

ประสบการณ์การดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุ



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2561

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELF-CARE EXPERIENCES IN PREVENTING RECURRENT FALL AMONG OLDER PERSONS



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

Field of Study of Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2018

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ประสบการณ์การดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มซ้ำ
	ของผู้สูงอายุ
โดย	น.ต.หญิงกนกพร สมตระกูล
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	ประธานกรรมการ
.....	(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี)
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์)	
.....	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(พันเอกหญิง ดร.วาสนา นัยวัฒน์)	

CHULALONGKORN UNIVERSITY

กนกพร สมตระกูล : ประสบการณ์การดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุ . (SELF-CARE EXPERIENCES IN PREVENTING RECURRENT FALL AMONG OLDER PERSONS)
 อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธ์ุ สาสัต์ย์

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์การดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาการตีความของ Martin Heidegger (1962) ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้สูงอายุที่มีการหกล้มและไม่เกิดการหกล้มซ้ำภายใน 1 ปี นับจากวันที่หกล้มถึงวันที่พบกับผู้วิจัย คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและบันทึกเทป ข้อมูลอ้อมตัวจากผู้ให้ข้อมูล จำนวน 12 ราย นำข้อมูลที่ได้มาถอดความแบบคำต่อคำ วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของ Benner (1985)

ผลการวิจัย พบว่า ประสบการณ์การดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 ประเด็นหลัก คือ 1) เหตุที่หกล้มเป็นเพราะประมาทหรือถึงคราวเคราะห์ คือประมาทที่ไม่ทันระวังตัวเองจึงหกล้ม แต่หากระวังตัวดีแล้วก็ถือว่าเป็นคราวเคราะห์ 2) หลากหลายความรู้สึก ทำให้เข็ดไม่ยอมล้มซ้ำ คือ รู้สึกตกใจ สับสนมึนงง ขา เจ็บปวด กังวลและกลัวว่าจะทำอะไรเองไม่ได้อีก 3) ล้มแล้วเร่งจัดการ ประเมินอาการและดูแลรักษา เริ่มจากประเมินการบาดเจ็บและดูแลรักษาตัวเองก่อนตัดสินใจรักษา 4) ป้องกันไม่ให้หกล้มซ้ำ ต้องมีสติกำกับทุกอย่างก้าว ต้องระวังพร้อมปรับตัว คือ ต้องใช้สติกำกับกับการกระทำ โดยเฉพาะการเดินให้เอาใจไปอยู่ที่เท้า ต้องระมัดระวังตัวเองในทุกอิริยาบถและต้องปรับตัวด้วยการลดพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการหกล้ม และ 5) ครอบครัวมีส่วนร่วมช่วยป้องกันล้ม ด้วยการแสดงออกถึงความห่วงใยใส่ใจ ติดตามดูแลและปรับสภาพแวดล้อมที่บ้านเพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม

จากผลการวิจัยนี้ นำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานให้บุคลากรทางสุขภาพส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีความตระหนักรู้และเข้าใจถึงวิธีดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มซ้ำ เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ยั่งยืนและไม่เกิดการหกล้มซ้ำ

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2561

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5977152736 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: SELF-CARE, EXPERIENCE, PREVENTING, RECURRENT FALL, OLDER PERSON

Kanokporn Somtrakul : SELF-CARE EXPERIENCES IN PREVENTING RECURRENT FALL AMONG OLDER PERSONS . Advisor: Assoc. Prof. Capt. Siriphan Sasat, Ph.D.

The objective of this qualitative research was to describe the elderly's self-care experiences in preventing recurring falls following Martin Heidegger's Phenomenology Interpretive Approach. Twelve elderly subjects were selected according to purposive sampling who had not experienced a fall during the past year before participating in the study. In-depth interviews were conducted and the interview sessions were recorded. Then, the data were transcribed and analyzed based on Benner's approach (1985).

The findings indicated that the elderly subjects agreed with the following 5 statements: 1) The falls were caused by carelessness; however, they sometimes involved hard luck; 2) Because of the strong emotions associated with falls, the subjects did not want to experience any more. Such emotions included panic, confusion, numbness, pain and fear that they would have to depend on others during recovery or after; 3) After the fall, they were able to assess their condition immediately before seeking medical treatment; 4) After the fall, they were more attentive to what they were doing or able to avoid situations that could lead to a fall, and 5) The subject's family members were able to help prevent them from falling by taking proper care and modifying the house to suit their physical limitations.

Healthcare personnel can apply the findings of the study to assist the elderly and their family members in understanding what to do to prevent recurring falls.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2018

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ด้วยความช่วยเหลือของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร.ศิริพันธ์ุ สาสัตย์ ซึ่งท่านได้ให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นต่างๆ อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการทำวิจัย อีกทั้งยังช่วยแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินการวิจัย อีกด้วย ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งใจและขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร.ศิริพันธ์ุ สาสัตย์ เป็นอย่างสูง มา ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี (ประธานกรรมการ) และ พ.อ. หญิง ดร.วาสนา นัยพัฒน์ (กรรมการภายนอก) ที่เสียสละเวลาอันมีค่าของท่านมาเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์นี้ ซึ่งท่านได้กรุณาชี้แนะและเสนอแนะแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้มีคุณค่ามากยิ่งขึ้นและเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยต่อไป

ขอบพระคุณผู้บริหารทุกระดับชั้นที่เล็งเห็นความสำคัญและมอบโอกาสให้ดิฉันได้มาศึกษาต่อในครั้งนี้ ขอบคุณเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่เข้าใจและให้กำลังใจดิฉันด้วยดีเสมอมา ที่จะขาดไม่ได้ คือ ครอบครัว ขอบคุณที่ยิ้มสู้มาด้วยกัน ในเส้นทางนี้ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤติต่างๆ ทั้งการเจ็บป่วย ทั้งการเงิน เรื่องเรียนเราทำไม่ได้ เรื่องการงานและครอบครัวก็เช่นกัน “พี่หมอก” ครับ แม้มันจะมีแรงฮึดสู้ขึ้นมาทุกครั้งที่เราเห็นหน้าลูกชายคนนี้ ความรู้สึกท้อแท้และความอ่อนล้าที่มีก็หายได้เพราะหัวหอมๆ กับแก้มที่หอมน้อยกว่าหัว แถมด้วยกอดเพิ่มพลังจากพี่หมอกนะครับ ขอบคุณตัวเองที่อดทนและฝ่าฟันอุปสรรคเหล่านั้นมาจนมีวันนี้

สุดท้ายนี้ สิ่งที่ดีที่สุดในการมาเรียน คือ “เพื่อน” ขอบคุณเพื่อนๆ Geronto59 ที่ร่วมทุกข์ร่วมสุขด้วยกันมา ชีวิตการทำงานที่ว่ายากแล้ว ชีวิตนักวิชาการกลับยากยิ่งกว่า ซบซ้อนกว่าที่คิดและมีอะไรที่ นักปฏิบัติอย่างเราๆ ไม่คุ้นเคย บางครั้งท้อจนเกือบถอย เคยถอดใจร้องไห้ไปด้วยกัน ผลัดกันปลอบใจ คอยให้กำลังใจกันและกัน ที่ไหนที่ว้ากดีสิทธ์เราก็ไปด้วยกันมาแล้ว ใช้หมดทุกวิถีทาง สู้มาด้วยกันจนถึงวันนี้ ขอบคุณสำหรับมิตรภาพที่สวยงาม รักนะ น้องๆ Geronto ไม่ใช่เพียงเท่านั้น มิตรภาพระหว่างสาขา กิ่งดงามเสมอ ขอบคุณเพื่อนนิสิตต่างสาขา ขอบคุณสำหรับความช่วยเหลือในทุกๆ อย่างที่ผ่านมา “เพื่อน” เป็นแล้วไม่หาย ขอขอบคุณเพื่อนทุกคนจากหัวใจ

กนกพร สมตระกูล

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	5
แนวคิดเบื้องต้นที่ใช้การวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	9
1.1 การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุตามกระบวนการชรา.....	9
1.2 ลักษณะสำคัญของผู้ป่วยสูงอายุ.....	13
1.3 หลักพื้นฐานทางเวชกรรมที่สำคัญในเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.....	15
1.4 การทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (Abbreviated Mental Test: AMT).....	17
2. การหกล้มในผู้สูงอายุ.....	18
2.1 ความหมายของการหกล้ม.....	18

2.2 สาเหตุของการหกล้มในผู้สูงอายุ	18
2.3 ผลกระทบของการหกล้มต่อผู้สูงอายุ.....	21
2.4 การป้องกันการหกล้มซ้ำ	22
2.5 นวัตกรรมเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ.....	25
3. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง.....	27
3.1 ทฤษฎีการพยาบาลโดยทั่วไปของ Orem	27
3.2 การดูแลตนเองของผู้สูงอายุภายหลังการหกล้ม	29
4. แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา	32
4.1 แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา.....	32
4.2 การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ Heidegger.....	33
5. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่หกล้ม.....	36
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	41
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	47
พื้นที่ในการเก็บข้อมูล (Setting).....	48
ผู้ให้ข้อมูล (Key informant).....	48
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	48
การเก็บรวบรวมข้อมูล	50
การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล.....	53
การวิเคราะห์ข้อมูล	53
การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness).....	54
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	56
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	77
สรุปผลการวิจัย.....	77
อภิปรายผล.....	80

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้	86
บรรณานุกรม.....	87
ภาคผนวก.....	94
ภาคผนวก ก อนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์	95
ภาคผนวก ข เอกสารเกี่ยวกับการพิจารณาจริยธรรม	98
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	107
ภาคผนวก ง แผนภาพแสดงการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล ตารางผลการทดสอบสภาพสมองด้วย แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (AMT) และตารางแสดงวัน เวลา สถานที่ จำนวนครั้ง ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล.....	116
ภาคผนวก จ รายละเอียดของผู้ให้ข้อมูล ทั้ง 12 ราย	121
ภาคผนวก ฉ ทำออกกำลังกายระดับง่ายและทำออกกำลังกายระดับยาก.....	138
ประวัติผู้เขียน	149

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล	57
ตารางที่ 2 แสดงผลการทดสอบสภาพสมองด้วยแบบทดสอบสภาพสมอง (AMT).....	118
ตารางที่ 3 แสดงการสัมภาษณ์และการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลร่วมกับผู้ให้ข้อมูล.....	119



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กลไกของการล้ม 22

ภาพที่ 2 แนวทางการดำเนินงานเพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ 24

ภาพที่ 3 ผลการทดสอบสภาพสมองด้วยแบบทดสอบสมอง (AMT)..... 50

ภาพที่ 4 สรุประเด็นประสพการณ์การดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุ 76



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุ (Aged society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และคาดการณ์ว่าอีกไม่เกิน 4 ปี ข้างหน้านี้ ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete-aged society) เมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย [มส.ผส.], 2560) เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการชรา (Ageing process) มีการสลายของเซลล์มากกว่าการสร้าง ทำให้สมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดลง (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2558) มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งต่างๆ ช้าลง (reaction time) มีความเสื่อมของระบบประสาท โดยเฉพาะระบบประสาทรับรู้ตำแหน่ง (proprioception) มีการสลายของร่างกายเพิ่มขึ้น ประกอบกับสายตาสายตาที่แย่ง กำลังกล้ามเนื้อและความยืดหยุ่นของข้อที่ลดลง ทำให้มีโอกาสหกล้มเพิ่มมากขึ้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการหกล้มเพิ่มขึ้นเป็น 424,000 คน ในปี พ.ศ. 2555 หรือเฉลี่ยวันละ 1,160 คน ประเทศไทยมีผู้สูงอายุเสียชีวิตจากการหกล้มกว่า 1,000 คน หรือเฉลี่ยวันละ 3 คน (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2560) เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมาใช้บริการในแผนกฉุกเฉิน (Fuller, 2000) ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลนานเป็นสองเท่าของการเจ็บป่วยด้วยสาเหตุอื่นๆ (Campbell & Robertson, 2013; Ensrud, 2013) นำไปสู่ความเจ็บป่วย กระจุกหัก ความพิการทางด้านร่างกาย การสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและการเสียชีวิต ตลอดจนผลเสียทางด้านจิตใจของผู้ป่วยเอง ไม่กล้าใช้ชีวิตตามปกติ ทำให้คุณภาพชีวิตด้านอื่นๆ ลดลงไปด้วย มีความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งต่อครอบครัวของผู้สูงอายุเองและสังคมโดยรวม ทำให้ต้องดูแลในระยะยาวเมื่อเกิดความพิการ ค่าใช้จ่ายของระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุที่หกล้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนทั่วโลกทั้งค่าใช้จ่ายทางตรงและทางอ้อม (วิภาวี หมายพิมาย, 2556; ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2558; มส.ผส., 2558; WHO, 2008)

การหกล้ม หมายถึง การเกิดเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้า เป็นผลให้ร่างกายเสียสมดุลและทรุดหรือตกลงไปที่พื้นหรือบริเวณที่ต่ำกว่าหรือปะทะกับสิ่งต่างๆ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544; Lawrence & Maher, 1992; WHO, 2018) เกิดจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมตามกระบวนการชราร่วมกับมีโรคต่างๆ ที่ผู้สูงอายุเป็น ส่งผลให้สมดุลของการทรงตัวลดลง เมื่อผู้สูงอายุต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมประกอบกับความกลัวหกล้ม จึงทำให้มีโอกาสหกล้มได้มากขึ้น (อารีรัตน์ สุพทุธิธาดา, 2553) เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุมีการบาดเจ็บจากการหกล้มมากกว่าคนหนุ่มสาว (Singal et

al., 1992; Downing, Wilson & Cooke, 2005) ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มจะมีโอกาสหกล้มซ้ำในปีต่อมา สูงถึงร้อยละ 60-70 (Nevitte et al., 1989) โอกาสที่จะเกิดการหกล้มซ้ำเพิ่มตามจำนวนครั้งของการหกล้มในอดีต (ลัดดา เกียมวงศ์, 2544) และมีโอกาสเกิดผลแทรกซ้อนจากการหกล้มเพิ่มมากขึ้น (Cumming, Salkeld & Thomas, 2000)

สาเหตุของการหกล้ม เกิดจากปัจจัยเสี่ยงภายใน (intrinsic factors) คือ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นต่อระบบต่างๆ ของร่างกายที่ส่งผลต่อการควบคุมสมดุลของร่างกาย เช่น ระบบประสาทสัมผัสรับรู้ โดยผู้สูงอายุมีการมองเห็นของลดลงจากเส้นใยโปรตีนในเนื้อเลนส์ตาหนาตัวและแข็งขึ้น ความยืดหยุ่นลดลง มีสีเข้มขึ้นเรื่อยๆ ทำให้เกิดความขุ่นมัว แสงผ่านได้น้อยลง ทำให้มองภาพไม่ชัด (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2552) มีการได้ยินลดลงจากประสาทหูเสื่อมตามอายุ (Presbycusis) หรือ age-related hearing loss (AHL) ในลักษณะค่อยเป็นค่อยไปและเท่าๆ กันทั้ง 2 ข้าง เนื่องจากการสูญเสียประสาทรับเสียงหรือเซลล์ขนบริเวณโคเคลียไปที่ละน้อยตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น (นัยนา พิพัฒน์วิเศษ, 2555; ไชยพร โอภาสวัฒนา และ นัตววรรณ อุทุมพฤษพร, 2561) ส่งผลให้ผู้สูงอายุรับข้อมูลต่างๆ จากสิ่งแวดล้อมได้ไม่เต็มที่หรือเชิงข้างลง ร่างกายตอบสนองเพื่อปรับตัวรับการเปลี่ยนแปลงขณะเคลื่อนไหวไม่รวดเร็วพอ ทำให้มีโอกาสหกล้มได้ง่าย เป็นต้น ส่วนปัจจัยเสี่ยงภายนอก (extrinsic factors) คือ ภาวะแวดล้อมภายนอกที่ส่งผลให้หกล้มได้ เช่น พื้นลื่น ระดับพื้นไม่เท่ากัน การวางของเกะกะบนพื้น แสงสว่างไม่เพียงพอ หรือการทำกิจวัตรบางอย่าง เช่น เอื้อมหยิบของ การสวมใส่กางเกง เป็นต้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544; วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ, 2560)

ที่ผ่านมาได้มีการศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการหกล้ม (นงนุช วรโธสง, 2551; ลัดดา เกียมวงศ์ และเรวดี เพชรศิริราสันธ์, 2552; Cumming, Salkeld & Thomas, 2000) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ (อัจฉรา สาระพันธ์ และคณะ, 2560) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ (สุนันทา ผ่องแผ้ว ทศนีย์ รวีวรกุล, ขวัญใจ อำนาจสัตย์ ชื่อ และ ดุสิต สุจิรารัตน์, 2556) แนวทางการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน (นันทิดา พันธุศาสตร์ และคณะ, 2556; ละออม สร้อยแสง, 2557) ผลของการใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุทั้งแบบ multifactorial interventions และ single interventions (วิลาวรรณ สมติน, 2556; ภาวดี วิมลพันธ์ และ ขนิษฐา พิศฉลาด, 2557; ฐิติมา ทาสวรรณอินทร์ และ กรรณิการ์ เทพกิจ, 2560; วิทยา วาโย, 2560) พบว่ามีส่วนช่วยในป้องกันการหกล้มได้ก็ตาม แต่ผลการศึกษานั้นไม่สัมพันธ์กับสถานการณ์ปัจจุบันที่ยังคงพบว่าอุบัติการณ์การหกล้มของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและมีความชุกของการหกล้มใกล้เคียงกัน ทั้ง 3 กลุ่มอายุ คือ 60-69, 70-79 และ 80 ปีขึ้นไป (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2559)

จากการทบทวนวรรณกรรมในผู้สูงอายุที่หกล้ม พบว่า ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มมีความกลัวการหกล้มซ้ำเนื่องจากยังคงมีความใส่ใจเกี่ยวกับเหตุการณ์หกล้มที่ผ่านมา มองว่าการหกล้มเป็น

เหตุการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ แม้ว่าจะพยายามระวังที่สุดแล้ว อาจเกิดการหกล้มได้เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านร่างกายประกอบกับอายุที่สูงวัยขึ้น จึงเกิดความกลัวและรู้สึกไม่มั่นใจหรือลังเลที่จะกระทำกิจวัตรต่างๆ ด้วยตนเอง ทำให้ไม่กล้าดำเนินชีวิตตามปกติ (ลักษณะ มะเร็งกา, 2553) ไม่สอดคล้องกับ สุนันทา ผ่องแผ้ว ทศนีย์ รวีวรกุล ขวัญใจ อำนาจสัตย์ชื้อ และ ดุสิต สุจิรารัตน์ (2556) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ คือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม รับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพและการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แพทย์ พยาบาล และเสนอให้บุคลากรสุขภาพจัดกิจกรรมเชิงรุกด้วยการออกเยี่ยมบ้าน ค้นหาและคัดกรอง ประเมินปัจจัยเสี่ยงของการหกล้ม หาแนวทางการป้องกันการหกล้มให้ครอบครัวและชุมชน จะสามารถป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนได้ เช่นเดียวกับ วรฤทัย จันทรวง (2558) ศึกษาการหกล้มในผู้สูงอายุไทย โดยใช้ข้อมูลจากโครงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 16,625 ราย ได้เสนอให้จัดโครงการเฝ้าระวังและป้องกันการหกล้มที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้และเน้นการดำเนินการที่ต่อเนื่องยั่งยืน เพื่อให้ผู้สูงอายุและสังคมตระหนักถึงความสำคัญและความรุนแรง ตลอดจนผลกระทบของการหกล้ม พร้อมทั้งให้การส่งเสริมความรู้และแนวทางป้องกันในทุกๆ ช่องทาง การดูแลตนเองและการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ฉะนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการตระหนักรู้ถึงประโยชน์ในการลดความเสี่ยงต่อการหกล้มและการป้องกันการหกล้ม จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเฝ้าระวังไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดการหกล้มหรือได้รับบาดเจ็บน้อยที่สุดจากการหกล้ม รวมถึงไม่เกิดหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุดจากการหกล้ม และยังช่วยให้ผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มได้อย่างต่อเนื่องอีกด้วย

การดูแลตนเอง เป็นรูปแบบของพฤติกรรมสุขภาพและความเจ็บป่วย ขึ้นอยู่กับการรับรู้อาการและประสบการณ์ที่ผ่านมาของแต่ละบุคคล (Haug, Wykle & Namazi, 1989) เป็นพฤติกรรมที่ตั้งใจและมีเป้าหมายเพื่อดำรงรักษาและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่ง สุขภาพ หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญาและทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 3, 2550) การที่บุคคลจะปฏิบัติดูแลตนเองเพื่อดำรงรักษาและส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลนั้นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมจะต้องเห็นด้วยว่าสิ่งที่จะทำนั้นเหมาะสมในสถานการณ์นั้นๆ และให้ผลตามที่ต้องการ จึงจะตัดสินใจกระทำได้ ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมายและการตั้งเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อการดูแลตนเอง เพราะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำและเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ (Orem, 1985) โดย

บุคคลต้องสร้างสุขนิสัยในการปฏิบัติ เมื่อสร้างนิสัยในการปฏิบัติได้ บุคคลจะปฏิบัติการดูแลตนเองได้ โดยไม่ต้องใช้ความพยายามหรือรู้สึกเป็นภาระอีกต่อไป (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

