุน 4 แหล่ง คือ

- 1) การใช้คำพูดชักจูง ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมหลังผ่าตัด ได้แก่ สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและการฟื้นฟูร่างกายหลังผ่าตัดผ่านสื่อการสอนภาพพลิกและแผ่นพับ รวมทั้งยกตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมมาก่อนที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเอง ผ่านสื่อการสอนภาพพลิกและแผ่นพับ การจัดกิจกรรมนี้จึงเป็นแนวทางหนึ่งในการให้คำแนะนำ อธิบายให้เชื่อว่ามีความสามารถที่จะทำได้ประสบความสำเร็จ การใช้คำพูดชักจูงสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถ ทำให้เกิดกำลังใจรับรู้สมรรถนะตนเองเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการสร้างหรือก่อให้เกิดทักษะในการปฏิบัติขั้นต่อไป ความรู้จึงเป็นวิธีการที่นำไปสู่การปฏิบัติได้ (Bandura, 1997) สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนาภา ฤทธิรงค์ (2553) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการลดน้ำหนักต่อความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน พบว่า การให้ความรู้ ให้กำลังใจ กล่าวชื่นชม ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจในตนเองว่ามีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนัก การพูดชักจูง แนะนำ ชื่นชม ให้ความรู้ส่งผลให้เกิดการรับรู้ความสามารถตนเอง เกิดกำลังใจและแรงจูงใจพยายามมากขึ้นที่จะกระทำให้สำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของ Strecher et al. (1986) พบว่าการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมด้วยการสนับสนุน ให้กำลังใจ เสริมสร้างแรงจูงใจด้วยการชื่นชมในการปฏิบัติกิจกรรม เป็นการเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัด

2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ผู้อื่น ผ่านตัวแบบสัญลักษณ์โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ ผู้สูงอายุได้สังเกตตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเอง แสดงพฤติกรรม นำเสนอถึงการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการบริหารกล้ามเนื้อต่าง ๆ เช่น การสาธิตวิธีการพลิกตะแคงตัว การลุกนั่งบนเตียง การบริหารกล้ามเนื้อด้วยตนเอง การปฏิบัติกิจวัตร การฝึกยืน หรือเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยพยุง ผู้วิจัยสาธิตทำบริหารกล้ามเนื้อ พลิกตะแคงตัว การลุกนั่งบนเตียง การบริหารกล้ามเนื้อด้วยตนเอง การปฏิบัติกิจวัตร การฝึกยืนหรือเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยพยุง การได้เห็นตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (Life modeling) ที่สามารถสังเกตและปฏิสัมพันธ์โดยตรงได้ และตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic modeling) ซึ่งเป็นตัวแบบที่สามารถเสนอผ่านวีดิทัศน์ โดยผ่านกระบวนการตั้งใจ (Attention processes) กระบวนการเก็บจำ (Retention processes) กระบวนการกระทำ (Production processes) และกระบวนการจูงใจ (Motivation processes) จะทำให้ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเกิดการเรียนรู้ ซึ่งการที่บุคคลตั้งใจและสนใจที่จะสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ บุคคลจะมีการเก็บจำพฤติกรรมของตัวแบบแล้วแปลงออกมาเป็นการกระทำ ซึ่งถ้าพฤติกรรมของตัวแบบได้รับผลเป็นที่น่าพึงพอใจก็จะจูงใจให้ผู้ที่สังเกตมีความรู้สึกว่าจะสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้ (Bandura., 1997) ซึ่งการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่นเป็นหนึ่งในกิจกรรมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (ศรีณย์พร อังสกุล, 2551) ฉะนั้นหากผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมได้เห็นตัวแบบสัญลักษณ์และได้เห็นตัวแบบจริงโดยผู้วิจัยเสนอผ่าน วีดิทัศน์ และการสาธิตการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมให้ดูเป็นตัวอย่าง ทำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนว่ามีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมได้เหมือนกับตัวแบบ และมีความมั่นใจไม่มีความกลัวการหกล้มในการปฏิบัติกิจกรรม จากการศึกษาของ ปิยะนุช เพชรศิริ (2550) ศึกษาผลการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนได้รับความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลสูงกว่าหลังการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการได้ดูตัวแบบจะทำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะของตนเองว่า มีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมได้เหมือนกับตัวแบบและมีความมั่นใจไม่เกิดความกลัวการหกล้มในการปฏิบัติกิจกรรม

3) ประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จ ผู้วิจัยจัดกิจกรรมการฝึกปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อหลังผ่าตัด การปฏิบัติกิจวัตร การลุกนั่งข้างเตียง การพลิกตะแคงตัว การฝึกเดินและยืนด้วยอุปกรณ์ช่วยพยุงแก่ผู้สูงอายุหลังจากชมการสาธิตในวีดิทัศน์ด้วยตนเอง และให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตามวีดิทัศน์โดยผู้วิจัยดูแลอย่างใกล้ชิด 20 นาที คอยให้คำแนะนำท่าทางที่ถูกต้องอย่างใกล้ชิดจนผู้สูงอายุเกิดทักษะ สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้อง ทำให้เกิดความมั่นใจในความสามารถของตน จากแนวคิดของ Bandura (1997) เชื่อว่า ประสบการณ์หรือการกระทำที่สำเร็จด้วยตนเองหลาย ๆ ครั้ง เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ทำให้เกิดความพยายามและเกิดทักษะที่ได้รับจากการฝึกปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและสามารถทำได้ อย่างถูกต้อง จะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้นและมั่นใจในการทำกิจกรรม โดยไม่กลัวการหกล้ม จากการศึกษาของ Hughes et al. (2004) พบว่า การเพิ่มความมั่นใจในการ ออกกำลังกาย ส่งผลต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามโปรแกรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรค ข้อเข่าเสื่อมและเพิ่มความสามารถในการเดิน ลดอาการเข่าติด จะเห็นได้ว่าประสบการณ์โดยตรงที่ ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตนเองหลาย ๆ ครั้ง มีอิทธิพลมากที่สุดในการรับรู้ สมรรถนะแห่งตน ส่งผลให้เกิดความพยายามและมั่นใจในการทำกิจกรรม เกิดทักษะและพัฒนา ความสามารถในการกระทำกิจกรรมให้สำเร็จโดยไม่กลัวที่จะหกล้ม

4) การกระตุ้นด้านร่างกายและอารมณ์ ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมที่เป็นการกระตุ้นด้าน ร่างกายและอารมณ์ของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดด้วยการกระตุ้นถามด้วยคำถามที่เข้าใจง่าย ตอบคำถาม และพูดคุยด้วยบรรยากาศที่ผ่อนคลายและเป็นกันเอง เพื่อไม่ให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ซึ่งการที่ บุคคลมีสภาวะอารมณ์ทางบวก เช่น พึงพอใจ รู้สึกมีความสุข ก็จะส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ที่เพิ่มขึ้น Bandura (1997) กล่าวว่าไว้ว่าสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and affective state) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การเสริมแรง การสอบถามอาการ ปวดและประเมินสัญญาณชีพก่อนทำกิจกรรมทุกครั้งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกพึงพอใจมีคุณค่า ในตนเองอันจะทำให้เกิดความมั่นใจในตนเองสูงขึ้นและพยายามในการทำกิจกรรมให้สำเร็จโดยไม่กลัว การหกล้ม ในทางตรงกันข้ามหากมีอารมณ์ในด้านลบ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว จะมีผลทำให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง ผู้วิจัยสอบถามผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล ระหว่างการ สอบถามผู้วิจัยได้ประเมินด้านอารมณ์จากการสังเกตสีหน้าท่าทาง การพูดคุย เปิดโอกาสให้ซักถาม ข้อสงสัยโดยผู้วิจัยเป็นผู้ตอบ ให้ยาบรรเทาปวดและประเมินสัญญาณชีพก่อนทำกิจกรรมทุกครั้ง เพื่อ ส่งเสริมให้มีความพร้อมก่อนเริ่มปฏิบัติกิจกรรม ทำให้กลุ่มตัวอย่างเชื่อมั่นหรือมั่นใจว่าสภาวะของ ร่างกายตนเองพร้อม ส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยกระตุ้นเตือนให้ผู้สูงอายุ ปฏิบัติต่อเนื่องเมื่อกลับบ้านหลังจำหน่ายในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 4 ใช้เวลาครั้งละ 10 - 15 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยการให้กำลังใจ กล่าวชมเชยติดตามทางโทรศัพท์เพื่อพูดคุยซักถามปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมที่บ้าน พร้อมทั้งกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง จากแนวคิดของ Bandura (1997) เชื่อว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งภายในและภายนอกเป็นผลมาจากการเรียนรู้ ดังนั้น การติดตามทางโทรศัพท์จึงเป็นการกระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์ที่ไปจัดกระทำใน กระบวนการเรียนรู้ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิดคือกลัวการหกล้มน้อยลงและมีผลต่อการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม คือ มีการบริหารกล้ามเนื้อ ฝึกการยืน หรือเดินส่งผลต่อผู้สูงอายุหลังผ่าตัด เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมสามารถปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองโดยไม่เกิดภาวะพึงพา สอดคล้องกับ การศึกษาของ นางเยาว์ ภูริวัฒนกุล และคณะ (2549) ศึกษาผลการให้ความรู้ผ่านทางโทรศัพท์ต่อ

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกฟิเมอร์ที่กระยะพักฟื้นโดยการให้ความรู้ผ่านทางโทรศัพท์ ในสัปดาห์ที่ 1 และ 3 หลังได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 1 และ 3 ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสรุปได้ว่า ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม สามารถทำให้ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความกลัวการหกล้มน้อยลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

สมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความกลัวการหกล้มหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนภายหลังการทดลองมีความกลัวการหกล้มน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติได้รับการพยาบาลจากพยาบาลประจำการตามมาตรฐานการพยาบาลเมื่อเข้ารับการรักษา ประกอบด้วยกิจกรรมการปฏิบัติทางการพยาบาลต่อผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเป็นรายบุคคลโดย ได้แก่ การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การดูแลตนเองหลังผ่าตัด การกายภาพบำบัด การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยให้การพยาบาลหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมแล้ว 3 วัน เริ่มจากให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมบนเตียงอย่างถูกต้องหลังผ่าตัด การฝึกบริหารกล้ามเนื้อ วันที่ 4 – 7 กระตุ้นให้ลุกนั่งบนเตียงโดยการไขเตียงนั่งและเริ่มทำกายภาพบำบัดตามแผนการรักษา การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเป็นการผ่าตัดใหญ่ ซึ่งทำให้เกิดความชอกช้ำของเส้นประสาทและกล้ามเนื้อรอบข้อได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมของระบบต่าง ๆ ตามวัยอยู่แล้ว ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่ยอมเคลื่อนไหวร่างกาย รวมทั้งไม่มั่นใจว่าจะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้มากน้อยเท่าใด โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเป็นโปรแกรมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจ และรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตนโดยไม่เกิดความกลัวการหกล้ม เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานด้วยตนเองโดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือภาวะพึ่งพาขึ้น จากผลการวิจัยข้างต้นจะเห็นได้ว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม มีความกลัวการหกล้มน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังนั้นการที่กลุ่มทดลองมีความกลัวการหกล้มน้อยลงนั้นเป็นผลมาจากการเข้าร่วมโปรแกรมในลักษณะที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และเกิดความมั่นใจในการทำกิจกรรม ตามแนวคิดของ Bandura (1997) ที่กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการ

รับรู้ถึงความสามารถของบุคคลที่จะกระทำกิจกรรมใด ๆ ที่เฉพาะเจาะจง เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางความคิด เป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้และการกระทำ

การที่ผู้สูงอายุจะเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้สูงอายุจะต้องใช้ความคิดในการพิจารณาตัดสินใจ และมีการตอบสนองต่อสิ่งที่รับรู้ เนื่องจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นพื้นฐานของการตัดสินใจ เป็นแรงจูงใจของบุคคลให้เกิดความพร้อมในการปฏิบัติกิจกรรม ร่วมกับการให้ข้อมูลที่มีเหตุผลตรงกับความสนใจของผู้สูงอายุ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด รวมถึงกิจกรรมการบริหารกล้ามเนื้อ การยืน หรือเดิน โดยเฉพาะผ่านรูปแบบสื่อที่น่าสนใจและมีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ (กฤษณกมล วิจิตร, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของ Richard et al. (2002) ที่พบว่า การมีระดับของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่สูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ อีรินุช ห่านิรติศัย (2558) ที่ศึกษาผลของกิจกรรมทางกายเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มทดลองมีความสามารถในการปฏิบัติและการทรงตัวเพิ่มขึ้น ภายหลังได้รับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 4 และ 8 มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นของความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมโดยปราศจากความกลัวการหกล้มภายหลัง โปรแกรมสัปดาห์ที่ 8 มากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ฉะนั้นความรู้ที่ผู้สูงอายุได้รับจากการพยาบาลตามปกติ และกิจกรรมการพยาบาลตามมาตรฐานอย่างเดียวนี้อาจเพียงพอที่ทำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะที่เพิ่มขึ้น จึงสรุปได้ว่าผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมสามารถลดความกลัวการหกล้มมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ปัญหาและอุปสรรคในการวิจัย

ในการทดลองผู้วิจัยทำกิจกรรมกับผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมมาแล้ว 3 วัน พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมมีอาการปวดแผลผ่าตัดก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ทำให้ไม่พร้อมในการร่วมกิจกรรม ควรมีการประเมินติดตามอาการเปลี่ยนแปลงก่อนเริ่มกิจกรรม ควรให้ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาก่อนเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อเตรียมความพร้อมของร่างกายผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยที่พบว่า โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม มีความกลัวการหกล้มน้อยลงและมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ด้านการบริหาร ควรมีการเสนอต่อผู้บริหารในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ จัดทำโครงการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไม่กลัวการหกล้มในการฟื้นฟูร่างกายหลังผ่าตัดและไม่เกิดภาวะฟุ้งพา รวมทั้งให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ สถานที่ โสตทัศนอุปกรณ์ และเอกสารต่าง ๆ

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

2.1 สร้างความตระหนักแก่บุคลากรทางการพยาบาลและทีมสุขภาพให้เห็นความสำคัญของการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรับรู้สมรรถนะแห่งตน ด้วยการพูดคุยจูง การเรียนรู้จากตัวแบบ สัญลักษณ์ การได้รับประสบการณ์จากการประสบความสำเร็จด้วยตนเอง และการกระตุ้นด้านร่างกายและอารมณ์ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและสามารถดำรงชีวิตประจำวันอย่างมีคุณภาพมากที่สุด

2.2 จัดอบรมให้พยาบาลประจำการมีความเข้าใจในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม รวมถึงทีมสุขภาพมีทักษะในการให้ความรู้และเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุที่จะเข้ารับการผ่าตัดได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรประเมินอาการปวดแผลผ่าตัดก่อนทำกิจกรรมและให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาทุกครั้งเพื่อให้ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายที่พร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรม

2. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียมอื่นๆ เช่น ข้อเข่าเทียม ข้อสะโพกเทียมจากการเชื่อมตามวัยของกระดูก หรือจากโรคข้อต่างๆที่ต้องได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียมที่มีความกลัวการหกล้ม เพื่อให้สามารถนำผลวิจัยไปใช้ได้กว้างขวางมากขึ้น

3. ในการศึกษาถึงผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมควรมีการติดตามผลระยะยาว

รายการอ้างอิง

- กมลพร วงศ์พนิตกุล. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนจังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เกษม ตันติผลาชีวะ. (2545). อาการและการบำบัดโรคจิตโรคประสาท. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สนุกอ่าน.
- คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น. (2542). แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรมการแพทย์. กระทรวงสาธารณสุข.
- จันทนา รัตนวิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ. (2545). หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2541). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พรินติ้งแอนพับลิชชิง.
- แดนเนาวรัตน์ จามรจันทร์, จิตอนงค์ ก้าวกสิกรรม และสุจิตรา บุญหยง. (2548). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการการศึกษาเรื่องการทรงตัวและหกล้มในผู้สูงอายุไทย. วันที่สืบค้น 6 สิงหาคม 2557, เข้าถึงได้จาก http://elibrary.trf.or.th/project_content.asp?PJID=RDG4730020
- ธนาภา ฤทธิงษ์. (2553). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการลดน้ำหนักต่อความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธีรนุช ห่านิรติศัย. (2551). รายงานการวิจัย เรื่อง แบบแผนการออกกำลังกาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมและภาวะเสี่ยงของการหกล้มของผู้สูงอายุ ปทุมธานี. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ธันย์ สุภัทรพันธ์. (2544). Fracture dislocation of hip and femur. ใน สมชัย ปรีชาสุข, วิโรจน์ กวิน บุญสิน บูรณะพาณิชย์กิจ. (2547). การตามกระดูกหัก. กรุงเทพฯ: บุ๊คเน็ต.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2543). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: คบไฟ.
- นงนุช วรโธสง. (2551). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยอยู่ในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- นงเยาว์ ภูริวัฒนกุล, วิลาวรรณ ทิพย์มงคล และ กาญจนา วงษ์เลี้ยง. (2549). ผลการให้ความรู้ผ่านทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกพีเมอร์หักระยะพักฟื้น. *สงขลา นครินทร์เวชสาร* 25(1): 19 – 27.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2552). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. กรุงเทพฯ: ยูเนียนครีเอชั่น.
- ปิยะนุช เพชรศิริ. (2550). *ผลการให้ความรู้โดยตัวแบบบุคคลต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เปรมกมล ขวนขวย. (2550). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาชีวสถิติ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พิมวรินทร์ ลิ้มสุขสันต์. (2551). *ปัจจัยทำนายการเกิดการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พจนานุกรมไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน. (2542). *ความหมายของคำว่ากลัว*. วันที่ค้นข้อมูล 2 มิถุนายน 2557, เข้าถึงข้อมูลได้จาก <http://rirs3.royin.go.th/new-search/word-searchall-x.asp>
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2552). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2551*. กรุงเทพฯ: ทีคิวพี. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ยุพิน ถนอดวนิชย์ และพรชัย จุลเมตต์. (2546). การเปลี่ยนผ่านในชีวิตของผู้สูงอายุสตรีภายหลังที่มีภาวะข้อสะโพกหัก ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*. 11(2): 1-17.
- รัตนา สายพานิชย์ และสุวรรณี พุทธิศรี. (2548). โรควิตกกังวล. ใน *มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์ (บรรณาธิการ), จิตเวชศาสตร์รวมาธิบติ* (หน้า 161). กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: หลักการและระเบียบวิธีวิจัย*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลักขณา มะรังกา. (2553). *ประสบการณ์ความกลัวต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลัดดา เถียมวงศ์, สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และลักขณา ปัญญาชีวิน. (2547). การทดสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือประเมินความเสี่ยงของการเกิดหกล้ม (Thai FRAT) ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ใน

- ชุมชน. วารสารพญามาวิทยา, 5(2), 14-24.
- ลัดดา เกียมวงศ์. (2554). การทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือประเมินอาการกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุไทย. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 29(6), 277-287.
- วารสารณัฏฐ์. (2553). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วงศ์โกวิท และ วิวัฒน์ วจนะวิศิษฐ์ (บรรณาธิการ), *ออริโอปติกส์*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: โฆสิตการพิมพ์.
- วรวิทย์ เล่าห์เรณู. (2546). *โรคข้อเสื่อม*. เชียงใหม่: ธนบรรณาการพิมพ์.
- วิภาวี กิจกำแหง. (2548). *ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ศิริไชย หงษ์สงวนศรี. (2545). *ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น*. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ศิริพันธ์ุ สาสัดย์. (2554). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สารณี กาญจนารัจจน์พันธ์. (2548). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สิริสุดา ชาวคำเขต. (2541). *การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวกับความเครียดของผู้สูงอายุที่กระดุกสะโพกหัก*. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุรางค์ ไคว้ตระกูล. (2553). *จิตวิทยาการศึกษา*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาพ. (2543). *ทฤษฎีและเทคนิค: การปรับพฤติกรรม*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2549). *จิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2542). *คู่มือการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับ อสม.* นนทบุรี:

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). *รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550*.

กลุ่มสถิติ 4 สำนักงานสถิติแห่งชาติ. วันที่สืบค้นข้อมูล 24 ธันวาคม 2558 จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ เว็บไซต์: <http://www.nso.go.th/>

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2552). *รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2552*.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. วันที่สืบค้นข้อมูล 24 ธันวาคม 2558 จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ เว็บไซต์: <http://www.nso.go.th/>

สำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *รายงานการเฝ้าระวังการ*

บาดเจ็บรุนแรงระดับชาติ. วันที่สืบค้นข้อมูล 25 กันยายน 2557 จากกระทรวงสาธารณสุข
เว็บไซต์: <http://www.boe.moph.go.th/>

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *สถานการณ์การบาดเจ็บจากการ*

พลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ. วันที่สืบค้นข้อมูล 10 มกราคม 2559 จากกระทรวงสาธารณสุข
เว็บไซต์: <http://www.boe.moph.go.th/>

อภิสิทธิ์ ตามสัตย์. (2557). *ความกลัวการหกล้มและความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ*

หลังผ่าตัดกระดูกสะโพก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล
ผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.

Apikomkon, H., (2003). *Fear of falling and fall circumstances in Thailand*. Master of science (Occupational Therapy). [online]. Available from:

<http://www.curtin.edu.au/theses/>[2014, August 15].

Arfken, C. L., Lach, H. W., Birge, S. J. & Miller, J. P. (1994). The prevalence and correlates of fear of falling in elderly persons living in the community.

American Journal Public Health, 84(4): 565-570.

Bandura, A. (1997). *Self efficacy the exercise of control* (4 th.). United States of America: W. H. Freeman.

Bhala, R. P., O, Donnell, J. & Thoppil, E. (1982). Phobic fear of falling and its clinical management. *Physical Therapy*, 62(2), 187-190.

Boyd, R. & Stevens, J. A. (2009). Fall and fear of falling: Burden, beliefs and behaviors.

Age and Ageing, 38: 423-428.

Buchner, D. M., Cress, M. E., Wagner, E. H., de Lateur, B. J., Price, R., & Abrass, I. B.

(1993). The Seattle FICSIT/Movelt study: The effect of exercise on gait and balance in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41(3),

321-325.

- Burns, N. & Grove, S. K. *Study guide for the practice of nursing research conduct, critique and utilization*. 5th ed. St. Louis: Elsevier Saunders.
- Centers for Disease Control and Prevention Fall among older adults. (2010). Cost of fall among older adult. Retrieved December 11, 2015, from http://www.cde.gov/home_and_recreational_safety/falls/fallcost.html
- Chaiyawat, W. (2000). Psychometrics of the Thai version of state-trait anxiety inventory for children and child medical fear scale. *Research in Nursing & Health*. 23: 406-414.
- Candler, et al. (1996). The fear of falling syndrome: Relationship to fall, physical performance and activity of daily living in frail older person. *Topic in Geriatric Rehabilitation*. 11:55-63.
- Cotter, V. T. & Strumpf, N. E. (2002). *Advanced practice nursing with older adults*. United States of America: McGraw Hill.
- Curcio, C. L., Gomez, F. & Reyes-Ortiz, C. A. (2009). Activity restriction relate to fear of falling among older people in the columbian andes mountains: Are functional or psychosocial risk factor more important? *Ageing and Health*, 21(3), 460-479.
- Denkinger, M. D., Wilmar, I., Lukas, A., Bader, A., Bailer, S., Franke, S., et al. (2010). Relationship between fear of falling and outcomes of an inpatient geriatric rehabilitation population-fear of the fear of falling. *The American Geriatrics Society Journal compilation*. 58(4): 664-673.
- Deshpande, N., Metter, E. J., Bandinelli, S., Lauretani, F., Windham, B. G., & Ferrucci, L. (2008). Psychological, physical and sensory correlates of fear of falling and consequent activity restriction in the elderly: The inchianti study. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*. 87(5): 354-362.
- Ebersole, P., Kess, P. & Luggen, A. S. (2004). *Toward healthy aging: Human needs and nursing response*. 6th ed. St. Louis: Mosby.
- Enocson, A., Tidermark, J., Tornkvist, H., & Lapidus, L. J. (2008). Dislocation of

hemiarthroplasty after femoral neck fracture: Better outcome after the anterolateral approach in a prospective cohort study on 739 consecutive hips. *Acta Orthopaedica*, 79(2), 211-217

- Filiatrault, J., Desrosiers, J. & Trottier, L. (2009). An exploratory study of individual and environmental correlates of fear of falling among community-dwelling seniors. *Ageing and Health*, 21(6), 881-894.
- Fletcher, P. C. & Hirdes, J. P. (2004). Restriction in activity associated with fear of falling among community-based seniors using home care services. *Age and Ageing*, 10, 1-7.
- Friedman, S. M., Munoz, B., West, S. K., Rubin, G., & Fried, L. P. (2002). Fall and fear of falling: Which come first? A longitudinal prediction model suggests for primary and secondary prevention. *American Geriatrics Society*, 50, 1329-1335.
- Fuzhong, L., McAuley, E., Fisher, K. J., Harmer, P., Chaumeton, N., & Wilson, N. L. (2002). Self-efficacy as a mediator between fear of falling and functional ability in the elderly. *Aging Health*. 14(4): 452-66.
- Gillespie, S. M. & Friedman, S. M. (2007). Fear of falling in new long-term care enrollees. *Journal of the American Medical Directors Association*. 8(5): 307-313.
- Graf, C. (2006). Functional decline in hospitalized older adults: It's often a consequence of hospitalization, but it doesn't have to be. *The American Journal of Nursing*, 106(1), 58-67.
- Graziano, A. M., DeGiovanni, I. S. & Garcia, K. A. (1979). Behavioral treatment of children's fears: A review. *Psychological Bulletin*, 86(4): 804.
- Gullone, E. (2000). The development of normal fear: A century of research. *Clinical psychology review*, 20(4), 429-451.
- Hadjistavropoulos, T., Delbaere, K. & Fitzgerald, T. D. (2010). Reconceptualizing the role of fear of falling and balance confidence in fall risk. *Ageing and Health*, 23(1): 3-23.

- Harnittisai, T., Thongtawee, B., Raetong, P. (2015). The effects of a physical activity program for fall prevention among Thai older adults. *Pacific Rim Int J Nurs Res*, 19(1): 4-18.
- Hellstrom, K., Vahlberg, B., Urell, C. & Emtner, M. (2009). Fear of falling, fall-related self-efficacy, anxiety and depression in individuals with chronic obstructive pulmonary disease. *Clinical Rehabilitation*. 23: 1136-1144.
- Hill, K. D., Schwarz, J. A., Kalogeropoulos, A. J. & Gibson, S. J. (1996). Fear of falling revisited. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 77, 1025-1029.
- Howland, J., Lachman, M. E., Peterson, E. W., Cote, J., Kasten, L. & Jette, A. (1998). Covariates of fear of falling and associated activity curtailment. *The Gerontologist*. 38(5): 549-555.
- Jellesmark, A., Herling, S. F., Egerod, I. & Beayer, N. (2012). fear of falling and changed functional ability following hip fracture among community – dwelling elderly people: An explanatory sequential mixed method study. *Disability and Rehabilitation*, 34(25), 2124 – 2131.
- Jung, D. (2008). Fear of falling in older adult: Comprehensive review. *Asian Nursing Research*, 2(4): 214-222.
- Jorstad, E. C., Hauer, K., Becker, C. & Lamb, S. E. (2005). Measuring the psychological outcomes of falling: A systematic review. *Journal of American Geriatrics Society*, 53, 501-510.
- Kempen, G. I., Haastregt, J. C. M. V., Mckee, K. J., Delbaere, K. & Zijlstra, G. A. R. (2009). Socio-demographic, health-related and psychosocial correlates of fear of falling and avoidance of activity in community-living older persons who avoid activity due to fear of falling. *BMC Public Health*. 9: 170.
- Kressig, R. W., Wolf, S. L., Sattin, R. W., O'Grady, M., Greenspan, A., Curns, A. & Kutner, M. (2001). Associations of demographic, functional, and behavioral characteristics with activity-related fear of falling among older adults transitioning to frailty. *Journal of the American Geriatrics Society*. 49(11): 1456-1462.
- Lach, H. W. (2005). Incidence and risk factors for developing fear of falling in older adults. *Public Health Nursing*. 22(1): 45-52.

- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford University Press.
- Leighton, R. K., Schmidt, A. H., Collier, P., & Trask, K. (2007). Advances in the treatment of intracapsular hip fractures in the elderly. *Injury, International Journal of the Care of the Injury*, 38s3: s24-s34.
- Leung, A., Chi, I., Lou, V. W. Q. & Chan, K. S. (2010). Psychosocial risk factors associated with falls among Chinese community dwelling older adults in Hong Kong. *Health and Social Care in the Community*, 18(3): 272-281.
- Li, F., Fisher, K. J., Harmer, P. & McAuley, E. (2005). Fall self-efficacy as a mediator of fear of falling in an exercise intervention for older adults. *Journal of Gerontology*, 60B(1): P34-P40
- Liu, H., Grando, V., Zabel, R. & Nolen, J. (2009). Pilot study evaluating fear of falling and falls among older rolling walker users. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*. 16(12): 670-677.
- Madduk, J. E. (1991). Self-Efficacy. In Synder, C. R. and Forsyth, D. R. (ed.) *Handbook of social and clinical psychology*, pp 54-78. New York: Pergamon Press.
- Mann, R., Birks, Y., Hall, J., Torgerson, D. & Watt, I. (2006). Exploring the relationship between fear of falling and neuroticism: a cross-sectional study in community-dwelling women over 70. *Age and Ageing*, 35(2), 143-147.
- Marks, R., Allegrante, J. P., MacKenzie, C. R. & Lane, J. M. (2003). Hip fractures among the elderly: Causes, consequences and control. *Ageing Research Reviews*, 2: 57-93.
- Martin, F. C., Hart, D., Spector, T., Doyle, D. V., & Harari, D. (2005). Fear of falling limiting activity in young-old woman is associated with reduced functional mobility rather than psychological factors. *Age and Ageing*, 34: 281-287.
- Menz, H. B., Lord, S. R. & Fitzpatrick, R. C. (2007). A structural equation model relating impaired sensorimotor function, fear of falling and gait patterns in older people. *Gait and Posture*. 25: 243-249.
- Miller, W. C. (2003). Standing strong. *The Interdisciplinary Journal of Rehabilitation*, No. Retrieved March 10, 2014, from the <http://www.rehabpub.com/features/892003/5.asp>