การบาดเจ็บจากการหกล้มของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นการบาดเจ็บเล็กน้อย (Woodhouse, Briggs & Ward., 1983) แบบฟกช้ำ ถลอกหรือเป็นแผล ร้อยละ 50.7 รองลงมา คือ ปวดหลัง ร้อยละ 19.1 และได้รับบาดเจ็บรุนแรงจนกระดูกหัก ร้อยละ 2.5 (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2559) โดยกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้นพบการบาดเจ็บแบบฟกช้ำสูงที่สุด รองลงมา คือ ชันและหัวแตกตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุตอนกลางพบการบาดเจ็บแบบชันสูงที่สุด รองลงมา คือ กระดูกหัก ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลายเป็นการบาดเจ็บแบบชันสูงที่สุด รองลงมา คือ หัวแตกและกระดูกหัก ตามลำดับ (นิติกร ตรกันยา, 2555) จึงพบว่าผู้สูงอายุใช้วิธีการรักษาตัวเอง ถึงร้อยละ 55.7 (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2559) เนื่องจากผู้สูงอายุสามารถลุกขึ้นเดินได้ปกติและอาการปวดทุเลาในเวลาไม่นาน จึงใช้วิธีพักการใช้งานของอวัยวะส่วนที่ได้รับบาดเจ็บ ยกขึ้นสูงกว่าระดับหัวใจ และใช้น้ำแข็งประคบ ใน 24 ชั่วโมงแรก หลังจากนั้นจะเปลี่ยนมาเป็นประคบด้วยน้ำอุ่นแทน นอกจากนี้ยังใช้วิธีทานยาแก้ปวด คือ ยาพาราเซตามอล ร่วมด้วย (พิณนภางค์ ศรีพหล, 2557; ชัยโรจน์ เอื้อไพโรจน์กิจ, 2560) แต่หากไม่สามารถจัดการกับอาการนั้นได้ ก็จะมาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดแบบเฉียบพลัน (acute pain) เป็นผู้ป่วยนอก ร้อยละ 18.3 และอีกร้อยละ 5.7 เป็นการบาดเจ็บรุนแรงที่ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2559) โดยความปวดอาจถูกยับยั้งหรือปวดรุนแรงกว่าเดิมขึ้นอยู่กับวิธีการจัดการกับความปวด (ไสว นรสาร และ จิราภี สุนทรกุล ณ ชลบุรี, 2559)

การที่ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถจัดการกับความเจ็บปวดจากการบาดเจ็บนั้นได้ กลายเป็นข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นโดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาล รวมถึงการพึ่งพาและดูแลซึ่งกันและกันระหว่างบุคคลในครอบครัว และในเครือข่ายทางสังคม (Orem, 1986; Orem, 1991 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) พยาบาลจึงมีบทบาทในการป้องกันการหกล้มทั้งในระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิ นอกจากการดูแลเพื่อช่วยชีวิต บรรเทาอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้แก่ผู้สูงอายุที่หกล้มและเข้ามารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลแล้ว (พัสมณต์ คุ่มทวีพร, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑา ลิ้มทองกุล (2539) พบว่า พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือและพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัว ด้วยการให้เข้ามามีส่วนร่วมและตัดสินใจในแผนการดูแลและยังมีบทบาทเป็นผู้สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพ กระตุ้นและช่วยส่งเสริมให้เกิดการดูแลตนเอง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในต่างประเทศ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยของประเทศสิงคโปร์ มีแนวโน้มสุขภาพไม่ดีเนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลตนเอง และมีปัญหาในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ซึ่งการฝึกอบรมให้มีความรู้ในการดูแลตนเอง

ส่งผลทางบวกต่อการจัดการด้านสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น (Chan et al., 2015) สำหรับประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุสุขภาพดีสามารถปรับตัวให้สอดคล้องกับการใช้ชีวิตในช่วงวัยชราและการเปลี่ยนแปลงของวิถีชุมชนได้ มีความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตของตนเอง (มาจรี อุไรรัตน์, 2552) ผู้สูงอายุที่มีการดูแลตนเองสูงและมีทัศนคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ ส่งผลต่อความสามารถในการปรับตัวที่จะดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ทำให้มีความผาสุกในชีวิตสูง (นนทรีย์ วงษ์วิจารณ์, 2556) ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีการปรับพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้นจากการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (ฐิติพร ถนอมบุญ, 2555; พรพรรณ เทอดสุทธิธรรณภูมิ, 2558) นอกจากนี้ ศิริพร นาคะเสนีย์ (2561) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ผู้สูงอายุเพศชายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการป้องกันโรคมมากกว่าเพศหญิง ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันทำให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการป้องกันโรคและด้านการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตัวเอง

ด้วยยังไม่พบศึกษาที่เฉพาะเจาะจงถึงการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากการหกล้มจนทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตัวเองตามปกติหรือยังทำได้แต่ลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุและครอบครัวต้องประสบกับความยากลำบากในการดำเนินชีวิต ดังนั้นการศึกษาถึงประสบการณ์การดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุที่ครอบคลุมตั้งแต่เกิดการหกล้มจนกระทั่งฟื้นหายและไม่เกิดการหกล้มซ้ำในครั้งนี้อาจทำให้ได้ข้อมูลการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่หกล้มและไม่เกิดการหกล้มซ้ำอีก ทำให้ทราบว่าผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองอย่างไรภายหลังหกล้มจึงไม่เกิดการหกล้มอีก สามารถนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาล ประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจง รวมถึงใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานของการดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดความรุนแรงของอาการและครอบคลุมทุกมิติ ผู้วิจัยศึกษาถึงประสบการณ์การดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุตามบริบทของสังคมไทยในปัจจุบัน โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัย เชิงคุณภาพในการศึกษาจากประสบการณ์ตรงของบุคคลจากสถานการณ์ที่เป็นจริง เพื่อทำความเข้าใจและตีความหมายจากประสบการณ์ที่เกิดขึ้น

คำถามการวิจัย

ประสบการณ์การดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุเป็นอย่างไร

แนวคิดเบื้องต้นที่ใช้การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาถึงประสบการณ์การดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยได้นำทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self-care) ของ Orem (Orem, 1985; Orem & Taylor, 1986 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544; Orem, 1991) มาเป็นแนวคิดเบื้องต้นในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อนำไปสู่การสร้างข้อคำถามในการสัมภาษณ์เท่านั้น

ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem ได้อธิบายการดูแลตนเองไว้ในลักษณะของการปรับหน้าที่เป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ในสิ่งแวดล้อมและขนบธรรมเนียมประเพณีที่บุคคลนั้นได้มีส่วนในการติดต่อและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อที่จะรู้จักจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ โดย Orem (1985) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่จงใจและมีเป้าหมาย ซึ่งการที่บุคคลจะสามารถกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม ต้องเห็นด้วยว่าสิ่งที่จะทำนั้นเหมาะสมกับสถานการณ์นั้นๆ เห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำ จึงจะตัดสินใจกระทำ โดยการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมาย ฉะนั้นการตั้งเป้าหมายจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อดูแลตนเอง เพราะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำและเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเอง

Orem (1991) กล่าวว่า ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือดูแลเมื่อมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง เนื่องจากความสามารถทางด้านร่างกายและสติปัญญาเสื่อมถอยลงตามวัย ซึ่งความต้องการช่วยเหลือในการดูแลตนเองบางส่วนหรือทั้งหมดนั้น ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพ (Health state) แม้ว่าเป้าหมายของการดูแลตนเองของบุคคล คือ เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพก็ตาม แต่กิจกรรมการดูแลตนเองหรือดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาบางอย่างอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตและสุขภาพได้ ซึ่ง Orem เรียกการดูแลตนเองนั้นว่าเป็น “nontherapeutic” ดังนั้นการดูแลตนเองจะเป็น therapeutic ต่อเมื่อก่อให้เกิดผลแก่บุคคลประกอบด้วย 1) รักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและการทำหน้าที่ที่เป็นไปตามปกติ 2) ส่งเสริมการเจริญเติบโต พัฒนาการและการบรรลุคุณภาพของบุคคลตามศักยภาพ 3) ป้องกัน ควบคุมและรักษากระบวนการของโรคและการบาดเจ็บ 4) ป้องกันหรือปรับลดเซาะภาวะไร้สมรรถภาพ และ 5) ส่งเสริมสวัสดิภาพและความผาสุกของบุคคล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) ซึ่งในการวิจัยนี้เป็นการศึกษาในผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะเจ็บป่วย มุ่งเน้นที่การดูแลตนเองในการป้องกันไม่ให้เกิดการหกล้มซ้ำ วิธีการดูแลตนเองและรักษาการบาดเจ็บจากการหกล้ม กระบวนการปรับตัวภายหลังเกิดการหกล้ม รวมถึงวิธีการส่งเสริมสวัสดิภาพและความผาสุกของผู้สูงอายุจากแหล่งประโยชน์ต่างๆ ดังนั้นผู้สูงอายุต้องประยุกต์ใช้ความรู้เรื่องการหกล้มเพื่อป้องกันการเกิดการหกล้มซ้ำ ตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเองและปฏิบัติกิจกรรมนั้นอย่างต่อเนื่องจนเป็นสุขนิสัย

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเอง คือ ไม่เกิดการหกล้มซ้ำภายใน 1 ปี นับจากวันที่หกล้มถึงวันที่พบกับผู้วิจัย เพื่อให้ทราบถึงวิธีการจัดการของผู้สูงอายุ ทั้งก่อน ขณะและหลังการหกล้ม วิธีการดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้านเพื่อคงไว้ซึ่งสุขนิสัยในการปฏิบัติที่ช่วยลดความเสี่ยงและป้องกันการหกล้มซ้ำได้ สามารถนำมาเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มให้กับผู้สูงอายุรายอื่นต่อไป

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายและตีความหมายจากประสบการณ์การดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาการตีความ (Hermeneutic phenomenology) ของ Heidegger (1962) ผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีประวัติหกล้มและไม่มีอาการหกล้มซ้ำภายใน 1 ปี นับจากวันที่หกล้มถึงวันที่พบกับผู้วิจัย มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารได้ปกติ ผ่านการทดสอบสมรรถภาพสมองและมีความยินดีเข้าร่วมงานวิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูล จำนวนอย่างน้อย 10 คน หรือจนกว่าข้อมูลจะมีความอิ่มตัว

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ประสบการณ์การดูแลตนเอง หมายถึง การบอกเล่าเรื่องราวของผู้สูงอายุที่เคยหกล้มในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่ได้คิดริเริ่มและกระทำเพื่อให้มีสุขภาพดีและไม่เกิดการหกล้มซ้ำ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ครอบคลุมถึงความคิด ความรู้สึกและวิธีการที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่เกิดการหกล้มซ้ำ

ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีการหกล้มและไม่เกิดการหกล้มซ้ำภายใน 1 ปี นับจากวันที่หกล้มถึงวันที่พบกับผู้วิจัย

การหกล้ม คือ การที่ร่างกายเสียสมดุลและทรุด หรือตกลงไปที่พื้น หรือบริเวณที่ต่ำกว่าหรือปะทะกับสิ่งต่างๆ จนทำให้เกิดการบาดเจ็บและการบำบัดรักษา ทั้งการดูแลตนเองและการมารับการรักษาที่สถานพยาบาล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. นำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาลผู้สูงอายุที่หกล้ม
2. ประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงในการดูแลผู้สูงอายุที่หกล้ม
3. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่หกล้มและการป้องกันการหกล้มซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาการตีความ (Hermeneutic phenomenology) เพื่อบรรยายและตีความจากประสบการณ์การดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำราและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ศึกษาอย่างละเอียด เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ในประเด็นเสนอตามลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - 1.1 การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุตามกระบวนการชรา
 - 1.2 ลักษณะสำคัญของผู้ป่วยสูงอายุ
 - 1.3 หลักพื้นฐานทางเวชกรรมที่สำคัญในเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
 - 1.4 การทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (Abbreviated Mental Test: AMT)
2. การหกล้มในผู้สูงอายุ
 - 2.1 ความหมายของการหกล้ม
 - 2.2 สาเหตุของการหกล้มในผู้สูงอายุ
 - 2.3 ผลกระทบของการหกล้มต่อผู้สูงอายุ
 - 2.4 การป้องกันการหกล้มซ้ำในผู้สูงอายุ
 - 2.5 นวัตกรรมเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ
3. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
 - 3.1 ทฤษฎีการพยาบาลโดยทั่วไปของOrem
 - 3.2 การดูแลตนเองของผู้สูงอายุภายหลังหกล้ม
4. แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา
 - 4.1 แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา
 - 4.2 การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ Heidegger
 - 4.3 การวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวคิดของ Heidegger
5. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่หกล้ม
 - 5.1 การรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากการหกล้ม
 - 5.2 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่หกล้ม
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1.1 การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุตามกระบวนการชรา

กระบวนการชรา (Ageing process) เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ มีความซับซ้อนและเกิดขึ้นไม่เท่ากันในแต่ละคน กล่าวคือ ร่างกายของคนเราจะมีกระบวนการเปลี่ยนแปลง 2 ระยะ ได้แก่ ระยะแรกเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เริ่มตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 40 ปี ซึ่งมีลักษณะเป็นไปในทางเจริญงอกงาม (growth) เมื่อพ้นวัยผู้ใหญ่จะเข้าสู่ระยะที่ 2 (หลังอายุ 40 ปี ขึ้นไป) โดยการเปลี่ยนแปลงทางสรีระที่เกิดขึ้นจะเป็นในลักษณะที่เสื่อมโทรม ไม่ปรากฏความเจริญงอกงาม (degenerative change) (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2538; สมจิต หนูเจริญกุล, 2539) มีการสลายของเซลล์มากกว่าการสร้าง จึงทำให้สมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดลง โดยสรุปการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการชรา ไว้ 4 ด้าน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2558) ดังนี้

1.1.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ในผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะใหญ่ คือ การเปลี่ยนแปลงภายนอกที่สังเกตเห็นได้ การเปลี่ยนแปลงด้านประสาทสัมผัส และการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ (Christiansen and Grzybowski, 1993 อ้างถึงใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554) ที่เกี่ยวข้องกับ การหกล้ม ดังต่อไปนี้

1.1.1.1 การเปลี่ยนแปลงภายนอกที่สังเกตเห็นได้

1) ส่วนสูง

ช่วงรอยต่อของกระดูกสันหลังของผู้สูงอายุจะเริ่มแคบลงจากการบางลงของภาวะกระดูกพรุน (osteoporosis) ทำให้ส่วนสูงลดลง 1.5 ซม. ทุกๆ 20 ปี และการเปลี่ยนแปลงของกระดูกสันหลัง เช่น ข้อต่อกระดูกสันหลังยุบ (vertebral collapse) ทำให้เกิดหลังค่อม ซึ่งการเดินหลังค่อมเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีการทรงตัวที่ไม่ดี เดินในท่าที่ไม่ถูกต้อง จึงเสี่ยงต่อการหกล้มได้

2) น้ำหนัก

น้ำหนักอาจคงที่ไปจนถึงอายุ 70 ปี แต่สัดส่วนของไขมันในกล้ามเนื้อเปลี่ยนแปลงไป จะมีไขมันมากขึ้น สะสมมากขึ้นบริเวณหน้าท้องและสะโพก

1.1.1.2 การเปลี่ยนแปลงด้านประสาทสัมผัส

1) สายตา

การมองเห็นจะลดลงตามอายุ เลนส์ตาจะมีความยืดหยุ่นลดลงจากการหนาตัวและแข็งขึ้นของเลนส์ตา มีผลต่อการปรับระยะสายตา (focusing) เกิดเป็นสายตาสั้นสูงอายุ กล้ามเนื้อตาหย่อนสมรรถภาพลง ทำให้ลำบากในการเพ่งมองสิ่งที่อยู่ใกล้ๆ ไม่ชัด ซึ่งเรียกว่า “presbyopia” หรือสายตาวาย ความสามารถในการแยกสีแดง ส้ม เหลือง ดีกว่าสีน้ำเงิน ม่วงและเขียว การผลิตน้ำตาลดลง ตาแห้ง บางรายอาจมีการอุดตันของท่อน้ำตา ลานสายตาแคบลง ตาลึกขึ้น

เนื่องจากไขมันโดยรอบลดลง เกิดหนังตาตก (ptosis) ขอบหนังตาม้วนเข้า (entropion) และขอบหนังตาม้วนออก (ectropion) ได้ง่ายขึ้น ความไวต่อแสงและการปรับตัวต่อความมืดของจอตาที่ลดลง ทำให้เกิดปัญหาหกล้มได้ง่ายขึ้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

2) การได้ยินและการควบคุมการทรงตัว

มีความเสื่อมของเซลล์ขนบริเวณส่วนฐานของ cochlea และมีการเสื่อมของเซลล์ประสาทบริเวณ spiral ganglia ซึ่งสัมพันธ์กับการเสื่อมของเซลล์ขน การได้ยินลดลง สูญเสียความสามารถในการแยกคำ (speech perception) สูญเสียการได้ยินระดับเสียงสูงมากกว่าระดับเสียงต่ำซึ่งมาจากการสูญเสียประสาทการได้ยินที่ cochlea และการเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ของหูชั้นกลางและชั้นใน ที่เรียกว่า “presbycusis” คือ การสูญเสียการได้ยินในผู้สูงอายุหรืออาการหูตึง ฉะนั้นการพูดกับผู้สูงอายุจึงควรพูดช้าๆ ชัดเจน ไม่ควรตะโกน ไม่ควรพูดเสียงแหลมเล็ก ความสามารถในการกำหนดตำแหน่งที่มาของเสียงลดลง เมื่ออายุมากขึ้นจะมีการลดจำนวนเซลล์ขนในอวัยวะที่ตรวจจับตำแหน่งของศีรษะ (utricle และ saccule) และอวัยวะที่ตรวจจับการเคลื่อนตำแหน่งและท่าของร่างกาย (semicircular canals) นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงจำนวนเซลล์ประสาทของ vestibular nerve มีน้อยมากและการทำงานของ vestibular system ในการควบคุมการทรงตัวมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับสายตา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของ vestibular system นี้เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการมึนงง (dizziness) และอาการบ้านหมุน (vertigo) ได้ง่ายกว่าคนอายุน้อย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) จึงมีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มได้มากกว่าคนอายุน้อย

3) การสัมผัสและการรับรู้ความรู้สึก

ความไวของการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวด อุณหภูมิ สัมผัสและการสัมผัสลดลงชัดเจนหลังจากอายุ 40 ปีและลดลงมากเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ Meissner corpuscle และ pacinian corpuscle ที่ทำหน้าที่รับรู้ความรู้สึกที่มีคุณภาพ (สัมผัส การสั่นและการแยกแยะตำแหน่ง) มีจำนวนลดลงและมีลักษณะเปลี่ยนแปลงไป ความไวของการรับรู้ความรู้สึกที่ซับซ้อนลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ได้แก่ ความสามารถในการรับรู้ตำแหน่งที่แตกต่างกัน (somatic spatial discrimination ability; two-points discrimination test) ความสามารถในการรับรู้วัตถุ (complex tactoperceptual ability; stereognosis) และความสามารถรับรู้ส่วนของร่างกาย (ability to recognize body parts; double simultaneous test) จำนวนปลายประสาทที่รับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดและอุณหภูมิมีจำนวนลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ผู้สูงอายุบางคนจะมีระดับความอดทนต่อความเจ็บปวดสูงขึ้น เช่น ผู้สูงอายุมีความรู้สึกเจ็บปวดจากกระดูกต้นขาหักน้อยกว่าคนที่มีอายุน้อยกว่า นอกจากนี้อาการชาบริเวณส่วนปลายของร่างกายโดยเฉพาะเท้าพบได้บ่อย ในผู้สูงอายุและจำนวนหนึ่งมีปัจจัยสำคัญมาจากกระบวนการชรา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ความรู้สึกของร่างกายเป็นปัจจัยหนึ่งของการหกล้มและอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

1.1.1.3 การเปลี่ยนแปลงอื่นๆ

1) ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ

หลังอายุ 30 ปี จะมีการสลายของกระดูก (bone resorption) มากกว่าการสร้าง (bone formation) ทำให้มวลกระดูกลดลงไปอย่างช้าๆ ร้อยละ 0.5-1 ต่อปี แต่ในผู้หญิงจะสูญเสียมวลกระดูกในอัตราที่สูงมากในระยะกำลังหมดประจำเดือนและหลังหมดประจำเดือนช่วง 5 ปีแรก โดยอาจมีอัตราการสูญเสียสูงถึงร้อยละ 2-4 ต่อปี ทำให้กระดูกบางลงและมีความแข็งแรงลดลง เนื่องจากการสลายของแคลเซียมออกจากกระดูก เมื่อกระดูกบางจนถึงขนาดหนึ่งจะเกิดการแตกหักได้ง่ายเมื่อหกล้มหรือถูกกระแทก (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) จำนวนมวลและเส้นใยของกล้ามเนื้อลดลง ระยะเวลาที่ใช้ในการหดตัวของกล้ามเนื้อแต่ละครั้งจะนาน ทำให้การเคลื่อนไหวช้าลง พบมีการยุบตัวของหมอนกระดูกและหลังโกงที่เป็นเพิ่มขึ้นช้าๆ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสูงที่ลดลงและน้ำหนักร่างกายจะลดลงสัมพันธ์กับมวลร่างกาย (body mass) และมวลเซลล์ (cell mass) ที่ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่างๆ บางและเสื่อมลง น้ำไขข้อลดลง ทำให้ได้ยินเสียงแกรบแกรบขณะเคลื่อนไหว การเคลื่อนไหวของข้อไม่สะดวก ข้อติดแข็ง ปวดตามข้อ ข้ออักเสบและติดเชื้อง่าย ทั้งนี้ในโรคข้อเสื่อม (osteoarthritis) จะพบมีกระดูกอ่อนบางลงซึ่งไม่ได้เกิดจากกระบวนการชรา แต่การเปลี่ยนแปลงภายในข้อโดยเฉพาะกระดูกอ่อนเป็นปัจจัยเกื้อหนุนให้เกิดโรคข้อเสื่อมได้ โดยทั่วไปหากปราศจากโรคภัยที่เป็นปัญหาสำคัญ ผู้สูงอายุจะสามารถเดินและช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ ได้แม้จะมีอายุสูงมาก แต่ในความเป็นจริงแล้วผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดมีโรคสำคัญไม่มากนักน้อย ทำให้พบว่าผู้สูงอายุจะมีปัญหาในการเดินหรือช่วยเหลือตนเองในราวอายุ 80 ปีขึ้นไป สมรรถภาพของกล้ามเนื้อที่ดีขึ้นเป็นประโยชน์มากต่อการทรงตัวและการเดินโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ซึ่งการออกกำลังกายช่วยให้กล้ามเนื้อคลายความแข็งแรงและความทนมากขึ้นในทุกกลุ่มอายุแม้แต่ผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ๆ จึงควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายเป็นประจำ

2) ระบบการไหลเวียนโลหิต

หลอดเลือดโดยเฉพาะ aorta มีความยืดหยุ่นลดลงและมีขนาดกว้างขึ้น ทำให้ความดัน systolic มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเล็กน้อย Baroreceptor มีความไวลดลง ทำให้การตอบสนองโดยการหดตัวของเส้นเลือดส่วนปลายและการเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจลดลง เป็นผลให้พบภาวะความดันโลหิตตกขณะเปลี่ยนท่า (postural hypotension) ได้บ่อยในผู้สูงอายุ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง ทำให้เกิดภาวะหัวใจวายได้ง่าย มีแคลเซียมมาเกาะที่กล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น ความยืดหยุ่นลดลง ทำให้เปราะและแตกง่าย เกิดรอยฟกช้ำได้ง่าย เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ในร่างกายลดลง ทำให้อวัยวะสำคัญของร่างกาย เช่น สมอง หัวใจ ตับ ไต เกิดการเสื่อมและตายได้ในที่สุด ทั้งนี้การ

เปลี่ยนแปลงของระบบโลหิตจากระบบการชรามีน้อยมาก ความสามารถในการสร้างเม็ดเลือดยังคงเป็นปกติแม้ว่าจะมีอายุมาก

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น จึงสรุปได้ว่า การเปลี่ยนแปลงที่เฉพาะเจาะจงทางสรีระอันเนื่องมาจากกระบวนการชรา ได้แก่ การมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งต่างๆ ช้าลง (reaction time) มีความเสื่อมของระบบประสาทสัมผัสโดยเฉพาะระบบประสาทรับรู้ตำแหน่ง (proprioception) การมีกำลังกล้ามเนื้อด้อยลงร่วมกับความยืดหยุ่นของข้อต่างๆ เปลี่ยนแปลง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการหกล้มเพิ่มสูงขึ้น

1.1.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ

จากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้น ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุต้องพบกับการเปลี่ยนแปลงและต้องมีการปรับตัวให้สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้จะทำให้เกิดปัญหาทางจิตใจตามมา สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจในผู้สูงอายุ ได้แก่ การสูญเสียความสามารถในการพึ่งพาตนเอง การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว และหน้าที่การงาน และการสูญเสียภาพลักษณ์ อารมณ์และจิตใจที่มีการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ อาจเกิดมาจากมีเวลาว่างมากเกินไป เพราะเกษียณอายุจากการทำงานแล้ว จึงรู้สึกที่ตัวเองถูกลดคุณค่าลง ความสัมพันธ์ระหว่างคนในครอบครัวเริ่มมีน้อยลง ซึ่งอาจทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวและเศร้าซึม นอกจากนั้นยังอาจเป็นผลจากความเจ็บป่วยและความเสื่อมของระบบต่างๆ ภายในร่างกาย ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ ทำให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์ที่แปรปรวนง่าย หงุดหงิด ใจน้อย โกรธง่าย เป็นต้น (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2558)

1.1.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม

สืบเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจในผู้สูงอายุ ทำให้ความสามารถในการเข้าสังคม บทบาทการเข้าร่วมสังคม และการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ กับสมาชิกในครอบครัวลดลง นอกจากนี้สภาพสังคมและวัฒนธรรมทางตะวันตกเข้ามามีบทบาทในสังคมไทยมากขึ้น ส่งผลให้เกิดช่องว่างระหว่างความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับผู้ที่ยังอ่อนวัยกว่ามากขึ้น ผลที่จะตามมาภายหลังการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว อาจทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งหรือถูกทารุณกรรมมากขึ้น (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2558)

1.1.4 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตวิญญาณ

ผู้สูงอายุต้องการมากที่สุดในช่วงบั้นปลายชีวิต คือ ความสุขอันเกิดจากการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้แก่ มีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม (ลัดดา ดำริการเลิศ, 2555) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีความเคร่งครัดในศาสนาและความเชื่อมากขึ้น มีการแสวงหาความมั่นคงทางจิตใจและมักจะแสดงออกโดยยึดมั่นในหลักศาสนามากขึ้น (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2558)

ทั้งนี้การเข้าใจถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านต่างๆ ในผู้สูงอายุอันเนื่องมาจากกระบวนการชรา นี้ มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้บุคลากรสุขภาพสามารถให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

1.2 ลักษณะสำคัญของผู้ป่วยสูงอายุ

กระบวนการวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อการวินิจฉัยที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน ได้แก่ กฎของความตระหนี่ (law of parsimony) คือการนำอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยบางประการ มาเทียบเคียงกับกลุ่มอาการและอาการแสดงที่พบในโรคต่างๆ ที่มีการศึกษาและบันทึกไว้เพื่อการวินิจฉัยโรค และกระบวนการคิดในแนวตั้ง (vertical thinking process) คือ กระบวนการคิดที่ยึดหลักว่าปัญหาหนึ่งมีความสัมพันธ์ทางตรงกับโรคหนึ่ง ทำให้การวิเคราะห์แยกโรคเป็นการแตกแขนงแบบกิ่งในแนวตั้งนั้น เป็นการวินิจฉัยที่ใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยอายุน้อย แต่จะใช้ได้อย่างจำกัดในผู้ป่วยสูงอายุเนื่องจากมีลักษณะทางคลินิกที่แตกต่างกัน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

ลักษณะทางคลินิกที่แตกต่างกัน ประกอบด้วย 8 ลักษณะสำคัญ ดังนี้

1.2.1 การลดลงของกำลังสำรองและความแปรปรวนของสมดุลในร่างกาย

การลดลงของกำลังสำรอง (intrinsic capacity) เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้เมื่ออายุมากขึ้นและถึงแม้สมรรถภาพที่มีอยู่จะพอเพียงในสภาวะปกติ แต่เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงจากโรคหรือสภาพแวดล้อมและมีความจำเป็นจะต้องใช้กำลังสำรองแล้ว ระบบอวัยวะและความสมดุลในร่างกายจะทรุดตัวหรือล้มเหลวอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยสูงอายุจึงไวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ และพบว่าเมื่อโรคหรือปัญหาได้รับการรักษาแล้ว ผู้ป่วยสูงอายุจะปรับสภาพร่างกายคืนสู่สมดุลได้ช้ากว่าผู้ป่วยอายุน้อย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

1.2.2 การมีหลายโรคหลายปัญหาและการได้ยามากชนิด

เมื่ออายุที่มากขึ้น โรคเรื้อรังและสมรรถภาพที่ถดถอยจะพบมากขึ้น ทำให้มีโอกาสในการได้รับผลกระทบจากสภาพแวดล้อมและการติดเชื้อมากขึ้น ซึ่งการมีหลายโรคเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้การนำกฎของความตระหนี่มาใช้กับผู้ป่วยสูงอายุไม่ได้ผล เพราะอาการและอาการแสดงต่างๆ มีสาเหตุมาจากโรคหลายๆ ชนิด ทำให้เกิดความสับสนได้ง่าย และมักจะพบว่าผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับยาเป็นจำนวนมากชนิด ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดผลเสียจากยาได้บ่อยและรุนแรง ดังนั้นการที่มีโรคมามาก มีปัญหา และการได้ยาหลายชนิด นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีลักษณะทางคลินิกที่ไม่ตรงไปตรงมาแล้ว ยังทำให้เกิดความลำบากในการจัดการดูแลได้บ่อย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

1.2.3 อาการและอาการแสดงที่แปลก

ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเนื่องจากความชรา มีความผิดปกติทางสมองที่พบได้บ่อย การมีหลายโรคและจำเป็นต้องได้รับยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน ทำให้ผู้สูงอายุ มักมีอาการและอาการแสดงที่ไม่จำเพาะเหมือนผู้ป่วยทั่วไป (atypical presentation) หรืออาการที่

แปลกไปจากสิ่งทีบุคลากรสุขภาพรู้จักคุ้นเคย (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2560) เกิดการปะปนกันของอาการและอาการแสดง ทำให้การจับเอากลุ่มอาการเพื่อให้การวินิจฉัยโรคตามกฎของความตระหนี่เกิดความผิดพลาดได้บ่อย เกิดความสับสนในอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยว่ามีสาเหตุจากอะไรหรือเข้าใจผิดว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติจากสาเหตุเดียวจนเลยสาเหตุอื่นไป ที่ยากมากขึ้นคืออาการหลักที่ผู้ป่วยสูงอายุให้มากกลับไม่ได้เป็นอาการของโรคสำคัญในขณะนั้น นอกจากนี้ผลข้างเคียงจากยาที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้บ่อยยังมีส่วนทำให้ลักษณะของโรคมีความสับสนมากขึ้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

1.2.4 การดำเนินโรคและระยะเวลาที่มาพบแพทย์

โดยทั่วไป เมื่อเกิดการเจ็บป่วย ผู้ป่วยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเร็ว เนื่องจากมีสมรรถภาพสำรองต่ำและภาวะสมดุลของร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ง่าย อาการต่างๆ จะปรากฏเร็วและมากทั้งที่ความรุนแรงของโรคมักยังไม่มากนัก อย่างไรก็ตามยังมีผู้ป่วยสูงอายุจำนวนไม่น้อยที่มารับการรักษาช้าเป็นผลให้การรักษายากลำบากขึ้น และผลการรักษาออกมาแยกว่าที่ควรจะเป็น ซึ่งสาเหตุสำคัญของการมาพบแพทย์ช้าคือทัศนคติที่ไม่ถูกต้องต่อความชราของตัวผู้ป่วยสูงอายุเองและของญาติ ภาวะด้อยโอกาสของตัวผู้ป่วยจากการทุพพลภาพจากสุขภาพโดยตรงหรือจากสภาพสังคมเศรษฐกิจ นอกจากนี้ยังมีสาเหตุที่คาดไม่ถึงคือการดูแลที่เกินกว่าเหตุของผู้ดูแล ที่ไม่ให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมใดๆ เอง เมื่อผู้สูงอายุไม่มีกิจกรรมระบบอวัยวะต่างๆ ก็จะอยู่ในระยะพัก ดังนั้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วย อาการที่จะเกิดขึ้นไม่ชัดเจน กว่าที่ผู้ดูแลจะสังเกตพบความผิดปกติจึงใช้เวลานาน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

1.2.5 ปัญหาสำคัญในผู้ป่วยสูงอายุ

ผู้ป่วยสูงอายุมักจะมาด้วยลักษณะทางคลินิกที่จะเพาะบางอย่างซึ่งพบได้บ่อยกว่าที่พบในผู้ป่วยอายุน้อย โดยทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จะเรียกกลุ่มอาการเหล่านี้ ว่า กลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndrome) ได้แก่ ภาวะสับสนฉับพลัน (insanity or confusion or impaired cognitive function) การกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ (incontinence) ภาวะเคลื่อนที่ไม่ได้ (immobility) ภาวะไม่มั่นคงในการทรงตัว (instability and falls) ภาวะทุพพลภาพหรือการไร้สมรรถภาพ (inability) และผลข้างเคียงจากการดูแลรักษา (iatrogenesis) (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) จากกลุ่มอาการสูงอายุนี้ พบว่า อุบัติการณ์ของภาวะหกล้มในผู้สูงอายุยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะมีการนำมาตรการป้องกันการหกล้มมาใช้อย่างแพร่หลาย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

1.2.6 ความยากและประเด็นสำคัญในการสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย

ที่มาของประวัติและความน่าเชื่อถือเป็นสิ่งที่จะต้องพิจารณาอยู่เสมอ พบได้บ่อยครั้ง que ผู้ป่วยสูงอายุไม่สามารถบอกอาการนำได้ชัดเจน อาจบอกเล่าอาการหรือปัญหาต่างๆ หลายอย่าง

โดยไม่มีอาการเด่น หรือมาในสภาพที่ทุพพลภาพอย่างมากและไม่สามารถให้ประวัติได้ชัดเจน นั้นการสัมภาษณ์ประวัติโดยละเอียดด้วยการสัมภาษณ์ทบทวนระบบ ร่วมกับการประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living) ทั้งระยะก่อนมีการเปลี่ยนแปลงและในระหว่างที่มีการเปลี่ยนแปลง จะมีประโยชน์ทั้งในการวินิจฉัยและการประเมินความรุนแรงของโรค และเนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมีสมรรถภาพถดถอยเร็วแต่ฟื้นตัวช้า มักมีปัญหาช่วยเหลือตัวเองได้ลดลงและต้องการการดูแล จึงจำเป็นต้องมีข้อมูลทางสังคมเพื่อที่จะสามารถเตรียมการให้บริการที่เหมาะสมและต่อเนื่องทั้งในด้านการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ นอกจากนี้การตรวจร่างกายผู้ป่วยสูงอายุ จำเป็นต้องเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของความชรา อาทิเช่น หูตึง เคลื่อนไหวช้า คิดและปฏิบัติตามคำสั่งช้า อันอาจเป็นอุปสรรคในการตรวจร่างกายได้ จึงควรให้เวลากับผู้ป่วยสูงอายุอย่างเพียงพอและไม่เร่งรัด โดยให้ระดับสายตาตรงกัน พูดช้าๆ ชัดถ้อยชัดคำ ไม่ต้องตะโกนขำหู่ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

1.2.7 ลักษณะเฉพาะในการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ

ด้วยความแปลกของอาการและอาการแสดง ความยากและปัญหาในการสัมภาษณ์ประวัติและตรวจร่างกาย ร่วมกับความจำกัดในการใช้กระบวนการวิเคราะห์แบบมาตรฐาน เดิม ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมักได้รับการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษค่อนข้างมาก ซึ่งการตรวจพิเศษบางอย่างมักเป็นปัญหายุ่งยากในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพหรือสับสน ทำให้การตรวจล่าช้าหรือทำได้ลำบากและส่งผลให้เกิดปัญหาในการอ่านหรือแปลผล ต้องใช้การพิจารณาโดยละเอียด (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

1.2.8 ความยากในการรักษาและจัดการดูแล

จะเห็นได้ว่าความสับสนจากความยากในการสัมภาษณ์ประวัติและตรวจร่างกาย จากปัญหาในการตรวจค้นและแปลผล จากการขาดความรู้หรือประสบการณ์ของแพทย์เจ้าของไข้ จากการยึดมั่นในกฎของความตระหนี่และกระบวนการคิดในแนวตั้ง จากการที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ช้า และจากทัศนคติที่ไม่ดีต่อความชรา ทำให้ได้ข้อวินิจฉัยช้าหรือมีโอกาสผิดพลาดได้มาก จึงเกิดปัญหาในการรักษาและจัดการดูแล (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

1.3 หลักพื้นฐานทางเวชกรรมที่สำคัญในเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

จากภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและลักษณะสำคัญของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้กล่าวมาข้างต้น จึงทำให้ทีมสุขภาพผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุมีความจำเป็นจะต้องมีความรู้ถึงหลักพื้นฐานทางเวชกรรมที่สำคัญในผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 3 ประการ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2558) ดังนี้

1.3.1 การเข้าใจลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่แตกต่างจากผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า โดยมีคำช่วยจำ ที่ว่า R-A-M-P-S กล่าวคือ

R = Reduced body reserve ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกายภาพและทางสรีรวิทยาเนื่องจากความชรา ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุมีลักษณะทางเวชกรรมแตกต่างจากวัยอื่น

A = Atypical presentation แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) อาการและอาการแสดงที่เป็นลักษณะจำเพาะของโรคที่พบในผู้ป่วยทั่วไปอาจไม่พบในผู้ป่วยสูงอายุ และ 2) อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุแต่ไม่จำเพาะต่อระบบอวัยวะใดชัดเจน ที่เรียก Geriatric giant หรือ Geriatric syndrome

M = Multiple pathology มีพยาธิสภาพหลายชนิดในหลายระบบอวัยวะในเวลาเดียวกัน พยาธิสภาพเหล่านั้นยังมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นในเวลาอันรวดเร็ว ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่ และมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งจากพยาธิสภาพและจากการดูแลรักษา

P = Polypharmacy การที่ผู้ป่วยสูงอายุมีพยาธิสภาพหลายชนิดในหลายระบบอวัยวะในเวลาเดียวกัน ทำให้ผู้สูงอายุมักได้รับยาหลายขนานในเวลาเดียวกัน

S = Social adversity การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมมีผลต่อสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ

1.3.2 การประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างครบถ้วน (Comprehensive geriatric assessment) คือกระบวนการในการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพของสุขภาพของผู้สูงอายุแบบองค์รวม ได้แก่ การประเมินทางด้านร่างกาย (physical assessment) การประเมินทางด้านสุขภาพจิต (psychological and mental assessment) การประเมินทางสังคมและสิ่งแวดล้อม (social and environmental assessment) และการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง (functional assessment) เพื่อสรุปปัญหาและวางแผนการรักษา รวมทั้งเพื่อติดตามผู้ป่วยในระยะยาว โดยเน้นที่ความสามารถในการดูแลตนเอง (functional ability) และคุณภาพชีวิต (quality of life) ของผู้สูงอายุ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2558)

1.3.3 การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคสำหรับผู้สูงอายุ (Preventive geriatrics) อาจแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ คือ 1) การป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ (primary prevention) เพื่อส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีตามควรแก่อัตถภาพให้ยาวนานที่สุดเท่าที่จะทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตั้งแต่ยังไม่มีโรค 2) การป้องกันโรคในระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) เป็นการป้องกันที่เกิดขึ้นแล้วแต่ป้องกันไม่ให้อาการลุกลามมากขึ้น และ 3) การป้องกันโรคในระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) เป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การป้องกันการเกิดโรคซ้ำ ตลอดจนการป้องกันความพิการ ภาวะทุพพลภาพระยะยาวที่อาจจะเกิดขึ้นภายหลัง (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2558)

1.4 การทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (Abbreviated Mental Test: AMT)

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น หรือ Abbreviated Mental Test (AMT) เริ่มพัฒนาจากการประเมินความบกพร่องทางจิตของผู้สูงอายุ ในปี ค.ศ. 1972 โดย Hodkinson (Hodkinson, 1972) จากนั้นได้มีการแปลเป็นภาษาต่างๆ นำมาใช้กันอย่างแพร่หลายในการวิจัยและการปฏิบัติทางคลินิก ต่อมา มีการตรวจสอบความตรงและการนำ AMT ไปใช้ภายในแผนกดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลรอยัลลอนดอน ประเทศอังกฤษ พบว่ามีความสอดคล้องภายในด้วยค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha = 0.90 มีความไวและความจำเพาะสูงสุด คือ คะแนน 7 และ 8 ซึ่งไม่สอดคล้องกับจุดตัดของ Hodkinson คือ ต่ำกว่า 7 อันเนื่องจากระยะเวลาศึกษาและกำหนดเกณฑ์ที่แตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้พบว่า AMT5 และ AMT7 ที่ได้รับการพัฒนาขึ้น มีความถูกต้องเทียบเท่า AMT ฉบับเต็ม (Jitapunkul, Pillay & Ebrahim, 1991) เป็นเครื่องมือที่เชื่อถือได้และมีประโยชน์ในการตรวจคัดกรองความบกพร่องทางสติปัญญาของผู้สูงอายุ (Piotrowicz et al., 2019) ได้มีการนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดยปรับให้เข้ากับบริบทสังคมไทยและใช้กันอย่างกว้างขวางในการคัดกรองกลุ่ม Geriatric Syndromes ประกอบด้วยคำถาม 10 คำถาม กำหนดเกณฑ์การพิจารณาการรู้คิดปกติ คือ ตอบคำถามได้ถูกต้องตั้งแต่ 8 ข้อขึ้นไป หากได้น้อยกว่า 8 จะต้องทำการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ด้วยการทดสอบสมอง MMSE-T 2002