- Moore, D. S. & Ellis, R. (2008). Measurement of fall-related psychological constructs among independent-living older adults: A review of the research literature. *Aging & Mental Health, 12*(6): 684-699
- Moore, A. (1987). Frightened of fear. *Nursing Times* (April) (1): 34-38.
- Murphy, S. L., Williams, C. S. & Gill, T. M., (2002). Characteristics associate with fear of falling and activity restriction in community-living older persons. *Journal of American Geriatric Society, 50*:516-520.
- Murphy, S. L., Dubin, J. D. & Gill, T. M. (2003). The development of falling among Communityling older women: Predisposing factors and subsequent fall events. *Journal of Gerontology, 58A*(10): 943-947.
- National Osteoporosis Guideline Group. (2010). *Guideline for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women and men from the age of 50 years in the UK. October 2008*, London: Osteoporosis Guideline Group.
- Nelson, R. C. & Amin, M. A. (1990). Fall in the elderly. *Emergency Medicine Clinics of North America, 8*(2): 309-324.
- Peterson, E. W., Cho, C. C. & Finlayson, M. L. (2007). Fear of falling and activity curtailment among middle aged and older adults with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis, 13*, 1168-1175.
- Piphatvanitcha, N. (2006). *The effect of a fall prevention program on gait and balance of community-dwelling elders*. Doctoral dissertation, Philosophy Program in Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.
- Pratt, E. & Gray, P. A. (2002). Total hip replacement. In J. A. DeLisa, B. M. Gans, D. M. Currie, L. H. Gerber, J. A. Leonard, M. C. McPhee & W. S. Pease (Eds.), *Rehabilitation Medicine: Principle and practice* (2nd ed.)(pp. 681-699). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Prevention of Falls Network Europe. (2006). *Falls efficacy scale international (FES-I)*. Retrieved June 5, 2014, from <http://www.profane.eu.org/fesi.html>
- Rochat, S., Bula, C. J., Martin, E., Bagnoud, L. S., Karmaniola, A., Aminian, K., et al. (2010). Is the relationship between fear of falling and gait in well-functioning

- older person aged 65 to 70 year ? *Archive of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91: 879-884.
- Rossio, M. L. (2009). *The effects of an exercise program on self efficacy and balance in an elderly population with hip replacement*. A thesis for the degree of Master of Science in Kinesiology, Arkansas.
- Rubenstein, L. Z. (2006). Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age and Ageing*. 35-S2: ii37–ii41.
- Salkeld, G. (2000). Quality of life related to fear of falling and hip fracture in older woman: A time trade off study. *British Medical Journal*, 320: 341-346.
- Scheffer, A. C., Schuurmans, M. J., Dijk, N. V., Hooft, T. V. D. & Rooij, S. E. D. (2008). Systematic review fear of falling: Measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. *Age and Ageing*, 37: 19-24.
- Stone, J. T. & Wyman, J. F. (1999). *Clinical gerontological nursing: a guide to advanced practice*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 68-341.
- Suzuki, M., Ohyama, N., Yamada, K. & Kanamori, M. (2002). The relationship between fear of falling, activities of daily living and quality of life among elderly individuals. *Nursing and Health Sciences*, 4: 155-161.
- Tinetti, M. E., Richman, D. & Powell, L. (1990). Falls efficacy as a measure of fear of falling. *Journal of Gerontology*. 45(6). 239-243.
- Tinetti, M. E. & Powell, L. (1993). fear of falling and low self-efficacy: A cause of dependence in elderly persons. *Journal of Gerontology*.
- Visschedijk, J. H. M., van Balen, R, Hertogh, C. & Achterberg, w. (2013). Fear of falling in patients with hip fracture: Prevalence and related psychological factors. *Journal of the American Medical Directors association*, 14(3), 218 -220.
- Voshaar, R. C., Banerjee, S., Horan, M., Baldwin, R., Pendleton, N., Proctor, R. et al. (2006). Fear of falling more important than pain and depression for functional recovery after Surgery for hip fracture in older people. *Psychological Medicine*. 36: 1635–1645.
- Whitehead, C., Miller, M. & Crotty, M. (2003). Falls in community-dwelling older persons follow hip fracture: Impact on self-efficacy, balance and handicap. *Clinical Rehabilitation*, 17: 899-906.

- Yardley, L., Beyer, N., Hauer, K., Kempen, G., Ziegler, C. P. & Todd, C. (2005). Development and initial validation of the falls efficacy scale-international (FES-I). *Ageing and Ageing*, 34: 614-619.
- Zijlstra, G. A. R., Haastregt, J. C. M. V., Eijk, J. Th. M. V., Rossum, E. V., Stalenhoef, P.A. & Kempen, G. I. J. M. (2007). Prevalence and correlates of fear of falling, and associated avoidance of activity in the general population of community-living older people. *Age and Ageing*, 36: 304-309.

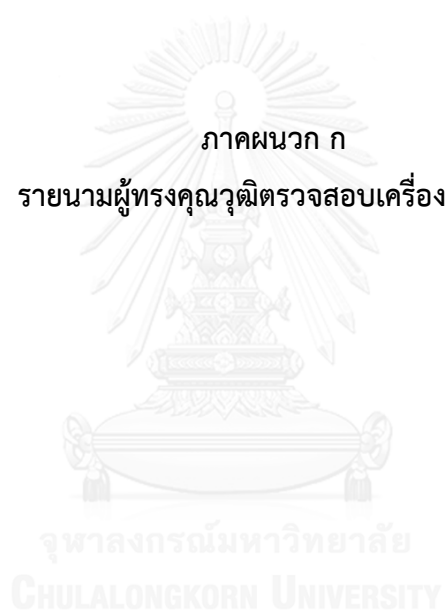




ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ชื่อเรื่องงานวิจัย	ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความกลัวการหกล้ม ในผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม
เสนอโดย	นางสาวหทัยทิพย์ ใจปิติ รหัสประจำตัว 5677223336
นิสิตหลักสูตร	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้สูงอายุ)
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์

ทำหนังสือถึง	ชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่งทางวิชาการ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ราชวิถี	นายแพทย์อนุชิต เวชชัยชีวะ	นายแพทย์ชำนาญการด้านเวช กรรม สาขาออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลราชวิถี
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ราชวิถี	นางกชชุกร หว่างนุ่ม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (APN ด้านผู้สูงอายุ) หน่วยให้ยาเคมี บำบัด โรงพยาบาลราชวิถี
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ราชวิถี	นางสาวธัญญลักษณ์ ธนโรจน วณิช	นักกายภาพบำบัดชำนาญการ พิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานเวช ศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลราชวิถี
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ เพชรบุรี	นางสาวจินตนา สีนธสุวรรณ	อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาล ศาสตร์ สาขาการพยาบาล ผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยราชภัฏ เพชรบุรี
ผู้อำนวยการวิทยาลัย พยาบาลกองทัพเรือ	นาวาโทหญิงสมใจ ศุภนาม	(อาจารย์ด้านเทคโนโลยีทาง การศึกษา)แพทย์ฝ่ายบริการ สุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระ ปิณฑเกล้า

ภาคผนวก ข
จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/ 1717

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

19 ตุลาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวหทัยทิพย์ ใจปิติ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. นายแพทย์อนุชิต เวชชัยชีวะ นายแพทย์ชำนาญการด้านเวชกรรม สาขาออร์โธปิดิกส์
2. นางกชชุกร หว่างนุ่น พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ)
3. นางสาวธัญญลักษณ์ ธนโรจวนิช นักกายภาพบำบัดชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชวานิช)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นายแพทย์อนุชิต เวชชัยชีวะ, นางกชชุกร หว่างนุ่น และนางสาวธัญญลักษณ์ ธนโรจวนิช

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธ์ สาส์ตย์ โทร. 02-218-1149

นางสาวหทัยทิพย์ ใจปิติ โทร. 087-257-2030

ที่ ศธ 0512.11/1691

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

/6 ตุลาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

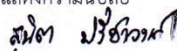
เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวหทัยทิพย์ ใจปิติ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อความกลัวการทกล้มในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์จินตนา สิ้นสุวรรณ์ อาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

นางสาวจินตนา สิ้นสุวรรณ์
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ โทร. 02-218-1149
นางสาวหทัยทิพย์ ใจปิติ โทร. 087-257-2030

ที่ ศธ 0512.11/ 1735

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๒ ตุลาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ


เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวหทัยทิพย์ ใจปิติ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีจึงขอเรียนเชิญ นาวาโทหญิง สมใจ ศุภนาม แพทย์ฝ่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าฯ พร.ช่วยราชการ วพร.ศวก.พร. เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นาวาโทหญิง สมใจ ศุภนาม

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธ์ สาส์ตย์ โทร. 02-218-1149

นางสาวหทัยทิพย์ ใจปิติ โทร. 087-257-2030

ที่ ศบ 0512.11/ 1385

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๑ ตุลาคม 2558

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

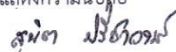
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวหทัยทิพย์ ใจปิติ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความกลัวการทกล้มในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวหทัยทิพย์ ใจปิติ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปรีชawangษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 02-218-1149
นางสาวหทัยทิพย์ ใจปิติ โทร. 087-257-2030

ที่ ศธ 0512.11/1785

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๙ ตุลาคม 2558

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

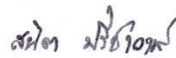
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวหทัยทิพย์ ใจปิติ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นางสาวหทัยทิพย์ ใจปิติ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ ทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นกระดูกสะโพกหักจากการพลัดตกหกล้มที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก จำนวน 74 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความกลัวการหกล้ม (FES) แบบประเมินอาการกลัวหกล้มในผู้สูงอายุไทย (Thai FES-I) คู่มือโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แผนการสอน สื่อภาพพลิก แผ่นพับและวิดีโอที่ค้นแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรม ทั้งนี้บัณฑิตจะประสานงานเรื่องวัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวหทัยทิพย์ ใจปิติ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธ์ สาส์ตย์ โทร. 02-218-1149

ชื่อนิสิต

นางสาวหทัยทิพย์ ใจปิติ โทร. 087-257-2030

ที่ ศธ 0512.11/ 027^๑

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรราช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑๘ กุมภาพันธ์ 2559