สรุป กระบวนการชรา เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เฉพาะเจาะจงทางสรีรวิทยา ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเปราะบาง เจ็บป่วยได้ง่าย มีหลายโรคและใช้ยาหลายชนิด มีอาการและอาการแสดงที่ไม่จำเพาะเหมือนผู้ป่วยทั่วไป ไม่สามารถบอกอาการนำได้ชัดเจน มักต้องส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษค่อนข้างมาก ทำให้การตรวจล่าช้า จากการขาดความรู้หรือประสบการณ์ของแพทย์เจ้าของไข้ ทำให้ได้ข้อวินิจฉัยช้าหรือมีโอกาสมีผิดพลาดได้มาก จึงเกิดปัญหาในการรักษาและจัดการดูแล ฉะนั้นการมีความรู้และความเข้าใจในกระบวนการชรา ลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่แตกต่างจากผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า มีการประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างครบถ้วน มีการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคสำหรับผู้สูงอายุ จะช่วยให้การดูแลรักษาผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีตามอัตถภาพให้ยาวนานที่สุด เมื่อเป็นโรคไม่มีพยาธิสภาพลูกกลมและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

2. การหกล้มในผู้สูงอายุ

การหกล้มในผู้สูงอายุเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองในกลุ่มของการบาดเจ็บโดยไม่ตั้งใจ รองจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและพบมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้น การหกล้มมีตั้งแต่การล้มบนพื้น ระดับเดียวกัน จากการลื่น สะดุด ก้าวพลาด ถูกผู้อื่นชน หรือดัน หรือการล้มจากระดับหนึ่งไปสู่ระดับหนึ่ง เช่น จากการป็น ตกจากที่สูง ตกบันได รวมถึงการตกหรือล้มที่เกี่ยวข้องกับเก้าอี้ เตียง รถเข็น เฟอร์นิเจอร์ เป็นต้น (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2560)

2.1 ความหมายของการหกล้ม

มีผู้ให้ความหมายของการหกล้มไว้มากมายทั้งในประเทศและต่างประเทศ ดังนี้

การหกล้ม หมายถึง การสะดุดที่ทำให้ตกลงสู่พื้นโดยไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้า ซึ่งจะรวมทั้งการตกที่อาจทำให้ได้รับบาดเจ็บหรือไม่ก็ได้ (Lawrence & Maher, 1992)

การหกล้ม หมายถึง การเกิดเปลี่ยนท่าโดยไม่ตั้งใจ และเป็นผลให้ร่างกายทรุดหรือลงนอนกับพื้น หรือปะทะสิ่งของต่างๆ เช่น โตะ และไม่นับรวมการหกล้มที่เกิดจากอุบัติเหตุร้ายแรง เช่น อุกรถชน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

การหกล้ม หมายถึง เหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดว่าจะเกิดมาก่อน และมีผลทำให้บุคคลนั้นอยู่บนพื้นหรือบริเวณที่ต่ำกว่า (WHO, 2018)

โดยสรุปในการวิจัยนี้ การหกล้ม หมายถึง การเกิดเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้า เป็นผลให้ร่างกายเสียสมดุลและทรุดหรือตกลงไปที่พื้นหรือบริเวณที่ต่ำกว่าหรือปะทะกับสิ่งต่างๆ ทำให้เกิดการบาดเจ็บ

2.2 สาเหตุของการหกล้มในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางสรีระอันเนื่องมาจากกระบวนการชรา ซึ่งได้แก่ ปฏิกริยาตอบสนองต่อสิ่งต่างๆ ช้าลง (reaction time) ความเสื่อมของระบบประสาทสัมผัส โดยเฉพาะระบบประสาทรับรู้ตำแหน่ง (proprioception) การที่มีการส่ายของร่างกายเพิ่มขึ้นและสายตาแยลง นอกจากนี้ การที่กำลังกล้ามเนื้อค่อยๆ ลดลงรวมทั้งการที่ความยืดหยุ่นของข้อต่างๆ เปลี่ยนแปลง ทำให้โอกาสของการหกล้มเพิ่มสูงขึ้น เมื่ออายุมากขึ้นจำนวนโรคหรือความผิดปกติและจำนวนยาที่ใช้ก็จะมากขึ้นด้วย และมักจะเป็นเหตุหรือเพิ่มโอกาสของการหกล้มขึ้นอีก นอกจากนี้สิ่งแวดล้อมต่างๆ ทั้งที่อยู่ภายในที่พักอาศัยและที่อยู่ภายนอกค่อนข้างจะไม่เหมาะสมกับการดำรงชีวิตและกิจกรรมทั่วไปของผู้สูงอายุ ซึ่งนำไปสู่การหกล้มได้โดยง่าย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) โดยสามารถจำแนกสาเหตุของการหกล้มได้เป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยเสี่ยงภายใน (intrinsic risk factors) และปัจจัยเสี่ยงภายนอก (environmental risk factors)

2.2.1 ปัจจัยเสี่ยงภายในร่างกาย คือ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นต่อระบบต่างๆ ของร่างกายที่มีผลต่อการควบคุมสมดุลของร่างกาย สาเหตุที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ คือ รับประทานยาบางชนิด

(ยานอนหลับ ยาแก้ปวดประสาท ยาลดน้ำมูก ยาลดความดันโลหิตสูง) ได้รับสารพิษโดยเฉพาะสุราและเบียร์ มีความผิดปกติของสมองน้อย (cerebellar hemorrhage or infraction) หรือ vestibular apparatus (vestibulopathy) หรือมีความผิดปกติของประสาทรับรู้ตำแหน่ง (tabes dorsalis, pernicious anemia, polyneuropathy) เป็นต้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) อาจแบ่งเป็นกลุ่มได้ดังนี้ (วาราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ, 2560)

2.2.1.1 ระบบประสาทสัมผัสรับรู้ (Sensory input) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับระบบประสาทสัมผัสรับรู้ทั้งหลายสามารถส่งผลต่อการควบคุมสมดุลได้ เช่น การมองเห็น ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างที่ส่งผลต่อการมองเห็น เช่น ต้อกระจก ต้อหิน การทำงานของ vestibular system ที่เสื่อมลงจากอายุหรือจากผลของยา การได้ยินลดลงจากสาเหตุต่างๆ ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้และการตอบสนองต่อการได้ยิน รวมถึงระบบ proprioception จากระบบประสาทส่วนปลาย ข้อต่อ และไขสันหลังส่วนหลัง ซึ่งมีความเสื่อมได้ตามอายุและโรค เช่น peripheral neuropathy, diabetic neuropathy และ cervical spondylosis ซึ่งการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดกับระบบประสาทสัมผัสรับรู้เหล่านี้ มีผลให้ผู้สูงอายุรับข้อมูลต่างๆ จากสิ่งแวดล้อมได้ไม่เต็มที่หรือเชิงซ้ำ ทำให้ร่างกายตอบสนองเพื่อปรับตัวรับการเปลี่ยนแปลงขณะเคลื่อนไหวได้ไม่รวดเร็วพอ ทำให้มีโอกาสหกล้มได้ง่าย (วาราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ, 2560)

2.2.1.2 ระบบประสาทส่วนกลาง (Central processing) มีโรคของระบบประสาทส่วนกลางหลายโรคที่ส่งผลต่อการทรงตัว เช่น โรคพาร์กินสัน โรคหลอดเลือดสมองตีบ normal pressure hydrocephalus หรือภาวะที่ส่งผลต่อการรับรู้และการสั่งการ เช่น สมองเสื่อมสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสหกล้มได้ง่ายขึ้น (วาราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ, 2560)

2.2.1.3 ระบบการทำงานของกล้ามเนื้อ ภาวะหลายอย่างที่เกิดกับกล้ามเนื้อข้อและกระดูก ทำให้มีผลต่อการทรงตัว ทำเดินและเพิ่มความเสี่ยงของการหกล้ม เช่น ข้ออักเสบ การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับเท้าและเล็บ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) ได้กล่าวถึง ทำเดินผู้สูงอายุ (senile gait) ว่าไม่จัดเป็นความผิดปกติ โดยผู้สูงอายุจะยืนโดยที่หลังมีลักษณะค่อมข้างงอข้อมือ ศีรษะยื่นไปข้างหน้า เข่าและสะโพกมักงอเล็กน้อย ขาจะกางกว่าทำยืนของคนทั่วไป เวลาเดินฝ่าเท้าอาจจะพื้นเล็กน้อย แขนแกว่งน้อย อาจเห็นตัวส่ายเล็กน้อย เวลาหมุนมักจะหมุนตัวซ้ำๆ ไปทั้งตัวโดยไม่มีการเอี้ยวของเอว (en-block turn) นอกจากนี้ลักษณะการเดินและการทรงตัวผิดปกติที่พบในผู้สูงอายุและมีความสำคัญทางคลินิก ได้แก่ ataxic gait จะมีลักษณะเดินขาแกว่งเท้าสูงและเข่าส่ายไปมาคล้ายคนเมา ตามักจะจ้องมองที่พื้น อาการเข่าจะมีให้เห็นชัดเจนหรือมีเพียงเล็กน้อยและสังเกตได้ขณะที่เดินเลี้ยวหรือหมุนตัว โดยความผิดปกติจะเป็นมากขึ้นในบริเวณที่ไม่มีแสง

2.2.1.4 ภาวะความดันโลหิตต่ำขณะลุกยืน (Orthostatic hypotension) สามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มโดยส่งผลกระทบต่อ cerebral blood flow ในผู้สูงอายุมีอุบัติการณ์ของภาวะ orthostatic hypotension สูงราวร้อยละ 10 ถึง 30 โดยที่สาเหตุอาจเกิดจากปัจจัยหลายประการ เช่น จากการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทอัตโนมัติ การทำงานลดลงของ baroreceptor ที่เปลี่ยนแปลงตามอายุ หรือเกิดจากโรคร่วม เช่น เบาหวาน โรคพาร์กินสัน และปัจจัยที่สำคัญอีกประการ คือ ยา เช่น ยาลดความดันโลหิตสูง ยาขับปัสสาวะ ยาแก้ซึมเศร้า ซึ่งทำให้เกิดภาวะ orthostatic hypotension ได้ (วรลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ, 2560)

2.2.1.5 ยา สามารถทำให้เกิดการหกล้มโดยผ่านหลายกลไก เช่น ทำให้มีผลต่อความจำ ทำให้เกิด orthostatic hypotension ทำให้เกิดการขาดน้ำและสารเกลือแร่ หรือทำให้มีผลต่อการทรงตัว มีการศึกษามากมายเกี่ยวกับยาที่มีผลต่อการหกล้มและมีตัวอย่างยาที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Huang et al., 2012) ได้แก่ ยาลดความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ยาขับปัสสาวะ ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (psychotropic drugs) ยาด้านเศร้า (antidepressant) ยานอนหลับ ยาในกลุ่ม benzodiazepine ยาด้านโรคจิต (antipsychotics) (วรลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ, 2560)

2.2.1.6 กลุ่มอาการทางหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease) กลุ่มโรคทางหัวใจและหลอดเลือดที่อาจเป็นสาเหตุของภาวะหกล้ม (Carey & Potter, 2001) ได้แก่ vasovagal syncope, carotid sinus syndrome, situational syncope, sick sinus syndrome, AV block, structural heart disease เช่น aortic stenosis และ myocardial ischemia ภาวะต่างๆ เหล่านี้ จะทำให้เกิดการลดลงของ cerebral blood flow ทำให้ผู้ป่วยหกล้มได้ (วรลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ, 2560)

2.2.1.7 การเจ็บป่วยเฉียบพลัน (Acute illness) ภาวะหกล้มอาจเป็นอาการนำของการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ซึ่งเป็น atypical presentation ในผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้ยังมีโรคหรือภาวะอื่นที่ส่งผลต่อการหกล้มได้ เช่น ภาวะโลหิตจาง น้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำเกินไป ภาวะความผิดปกติของกรด-ด่างในเลือด หรือระดับเกลือแร่ในเลือดผิดปกติ

2.2.2 ปัจจัยเสี่ยงภายนอกร่างกาย คือ ภาวะแวดล้อมภายนอกที่ส่งผลให้หกล้มได้ ทั้งนี้ปัจจัยเหล่านี้บางประการอาจไม่ทำให้ผู้ที่มีอายุน้อยหกล้ม แต่ในผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างเกิดขึ้นกับการควบคุมสมดุล เช่น ความเร็วของปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายต่อการเปลี่ยนแปลงท่าทาง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความคล่องตัว และท่าเดินที่เสี่ยงต่อการหกล้ม อาจทำให้หกล้มได้ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุไทย ร้อยละ 65 เกิดการหกล้มนอกบ้านและมักเกิดในเวลากลางวัน ปัจจัยภายนอกที่เป็นสาเหตุของการหกล้ม ได้แก่

2.2.2.1 พื้นที่มีลักษณะไม่ปลอดภัย ได้แก่ พื้นที่มีผิวไม่เรียบ มีลวดลายหลอกตา มีสิ่งทีก่อให้เกิดการลื่น สะดุด พื้นที่มีระดับต่างกันไม่สม่ำเสมอ ขรุขระ การมีกรวดทราย พื้นบ้านแตกเป็นร่อง มีเศษตะปู เศษไม้ วัสดุที่ก่อให้เกิดการสะดุด หรือลื่น เช่น พรมเช็ดเท้าที่ไม่ยึดเกาะพื้น สายไฟ ผ้าเช็ดพื้น พื้นผิวที่มีของเหลวหก พื้นห้องน้ำที่เปียก พื้นที่มีการขูดถูลงน้ำมัน ล้วนแต่เป็นเหตุให้เกิดการหกล้มได้ทั้งสิ้น

2.2.2.2 สิ่งทีก่อสร้างภายในบ้านที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ บริเวณ ห้องน้ำ บันได เช่น ชั้นบันไดมีความสูงไม่สม่ำเสมอ การไม่มีราวยึดเกาะเพื่อช่วยในการเคลื่อนไหว ที่นั่งขัดถ่าย เป็นแบบนั่งยอง ซึ่งหากนั่งนานๆ นำไปสู่อาการหน้ามืด หมดสติ

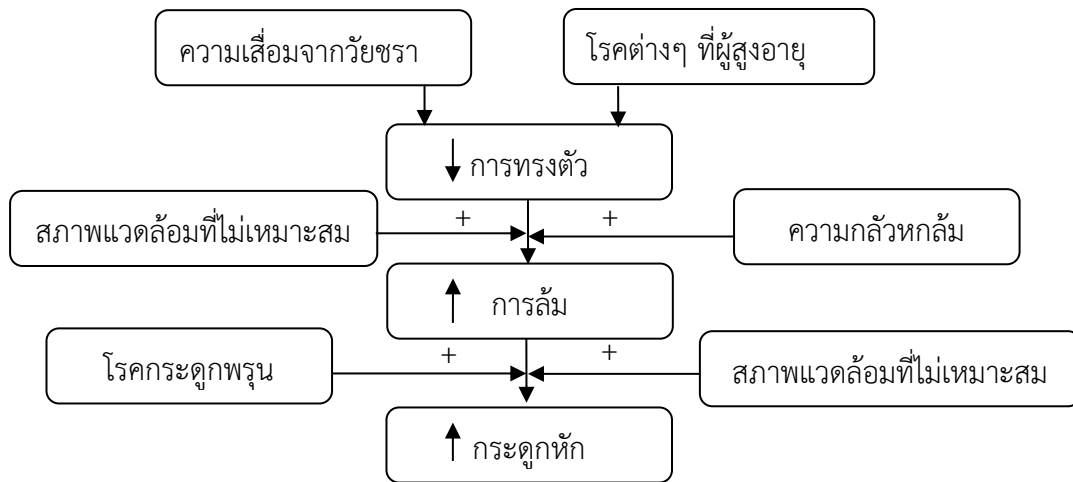
2.2.2.3 แสงสว่างที่ไม่เหมาะสมในที่พักอาศัย แสงสว่างที่ไม่เหมาะสม แสงสลัว ทำให้กล้ามเนื้อดวงตาทำงานหนัก มีผลเสียต่อดวงตา และความชัดเจนลดลง ก่อให้เกิดอุบัติเหตุล้มลงได้ พบว่าบริเวณที่มักเกิดอันตรายจากแสงสลัว คือ บันได ทางเข้าบ้าน ทางเดินภายในและภายนอกบ้าน

2.2.2.4 เครื่องเรือนที่ไม่เหมาะสม อันตรายเกิดจากการจัดวางเครื่องเรือนของใช้ไม่เป็นระเบียบขัดขวางทางเดิน รูปแบบของเครื่องเรือนที่ไม่พอดีกับสรีระที่เปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ เช่น ระดับความสูงของโต๊ะ เก้าอี้ เติงนอน ตู้ ชั้นวางของ ควรพิจารณาให้มีความสูงที่พอเหมาะกับการใช้งานของผู้สูงอายุ เครื่องเรือนที่มีรูปแบบไม่เหมาะสมคือลักษณะไม่มั่นคงขณะใช้งาน เช่น อุปกรณ์ที่มีน้ำหนักมาก มีล้อเลื่อน อาจทำให้เกิดการลื่นไถลและหกล้มได้

2.2.2.5 เครื่องแต่งกายและอุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนไหวที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ เสื้อผ้าที่มีขนาดหลวม ใหญ่ หรือยาวเกินไป อาจทำให้เกิดการสะดุด เกยวติง รองเท้าที่มีรูปทรงไม่พอดีเท้า มีพื้นที่ลื่น ไม่มีพื้นยึดเกาะที่ดี ส้นรองเท้าที่สูงมาก ทำให้เกิดอาการปวดเมื่อย เสียสมดุลได้ง่าย อุปกรณ์ที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ แวนตาที่ไม่พอเหมาะกับสายตา นอกจากนี้ อุปกรณ์ที่ช่วยในการเคลื่อนไหว เช่น ไม้เท้า เครื่องพยุงเดิน แบบมีราวจับ (Walker) ล้อเข็น หากมีขนาดไม่เหมาะสมหรือผู้สูงอายุไม่คุ้นเคยกับการใช้ อาจก่อให้เกิดการหกล้มได้เช่นกัน

2.3 ผลกระทบของการหกล้มต่อผู้สูงอายุ

แม้ว่าการหกล้มส่วนใหญ่จะนำไปสู่การบาดเจ็บเล็กน้อย (Woodhouse, Briggs & Ward., 1983) แต่ก็เป็นการแสดงของพยาธิสภาพต่างๆ ทั้งทีเกิดจากความชราเองและโรคภัยแรงต่างๆ ที่ซ่อนอยู่ได้ ซึ่งถือเป็นปัจจัยเสี่ยง (predisposing factor) เมื่อผู้ป่วยประสบเหตุที่เป็นปัจจัยกระตุ้น (precipitating factor) เช่น การลื่นหรือสะดุด ก็จะทำให้เกิดการหกล้มได้ในที่สุด ดังรูปที่ 1



ภาพที่ 1 กลไกของการล้ม

ที่มา: อารีรัตน์ สุพุทธิธาดา (2553)

การหกล้มนำไปสู่ความเจ็บป่วย ภาวะกระดูกหัก (fracture) การเสียชีวิต ความพิการทางด้านร่างกาย การสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตลอดจนผลเสียทางด้านจิตใจของผู้ป่วยเอง รวมทั้งเป็นภาระต่อญาติผู้ดูแลและสังคมโดยส่วนรวม

ผลกระทบทางด้านร่างกาย พบว่า ร้อยละ 2 มีกระดูกสะโพกหัก ร้อยละ 5 พบกระดูกบริเวณอื่นหัก ร้อยละ 10 ได้รับบาดเจ็บรุนแรงที่ศีรษะ และมากกว่าร้อยละ 50 ได้รับบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย (Stel et al., 2004) ในระยะยาวสำหรับผู้ที่ยกหักและมีกระดูกข้อสะโพกหักจะมีอัตราการเสียชีวิตถึง ร้อยละ 20-30 เมื่อติดตามกลุ่มนี้เป็นระยะเวลา 1 ปี และมีถึงร้อยละ 25-75 ที่สูญเสียความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันด้วย (Magaziner et al., 1990)

ผลกระทบทางด้านสุขภาพจิต ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มจะเกิดความกังวล (anxiety) ภาวะซึมเศร้า ตลอดจนสูญเสียความมั่นใจในการเดิน ผู้ป่วยร้อยละ 30-73 จะมีอาการกลัวการหกล้มอีกจนทำให้สูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง (Vellas et al., 1997)

ผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม ภาวะหกล้มและภาวะกระดูกหักนอกจากทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานแล้ว ยังทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งต่อครอบครัวของผู้สูงอายุเอง และต่อสังคมโดยส่วนรวม ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาลขณะอยู่โรงพยาบาล การสูญเสียเวลาทำงานของญาติ การดูแลในระยะยาวเมื่อเกิดความพิการ เป็นต้น

2.4 การป้องกันการหกล้มซ้ำ

สาเหตุของการหกล้มส่วนหนึ่งมาจากปัจจัยที่สามารถแก้ไขได้ ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มซ้ำที่สำคัญอย่างหนึ่งก็คือการมีประวัติหกล้มมาก่อน ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มมาแล้วจะมีโอกาสหกล้มซ้ำ

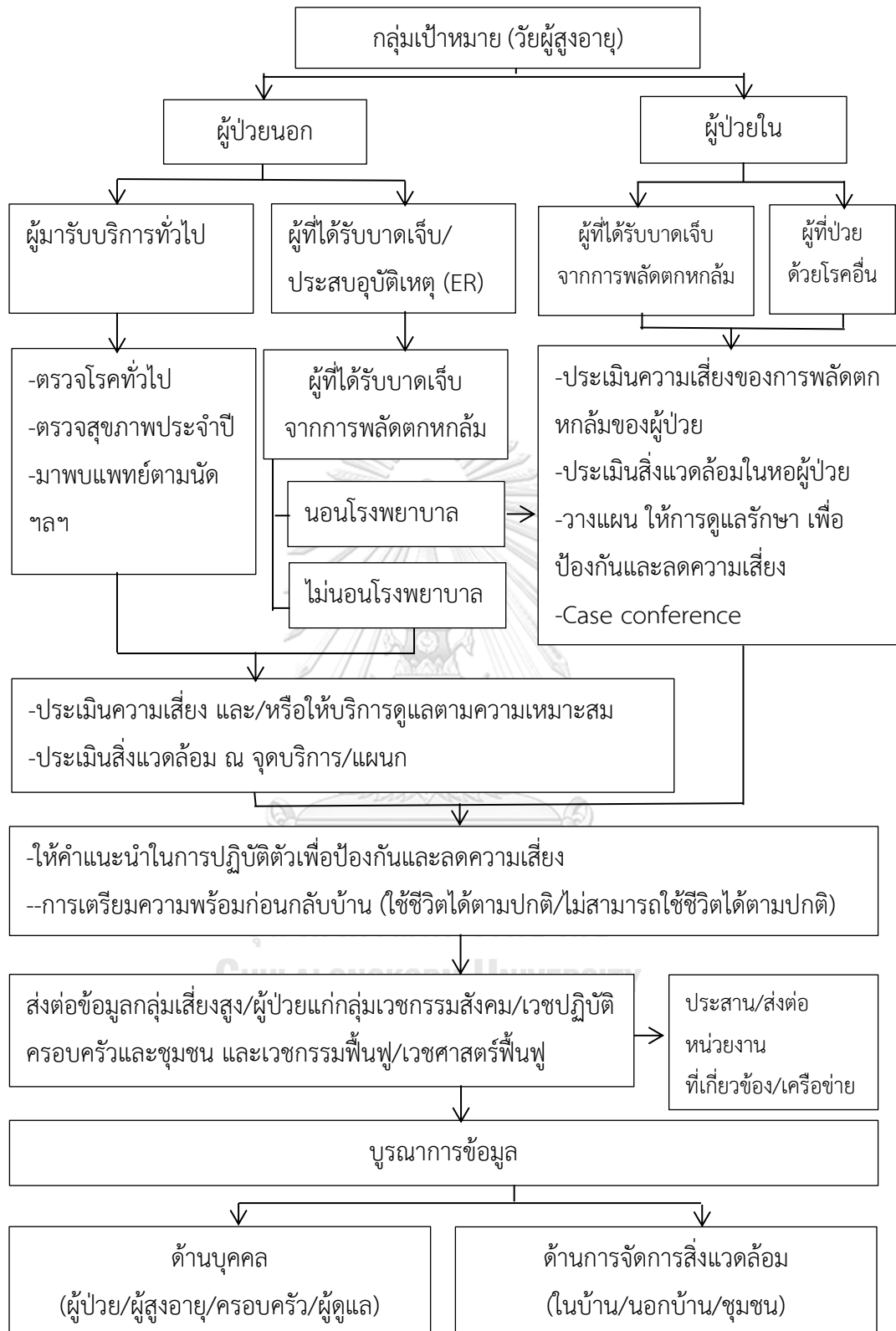
ในปีต่อมาสูงถึงร้อยละ 60-70 (Nevitte et al., 1989) และมีโอกาสเกิดผลแทรกซ้อนจากการหกล้มมากขึ้น จึงควรเห็นความสำคัญในการป้องกันการเกิดการหกล้มซ้ำ มีการรวบรวมข้อมูลการศึกษาที่เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม (Gillespie et al., 2003) แสดงให้เห็นว่า มีการป้องกันโดยการใช้ multifactorial interventions และ single interventions เช่น การออกกำลังกาย การลดยาที่มีผลต่อการหกล้ม การเยี่ยมบ้านและปรับปรุงสภาพแวดล้อม ซึ่งพบว่ามีประโยชน์ในการลดอัตราการหกล้มซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในอัตราที่แตกต่างกัน (Tinetti, 2003)

2.4.1 การใช้ multifactorial interventions ในการป้องกันการหกล้มซ้ำสำหรับผู้สูงอายุที่เคยหกล้มมาก่อน จัดทำโดยทีมผู้เชี่ยวชาญจากสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่หกล้ม ตั้งแต่ปี พ.ศ.2551 ซึ่งได้แนะนำให้ใช้ multifactorial interventions ในการป้องกันการหกล้มซ้ำสำหรับผู้สูงอายุที่เคยหกล้มมาก่อน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551) ประกอบด้วย

- 1) การฝึกเดิน (Gait training) และการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินที่เหมาะสม
- 2) ทบทวนและประเมินความจำเป็นของยาที่ผู้ป่วยใช้
- 3) การออกกำลังกายโดยเฉพาะชนิดที่มีผลต่อความสมดุล เช่น โยคะ รำไทเก๊ก เป็นต้น
- 4) การปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่บ้านเพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม
- 5) การรักษาโรคร่วมทางหัวใจและหลอดเลือดที่ตรวจพบ

2.4.2 แนวทางการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2559)

เป็นแนวทางการดำเนินงานเพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยเริ่มตั้งแต่แผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน กลุ่มเวชกรรมสังคม/เวชปฏิบัติครอบครัว และชุมชน กลุ่มเวชกรรมฟื้นฟู/เวชศาสตร์ฟื้นฟู จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาบูรณาการเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ท้องถิ่น ตำรวจ ชุมชน และเครือข่ายบริการ เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นต้น อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง (ดังแสดงในรูปที่ 2)



ภาพที่ 2 แนวทางการดำเนินงานเพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ
ที่มา: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2559)

จากรูปที่ 2 คำแนะนำในการป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยสถานบริการสาธารณสุข ดังนี้

1) ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

2) ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและ/หรือลดความเสี่ยง ได้แก่

2.1) ทบพจนประวัติการใช้ยา สังเกตอาการและปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับยาที่ทำให้เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ได้แก่ ยานอนหลับ ยาแก้ปวดประสาทรักษาความดันโลหิต และยาขับปัสสาวะ หรือมีประวัติการใช้ยาเป็นประจำตั้งแต่ 4 ชนิดขึ้นไป (ไม่รวมวิตามิน)

2.2) สังเกตและตรวจความผิดปกติของการมองเห็น เช่น มองเห็นไม่ชัดเจน ตาพร่ามัว ไม่สามารถแยกความลึก/ระยะ และความแตกต่างของสีได้ เป็นต้น

2.3) ควรออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อโดยเน้นการออกกำลังกายที่ฝึกการทรงตัวและฝึกทักษะการเคลื่อนไหว เช่น โยคะ ไทเก๊ก หรือการฝึกโดยนักกายภาพบำบัด

2.4) สังเกตอาการและความบกพร่องของการทรงตัว เนื่องจากผู้สูงอายุมีกลไกการทำงานที่ควบคุมการทรงตัวของระบบอวัยวะต่างๆ ลดลง ทำให้สมดุลในการทรงตัวบกพร่อง

2.5) สังเกตอาการ/ความผิดปกติทางการรับรู้ เช่น สับสนหลงลืมเกี่ยวกับบุคคล วัน เวลา และสถานที่ แยกแยะกลางวันกับกลางคืนไม่ได้ เป็นต้น รวมทั้งมีการรับรู้ตัดสินใจ หรือตอบสนองได้ช้าลง

2.6) ควรเปลี่ยนท่าช้าๆ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะความดันตกในท่ายืน อาจมีอาการหน้ามืดวิงเวียน จะเป็นลม ขณะลุกขึ้นนั่งหรือยืนทุกครั้ง หรือรู้สึกคลื่นไส้ อาเจียน ตาพร่า ตาลายร่วมด้วย

2.5 นวัตกรรมเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

ปัจจุบันสังคมไทยมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จึงมีการคิดค้นและประดิษฐ์นวัตกรรมเพื่อช่วยดูแลและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ใหม่ๆ ออกมาอย่างต่อเนื่องและหลากหลาย นวัตกรรมบางอย่างประดิษฐ์ขึ้นเพื่อช่วยในการดูแลผู้สูงอายุ บางอย่างเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตได้อย่างสะดวกสบายขึ้น

รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560 มีการนำเสนอ “เทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรมเพื่อผู้สูงอายุ” ที่ประดิษฐ์โดยนักศึกษาไทยด้วยความชื่นชมความคิดริเริ่มและความตั้งใจที่นักศึกษามีต่อผู้สูงอายุ (มส.ผส., 2560) โดยมีนวัตกรรมเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ดังนี้

1) ไม่เท่าแข็งแรงเตือนการล้มสำหรับผู้สูงอายุ เป็นผลงานของนักศึกษาวิทยาลัยสารพัดช่างสงขลา นำความรู้วิชาไมโครคอนโทรลเลอร์มาประยุกต์ ใช้ในการประดิษฐ์ผลงานด้วยการออกแบบให้ไม่เท่าสามารถแข็งแรงเตือนไปยัง โทรศัพท์มือถือของลูกหลาน หากผู้สูงอายุล้มขณะใช้ไม้เท้า

2) อุปกรณ์ช่วยเดินและพยุงน้ำหนักบางส่วน Space Walker เป็นผลงานของนักศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ คว่ำรางวัลระดับนานาชาติ i-CREATe 2017 (Gold award) ที่ประเทศญี่ปุ่น เป็นอุปกรณ์ช่วยฝึกเดินและแก้ปัญหาการล้ม ช่วยพยุงน้ำหนักของผู้ที่ปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหว โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ใส่เทคโนโลยีการพยุงน้ำหนักเพิ่มความมั่นคงให้กับผู้ใช้ มีระบบรักษาสมดุล หากเกิดอาการเซหรือเสียหลักจะหกล้ม

3) ระบบเฝ้าระวังผู้สูงอายุ โดยใช้กล้องตรวจจับการเคลื่อนไหวแบบ 3 มิติ ตรวจจับการล้มพร้อมแจ้งเตือน เป็นผลงานของนักศึกษาสถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง ออกแบบให้ทำงานโดยใช้แสงอินฟราเรด จึงไม่ต้องติดตั้งอุปกรณ์ติดตัวผู้สูงอายุ สามารถใช้ได้ทั้งเวลากลางวันและกลางคืน สามารถแยกได้ว่าผู้สูงอายุล้มจริงหรือแค่ก้มเก็บของ กล้องบันทึกการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ มีการแปลผลเป็นภาพโครงกระดูกแบบสามมิติจึงช่วยให้การวินิจฉัยของแพทย์ทำได้เร็วขึ้นและรักษาได้อย่างทันท่วงที

สรุป การหกล้ม คือ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้า เป็นผลให้ร่างกายเสียสมดุลและทรุดหรือตกลงไปที่พื้น หรือบริเวณที่ต่ำกว่า หรือปะทะกับสิ่งต่างๆ มีสาเหตุมาจาก 2 ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงภายในร่างกายที่เกิดการเปลี่ยนแปลงกับระบบต่างๆ ของร่างกาย ส่งผลต่อการควบคุมสมดุลของร่างกาย ทำให้มีโอกาสหกล้มได้ง่าย และปัจจัยเสี่ยงภายนอกร่างกาย ซึ่งเป็นสภาพแวดล้อมภายนอกที่ทำให้เกิดการหกล้มได้ การหกล้มส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ทั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่เคยหกล้มมาแล้วจะมีโอกาสหกล้มซ้ำในปีต่อมาและจะเกิดผลแทรกซ้อนจากการหกล้มมากขึ้น จะเห็นได้ว่าการหกล้มส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากปัจจัยที่สามารถแก้ไขได้ จึงควรให้ความสำคัญในการป้องกันการหกล้ม เริ่มตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติ ด้วยการซักประวัติโดยละเอียด การตรวจร่างกายที่รอบคอบเพื่อหาสาเหตุของการหกล้มซึ่งมักมีหลายปัจจัยร่วมกัน และค้นหาการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นจากการหกล้ม จะทำให้ผู้สูงอายุที่หกล้มได้รับการรักษาที่ถูกต้องตามลำดับความสำคัญและความเร่งด่วนของการดูแลรักษา สามารถให้การดูแลต่อเนื่องด้วยการใช้มาตรการที่เหมาะสมในการป้องกันการเกิดการหกล้มซ้ำ รวมถึงการใช้นวัตกรรมป้องกันการหกล้มที่ประดิษฐ์ขึ้นเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ จะทำให้การดูแลผู้สูงอายุที่หกล้มมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น ลดอัตราการตาย ลดการพิการและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุ

3. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

จากความแตกต่างกันในการอธิบายถึงความเจ็บป่วยระหว่างประชาชนทั่วไปและเจ้าหน้าที่ในวิชาชีพสุขภาพ อาจก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมา กล่าวคือ ทักษะของประชาชนทั่วไปมองว่าความเจ็บป่วยเป็นความทุกข์จากอาการต่างๆ ที่รบกวนการดำเนินชีวิต และความหมายของความเจ็บป่วยต่อตัวเขาและครอบครัว ในขณะที่เจ้าหน้าที่ในวิชาชีพสุขภาพจะมองผู้ป่วยว่าเกิดโรค (disease) จึงทำการรักษาเฉพาะโรค ฉะนั้นหากขาดการติดต่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและทักษะระหว่างกันและกัน ปัญหาที่ตามมาคือ ผู้ป่วยบางคนไม่ยอมปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล ไม่พึงพอใจกับการรักษาที่ได้รับและรู้สึกกว่าตนเองได้รับการดูแลไม่เพียงพอ เนื่องจากการดูแลที่ได้รับนั้นไม่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ดังนั้นเจ้าหน้าที่สุขภาพต้องสร้างบรรยากาศที่เอื้ออำนวยต่อการแสดงความคิดเห็น ยอมรับนับถือความคิดเห็นของผู้ป่วยและปรับทักษะในการมองว่า ผู้ป่วยหรือบุคคลเป็นผู้มีศักยภาพและเป็นแหล่งประโยชน์พื้นฐานในการดูแลตนเอง ซึ่งการปรับทักษะและการปฏิบัติเช่นนี้จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติการดูแลตนเองตามแผนการรักษาพยาบาลได้ดีขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

3.1 ทฤษฎีการพยาบาลโดยทั่วไปของ Orem

ทฤษฎีการพยาบาลโดยทั่วไปของ Orem (Orem, 1985; Orem & Taylor, 1986) ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กัน คือ ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of nursing system) ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Theory of self-care deficit) และทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self-care)

3.1.1 ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of nursing system)

ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of nursing system) อธิบายถึงการช่วยเหลือของพยาบาลที่สัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ดังนี้ “การกระทำทั้งหมดซึ่งประกอบเป็นระบบการพยาบาลนั้น (nursing action system) ได้มาจากการที่พยาบาลใช้ความสามารถทางการพยาบาล (nursing agency) ภายใต้อัตนัยกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ โดยอาศัยความสัมพันธ์ในฐานะพยาบาลกับบุคคลผู้มีความพร้อมในการดูแลตนเอง เพื่อให้แน่ใจว่าความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) ของบุคคลนั้นเป็นที่ทราบ และได้รับการสนองตอบ และความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลนั้นได้ถูกปกป้อง หรือได้นำมาใช้ หรือได้รับการพัฒนา” (Orem & Taylor, 1986)

3.1.2 ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Theory of self-care deficit)

ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองนี้อธิบายว่าทำไมบุคคลจึงต้องการและสามารถได้รับประโยชน์จากการพยาบาล ดังนี้ “ความสามารถเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลที่อยู่ในวัยเจริญเติบโตหรือเติบโตอย่างเต็มที่ สามารถจะถูกกระทบได้

เนื่องจากภาวะด้านสุขภาพ หรือองค์ประกอบทั้งภายในและภายนอก ซึ่งทำให้บุคคลนั้นใช้ความสามารถของตนเอง ได้เพียงบางส่วน หรือไม่สามารถจะใช้ได้เลย หรือปริมาณหรือคุณภาพของความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ดังนั้น บุคคลนั้นจึงต้องการการพยาบาล” (Orem & Taylor, 1986)

3.1.3 ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self-care)

ทฤษฎีการดูแลตนเอง เป็นการอธิบายถึงความสัมพันธ์ที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) ดังนี้ “บุคคลที่อยู่ในวัยเจริญเติบโตหรือกำลังเจริญเติบโต จะปรับหน้าที่และพัฒนาการของตนเอง ตลอดจนป้องกัน ควบคุม กำจัดโรค และการบาดเจ็บต่างๆ โดยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เรียนรู้วิธีการที่จะดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อมที่คิดว่าจะมีผลต่อการทำหน้าที่ และพัฒนาการของตนเอง” (Orem & Taylor, 1986) นอกจากนี้ Orem ยังได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการพึ่งพาและดูแลซึ่งกันและกันระหว่างบุคคลในครอบครัวและเครือข่ายทางสังคม (Orem, 1986; Orem, 1991 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้มีภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพที่ดี จากแนวคิดของ Orem (1985) การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่ตั้งใจ และมีเป้าหมาย (Deliberate action and goal oriented) ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ และ ระยะที่ 2 เป็นการกระทำ และผลของการกระทำ ซึ่งจะเห็นได้ว่าบุคคลที่สามารถจะกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม จะต้องเห็นด้วยว่าสิ่งที่จะทำนั้นเหมาะสมในสถานการณ์นั้นๆ ดังนั้นก่อนที่บุคคลจะเห็นด้วยกับการกระทำนั้นๆ ว่าเหมาะสม จึงต้องมีความรู้ก่อนว่าสิ่งที่ต้องทำนั้นจะมีประสิทธิภาพและให้ผลตามที่ต้องการ

ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกต การให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบ มองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำ จึงจะสามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำได้ โดยการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมาย ซึ่งการตั้งเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อการดูแลตนเอง เพราะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำ และเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ

แม้ว่าการดูแลตนเองจะเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมายเฉพาะ แต่การดูแลตนเองนั้นจะกลายเป็นสุขนิสัยติดตัวได้ ถ้าได้กระทำไปสักระยะหนึ่ง บุคคลนั้นอาจจะกระทำโดยไม่ได้ระลึกถึงเป้าหมายของการกระทำ ฉะนั้นการที่จะปฏิบัติดูแลตนเองเพื่อดำรงรักษาและส่งเสริมสุขภาพ บุคคลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเป้าหมายและสร้างสุขนิสัยในการปฏิบัติ และเมื่อสร้าง

นิสัยในการปฏิบัติได้ บุคคลจะกระทำได้โดยไม่ต้องใช้ความพยายามหรือรู้สึกเป็นภาระอีกต่อไป (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

3.2 การดูแลตนเองของผู้สูงอายุภายหลังการหกล้ม

จากคำแนะนำโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่หกล้ม (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551) ให้ใช้ multifactorial interventions ในการป้องกันการหกล้มซ้ำสำหรับผู้สูงอายุที่เคยหกล้มมาก่อนนั้นเป็นโปรแกรมที่ใช้การผสมผสานระหว่างการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและครอบครัวกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งกิจกรรมที่ผู้สูงอายุต้องปฏิบัติด้วยตนเองประกอบด้วย การฝึกเดิน (gait training) และการออกกำลังกาย โดยครอบครัวมีส่วนร่วมในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่บ้านเพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม ดังนี้

3.2.1 การฝึกเดิน (Gait training) และการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินที่เหมาะสม

3.2.1.1 Gait training คือการฝึกเกี่ยวกับการเดินที่ถูกต้อง (posture, stride length and cadence) ความเร็วและทิศทางที่เหมาะสมเวลาก้าวเดิน (change of pace, level, and direction)

3.2.1.2 การใช้อุปกรณ์ช่วยเดินที่เหมาะสม

1) อุปกรณ์ช่วยเดิน หมายถึง อุปกรณ์ที่นำมาช่วยในการพยุงร่างกายเพื่อให้สามารถเดินได้ดีขึ้น ซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่ช่วยป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการควบคุมการทรงตัว มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนและขาและมีปัญหาในการเดิน มีหลายประเภท เช่น โครงเหล็กช่วยเดิน (walker frame) ไม้ค้ำยัน (crutches) และไม้เท้า (cane) อุปกรณ์ที่ได้รับความนิยมในผู้สูงอายุคือไม้เท้า ควรวัดความสูงของไม้เท้าให้พอดี จึงจะมีความปลอดภัยและเกิดประโยชน์ในการใช้มากที่สุด โดยระดับความสูงที่เหมาะสมตามจับควรจะสูงอยู่ในระดับเดียวกับกับข้อมือหรือกระดูกสะโพกของผู้ใช้ หรือประเมินความสูงของไม้เท้าในท่าผู้ใช้นั่งหลังตรงขณะจับไม้เท้า

2) รองเท้าที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

2.1) ควรเป็นรองเท้าสันเตี้ยและขอบมน พื้นรองเท้าควรมีดอกยาง เพื่อให้พื้นรองเท้าสามารถเกาะติดกับพื้นได้ดีขึ้น ป้องกันการลื่นหกล้ม

2.2) รองเท้าหุ้มส้น โดยส่วนที่หุ้มส้นและข้อเท้าควรมีความแข็งแรงพอสมควร เพื่อเป็นการพยุงข้อเท้า ทำให้ทรงตัวได้ดีขึ้น

2.3) รองเท้าหน้ากว้าง เพื่อทำให้นิ้ว เท้าสามารถเคลื่อนไหวได้สะดวก

2.4) พื้นรองเท้าด้านหน้าควรเชิดขึ้น จากพื้นเล็กน้อย เพื่อให้เดินได้มั่นคงและป้องกันการสะดุดเท้าตัวเอง