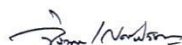
เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางสาวหทัยทิพย์ ใจปิติ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือแบบสอบถามความกลัวการหกล้ม FALL EFFICACY SCALE (FES) จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง FEAR OF FALLING AND FUNCTIONAL ABILITY IN OLDER ADULTS UNDERGOING HIP SURGERY ของ ร.ต.ท. อภิสิทธิ์ ตามสัตย์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (2557) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุภาพ อารีเอื้อ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สิริรัตน์ ธิลาจรัส ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



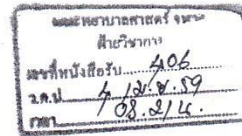
(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 02-218-1149
นางสาวหทัยทิพย์ ใจปิติ โทร. 087-257-2030



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๕/๒๕ ถ.พุทธมนต์พลสาย ๔ ศาลายา นครปฐม ๗๓๑๗๐

โทร. ๐-๒๕๔๑-๔๑๒๕ ต่อ ๑๐๙-๑๑๑ โทรสาร ๐-๒๕๔๑-๙๘๓๔

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒/๐๖๖๔๕

วันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๕๙

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือที่ ๐๕๑๒.๑๑/๐๒๕๙ ลงวันที่ ๑๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘



ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแจ้งว่า

ผู้ใช้เครื่องมือวิจัย : นางสาวหทัยทิพย์ ใจปิติ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

งานวิจัยของผู้ใช้เครื่องมือ: “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

เครื่องมือวิจัยที่ใช้: แบบสอบถามความกลัวการหกล้ม FALL EFFICACY SCALE (FES)

เครื่องมือวิจัยนี้พัฒนาโดย : ร.ต.ท. อภิลิทธิ์ ตามลัดตย์ เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พ.ศ. ๒๕๕๗ เรื่อง “FEAR OF FALLING AND FUNCTIONAL ABILITY IN OLDER ADULTS UNDERGOING HIP SURGERY” ซึ่งมี รศ.ดร.สุภาพ อารีเอื้อ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

บัณฑิตวิทยาลัย และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้พิจารณาแล้ว **ไม่ขัดข้อง** อนุญาตให้ นางสาวหทัยทิพย์ ใจปิติ ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ เนื่องจากเป็นการศึกษาวิจัยทางด้านวิชาการ แต่ทั้งนี้ขอได้โปรดระบุให้ชัดเจนด้วยว่าเครื่องมือวิจัยดังกล่าวมาจากวิทยานิพนธ์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดล และมีอาจารย์ท่านใดทำหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และต้องปฏิบัติตามระเบียบการขอใช้เครื่องมือวิจัยของหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งกำหนดให้ผู้ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยต้องดำเนินการตามระเบียบการขอใช้เครื่องมือวิจัย (ตามแบบฟอร์มที่แนบ มาพร้อมนี้) และต้องชำระค่าบริการการขอใช้เครื่องมือ จำนวน ๒๐๐บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ต่อเครื่องมือวิจัย ๑ ฉบับ โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขารามาธิบดี ชื่อบัญชี

...../๒.

- ๒ -

“หลักสูตรการศึกษาพยาบาลปริญญาโทรามธิบดี” เลขที่บัญชี ๐๒๖-๔-๓๕๑๘๓-๗ ประเภทอมทรัพย์ และแนบหลักฐานการ โอนเงินมาพร้อมกับการกรอกแบบ บพร. ๑๕, บพร.๑๖ ส่งมาที่...

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี

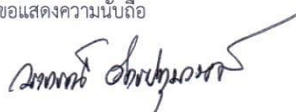
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๗๐ ถนนพระรามที่ ๖ เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

โทร. ๐-๒๒๐๑-๒๐๑๘ โทรสาร ๐-๒๒๐๑-๑๖๗๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรากรณ์ อัครปทุมวงศ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย





เอกสารรับรองโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับการวิจัยในคน
โรงพยาบาลราชวิถี

รหัสโครงการวิจัยที่ 58214

เอกสารเลขที่ 217/2558

ชื่อโครงการ “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความกลัวการ
หกล้มในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม”

(ภาษาอังกฤษ) “The effect of self-efficacy promoting program on fear of fall in
postoperative total hip replacement older persons”

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาวหทัยทิพย์ ใจปิติ ตำแหน่ง นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

อาจารย์ที่ปรึกษา รศ.ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสิตย์ ตำแหน่ง อาจารย์

สังกัดหน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารรับรอง

1. โครงร่างการวิจัย ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 28 ธันวาคม 2558
2. แบบบันทึกข้อมูล ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 28 ธันวาคม 2558
3. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 28 ธันวาคม 2558
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 28 ธันวาคม 2558

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย
โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 28 เดือน ธันวาคม พ.ศ.2558 และจะรับรองโครงการวิจัยเป็นระยะเวลา
2 ปี คือสิ้นสุดวันที่ 27 เดือน ธันวาคม พ.ศ.2560

ลงนาม.....
(รศ.คลินิก นายแพทย์ อุดม ไกรฤทธิชัย)
ประธานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม.....
(นายแพทย์มานัส โพธาภรณ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

เพื่อให้การดำเนินการวิจัยเป็นไปตามแนวปฏิบัติการวิจัยของคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย
โรงพยาบาลราชวิถี คณะกรรมการจึงขอแจ้งให้ผู้วิจัยทราบถึงข้อกำหนดต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ดังนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัครบิอินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี)
แบบสัมภาษณ์ / แบบสอบถาม / แบบบันทึกข้อมูล ฉบับที่ได้รับอนุมัติจากโรงพยาบาลราชวิถีเท่านั้น
3. การรายงานอาการไม่พึงประสงค์ (AE) ที่เกิดขึ้นในโครงการวิจัย ขอให้แจ้งคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรม
การวิจัยทราบ ภายในกำหนดเวลา 5 วันทำการ หลังจากผู้วิจัยทราบถึงเหตุการณ์ โดยส่งเอกสารจำนวน
3 ชุด มาที่คณะกรรมการ โรงพยาบาลราชวิถี
4. การรายงานอาการไม่พึงประสงค์ร้ายแรง (SAE) ที่เกิดขึ้นในโครงการวิจัย ขอให้แจ้งคณะกรรมการวิจัยและ
จริยธรรมการวิจัยทราบ ภายในกำหนดเวลา 3 วันทำการ หลังจากผู้วิจัยทราบถึงเหตุการณ์ โดยส่งเอกสาร
จำนวน 3 ชุด มาที่คณะกรรมการ โรงพยาบาลราชวิถี
5. กรณีมีการแก้ไขเอกสาร (Amendment) เปลี่ยนแปลงรายละเอียดโครงการวิจัย จะต้องยื่นเอกสารฉบับใหม่
จำนวน 3 ชุด เพื่อขออนุมัติจากคณะกรรมการ ก่อนจะดำเนินการวิจัยต่อไป
6. หากใบรับรองจริยธรรมหมดอายุ ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อนวันหมดอายุอย่างน้อย 1 เดือน



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ (Patient Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความกลัวการหกล้ม
ในผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ชื่อผู้วิจัย นางสาวหทัยทิพย์ ใจปิติ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
โทรศัพท์มือถือ 087 – 2572030 E – mail: Hataitip1818@gmail.com

สถานที่วิจัย หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลราชวิถี

ผู้ให้ทุน/ผู้สนับสนุนการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อเปรียบเทียบความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม และเปรียบเทียบความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ซึ่งจะมีประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ คือ เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการรับรู้ในสมรรถนะแห่งตนในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมได้อย่างเหมาะสม เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูกชนิดอื่น ๆ และนำไปพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะ เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ไม่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรง ไม่ป่วยเป็นโรคร้ายแรงที่อยู่ในระยะที่แสดงอาการ ไม่มีข้อห้ามในการเดิน สามารถฟัง พูด อ่าน เขียนได้ และมีความกลัวการหกล้มหลังผ่าตัด การวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อเป็นทางเลือกใหม่ที่จะนำมาจัดกิจกรรมให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ซึ่งมีข้อดีต่างจากการให้การดูแลตามปกติคือ ผู้สูงอายุได้เห็นตัวอย่างของผู้ที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการที่จะลุกเดินหรือทำกิจกรรมอื่นๆ ฟิ้นฟูร่างกายได้เร็วขึ้นไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน โดยจะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้น 44 คน ระยะเวลาที่จะทำการวิจัยทั้งสิ้น 1 เดือน

ขั้นตอนการปฏิบัติตัวหากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้วสิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ การตอบแบบสอบถาม 3 ชุด คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินสมรรถภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น 3) แบบวัดความกลัว การหกล้มในผู้สูงอายุ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10 นาที และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อความต่อเนื่องในการดำเนินการวิจัยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง นาน 4 สัปดาห์ความกลัวการหกล้มหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ผู้เข้าร่วมวิจัยจะไม่ได้รับความเสี่ยงเพิ่มขึ้นจากชีวิตประจำวันหรือมีผลข้างเคียงจากการเข้าร่วมวิจัย กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้ผ่านสื่อภาพพลิก 15 นาที ชมวีดิทัศน์ 20 นาที ฝึกปฏิบัติตามวีดิทัศน์ 20 นาที

เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมวันสุดท้าย ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินผลการทดลองโดยใช้แบบประเมินความกลัวการหกล้ม และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ใช้เวลาในการประเมิน 10 นาที หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การเข้าร่วมโครงการวิจัยของท่านต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ

ผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งในปัจจุบันและอนาคตด้านการศึกษาพยาบาลของท่านโดยท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัย และรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน เช่น การได้รับยาบรรเทาปวด การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การกายภาพบำบัดตามแผนการรักษา

ระบุชื่อผู้วิจัยที่จะสามารถติดต่อได้ หากมีข้อข้องใจที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับการวิจัยสอบถามเพิ่มเติมได้ โดยสามารถติดต่อกับผู้วิจัยคือ นางสาวหทัยทิพย์ ใจปิติ ได้ตลอดเวลาทางโทรศัพท์หมายเลข 087-2572030 ที่ทำงานโทร 02-3548108 ต่อ 3134

ค่าตอบแทนที่จะได้รับ การวิจัยครั้งนี้ไม่มีค่าตอบแทนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็ว ไม่ปิดบัง

การรักษาความลับ ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้ร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ คณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้

2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์พยาบาลรวมทั้งอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น ยา หรืออุปกรณ์ซึ่งมีผลดีต่อท่านรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
10. ท่านจะได้โอกาสในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านมีข้อสงสัยต้องการสอบถามเกี่ยวกับสิทธิของท่าน หรือผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่เขียนไว้ในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครที่เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถติดต่อ หรือร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ชั้น M อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลราชวิถี โทร. (02)3548108-37 ต่อ 2803 ในเวลาราชการ

หนังสือยินยอมเข้าร่วมเป็นอาสาสมัคร
ในการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความกลัวการทกล้มในผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย/ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด..... หมายเลขโทรศัพท์.....