2.5) รองเท้าควรปรับขนาดได้ เช่น รองเท้าผ้าใบ เนื่องจากขนาดของเท้าของคนเราจะเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละช่วงเวลาของวัน

3.2.2 การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายเป็นการลดความเสี่ยงของการหกล้มที่ผู้สูงอายุสามารถทำเองได้และได้ผลมากที่สุด ซึ่งการออกกำลังกายจะช่วยเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เพิ่มความสามารถในการทรงตัวและการเดินซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการหกล้มในผู้สูงอายุ (มสพส., 2558)

แต่อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุแต่ละคนมีความแตกต่างด้านร่างกาย ส่งผลให้วิธีการออกกำลังกายของแต่ละคนต่างกัน จึงต้องเลือกการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง ซึ่งแบ่งออกเป็นระดับง่ายและระดับยาก สามารถเลือกการออกกำลังกายได้โดยการให้ผู้สูงอายุตอบคำถาม 4 ข้อ ดังต่อไปนี้

1) ท่านสามารถทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร เข้าห้องน้ำได้ด้วยตัวเองโดยไม่ต้องมีคนช่วยใช่หรือไม่

2) ท่านสามารถใช้ชีวิตตามปกติโดยไม่กังวลเรื่องการหกล้มใช่หรือไม่

3) ท่านสามารถลุกขึ้นยืนจากเก้าอี้ได้เองโดยไม่ต้องใช้มียันและยืนได้อย่างมั่นคงใช่หรือไม่

4) ท่านสามารถยืนโดยวางสันเท้าต่อกับปลายเท้าได้นานกว่า10 วินาที หากตอบไม่ใช่เพียงข้อใดข้อหนึ่ง ให้ทำการออกกำลังกายระดับง่าย

ทำออกกำลังกายระดับง่าย (ดังรูปที่แนบในภาคผนวก ฉ)

1) ทำยืดกล้ามเนื้อและฝึกความยืดหยุ่นของข้อ (ท่าที่ 1-4)

2) ทำฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (ท่าที่ 5-8)

3) ทำฝึกการเดินและการทรงตัว (ท่าที่ 9-16)

ทำออกกำลังกายระดับยาก (ดังรูปที่แนบในภาคผนวก ฉ)

1) ทำยืดกล้ามเนื้อและฝึกความยืดหยุ่นของข้อ (ท่าที่ 1-4)

2) ทำฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (ท่าที่ 5-8)

3) ทำฝึกการเดินและการทรงตัว (ท่าที่ 9-18)

ทั้งนี้หากออกกำลังกายแล้วมีอาการเวียนศีรษะหน้ามืดหรือเป็นลม เจ็บแน่นหน้าอก เหนื่อยหอบหายใจลำบาก ปวดหรือเจ็บมากบริเวณข้อ ควรปรึกษาแพทย์

3.2.3 การปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่บ้านเพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม

ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้มได้ด้วยการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่บ้าน (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2560) ดังนี้

3.2.3.1 สิ่งแวดล้อม

- 1) ควรเป็นบ้านชั้นเดียว กรณีบ้าน 2 ชั้น ควรจัดให้ผู้สูงอายุอยู่ชั้นล่าง
- 2) มีราวจับหรือราวช่วยพยุงตัวบริเวณภายในบ้าน ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 4 เซนติเมตร
- 3) มีแสงสว่างเพียงพอ
- 4) พื้นเรียบเสมอกัน ไม่ลื่น ไม่ควรมีธรณีประตู ไม่มีสิ่งกีดขวางบริเวณทางเดินและจัดวางสิ่งของในบ้านให้เป็นระเบียบ
- 5) สวิตช์ไฟควรอยู่สูงจากพื้น 120 เซนติเมตร และปลั๊กไฟสูงระหว่าง 35 - 90 เซนติเมตร
- 6) ลูกบิดหรือมือจับประตูเป็นแบบก้านโยก สูงจากพื้น 100-120 เซนติเมตร
- 7) บันไดบ้าน (ถ้ามี) ควรมีลูกตั้งไม้เกิน 15 เซนติเมตร ลูกนอนไม่น้อยกว่า 28 เซนติเมตร และมีราวจับสูงจากพื้น 80 เซนติเมตร

3.2.3.2 ห้องน้ำ

- 1) ควรกว้างอย่างน้อย 1.5 - 2 เมตร
- 2) ประตูห้องน้ำควรเป็นประตูแบบเปิดออกหรือบานเลื่อนและไม่มีธรณีประตู
- 3) พื้นห้องน้ำ ไม่ลื่นหรือมีวัสดุกันลื่นบริเวณพื้นที่อาบน้ำ และพื้นเรียบเสมอกัน
- 4) ควรใช้โถส้วมชนิดนั่งราบหรือนั่งห้อยขา
- 5) มีราวจับในห้องน้ำ ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 4 เซนติเมตร
- 6) มีที่นั่งสำหรับอาบน้ำสูงจากพื้น 40 - 45 เซนติเมตร
- 7) ก๊อกน้ำและลูกบิดหรือมือจับประตูเป็นแบบก้านโยก

3.2.3.3 ห้องครัว

- 1) โถ๊ะหรือเคาน์เตอร์ควรสูงจากพื้นอย่างน้อย 80 เซนติเมตร
- 2) ตู้แขวน หิ้ง ควรอยู่สูงจากพื้นในระดับ 150 - 168 เซนติเมตร
- 3) ควรมีแสงสว่างเพียงพอ ทั้งแสงสว่างจากธรรมชาติและไฟฟ้า
- 4) ปลั๊กไฟบริเวณโถ๊ะหรือเคาน์เตอร์ควรสูงจากพื้น 90 เซนติเมตร
- 5) จัดวางสิ่งของเครื่องใช้ให้ง่ายต่อการหยิบใช้

3.2.3.4 ห้องนอน

- 1) ห้องนอนผู้สูงอายุควรอยู่ใกล้ห้องน้ำ

2) เติงหรือที่นอนมีความยาวไม่น้อยกว่า 180 เซนติเมตร ความสูงจากพื้นถึงระดับข้อพับเข่า 40 - 45 เซนติเมตร เพื่อให้ลุกขึ้นได้สะดวกและมีพื้นที่ว่างรอบเตียง อย่างน้อย 90 เซนติเมตร

3) มีการระบายอากาศที่ดี และแสงสว่างเพียงพอ

4) หน้าต่างมองเห็นทิวทัศน์จากภายนอก

5) สวิตช์ไฟควรอยู่ใกล้เตียงนอนในระยะที่เอื้อมถึง สูงจากพื้นไม่เกิน 90 เซนติเมตร

3.2.3.5 ห้องรับแขก ห้องนั่งเล่น

1) มีการจัดสิ่งของ เฟอร์นิเจอร์อย่างเป็นระเบียบ

2) ไม่มีสิ่งกีดขวาง สิ่งของ หรือขยะบริเวณพื้น

3) มีการระบายอากาศที่ดี และแสงสว่างเพียงพอ

4) เก้าอี้ควรสูงจากพื้นในระดับ 40 - 45 เซนติเมตร และมีพนักพิงที่มั่นคง แข็งแรง

สรุป การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย ซึ่งบุคคลเป็นผู้มีศักยภาพในการกระทำอย่างจริงจัง มีความสามารถในการเรียนรู้และวางแผนจัดกิจกรรมเพื่อดูแลตนเองได้ แต่ในบางโอกาสบุคคลก็จะมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ทำให้ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาล เมื่อผู้สูงอายุได้รับบาดเจ็บจากการหกล้ม จึงใช้วิธีการรักษาตัวเองก่อนตามความรู้เดิมที่ตนเองมี หากเป็นการบาดเจ็บรุนแรง เกินขีดความสามารถในการดูแลตนเองและครอบครัว หรือไม่สามารถบรรเทาได้ด้วยการรักษาตัวเองแล้วนั้น ผู้สูงอายุก็นเลือกวิธีการเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ภายหลังได้รับการรักษาอาการจนทุเลาแล้ว จะได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการหกล้มซ้ำ โดยผู้สูงอายุจะต้องปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องให้เกิดเป็นสุขนิสัยในการลดความเสี่ยงของการหกล้ม และครอบครัวมีส่วนร่วมป้องกันในการปรับสภาพแวดล้อมที่บ้าน

4. แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

4.1 แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

ปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) เป็นวิธีหนึ่งที่ศึกษาเพื่อค้นหาความจริงของปรากฏการณ์ต่างๆ จากบุคคลที่มีประสบการณ์ด้วยการบอกเล่าเรื่องราวและประสบการณ์ต่างๆ ที่บุคคลประสบมาด้วยตนเอง โดยมีพื้นฐานความคิด ว่าบุคคลจะรู้ดีในเรื่องที่ตนเองมีประสบการณ์มาก่อนด้วยการรับรู้และรู้ความหมายในขณะที่มีสติสัมปชัญญะ (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2559) แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา สามารถแบ่งออกเป็น 3 แนวคิด คือ

4.1.1 ปรากฏการณ์วิทยาแนวอูตรวิสัย (Transcendental phenomenology)

เป็นการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาที่มีพื้นฐานมาจากแนวคิดของ Edmund Husserl (1859-1938) มุ่งพรรณนาและเข้าถึงโครงสร้างของการสำนึก (consciousness) แนวคิด Husserlian Phenomenology เป็นความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอิสระในเรื่องที่ต้องการศึกษา มุ่งพรรณนาความหมายที่สร้างขึ้นมาจากจิตสำนึก ผู้วิจัยต้องไม่มีอคติในเรื่องที่จะศึกษา ต้องขจัดความคิดเห็นของตนออกจากสิ่งที่ตนเองกำลังศึกษา (bracketing) โดยเน้นที่จุดมุ่งหมาย (intentionality) และสาระสำคัญ (essences) ของการรับรู้ของบุคคลที่มีความเชื่อว่ามนุษย์จะเข้าใจ ในสิ่งที่ประสบได้ด้วยการรับรู้ เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ได้อย่างบริสุทธิ์และความจริงที่เป็นสากล (Universal truths) ของผู้ประสบในเรื่องเดียวกันร่วมกัน (Wojnar & Swanson, 2007)

4.1.2 ปรากฏการณ์วิทยาแนวอัตถิภาวะ (Existential Phenomenology)

ตามแนวคิดของ Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) และ Jean-Paul Sartre (1905-1980) ที่ว่าการดำรงอยู่ในโลกของบุคคลมีอิทธิพลต่อบุคคลนั้นๆ มุ่งวิเคราะห์ภาวะที่มีที่เป็น (existence) ของบุคคลและสิ่งต่างๆ โดยเชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลส่งผลต่อการดำรงอยู่ในโลก ด้วยการใช้ชีวิตในปัจจุบันเป็นผลมาจากภูมิหลังและประสบการณ์เดิมของแต่ละคน (historical person)

4.1.3 ปรากฏการณ์วิทยาแนวอรรถปริวรรต (Hermeneutic phenomenology)

ปรากฏการณ์วิทยาการตีความ หรือปรากฏการณ์วิทยาของ Heidegger (Heideggerian phenomenology) พัฒนามาจากแนวคิดของ Husserl โดย Martin Heidegger (1889-1976) Heidegger ให้ความสนใจกับภาวะการมีอยู่ (Being) หรือการเป็นอยู่ของมนุษย์กับโลก ว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างไร และเชื่อว่า สิ่งที่เป็นอยู่ (being) เวลา (timing) มีความหมายในตัวเอง (meaning) สามารถตีความหมายได้ ต้องใช้ความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล กล่าวคือ ผู้วิจัยต้องมีความเข้าใจในสภาพแวดล้อมของบุคคลนั้นๆ ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่สามารถแยกตนออกจาก การศึกษาได้ (ชาย โปธิสิตา, 2554; อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2559)

4.2 การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ Heidegger

Heidegger เชื่อว่า การมีอยู่มาก่อนแก่นแท้ (Existence precedes essence) กล่าวคือ มนุษย์มีอยู่มาก่อนการค้นพบตัวเอง ไม่มีใครสามารถนิยามมนุษย์ผู้นั้นได้ จนกว่ามนุษย์ผู้นั้นจะได้ลงมือกระทำหรือสร้างให้ตัวเองเป็นอะไร (Stumpf, 1983 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2559) มนุษย์เท่านั้นที่สามารถตั้งคำถามเกี่ยวกับ “ภาวะการมีอยู่ (Being)” ของเขาเองและสนใจเกี่ยวกับ “ภาวะการมีอยู่ในตัวเอง” และอธิบายว่ามนุษย์มีความสัมพันธ์พิเศษกับโลกที่อาศัยอยู่และการดำรงอยู่ของมนุษย์ โดยมนุษย์เป็นผู้ตัดสินใจเลือกที่จะเป็น เลือกที่จะทำหรือเลือกที่จะดำเนินชีวิตของตนเอง

การมีอยู่/การเป็น (Being) หมายถึง การมีอยู่/เป็นอยู่ของมนุษย์ที่เป็นทั้งอดีต ปัจจุบัน และอนาคตของตนเอง โดย Heidegger เชื่อว่า โลกของมนุษย์เป็นโลกเชิงสังคม มีความสัมพันธ์เชิงพึ่งพากับวัตถุ ผู้คนมนุษย์ไว้กับความกังวล (anxiety) และความเป็นห่วง ความกลัว (fear) ซึ่งความกังวลเป็นตัวสร้างการดำรงอยู่ของมนุษย์ให้เป็นจริง ความกลัวต่อความตาย (Being-towards-death) ทำให้มนุษย์ต้องรับผิดชอบต่อตัวเองและโชคชะตาของตน แม้ว่ามนุษย์จะรู้ว่าภาวะการดำรงอยู่แห่งตนเป็นสิ่งชั่วคราว (Temporal) ที่เปลี่ยนแปลงได้ตามกาลเวลาและสถานการณ์ เนื่องจากที่แท้จริงแล้วการดำรงอยู่นั้นจะนำไปสู่การไม่มีอยู่ (No-thing) (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2559) นอกจากนี้ Heidegger ยังให้ความสำคัญกับโครงสร้างการตีความของข้อความและวงเวียนแห่งการตีความ

4.2.1 โครงสร้างการตีความของข้อความ

โครงสร้างการตีความของข้อความ (The hermeneutic structure of question) ในส่วนการศึกษาของ Heidegger นั้น รูปแบบของคำถามจะต้องเป็นสิ่งที่มองเห็นได้จริงและมีความชัดเจนการคำถาม กล่าวคือ ผู้ถามต้องรู้วัตถุประสงค์ในการถามว่าจะได้คำตอบเกี่ยวกับอะไร ถามไปเพื่ออะไร มีข้อสันนิษฐานอะไรจึงถามคำถามดังกล่าว ดังนั้นในการตั้งคำถามแต่ละครั้ง ผู้ถามจะต้องมีความคิดมาก่อน (preconception) ว่าต้องการอะไรจากการถามครั้งนี้ และการคิดมาก่อนนี้จะช่วยให้ผู้ถามประเมินได้ว่า ผู้ตอบบิดเบือนหรือปิดบังคำตอบที่แท้จริงหรือไม่

4.2.2 วงเวียนแห่งการตีความ

วงเวียนแห่งการตีความ หรือ Hermeneutic circle เป็นการหาความสัมพันธ์กลับไปกลับมาระหว่างสิ่งที่รู้แล้วกับสิ่งที่ได้รู้ใหม่ เพราะการตั้งคำถามของมนุษย์มาจากข้อสงสัยที่เกิดขึ้นเพื่อหาคำตอบที่ตนสันนิษฐานไว้ล่วงหน้าหรืออาจจะได้คำตอบที่ต่างจากที่สันนิษฐานไว้ก็ได้ นอกจากนี้ Heidegger ยังกล่าวถึงการทำความเข้าใจกับปรากฏการณ์ใดๆ ย่อมเข้าไปเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมและภาวะอารมณ์ของสิ่งที่เข้าไปศึกษาและบุคคลที่เข้าไปศึกษาด้วย ดังนั้นการเริ่มต้นค้นหาควรเริ่มจากสิ่งที่เป็นเรื่องธรรมดาหรือชีวิตประจำวันก่อนเพื่อประเมินสถานการณ์ แล้วจึงตั้งข้อสันนิษฐาน เพื่อนำไปสู่การถามข้อความที่สงสัยต่อไป โดยผู้ถามจะต้องตรวจสอบสถานะของตนเองในขณะนั้นด้วยว่าอยู่ในภาวะของสถานการณ์ใด หรืออารมณ์ใด และจดบันทึกไว้เพื่อนำมาใช้ในการตีความต่อไป

Heidegger เชื่อว่า บุคคลมีความสำคัญมากต่อการศึกษา โดยแต่ละคนจะมีความรู้สึกนึกคิดต่อประสบการณ์ต่างๆ ด้วยตนเองซึ่งเป็นประสบการณ์เฉพาะของบุคคล และเป็นการให้ความหมายตามความคิดของแต่ละคน ที่อาจแตกต่างจากคนอื่น ลักษณะที่สำคัญคือ

- 1) บุคคลเป็นผู้อยู่ในสิ่งแวดล้อม (The person as having a world) หมายถึง บุคคลมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัวตั้งแต่เกิด ไม่สามารถแยกจากกันได้ สิ่งแวดล้อมในที่นี้ได้แก่ ภาษา วัฒนธรรม ความเป็นอยู่ในบริบทของบุคคลนั้นๆ

2) บุคคลเป็นผู้ทรงคุณค่า (The person as being for whom things significance and value) หมายถึง บุคคลเป็นผู้ให้ความหมายในเรื่องสิ่งต่างๆ ตามสิ่งแวดล้อม ภาษาและวัฒนธรรม คุณลักษณะพื้นฐานของแต่ละคนจะแสดงออกมาจากการรับรู้ และประสบการณ์

3) บุคคลเป็นผู้แปลความหมาย (The person as self interpreting) หมายถึง บุคคลเป็นผู้ให้ความหมายตามความคิดและประสบการณ์ของตนเองโดยปราศจากทฤษฎีต่างๆ เป็นการรับรู้เฉพาะของบุคคลตามการให้ความสำคัญที่เป็นพื้นฐานหลังของบุคคล

4) บุคคลเป็นการรวมเข้าไว้ด้วยกัน (The person as embodied) หมายถึง บุคคลมีลักษณะของการรวมเข้าไว้ด้วยกันของความรู้สึกนึกคิด การให้ความหมายแบบแผนการดำรงชีวิต ประกอบด้วยกาย จิตสังคัม ภายใต้อสภาพแวดล้อมที่สัมพันธ์กัน ไม่สามารถแยกเป็นส่วนๆ ได้

5) บุคคลมีมิติของการเวลา (The person in time) หมายถึง บุคคลมีความเป็นอยู่ตามมิติของเวลา และตามประสบการณ์ชีวิตที่ได้รับจากอดีต ซึ่งส่งผลเกี่ยวเนื่องถึงอนาคตได้

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาการศึกษาของ Heidegger เนื่องจากต้องการข้อมูลเชิงลึกที่สะท้อนจากความเป็นจริงผ่านคำบอกเล่าจากประสบการณ์ตรงของผู้สูงอายุที่หกล้ม นำข้อมูลประสบการณ์ที่ได้มาบรรยายให้เห็นถึงการดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุ ใช้การตีความหมายของประสบการณ์เพื่อให้ได้ความรู้ในมุมมองใหม่มาแทนที่มุมมองแบบเดิม ซึ่งการตีความหมายปรากฏการณ์นั้นต้องใช้ความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยจะต้องมีความเข้าใจในสภาพแวดล้อมของผู้ให้ข้อมูลมีส่วนในการแปลความหมายปรากฏการณ์ที่ศึกษา จึงไม่สามารถแยกตัวตนออกจากการวิจัยได้ ซึ่งการร่วมกันสร้างข้อค้นพบนี้ทำให้การแปลผลมีความหมาย (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2559)

4.3 การวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวคิดของ Heidegger (Heideggerian Hermeneutic Phenomenology)

ในการวิเคราะห์ข้อมูลจะเน้นถึงการแปรผลการศึกษาด้วยวิธีการตีความหมาย ซึ่งจะขึ้นอยู่กับพื้นฐานความรู้เดิมของผู้วิจัย ทั้งด้านภาษา ปรากฏการณ์ที่ศึกษา และประสบการณ์ของตนเองที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ดังกล่าว (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2559) สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Heidegger นี้ ได้มีผู้นำแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ Diekelmann and Allen, Leonard and Benner (อ้างอิงใน อัญญา ปลดเปลื้อง, 2013) โดยในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของ Benner (1985) มาใช้ในการอธิบายและตีความหมายของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น

สรุป การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา เป็นวิธีการค้นหาความจริงจากประสบการณ์ของบุคคลผ่านการบอกเล่าเรื่องราวที่บุคคลประสบมาด้วยตนเอง โดยมีพื้นฐานความคิดว่าบุคคลจะรู้ดีในเรื่องที่ตนเองประสบการณ์มาก่อน ซึ่งแนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาการศึกษาหรือ

ปรากฏการณ์วิทยาของ Heidegger เน้นการตีความหมายของประสบการณ์ของบุคคล โดยเชื่อว่าแต่ละบุคคลจะมีความคิดความรู้สึกต่อประสบการณ์ต่างๆ ด้วยตนเอง เป็นประสบการณ์เฉพาะของบุคคล และจะให้ความหมายตามความคิดของแต่ละคน

ฉะนั้นการวิจัยเรื่องประสบการณ์การดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุ ในครั้งนี้ จึงต้องใช้ความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล ในการให้ความหมายของประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหกล้ม ตั้งแต่เริ่มหกล้ม วิธีการจัดการกับตนเองเมื่อหกล้ม การดูแลที่ได้รับ ตลอดจนการดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้านที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่มีการหกล้มซ้ำภายใน 1 ปี นับจากวันที่หกล้มถึงวันที่พบกับผู้วิจัย เพื่อได้ข้อความรู้ใหม่จากมุมมองของผู้สูงอายุที่หกล้มที่ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเอง

5. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่หกล้ม

จากแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence) มีวัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพดี ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่หกล้มจึงต้องครอบคลุม 4 มิติของการดูแล คือ การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพดังต่อไปนี้

5.1 การรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากการหกล้ม

การหกล้มในผู้สูงอายุมักเกิดจากหลายปัจจัยเสี่ยงและหลายปัจจัยกระตุ้นที่ส่งผลให้เสียดุลของการทรงตัว จึงต้องประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติ โดยมีเป้าหมายการประเมินเพื่อแยกผู้ป่วยที่มีสาเหตุหกล้มจากปัจจัยภายนอก (Accidental fall หรือ การหกล้มจากอุบัติเหตุ) ออกจากผู้ป่วยที่มีสาเหตุหกล้มจากปัญหาสุขภาพของตนเอง (Spontaneous fall หรือการหกล้มที่เกิดขึ้นเอง) และเพื่อการหาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกระตุ้นที่นำไปสู่ภาวะหกล้มในกลุ่ม Spontaneous fall ดังต่อไปนี้

5.1.1 การประเมินผู้สูงอายุที่หกล้ม (วรลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ, 2560)

5.1.1.1 การประเมินการบาดเจ็บที่เกิดจากการหกล้ม ว่าการบาดเจ็บนั้นส่งผลต่อผู้สูงอายุอย่างไรบ้าง มีความรุนแรงมากน้อยเพียงไรเพื่อจัดลำดับความเร่งด่วนในการเข้ารับการรักษาและให้การรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

5.1.1.2 ถ้ามารายละเอียดของเหตุการณ์ขณะหกล้ม

- 1) ควรถามถึงอาการก่อนที่จะเกิดการหกล้มว่ามีอาการเวียนศีรษะ บ้านหมุน หน้ามืด ใจสั่น หมดสติหรือไม่ มีอาการที่บ่งบอกถึงการเจ็บป่วยปัจจุบันหรือไม่
- 2) กิจกรรมที่ทำอยู่ขณะหกล้ม เช่น กำลังแต่งตัว กำลังเปลี่ยนอิริยาบถ หรือกำลังเดินอยู่ เวลาที่เกิดเหตุ และสถานที่หกล้ม เช่น มีความสว่างเพียงพอหรือไม่เป็นที่ลาดชัน ที่ลื่น หรือมีสิ่งกีดขวาง จะช่วยบอกได้ว่าเหตุที่เกิดขึ้นเป็นจากปัจจัยเสี่ยงภายนอกหรือไม่
- 3) ซักถามถึงประวัติการหกล้มว่าเคยหกล้มหรือไม่ ถ้ามี ให้ถ้ามารายละเอียดการหกล้มในครั้งก่อนๆ ด้วย

5.1.1.3 ซักประวัติและตรวจร่างกาย เพื่อมองหาปัจจัยเสี่ยงภายในของผู้ป่วย ที่อาจเป็นสาเหตุของการหกล้ม ประวัติที่สำคัญ ได้แก่ ประวัติยา และโรคประจำตัว ส่วนการตรวจร่างกายที่จำเป็นในการประเมินปัจจัยเสี่ยงของการหกล้ม ได้แก่

- 1) ตรวจสอบความดันโดยวัดในท่านั่งและทำยืน เพื่อประเมิน orthostatic hypotension
- 2) ตรวจสอบการมองเห็น ดูว่ามีต้อกระจกหรือไม่
- 3) ตรวจสอบการได้ยิน โดยใช้ whisper test
- 4) ตรวจสอบระบบกล้ามเนื้อและข้อ โดยมุ่งเน้นการดูการอักเสบของข้อ ความผิดปกติของเท้า ซึ่งจะทำให้เป็นสาเหตุของการหกล้มได้
- 5) การตรวจระบบประสาท ตั้งแต่การตรวจความรู้สึกตัว ความจำ muscle tone, muscle power และ proprioceptive sense
- 6) การตรวจทางระบบหัวใจและหลอดเลือด เพื่อดูว่ามี arrhythmia หรือมี structural heart disease ที่อาจจะทำให้เกิด syncope

7) การประเมินความสมดุลและการเดิน (Balance and gait assessment) ถือว่าเป็นการประเมินที่สำคัญมากอย่างหนึ่งในการประเมินผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องหกล้ม ควรมีการตรวจทุกรายที่สามารถทำได้ ด้วยวิธีการง่ายๆ คือ Get up and Go test โดยการให้ผู้ป่วยลุกจากเก้าอี้ที่นั่งโดยไม่ใช้แขนช่วย แล้วให้เดินไปข้างหน้า ระยะประมาณ 3 เมตร แล้วให้หมุนตัวกลับมาที่นั่งที่เก้าอี้ หรืออาจใช้ Timed Up and Go test ซึ่งทำได้โดยการจับเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยลุกขึ้นจากเก้าอี้และเดินเป็นระยะทาง 3 เมตร หมุนตัวเดินกลับมาที่นั่งที่เดิม ค่าปกติของผู้สูงอายุควรน้อยกว่า 10 วินาที หากใช้เวลามากกว่า 29 วินาที ถือว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม

5.1.2 การจัดการกับความปวด

ผู้สูงอายุที่หกล้ม ร้อยละ 18.3 มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดแบบเฉียบพลัน (acute pain) เป็นการบาดเจ็บรุนแรงที่ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล ร้อยละ 5.7 (วิชัย เอกพลากร

และคณะ, 2559) ทั้งนี้ความปวดจะถูกยับยั้งหรือปวดรุนแรงกว่าเดิม ขึ้นอยู่กับวิธีการจัดการกับความปวด (ไสว นรสาร และ จิราภี สุนทรกุล ณ ชลบุรี, 2559)

ในปัจจุบันนี้ องค์การสุขภาพได้ให้ความสำคัญและจัดให้ความปวดเป็นสัญญาณชีพตัวที่ 5 ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุที่หกล้มมาถึงโรงพยาบาลจะได้รับการซักถามอาการปวดและประเมินความปวดของผู้ป่วย โดยใช้เครื่องมือมาตรฐานที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย บันทึกตำแหน่งและระดับของความปวดไว้ในแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วย หากมีคะแนนความปวดตามเกณฑ์ที่กำหนดของเครื่องมือ เช่น Numerical Rating Scale (NRS) ตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป จะต้องได้รับการจัดการความปวด (pain management) (ไสว นรสาร และ จิราภี สุนทรกุล ณ ชลบุรี, 2559) ซึ่งปัจจุบันการระงับปวดเฉียบพลัน ใช้หลักการระงับปวดแบบผสมผสาน (multimodal approach) คือ การใช้ยาหลายขนานร่วมกับเทคนิคหลายอย่าง ประกอบด้วย

1) การระงับปวดโดยใช้ยา (Pharmacological therapy) เป็นการให้ยาแก้ปวดหลายกลุ่มที่กลไกการออกฤทธิ์ต่างกัน ช่วยเสริมฤทธิ์ระงับปวดซึ่งกันและกัน สามารถลดอาการข้างเคียงและอาการแทรกซ้อนจากการใช้ยาระงับปวดเพียงชนิดเดียวได้

2) การระงับปวดโดยไม่ใช้ยา (Non-pharmacological therapy) มีเป้าหมายเพื่อสนับสนุนให้การบรรเทาปวดได้ผลดียิ่งขึ้น จึงต้องใช้ควบคู่กับการให้ยา ไม่สามารถทดแทนการให้ยาได้ ประกอบด้วย การใช้วิธีทางกายภาพ (Physical therapy) และการบำบัดด้านจิตใจ (Psychological therapy) ดังนี้

2.1) การใช้วิธีทางกายภาพ (Physical therapy) เช่น การยกส่วนที่บาดเจ็บให้สูง จำกัดการเคลื่อนไหวหรือให้ส่วนที่ได้รับบาดเจ็บอยู่นิ่ง และการประคบเย็นเพื่อลดปวดจากเนื้อเยื่อถูกทำลายได้ เช่น การบาดเจ็บของกระดูกและกล้ามเนื้อ (deWit and Kumagai, 2013)

2.2) การบำบัดด้านจิตใจ (Psychological therapy) เช่น การให้ข้อมูล ซึ่งจะช่วยลดความปวดและความวิตกกังวลในการทำหัตถการต่างๆ ใช้วิธีการผ่อนคลายได้หลายเทคนิค เช่น ผ่อนคลายความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (progressive muscle relaxation) การทำสมาธิ และการลดความสนใจต่อความปวดหรือเบี่ยงเบนความสนใจไปยังสิ่งกระตุ้นภายนอก (ยศพล เหลืองโสมนภา และ ศรีสุตา งามขำ, 2556) เพื่อปรับอารมณ์ให้อยู่ในภาวะที่สงบสบาย เช่น การฟังเสียงดนตรี การสร้างจินตภาพ (guided imagery) และสุคนธบำบัด (aroma therapy)

5.2 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่หกล้ม

พยาบาลให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุที่เข้ามารับการรักษาอาการบาดเจ็บจากการหกล้มตามกระบวนการพยาบาล (Nursing process) ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ (Health Assessment) การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (Nursing

care plan) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation of nursing care plan) และการประเมินผล (Evaluation) บรูณาการร่วมกับ 4 มิติของการดูแล ได้แก่ การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพ โดยการปฏิบัติการพยาบาลที่มีขั้นตอน ผ่านการคิดวิเคราะห์และตัดสินใจอย่างมีวิจารณญาณในการแก้ปัญหาของผู้รับบริการ (อรนันท์ หาญยุทธ, 2557; พัสมณท์ คุ่มทวีพร, 2558) ตามลำดับดังต่อไปนี้

5.2.1 บทบาทของพยาบาลในการพยาบาลผู้สูงอายุที่บาดเจ็บจากการหกล้ม ประกอบด้วย การประเมิน การติดตามอาการและการช่วยเหลือให้ปลอดภัยจากการบาดเจ็บ ไม่พิการ และไม่เสียชีวิต ดังนี้

5.2.1.1 การคัดกรองผู้บาดเจ็บ โดยทำการซักประวัติ เพื่อค้นหาสาเหตุของการหกล้ม อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล วัดสัญญาณชีพ พร้อมประเมินความปวดเพื่อจัดลำดับความรุนแรงของการบาดเจ็บก่อนส่งเข้ารับการรักษาจากแพทย์ หากเป็นกรณีได้รับบาดเจ็บรุนแรงพยาบาลจะประเมินการบาดเจ็บอย่างรวดเร็วเพื่อค้นหาภาวะคุกคามต่อชีวิตและให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที โดยประเมินตามหลักการของ ABCDE ดังนี้

A = Airway maintenance and Cervical spine protection การประเมิน airway เป็นสิ่งแรกที่ต้องทำในผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ โดยกระทำร่วมกับการป้องกันกระดูกสันหลังส่วนคอเพื่อไม่ให้เกิด spinal cord injury และให้การช่วยเหลือทันทีที่พบปัญหา

B = Breathing and ventilation เป็นการค้นหา emergency life threatening condition ที่มีผลทำให้เกิด Inadequate ventilation และให้การช่วยเหลือตามภาวะฉุกเฉินที่พบ

C = Circulation and Hemorrhagic control เป็นการประเมินความรุนแรงและค้นหาสาเหตุของการเสียเลือด พร้อมให้การช่วยเหลือด้วยการห้ามเลือด เพื่อลดการเสียเลือดของผู้ป่วย

D = Disability (Neurological evaluation) เป็นการตรวจทางระบบประสาทอย่างรวดเร็วโดยใช้ Glasgow Coma Scale (GCS) ในการประเมิน “Level of consciousness” และ pupillary size

E = Exposure/Environmental control เป็นการตรวจหาการบาดเจ็บของผู้ป่วยทั้งหมด

5.2.1.2 เมื่อประเมินได้ว่าปลอดภัยจากภาวะคุกคามต่อชีวิตแล้วจึงประเมินหาสาเหตุและค้นหาการบาดเจ็บ ไปพร้อมๆ กับการปฏิบัติการพยาบาลและนำหลักการจัดการกับความปวดเฉียบพลันด้วยการระงับปวดโดยไม่ใช้ยามาประยุกต์ใช้ในปฏิบัติการพยาบาล เพื่อบรรเทาความปวดให้กับผู้สูงอายุที่หกล้ม โดยเริ่มจากทำการประเมินสภาพบาดแผล ประเมินระดับความปวดและให้การพยาบาลตามหลักการ RICE

R = Rest พักการใช้งานของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ เพื่อไม่ให้มีอาการรุนแรงขึ้น

I = Ice เป็นการใช้น้ำแข็งประคบบริเวณอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บทันที ส่งผลให้หลอดเลือดที่ฉีกขาดเกิดการหดตัว เพื่อลดอาการบวมและอาการปวด

C = Compression เป็นการใช้อุปกรณ์รัดบริเวณอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ เพื่อจำกัดการเคลื่อนไหว ไม่ให้การบาดเจ็บรุนแรงขึ้น

E = Elevation เป็นการยกอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บให้สูงกว่าระดับหัวใจ เพื่อให้เลือดไหลลงสะดวก ช่วยลดอาการบวม

5.2.1.3 รายงานแพทย์เพื่อให้การตรวจรักษา ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือแพทย์ในการตรวจรักษา ให้การดูแลต่อเนื่องเพื่อให้ผู้บาดเจ็บได้รับการรักษาที่ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์จนกระทั่งสิ้นสุดการรักษา

5.2.2 บทบาทของพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายเพื่อป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะเกิดการหกล้มซ้ำเพิ่มตามจำนวนครั้งของการหกล้มในอดีต (ลิตดา เทียมวงศ์ และคณะ, 2544) และมีโอกาสเกิดผลแทรกซ้อนจากการหกล้มเพิ่มมากขึ้น (Cumming, Salkeld & Thomas, 2000) เมื่อผู้สูงอายุทุเลาจากการบาดเจ็บและแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ พยาบาล ต้องวางแผนจำหน่ายเพื่อป้องกันผู้สูงอายุหกล้มซ้ำ (พัสมณต์ คุ่มทวีพร, 2558) ดังนี้

5.2.2.1 ประเมินความรู้เรื่องการหกล้มและการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ครอบครัวและผู้ดูแล

5.2.2.2 สอบถามเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมของที่พักอาศัย เช่น ลักษณะบ้าน ห้องน้ำ ห้องนอน ฯลฯ

5.2.2.3 ประเมินการวางแผนป้องกันผู้สูงอายุหกล้มในบ้านร่วมกับผู้สูงอายุ ครอบครัวและผู้ดูแล เนื่องจากผู้สูงอายุมักใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ในบ้านมากกว่านอกบ้าน และให้คำแนะนำในการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้ปลอดภัยกับผู้สูงอายุ

1) พื้นบ้าน ต้องแห้งเพื่อป้องกันการลื่นล้ม ควรเป็นพื้นราบหรือทำเครื่องหมาย/สีที่ชัดเจน ในบริเวณที่มีความต่างระดับ ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดิน จัดเก็บสิ่งของให้เรียบร้อยเพื่อป้องกันการสะดุดล้ม

2) ห้องนอน ควรอยู่ชั้นล่างเพื่อลดกิจกรรมการขึ้น-ลงบันได อยู่ใกล้ห้องน้ำหรือมีห้องน้ำอยู่ในห้องนอน ติดตั้งสวิตช์ไฟในตำแหน่งที่ผู้สูงอายุสามารถเปิด-ปิดได้สะดวก มีโทรศัพท์ภายในห้องหรือติดตั้งกระดิ่ง/ออกสัญญาณเพื่อใช้ขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

3) ห้องน้ำ/ห้องสุขา หากแยกออกจากกันไม่ได้ ควรเช็ดพื้นให้แห้ง ภายหลังการอาบน้ำทุกครั้งเพื่อป้องกันการลื่นล้ม ติดตั้งราวจับเพื่อให้ผู้สูงอายุใช้ยึดเกาะในการลุกนั่ง

ได้สะดวกและปลอดภัย รวมถึงการติดตั้งสัญญาณขอความช่วยเหลือในตำแหน่งที่ผู้สูงอายุสามารถใช้งานได้สะดวก

4) บันได ไม่วางสิ่งของใดๆ ตามขั้นบันได หลีกเลี่ยงการวางผ้าเช็ดเท้าที่ขั้นบนสุดหรือล่างสุดของบันได หรือพื้นที่ต่อกับบันได หากต้องการใช้ ต้องเลือกพรมเช็ดเท้าที่เกาะกับพื้นและขอบพรมเช็ดเท้าสูงไม่เกิน 2 เซนติเมตร เพื่อป้องกันผู้สูงอายุสะดุดล้มและตกบันได

สรุป เมื่อผู้สูงอายุมาถึงโรงพยาบาล พยาบาลจะทำการคัดกรองการบาดเจ็บโดยเร็ว หากพบว่าอยู่ในภาวะวิกฤติที่คุกคามชีวิตก็จะรีบให้การช่วยเหลือทันที หากประเมินได้ว่าผู้สูงอายุปลอดภัยจากภาวะคุกคามต่อชีวิตแล้วจึงประเมินหาสาเหตุและการบาดเจ็บเนื่องจากการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแลที่อยู่ในเหตุการณ์ ให้ครอบครัวถึงสาเหตุ สถานที่หกล้มและกิจกรรมหรืออาการทั้งก่อน ขณะและหลังการหกล้ม เพื่อประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บและความผิดปกติที่ซ่อนอยู่ เช่น ก่อนหกล้มผู้สูงอายุมีอาการเวียนศีรษะและมีเสียงในหู อาจเกิดจากความผิดปกติของหูชั้นกลาง ขณะหกล้มผู้สูงอายุกำลังลุกจากที่นั่งอาจเกิดจากภาวะความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ หลังหกล้มผู้สูงอายุหมดสติหรือลุกขึ้นไม่ได้ ต้องมีคนช่วยพยุงให้ลุกขึ้น ย่อมมีความรุนแรงมากกว่าผู้สูงอายุที่ลุกได้เอง เป็นต้น ช่วยเหลือแพทย์ในการตรวจร่างกาย ทำการประสานเพื่อส่งต่อไปรับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษตามความเหมาะสม ให้การพยาบาลตามสภาพปัญหาการบาดเจ็บ ประเมินผลการพยาบาลทุกครั้งหลังให้การพยาบาล จากนั้นจึงส่งต่อข้อมูลการดูแลรักษาให้กับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยรับทราบ เพื่อติดตามภาวะคุกคามชีวิตอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนเตรียมวางแผนจำหน่ายเพื่อป้องกันผู้สูงอายุหกล้มซ้ำ โดยทำการประเมินความรู้เรื่องการหกล้มและการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล ให้คำแนะนำการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านเพื่อลดความเสี่ยงจากการหกล้ม ร่วมกันวางแผนป้องกันผู้สูงอายุหกล้มในบ้าน เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและญาติซักถาม ตอบคำถามให้ชัดเจน และเน้นย้ำให้มาตรวจต่อเนื่องตามนัด

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมการดูแลตนเอง ดังนี้

มาตุรี อุไรรัตน์ (2552) เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ศึกษาถึงการดูแลตนเอง การดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้ทฤษฎีของOremเป็นแนวคิดเบื้องต้นในการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 30 คน เป็นผู้สูงอายุ 15 คน และผู้ดูแลหรือคนในครอบครัว 15 คน เก็บรวบรวมข้อมูลทางเอกสารและการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองในด้านต่างๆ ได้ดี ปรับตัวให้สอดคล้องกับการใช้ชีวิตในวัยชราและการเปลี่ยนแปลงของวิถีชุมชนได้ แต่ครอบครัวให้ความสำคัญกับการดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุ รวมถึงการพาไปพบ

เพื่อนฝูงและสถานที่ต่างๆ และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตของตนเอง ส่วนหนึ่งประกอบอาชีพเป็นกิจกรรมสันตนาการในหมู่เพื่อนบ้าน ได้รับการดูแลจากเครือญาติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนช่วยส่งผลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ลักษณะ มะเร็งกา (2553) เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา ศึกษาประสบการณ์ ความกลัวต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 10 ราย ที่มีประวัติหกล้ม และได้รับการประเมินว่ามีความกลัวการหกล้ม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การบันทึกเทป ถอดความคำต่อคำ และใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) ผลการวิจัยพบว่าประสบการณ์กลัวหกล้มของผู้สูงอายุ มี 2 ประเด็นหลัก คือ 1) กลัวหกล้มซ้ำ และ 2) กลัวจนมีผลต่อการดำเนินชีวิต ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุได้พยายามช่วยเหลือตัวเองเท่าที่จะทำได้ บางรายพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองมาเป็นการนั่งทำกิจกรรมต่างๆ แทน บางรายใช้การนั่งลงแล้วเอาก้นกดขึ้นบันไดแทนการเดินขึ้นบันได เวลาใส่เสื้อผ้าก็จะนั่งลงกับเตียงนอนแล้วพยายามใส่เสื้อผ้าเอง เป็นต้น รวมถึงรับจ้างทำดอกไม้ประดิษฐ์เพื่อหารายได้ให้ครอบครัว นอกจากนี้ยังพบว่าคนในครอบครัวได้ใช้วิธีการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้อ่อนแอวยต่อการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้ม เช่น ติดตั้งราวจับให้ผู้สูงอายุเกาะเดิน ประยุกต์ใช้ถังน้ำพลาสติกเป็นที่รองรับปัสสาวะของผู้สูงอายุในเวลากลางคืน เป็นต้น