ได้รับการทาบทามเพื่อเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยนี้ในโรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความกลัวการทกล้มของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม และเปรียบเทียบความกลัวการทกล้มของผู้สูงอายุก่อนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งจะมีประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ คือ เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการรับรู้ในสมรรถนะแห่งตนในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมได้อย่างเหมาะสม เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูกชนิดอื่น ๆ รวมทั้งนำไปพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมต่อไป

ข้าพเจ้าทราบดีว่าการเข้าร่วมการวิจัยนี้ ต้องทำการให้รายละเอียดส่วนตัวเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป การเจ็บป่วยที่เป็นโรคประจำตัวต่างๆ รวมไปถึงข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย เช่น น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพ การศึกษา เป็นต้น และจากข้อมูลต่างๆที่ข้าพเจ้าให้ไป ยินยอมที่จะให้นำไปใช้เพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิจัย ซึ่งข้าพเจ้ายินดีจะเข้าร่วม และพร้อมที่จะปฏิบัติตามขั้นตอน ระเบียบวิธีการวิจัยในครั้งนี้ ในกรณีที่ข้าพเจ้ามีข้อสงสัย ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะซักถามทุกข้อสงสัยเพื่อให้ได้คำตอบที่ชัดเจนจากผู้วิจัย หรือเจ้าหน้าที่ที่เข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยคือนางสาวหทัยทิพย์ ใจปิติ ที่อยู่ เลขที่ 2 โรงพยาบาลราชวิถี (หอพัก 18 ชั้น) ถนนพญาไท แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400 เบอร์โทรศัพท์: 087 - 2572030ได้ตลอดเวลา

ข้าพเจ้าทราบดีว่าการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการการศึกษาวิจัย และจริยธรรมโรงพยาบาลราชวิถี และระหว่างในการทำการศึกษาวิจัย ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการวิจัยในเวลาใดก็ได้

ข้าพเจ้ามีความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีที่จะเข้าร่วม
การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ และขอลงลายมือชื่อเป็นหลักฐานต่อหน้าเจ้าหน้าที่ ณ ที่นี้

ชื่อ.....ผู้ร่วมศึกษาวิจัย

(.....)

วันที่.....

ชื่อ.....ผู้ทำวิจัย

(นางสาวหทัยทิพย์ ใจปิติ)

วันที่.....

ชื่อ.....พยาน

(.....)

วันที่.....

ชื่อ.....พยาน

(.....)

วันที่.....



ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

สำหรับผู้วิจัย

ลำดับที่ วัน/เดือน/พ.ศ.

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ในช่องว่างที่กำหนดให้ โดยให้ตรงกับความเป็นจริงของผู้สูงอายุ

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุปี
3. สถานภาพ
 โสด คู่ หม้าย
 หย่า แยก
4. ระดับการศึกษา
 ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา
 ปวช/ปวส ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี
 อื่นๆโปรดระบุ.....
5. โรคประจำตัว จำนวน.....โรค
 โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง
 โรคหลอดเลือดสมอง อื่น ๆ ระบุ.....
6. เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่
7. วันที่ผ่าตัด.....
8. วันที่จำหน่าย.....

2. แบบประเมินอาการกลัวทกล้มในผู้สูงอายุไทย (Thai FES - I)

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ในช่องความรู้สึกด้านขวามือของแต่ละข้อคำถามที่ตรงตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุมากที่สุด (ในกรณีผู้สูงอายุไม่ได้ทำกิจกรรมนั้น เช่น หุงข้าว ทำกับข้าว หรือไปในที่คนแออัดเช่นตลาดสด แต่มีญาติเป็นผู้จัดเตรียมให้ ผู้สัมภาษณ์จะให้คะแนนโดยสอบถามผู้ป่วยว่า “ถ้าหากได้ทำกิจกรรมด้วยตนเอง ท่านคิดว่าตนเองกลัวการทกล้มหรือไม่/กลัวอย่างไร)

กิจกรรม	ความคิดเห็นและความรู้สึก			
	ไม่กลัวเลย	กลัวเล็กน้อย	กลัวมาก	กลัวมากที่สุด
1. ทำความสะอาดบ้าน				
2. สวมใส่หรือถอดเสื้อผ้า				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
15. เดินขึ้น-บันทางที่ลาดชัน				
16. ไปร่วมงานต่างๆของชุมชน เช่นไปทำบุญที่วัด				

คะแนนตั้งแต่ 16-21 คะแนน แสดงว่า ไม่กลัวการทกล้ม

คะแนนตั้งแต่ 22-27 คะแนน แสดงว่า กลัวการทกล้มเล็กน้อยถึงปานกลาง

คะแนนตั้งแต่ 28-64 คะแนน แสดงว่า กลัวการทกล้มมาก

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการคัดกรอง

1. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10

บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง คะแนน
(ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด)

1. Orientation for time (5 คะแนน)

(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

- | | | |
|------------------------|-------|--------------------------|
| 1.1 วันนี้วันที่เท่าไร | | <input type="checkbox"/> |
| 1.2 วันนี้วันอะไร | | <input type="checkbox"/> |
| 1.3 เดือนนี้เดือนอะไร | | <input type="checkbox"/> |
| 1.4 ปีนี้ปีอะไร | | <input type="checkbox"/> |
| 1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร | | <input type="checkbox"/> |

2. Orientation for place (5 คะแนน) (ให้เลือกข้อใดข้อหนึ่ง)

(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

2.1 กรณีอยู่ที่สถานพยาบาล

- | | | |
|---|-------|--------------------------|
| 2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และชื่อว่าอะไร | | <input type="checkbox"/> |
| 2.1.2 ขณะนี้ท่านอยู่ที่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร | | <input type="checkbox"/> |
| 2.1.3 ที่อยู่ในอำเภอ - เขตอะไร | | <input type="checkbox"/> |
| 2.1.4 ที่นี่จังหวัดอะไร | | <input type="checkbox"/> |
| 2.1.5 ที่นี่ภาคอะไร | | <input type="checkbox"/> |

2.2 กรณีที่อยู่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ

- | | | |
|--|-------|--------------------------|
| 2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไรและบ้านเลขที่อะไร | | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.2 ที่นี่หมู่บ้านหรือละแวก/คุ้ม/ย่าน/ถนนอะไร | | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.3 ที่นี่อำเภอเขต/อะไร | | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.4 ที่นี่จังหวัดอะไร | | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.5 ที่นี่ภาคอะไร | | <input type="checkbox"/> |

3. Registraion (3 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นกรทดสอบความจำ ดิฉันจำบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ (ตา , ยาย...) ตั้งใจฟังให้ดีนะ เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อ ผม (ดิฉัน) พูดจบ ให้ คุณ(ตา,ยาย....)

พูดทบทวนตามที่ได้ยิน ให้ครบ ทั้ง 3 ชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ได้ เดี่ยวดิฉันจะถามซ้ำ

* การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาที ต้องไม่ช้าหรือเร็วเกินไป

(ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

ดอกไม้ แม่น้ำ รถไฟ

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

ต้นไม้ ทะเล รถยนต์

4. Attention/Calculation (5 คะแนน) (ให้เลือกข้อใดข้อหนึ่ง)

ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ คุณ (ตา,ยาย....) คิดเลขในใจเป็นไหม ?

ถ้าตอบคิดเป็นทำข้อ 4.1 ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2

4.1 “ข้อนี้คิดในใจเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7

ไปเรื่อยๆ ได้ผลเท่าไรบอกมา

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง

ถ้าลบได้ 1,2,หรือ3 แล้วตอบไม่ได้ ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2

4.2 “ผม (ดิฉัน) จะสะกดคำว่า มะนาว ให้คุณ (ตา , ยาย....) ฟังแล้วให้คุณ (ตา , ยาย....) สะกดถอย

หลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่ามะนาวสะกดว่า มอม่่า-สระอะ-นอหนู-สระอา-วอหวาน ไหน

คุณ (ตา,ยาย....) สะกดถอยหลังให้ฟังซิ

ว า น ะ ม

5. Recall (3 คะแนน)

เมื่อสักครู่นี้ให้จำของ 3 อย่างจำได้ไหมมีอะไรบ้าง” (ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

ดอกไม้ แม่น้ำ รถไฟ

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

ต้นไม้ ทะเล รถยนต์

6. Naming (2 คะแนน)

6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูแล้วถามว่า

“ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”

6.2 ชี้นำพิก้าข้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดูแล้วถามว่า

“ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”

7. Repetition (1 คะแนน) (พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)

ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) เมื่อผม (ดิฉัน) พูดข้อความนี้

แล้วให้คุณ (ตา,ยาย)พูดตาม ผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงครั้งเดียว

“ใครใคร่ขายไก่ไข”

8. Verbal command (3 คะแนน)

ข้อนี้ฟังคำสั่ง “ฟังดีๆ นะเดี๋ยวนะ (ดิฉัน)จะส่งกระดาษให้คุณ แล้วให้คุณ (ตา , ยาย....)

รับด้วยมือขวา พับครึ่งกระดาษ แล้ววางไว้ที่.....” (พื้น, โต๊ะ, เติง)

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ-4 ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ

รับด้วยมือขวา พับครึ่ง วางไว้ที่” (พื้น, โต๊ะ, เติง)

9. Written command (1 คะแนน)

ต่อไปเป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา , ยาย....) อ่าน

แล้วทำตาม (ตา , ยาย....) จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจ

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า “หลับตาได้” หลับตาได้

10. Writing (1 คะแนน)

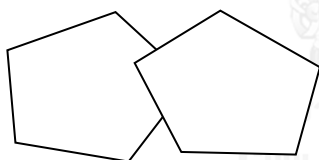
ข้อนี้จะเป็นคำสั่งให้ “คุณ (ตา , ยาย....) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่อง หรือมีความหมายมา 1 ประโยค”

ประโยคมีความหมาย

11. Visuoconstruction (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง”

(ในช่องว่างด้านขวาของภาพตัวอย่าง)



คะแนนรวม.....

ชื่อผู้ถูกประเมิน (นาย นาง นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ลงชื่อผู้ทำการทดสอบ.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

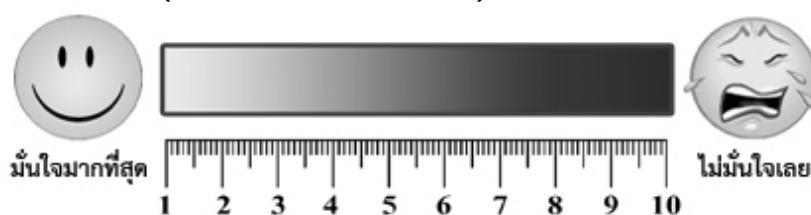
จุดตัด (cut - off point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (cognitive impairment)

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	เต็ม
ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก - เขียนไม่ได้)	≤ 14	23 (ไม่ต้องทำข้อ 4, 9, 10)
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา	≤ 17	30
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา	≤ 22	30

2. แบบสอบถามความกลัวการหกล้ม (FES)

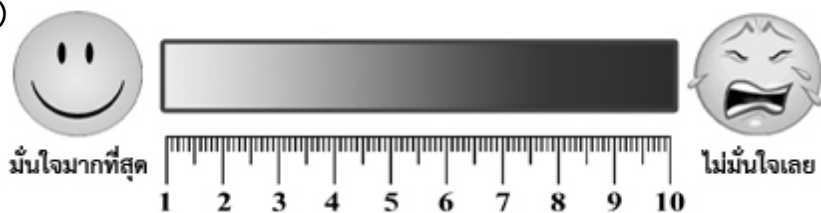
คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้ถามเกี่ยวกับความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ (หากได้ทำหรือต้องทำกิจกรรมต่อไปนี้ ท่านมีความมั่นใจในการทำกิจกรรมด้วยตนเองมากน้อยเพียงใด) ในกรณีผู้สูงอายุไม่ได้ทำกิจกรรมนั้น เช่น จัดเตรียมอาหารด้วยตนเองแต่มีญาติเป็นผู้จัดเตรียมให้ ผู้สัมภาษณ์จะให้คะแนนโดยสอบถามผู้ป่วยว่า “ถ้าหากได้ทำกิจกรรมเตรียมอาหารด้วยตนเอง ท่านคิดว่าตนเองมีความมั่นใจในการทำกิจกรรมเตรียมอาหารได้มากน้อยเพียงใด

1) นั่งหรืออาบน้ำ (Take a bath or shower)





10) การลุกเข้าและออกจากบริเวณที่ขับถ่ายในห้องน้ำ (Getting on and off of the toilet)



*หมายถึง ถ้าในกรณีผู้ป่วยไม่ได้จัดเตรียมอาหารด้วยตนเองแต่มีญาติเป็นผู้จัดเตรียมให้ ผู้สัมภาษณ์จะให้คะแนนโดยสอบถามผู้ป่วยว่า “ถ้าหากได้ทำกิจกรรมเตรียมอาหารด้วยตนเอง ท่านคิดว่าตนเองมีความมั่นใจในการทำกิจกรรมเตรียมอาหารได้มากน้อยเพียงใด”

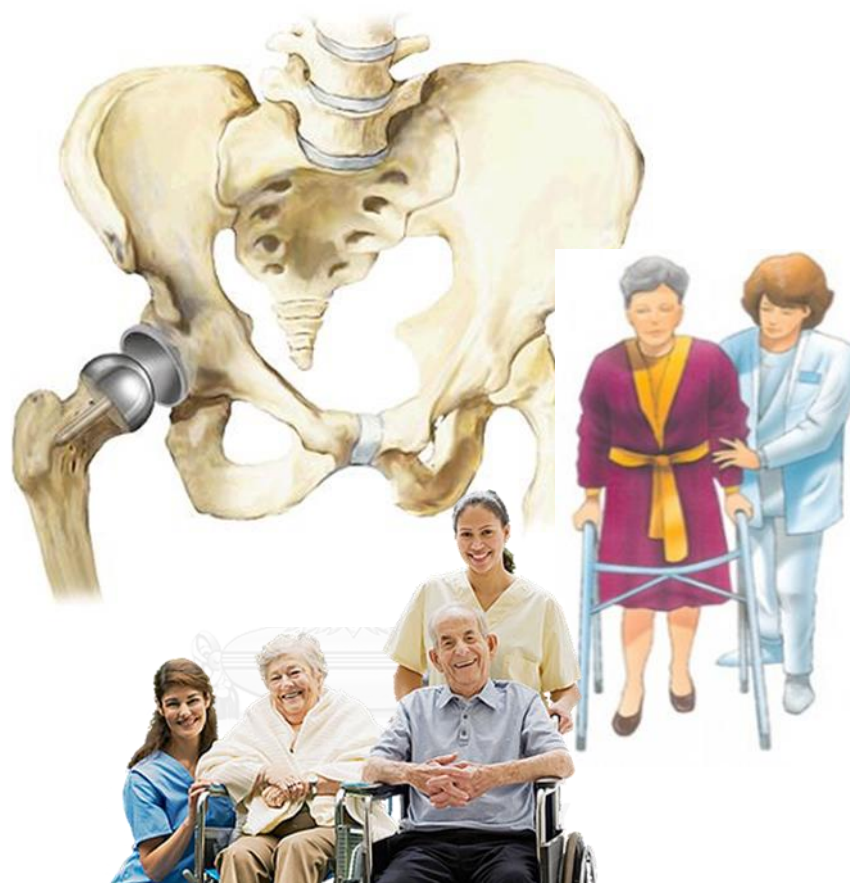
*** คะแนนรวม > 70 คะแนนแสดงให้เห็นว่าบุคคลนั้นมีความกลัวการหกล้ม

คะแนนรวม..... /

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. คู่มือการดำเนินกิจกรรม

โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
(Self – efficacy promoting Program)



นางสาวหทัยทิพย์ ใจปิติ

นิสิตพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ
อาจารย์ที่ปรึกษา รศ. ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการดำเนินงานกิจกรรม

แผนการดำเนินงานกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
ต่อความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุ
หลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม



นิสิตปริญญาโท สาขาการพยาบาลศาสตร์ (สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ)
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

5. ยืนจับเก้าอี้อยู่กับที่ แล้วกางขาไปด้านข้างเหยียดออกไปข้างไว้ นับ 1 – 10 ทำอย่างนี้ให้ได้ 30 ครั้ง



การเดิน ให้ยืนจับเครื่องช่วยเดิน (Walker) ลงน้ำหนักเต็มฝ่าเท้าโดยตรงให้สบายและ ลงน้ำหนักลงบนไม้ค้ำยันให้เท่าๆกันขยับไม้ค้ำยันไปด้านหลังขาข้างที่สั้นๆ และก็ขยับตัวตามไปโดยยกขาข้างที่ผ่าตัดเพื่อให้ส่วนเท้าลงพื้นก่อน และค่อยเลื่อนตัวไป โดยเข่าและข้อเท้าจะงอและวางเท้าทั้งสองลงบนพื้น



ที่มาของภาพ
ออกกําลังกาย :
<http://www.jointdee.info/hip>

ข้อควรระวังในการปฏิบัติหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมมีดังนี้

1. ไม่วิ่งหรือกระโดดเพราะจะทำให้ข้อหลุดหรือแตกหักได้
2. ห้ามนั่งบนพื้น และไม่นั่งไขว่ห้าง
3. ไม่ย่นลงน้ำหนักขาข้างที่ผ่าตัด และบิดตัวอย่างรวดเร็ว
4. ห้ามก้มลงใส่รองเท้าหรือผูกเชือกรองเท้า
5. ห้ามก้มหยิบของบนพื้น และไม่นั่งยอง ๆ หรือนั่งเตี้ย
6. หลีกเลี่ยงการยืนอย่างรวดเร็ว ควรตั้งขาให้ตรงก่อน



การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม



จัดทำโดย

นางสาวทศิณีทิพย์ ใจปิติ
นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาล

ผู้สูงอายุ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาพพริก
เรื่อง การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและ
การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

ขนาด 50 x 30 cm

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทวิทัศน์

เรื่อง การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

เรื่องย่อ

ป้าทองชั้น อายุ 69 ปี เป็นผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในชุมชนแห่งหนึ่งกับลูกสาว มีอาชีพค้าขายของชำ ป้าทองชั้นมีปัญหาสุขภาพคือ เป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน รับประทานต่อเนื่องที่โรงพยาบาลใกล้บ้านเป็นประจำ

ป้าทองชั้นเป็นคนขยันขันแข็ง นอกจากการขายของแล้วยังชอบทำงานบ้านทั่วไป เช่น ซักผ้า ทำกับข้าว จัดของในร้านช่วยบุตร เป็นกิจกรรมที่ป้าทองชั้นทำเป็นประจำในทุก ๆ วัน เย็นวันนั้นฝนตกหนักป้าทองชั้นช่วยลูกสาวเก็บของเข้าร้านและเดินไม่ทันระวังจึงลื่นล้มสะโพกข้างขวากระแทกพื้น ลูกเดินไม่ได้และมีอาการปวดมาก ลูกสาวจึงนำส่งโรงพยาบาล แพทย์ x - ray พบว่ากระดูกสะโพกข้างขวาหัก ต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อรักษาผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมสองวัน ป้าทองชั้นพยายามหลีกเลี่ยงการปฏิบัติกิจกรรมทั้งหมดเนื่องจากกลัวการหกล้มซ้ำ พยาบาลจึงได้ทำการประเมินและเตรียมการพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด โดยการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการให้ความรู้และฝึกการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัด เพื่อให้ป้าทองชั้นสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรและฟื้นฟูร่างกายหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถบริหารร่างกายได้ต่อเนื่องที่บ้านโดยไม่เกิดการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพก และกลับไปใช้ชีวิตประจำวันที่บ้านด้วยตนเองอย่างมีคุณภาพมากที่สุด

ภาพที่	เสียงประกอบ	หมายเหตุ
1	<p style="text-align: center;">ดนตรีบรรเลง</p> <p>เสียงบรรยาย</p> <p>ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในด้านร่างกายที่เสื่อมลง การทำหน้าที่ของอวัยวะและระบบต่าง ๆ ในร่างกายเสื่อมถอยลง ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพได้ง่าย ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในวัยสูงอายุ คือ การหกล้มกระดูกสะโพกหัก การรักษามีหลายวิธีขึ้นอยู่กับแพทย์เป็นผู้พิจารณารวมทั้งสภาพของผู้สูงอายุเองด้วย แต่วิธีที่นิยมและได้ผลดี คือ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ปัญหาที่พบบ่อยหลังการผ่าตัด คือ ผู้สูงอายุมีความกลัวการหกล้มซ้ำและพยายามหลีกเลี่ยงการปฏิบัติกิจกรรมหลังการผ่าตัด และส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ</p> <p>สื่อวีดิทัศน์นี้นำเสนอเกี่ยวกับ การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่ถูกต้อง โดยการส่งเสริมให้เกิดการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรม โดยเนื้อหาของวีดิทัศน์ประกอบไปด้วย เรื่อง การบริหารกล้ามเนื้อบนเตียง การเปลี่ยนท่าบนเตียง การลุกนั่งห้อยขาข้างเตียงเพื่อบริหารกล้ามเนื้อ การปฏิบัติกิจวัตรด้วยตนเอง</p>	

ส่วนที่ 4 เครื่องมือกำกับการทดลอง

1. แบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรม

คำชี้แจง แบบบันทึกข้างล่างนี้เป็นแบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมโปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างขวามือ ในแต่ละสัปดาห์ที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม

รายชื่อ	สัปดาห์ที่ 1		สัปดาห์ที่ 2		สัปดาห์ที่ 3		สัปดาห์ที่ 4	
	1	2	1	2	1	2	1	2
1.								
2.								
3.								
4.								
.								
.								
.								
.								
22.								

เกณฑ์การประเมิน

จำนวนครั้งผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม โดยผู้สูงอายุต้องเข้าร่วมกิจกรรมอย่างน้อย 6 ครั้ง ในจำนวนทั้งหมด 8 ครั้งของโปรแกรม เกณฑ์การตัดสินผู้สูงอายุ คือ ต้องเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่าร้อยละ 75 หากพบว่าไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามเกณฑ์ที่กำหนดได้ แต่ขออนุญาตให้เข้าร่วมกิจกรรมต่อ แต่ข้อมูลของผู้สูงอายุนั้นจะไม่ถูกนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

2. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

คำชี้แจง แบบสอบถามข้างล่างนี้เป็นแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในความสามารถของตัวท่านเองในการปฏิบัติกิจกรรมหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โดยผู้วิจัยจะอ่านข้อความอย่างช้า ๆ แต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย (√) ลงในช่องว่างของข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ฉันสามารถทำได้ (1) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิด หรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด
 ฉันไม่สามารถทำได้ (0) หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิด หรือความรู้สึกของท่านเลย

ข้อที่	ความรู้สึก	ฉันสามารถทำได้	ฉันไม่สามารถทำได้
1	ท่านมีความรู้และสามารถปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม		
2	ท่านสามารถบริหารกล้ามเนื้อขาและกล้ามเนื้อสะโพกขณะนอนพักบนเตียงหลังผ่าตัด 3 วันได้		
3	ท่านสามารถนั่งข้างเตียงเพื่อบริหารกล้ามเนื้อได้ภายหลังถอดสายระบายเลือดออก		
4	ท่านสามารถลงเดินได้โดยใช้เครื่องช่วยพยุง หรือ walker ได้		
5	ท่านสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม		
6	ท่านสามารถงอข้อสะโพกได้ดี หรือนั่งเก้าอี้ข้างเตียงได้ก่อนแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน		
7	ท่านสามารถบริหารข้อสะโพกข้างที่ได้รับการผ่าตัดได้โดยไม่มีการเคลื่อนไหวหลุดของข้อสะโพก		
8	ท่านสามารถเปลี่ยนท่านอนหงายโดยมีหมอนวางระหว่างเข่าเพื่อป้องกันข้อสะโพกหลุด		
9	ท่านสามารถทำกิจกรรมบนเตียงหลังผ่าตัดได้โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ ข้อสะโพกหลุด		
10	ท่านสามารถนำความรู้ไปบริหารร่างกายต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน		

ภาคผนวก จ
ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม



ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนความกลัวการทกล้มของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก เทียมก่อน(Pre-test) และหลังการทดลอง(Post-test)ในกลุ่มควบคุม จำแนกรายเป็นรายคู่

คนที่	คะแนนความกลัวการทกล้ม				
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ผลต่างคะแนน
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล	
1	49	กลัวทกล้มมาก	47	กลัวทกล้มมาก	-2
2	52	กลัวทกล้มมาก	51	กลัวทกล้มมาก	-1
3	51	กลัวทกล้มมาก	49	กลัวทกล้มมาก	-2
4	51	กลัวทกล้มมาก	50	กลัวทกล้มมาก	-1
5	52	กลัวทกล้มมาก	51	กลัวทกล้มมาก	-1
6	51	กลัวทกล้มมาก	48	กลัวทกล้มมาก	-3
7	53	กลัวทกล้มมาก	49	กลัวทกล้มมาก	-4
8	53	กลัวทกล้มมาก	48	กลัวทกล้มมาก	-5
9	53	กลัวทกล้มมาก	50	กลัวทกล้มมาก	-3
10	52	กลัวทกล้มมาก	48	กลัวทกล้มมาก	-4
11	53	กลัวทกล้มมาก	50	กลัวทกล้มมาก	-3
12	53	กลัวทกล้มมาก	50	กลัวทกล้มมาก	-3
13	51	กลัวทกล้มมาก	49	กลัวทกล้มมาก	-2
14	51	กลัวทกล้มมาก	49	กลัวทกล้มมาก	-2
15	51	กลัวทกล้มมาก	49	กลัวทกล้มมาก	-2
16	48	กลัวทกล้มมาก	46	กลัวทกล้มมาก	-2
17	56	กลัวทกล้มมาก	53	กลัวทกล้มมาก	-3
18	52	กลัวทกล้มมาก	49	กลัวทกล้มมาก	-3
19	48	กลัวทกล้มมาก	47	กลัวทกล้มมาก	-1
20	46	กลัวทกล้มมาก	45	กลัวทกล้มมาก	-1
21	44	กลัวทกล้มมาก	43	กลัวทกล้มมาก	-1
22	49	กลัวทกล้มมาก	48	กลัวทกล้มมาก	-1
	$\bar{X} = 50.86$		$\bar{X} = 48.59$		$\bar{d} = -2.27$
	S.D. = 2.66		S.D. = 2.15		SD = 1.16

Difference scores = post – pre

คะแนนตั้งแต่ 16-21 คะแนน แสดงว่า ไม่กลัวการทกล้ม

คะแนนตั้งแต่ 22-27 คะแนน แสดงว่า กลัวการทกล้มเล็กน้อยถึงปานกลาง

คะแนนตั้งแต่ 28-64 คะแนน แสดงว่า กลัวการทกล้มมาก

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก เทียมก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง(Post-test)ในกลุ่มทดลอง จำแนกรายคู่

คนที่	คะแนนความกลัวการหกล้ม				
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ผลต่างคะแนน
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล	
1	50	กลัวหกล้มมาก	23	เล็กน้อยถึงปานกลาง	-27
2	49	กลัวหกล้มมาก	25	เล็กน้อยถึงปานกลาง	-24
3	51	กลัวหกล้มมาก	26	เล็กน้อยถึงปานกลาง	-25
4	52	กลัวหกล้มมาก	27	เล็กน้อยถึงปานกลาง	-25
5	51	กลัวหกล้มมาก	26	เล็กน้อยถึงปานกลาง	-25
6	52	กลัวหกล้มมาก	27	เล็กน้อยถึงปานกลาง	-25
7	52	กลัวหกล้มมาก	27	เล็กน้อยถึงปานกลาง	-25
8	53	กลัวหกล้มมาก	24	เล็กน้อยถึงปานกลาง	-29
9	54	กลัวหกล้มมาก	26	เล็กน้อยถึงปานกลาง	-28
10	52	กลัวหกล้มมาก	27	เล็กน้อยถึงปานกลาง	-25
11	53	กลัวหกล้มมาก	25	เล็กน้อยถึงปานกลาง	-28
12	52	กลัวหกล้มมาก	26	เล็กน้อยถึงปานกลาง	-26
13	53	กลัวหกล้มมาก	25	เล็กน้อยถึงปานกลาง	-28
14	51	กลัวหกล้มมาก	26	เล็กน้อยถึงปานกลาง	-25
15	52	กลัวหกล้มมาก	27	เล็กน้อยถึงปานกลาง	-25
16	51	กลัวหกล้มมาก	27	เล็กน้อยถึงปานกลาง	-24
17	56	กลัวหกล้มมาก	27	เล็กน้อยถึงปานกลาง	-29
18	53	กลัวหกล้มมาก	26	เล็กน้อยถึงปานกลาง	-27
19	50	กลัวหกล้มมาก	26	เล็กน้อยถึงปานกลาง	-24
20	47	กลัวหกล้มมาก	27	เล็กน้อยถึงปานกลาง	-20
21	45	กลัวหกล้มมาก	26	เล็กน้อยถึงปานกลาง	-19
22	51	กลัวหกล้มมาก	27	เล็กน้อยถึงปานกลาง	-24
	$\bar{X} = 51.36$		$\bar{X} = 26.05$		$\bar{d} = -25.32$
	S.D. = 2.30		S.D. = 1.09		SD = 2.50

Difference scores = post – pre

ตารางที่ 6 คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คนที่	คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	10	4
2	10	0
3	10	4
4	9	3
5	10	3
6	10	2
7	9	3
8	8	3
9	10	3
10	10	3
11	9	3
12	8	4
13	10	3
14	8	3
15	9	4
16	8	3
17	9	2
18	10	3
19	10	4
20	10	4
21	9	4
22	9	4
	$\bar{X} = 9.32$	$\bar{X} = 3.14$
	S.D. = 0.78	S.D. = 0.94

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวหทัยทิพย์ ใจปิติ เกิดเมื่อวันที่ 18 ตุลาคม พ.ศ. 2527 ที่จังหวัดชัยภูมิ สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เมื่อปีการศึกษา 2551 และเข้ารับการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2556 ปัจจุบันรับราชการตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