ฐิติพร ฅนอมบุญ (2555) เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาถึงผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมร่วมกับการใช้การจัดการรายกรณีเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติเพื่อป้องกันหรือลดการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่บ้าน ผู้เข้าร่วมวิจัย 30 ราย ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ก่อนและหลังการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent t-test และ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เข้าร่วมวิจัยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ระดับความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการวิจัยสูงกว่าก่อนวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดงมีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลลดลงกว่าก่อนวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) คะแนนความพึงพอใจในการให้การรักษาพยาบาลอยู่ในระดับดีมากทุกขั้นตอนของการดูแล ซึ่งช่วยสนับสนุนว่าการใช้โปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมร่วมกับการใช้การจัดการรายกรณี สามารถช่วยเพิ่มความรู้ เพิ่มการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองอย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

นนทรีย์ วงษ์วิจารณ์ (2556) ศึกษาถึงทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุ การดูแลตนเอง ทักษะทางสังคม และความผาสุกในชีวิตของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อำเภออินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี กลุ่มตัวอย่าง 296 คน ทำการสุ่มแบบง่ายด้วยวิธีการจับฉลากตามบัญชีรายชื่อ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ สถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบแบบที่ การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธี LSD และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมีการดูแลตนเอง ทักษะทางสังคม และความผาสุกในชีวิตอยู่ในระดับสูง แต่มีทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุ การดูแลตนเอง และทักษะทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่มีความผาสุกในชีวิตสูง คือ ผู้สูงอายุที่มีการดูแลตนเองสูงและมีทัศนคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการปรับตัวที่จะดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม การที่ผู้สูงอายุมีความตระหนักและรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเองที่ดี การรับการรักษาเมื่อเจ็บป่วย ตลอดจนยอมรับและเข้าใจในความเสี่ยง และเตรียมพร้อมรับมือต่อภาวะต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี

พรพรรณ เทอดสุทธิธรมณี (2558) เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย เป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป มีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวระดับที่ 1-2 แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองที่พัฒนาขึ้นจากทฤษฎีระบบการพยาบาลของOrem โดยใช้ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ จำนวน 30 ราย และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 30 ราย เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง ใช้ระยะเวลาในการทดลอง 2 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น และมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากการศึกษาพบว่าระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามบริบทและวิถีชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงการติดตามอย่างใกล้ชิดโดยการซักถาม พูดคุยและการให้ความช่วยเหลือ ความเอาใจใส่ผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถดูแลตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น จึงควรนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบของการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว รวมทั้งผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ และควรมีการติดตามพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อเนื่อง ในช่วง 3 และ 4 เดือนภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง เพื่อศึกษาความคงอยู่ของพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ศิริสุข นาคะเสนีย์ (2561) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ใช้วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ได้ผู้สูงอายุจำนวน 400 คน จากการศึกษาขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Taro Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามปลายปิด แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับการเปิดรับข่าวสารสุขภาพผู้สูงอายุ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.7692 ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.8961 และส่วนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับความต้องการสวัสดิการจากรัฐ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.9688 ได้รับแบบสอบถามกลับคืนร้อยละ 100 การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบค่าทีและการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาและเพศแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยภาพรวมแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุเพศชายมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง และระดับการศึกษาแตกต่างกันทำให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการป้องกันโรคและด้านการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ณัฐกฤตา ศิริโสภณ (2561) ศึกษาประสิทธิผลของนวัตกรรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง ใช้กรอบแนวคิด PRECEDE Framework เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย (random sampling) เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ นวัตกรรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุที่สร้างขึ้น เป็นการนำเทคโนโลยีสารสนเทศ Augmented reality (AR) ผ่านสื่อติดผนังโดยใช้งานผ่านสมาร์ตโฟน เพื่อส่งเสริมการรับรู้ การฝึกทักษะการทำกายบริหารและการเสริมแรงสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดและบุคลากรสาธารณสุข กลุ่มทดลองได้รับนวัตกรรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุเป็นเวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปทางชีวสังคม แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มที่สร้างขึ้นเอง ตรวจสอบความตรงและความเที่ยงทางเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม โดยสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบราค ได้เท่ากับ 0.790, 0.732, 0.802 และ 0.712 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าสถิติ Dependent Sample t-test ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับนวัตกรรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Chan et al. (2015) ทำการทดลองแบบสุ่ม เพื่อศึกษาถึงการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยในประเทศสิงคโปร์ เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยในเมืองที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม และพัฒนาขีดความสามารถของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน

ที่ตั้งอยู่ในศูนย์กิจกรรมระดับสูงเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและระดับการศึกษาต่ำ และมีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) หนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งกิจกรรม จำนวน 378 ราย จาก 14 ศูนย์กิจกรรม โดยใช้โปรแกรมการดูแลตนเอง (Self-Care for Older People: SCOPE) ที่ออกแบบมาเพื่อประเมินผลการดูแลตนเองต่อการรับรู้โรคเรื้อรังและการจัดการมาตรการด้านสุขภาพที่เฉพาะเจาะจง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในช่วงสิบแปดเดือน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างขาดความรู้และเข้าไม่ถึงบริการสาธารณสุข มีแนวโน้มทำให้สุขภาพไม่ดี ดังนั้นการคัดกรองและการฝึกอบรมแก่ผู้สูงอายุที่มีสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจในระดับต่ำให้มีความรู้ในการดูแลตนเอง ส่งผลเชิงบวกต่อการจัดการด้านสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น อีกทั้งการใช้ SCOPE จะได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ผู้กำหนดนโยบายเกี่ยวกับภาระโรคเรื้อรังและการใช้บริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษาเอกสาร ตำราและทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การหกล้มในผู้สูงอายุ แนวคิดการดูแลตนเองตามทฤษฎีการพยาบาลโดยทั่วไปของ Orem สรุปได้ว่าผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการชรา (Ageing process) ซึ่งเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ มีความซับซ้อนและเกิดขึ้นไม่เท่ากันในแต่ละคน โดยการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นไปในลักษณะที่เสื่อมโทรม (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2538; สมจิต หนูเจริญกุล, 2539) มีการสลายของเซลล์มากกว่าการสร้าง ทำให้สมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดลง (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2558) มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งต่างๆ ช้าลง (reaction time) มีความเสื่อมของระบบประสาทสัมผัสโดยเฉพาะระบบประสาทรับรู้ตำแหน่ง (proprioception) ซึ่งเป็นการรับรู้ตำแหน่งข้อต่อและการเคลื่อนไหว เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตำแหน่งและการเคลื่อนไหวของอวัยวะในร่างกาย (limb position sense and motion sense) ร่วมกับการมีกำลังกล้ามเนื้อด้อยลงและความยืดหยุ่นของข้อต่างๆ เปลี่ยนแปลง เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการหกล้ม (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) เมื่อผู้สูงอายุต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม เช่น พื้นไม่เรียบ มีสิ่งกีดขวาง หรือสวมใส่เสื้อผ้าหลวมหรือยาวเกินไป ประกอบกับความกลัวการหกล้ม ซึ่งความกลัวหกล้มทำให้ผู้สูงอายุเกิดความลังเลในการตัดสินใจตอบสนองต่อเหตุการณ์ล่าช้า (ลักษณะ มะรังกา, 2553) จึงทำให้มีโอกาสหกล้มได้มากขึ้น (อารีรัตน์ สุพทุธธาดา, 2553)

การบาดเจ็บจากการหกล้มมีตั้งแต่เล็กน้อยที่ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองโดยการปฐมพยาบาล และสังเกตอาการตนเองได้ ไปจนถึงรุนแรงขึ้นทำให้ต้องมารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล (Woodhouse, Briggs & Ward., 1983; นิตกร ตรกันยา, 2555; วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2559) กลายเป็นข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นโดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาล รวมถึงการพึ่งพาและดูแลซึ่งกันและกัน ระหว่างบุคคลในครอบครัวและเครือข่ายทางสังคม (Orem, 1986; Orem, 1991 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) พยาบาลจึงมีบทบาท

ในการดูแลเพื่อช่วยบรรเทาอาการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้แก่ผู้สูงอายุที่หกล้ม รวมถึงบทบาทในการส่งเสริมและป้องกันการหกล้ม (พัสมณฑท์ คุ่มทวีพร, 2558)

แม้จะพบว่าปัจจุบันมีการใช้โปรแกรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุกันอย่างแพร่หลาย ทั้ง multifactorial interventions และ single interventions มีการสร้างนวัตกรรมเพื่อป้องกันการหกล้ม เช่น Robotic Exoskeleton (ชุดโครงหุ่นยนต์) เทคโนโลยีที่มีชื่อว่า Active Pelvis Orthosis (APO) ที่ช่วยตรวจจับการเคลื่อนไหวและช่วยให้ผู้สวมใส่สามารถรักษามดุลของร่างกายได้ ก่อนที่จะล้มลง เป็นต้น แต่อุบัติการณ์การหกล้มในผู้สูงอายุกลับมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและพบมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้น (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2559; สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2560) ทำให้ต้องย้อนกลับมาทำการศึกษาดูการวิจัยคุณภาพเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) เพื่อค้นหาความจริงของปรากฏการณ์ต่างๆ จากบุคคลที่มีประสบการณ์ด้วยการบอกเล่าเรื่องราวและประสบการณ์ต่างๆ ที่บุคคลประสบมาด้วยตัวเอง

ผู้วิจัยใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาการตีความของ Heidegger (1962) ในการศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุที่หกล้มและไม่เกิดการหกล้มซ้ำภายใน 1 ปี นับจากวันที่หกล้มถึงวันที่พบกับผู้วิจัย โดย Heidegger เชื่อว่า บุคคลเป็นเจ้าของประสบการณ์ของตนเอง แต่แต่ละบุคคลมีความรู้สึกนึกคิดต่อประสบการณ์ต่างๆ และให้ความหมายตามความคิดของแต่ละคนที่อาจแตกต่างจากคนอื่น ดังนั้นในการตีความหมายของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจึงต้องใช้ความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้สูงอายุ ทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถแยกตัวตนออกจากการวิจัยได้ โดยผู้วิจัยต้องมีส่วนในการแปลความหมายปรากฏการณ์ที่ศึกษา ซึ่งการร่วมกันสร้างข้อค้นพบนี้ทำให้การแปลผลมีความหมาย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์และตีความหมายจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย เพื่อให้เข้าใจความหมายของประสบการณ์การดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาการตีความ (Hermeneutic phenomenology) ของ Heidegger (1962) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับภาวะการมีอยู่หรือการเป็นอยู่ของมนุษย์กับโลกว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างไร ต้องใช้ความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลในการตีความหมายของประสบการณ์และได้ข้อความรู้ในมุมมองใหม่ (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2559) คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวนอย่างน้อย 10 คน โดย Kuzel (1992) กล่าวว่า ถ้าเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกันใช้กลุ่มตัวอย่างประมาณ 6-8 คน และ Morse (2000) กล่าวเพิ่มเติมว่าข้อมูลจะอิ่มตัวเมื่อสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลประมาณ 6-10 คน (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2559) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) ร่วมกับการสังเกตและจดบันทึกภาคสนาม ทั้งนี้อาจมีผู้ให้ข้อมูลรองหรือไม่ก็ได้ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลรองต้องเป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่หกล้มที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักเท่านั้น ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลไปพร้อมๆ กับการวิเคราะห์ข้อมูล และสิ้นสุดการเก็บข้อมูลเมื่อพบว่าข้อมูลอิ่มตัว คือ ไม่เกิดประเด็นใหม่หรือไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มเติมจากข้อมูลที่มีอยู่

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ออกความแบบคำต่อคำและวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของ Benner (1985) โดยเริ่มจากการอ่านบันทึกภาคสนามและข้อมูลที่ได้จากการถอดความเพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย เขียนสรุปรายบุคคล แล้วนำข้อมูลที่ได้กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบเพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลว่าเป็นประสบการณ์ของตน จากนั้นผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ประเด็นโดยใช้การจัดกลุ่มข้อมูล นำข้อมูลที่มีความสอดคล้องกันมาสรุปรวมกันให้เป็นหมวดหมู่ โดยให้รหัสเป็นประเด็นย่อย (categories) และพัฒนาเป็นประเด็นหลัก (themes) เขียนบรรยายประเด็นพร้อมให้ตัวอย่างโดยใช้คำพูดของผู้ให้ข้อมูลในการบรรยายและนำเสนอผลการวิจัย

พื้นที่ในการเก็บข้อมูล (Setting)

ผู้วิจัยเลือกศึกษาที่ห้องตรวจกระดูกและคลินิกผู้สูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในอำเภอสตึก จังหวัดชลบุรี เนื่องจากผู้วิจัยมีความเข้าใจในลักษณะการปฏิบัติงาน และระบบบริการของโรงพยาบาลเป็นอย่างดี อีกทั้งมีความคุ้นเคยและมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคลากร ทั้งในระดับปฏิบัติการและระดับบริหาร ช่วยให้ผู้วิจัยเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ดี

ผู้ให้ข้อมูล (Key informant)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูล (key informant) แบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีประวัติหกล้ม และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) กล่าวคือ

1. เป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีการหกล้มซ้ำภายใน 1 ปี นับจากวันที่หกล้มถึงวันที่พบกับผู้วิจัย
2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารได้ปกติ
3. มีการรู้คิดปกติ สามารถตอบคำถามในแบบทดสอบสภาพสมอง (AMT) ซึ่งเป็นการคัดกรองกลุ่ม Geriatric syndromes ได้ถูกต้องตั้งแต่ 8 ข้อขึ้นไป
4. ยินดีและมีความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. **ผู้วิจัย** เป็นเครื่องมือวิจัยที่สำคัญ จึงได้เตรียมความพร้อมในการดำเนินการวิจัยก่อนทำการวิจัย โดยผู้วิจัยเป็นผู้ศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ จึงมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางผู้สูงอายุ และได้ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 3 หน่วยกิต เพื่อเรียนรู้กระบวนการและมีความเข้าใจถึงระเบียบวิธีวิจัยของการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้ฝึกสัมภาษณ์เจาะลึกรายบุคคล พร้อมทั้งการถอดความจากเทปบันทึกเสียงจำนวน 3 ราย ฝึกวิเคราะห์ข้อมูล ฝึกการสรุปและอภิปรายผลการศึกษา นอกจากนี้ยังได้เตรียมความรู้ด้านเนื้อหา โดยทำการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวข้องการหกล้มในผู้สูงอายุและการดูแลตนเอง เพื่อเตรียมตัวผู้วิจัยให้มีความไวเชิงทฤษฎี ไม่ให้เกิดการหลงทางเมื่อเข้าสู่สนามการวิจัย ซึ่งในการวางแผนการวิจัย ผู้วิจัยได้ขอคำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตลอดกระบวนการทำวิจัย

2. **แนวคำถามในการสัมภาษณ์** ผู้วิจัยได้ศึกษาทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem เพื่อให้ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ว่าควรจะไปในทิศทางใด มาสร้างเป็นแนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง ที่สามารถยืดหยุ่นได้ตามสถานการณ์และมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อให้ได้ข้อมูลตรงกับความต้องการของผู้วิจัย มีความลุ่มลึก และครอบคลุมเนื้อหาที่กำลังศึกษาค้นคว้า โดยดำเนินการดังนี้

2.1 ขั้นเริ่มการสนทนา ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยการแนะนำตัวว่าเป็นนิสิตจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความสนใจศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุ พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลที่สละเวลาให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ แล้วจึงสนทนาเรื่องต่างๆ ไป ชักถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลโดยใช้ข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์

2.2 ขั้นเข้าสู่ประเด็นที่ต้องการศึกษา ผู้วิจัยใช้แนวคำถามแบบกว้างๆ ในประเด็นที่ต้องการศึกษาก่อนถามต่อด้วยคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลตนเอง ประกอบด้วย *คำถามหลัก* ที่ใช้เป็นคำถามเจาะลึกในประเด็นที่ต้องการศึกษา และ *คำถามรอง* เป็นคำถามที่ใช้เพื่อให้ผู้ข้อมูลเล่าเรื่องราวเพิ่มเติมในขณะสัมภาษณ์ โดยใช้เทคนิคการทวนความ การสรุปความและการสะท้อนคิด ตัวอย่างแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ (ดังแสดงในภาคผนวก หน้าที่)

“ช่วยเล่าเหตุการณ์ที่หกล้มว่าเกิดอะไรขึ้นในวันนั้น จึงทำให้ท่านหกล้ม”

“ท่านรู้สึกอย่างไรกับการหกล้ม”

“การหกล้มนั้น ส่งผลให้ท่านเป็นอย่างไรบ้าง”

“ท่านจัดการอย่างไรหลังจากหกล้ม”

“ท่านมีวิธีดูแลตนเองอย่างไรไม่ให้หกล้มอีก”

2.3 ขั้นยุติการสนทนา ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามหรือบอกกล่าวสิ่งที่ต้องการเล่าเพิ่มเติม หลังจากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลอีกครั้งที่สละเวลาและให้ความร่วมมือในการตอบข้อซักถาม

3. เครื่องมือที่ใช้ในการสัมภาษณ์

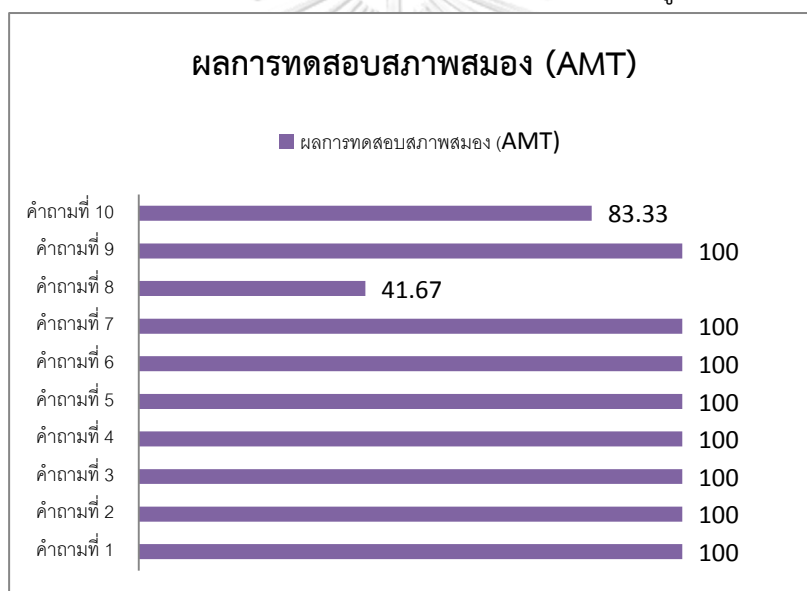
3.1 เครื่องบันทึกเสียง จำนวน 1 เครื่อง สำหรับบันทึกเสียงขณะทำการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยได้ศึกษาวิธีการใช้งานของเครื่องบันทึกเสียงก่อนการสัมภาษณ์ และตรวจสอบเครื่องบันทึกเสียงให้อยู่ในสภาพที่พร้อมใช้งานเสมอ

3.2 แบบบันทึกภาคสนาม เพื่อบันทึกรายละเอียดของการสัมภาษณ์ บรรยายเหตุการณ์ ความคิด ความรู้สึก ปัญหาที่เกิดขึ้นในสนามวิจัย และการแก้ไขของผู้วิจัยที่เกิดขึ้นขณะทำการสัมภาษณ์

3.3 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ใช้บันทึกหมายเลขรหัส เพศ อายุ เบอร์โทรศัพท์ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ที่อยู่ปัจจุบัน ลักษณะที่อยู่อาศัย การอยู่อาศัยกับบุคคลในครอบครัว การประกอบอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัวและการรักษา ประวัติการหกล้มและการประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม

3.4 แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น เป็นการถอดข้อความจากเทปบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ตามคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล กำหนดเลขบรรทัดไว้ แล้วพิจารณาจัดกลุ่ม นำมาวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนดประเด็นย่อยก่อน

3.5 การทดสอบสภาพสมอง (Abbreviated Mental Test: AMT) เป็นการคัดกรองกลุ่ม Geriatric syndromes เพื่อประเมินความบกพร่องทางสติปัญญาในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม ใช้เกณฑ์การพิจารณา คือ ตอบถูกต้องตั้งแต่ 8 ข้อขึ้นไป แสดงว่า มีการรู้คิดปกติ หากตอบถูกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 ข้อ แสดงว่ามีการรู้คิดผิดปกติ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548) โดยผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลทุกรายก่อนทำการทดสอบสภาพสมอง พบว่า ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 12 ราย เป็นผู้มีการรู้คิดปกติ สามารถตอบคำถามได้ถูกต้องตั้งแต่ 8 ข้อขึ้นไป ส่วนใหญ่ตอบผิดในคำถามข้อที่ 8 “เหตุการณ์ 14 ตุลา หรือวันมหาวิปโยค เกิด พ.ศ. อะไร” และมี 2 ราย ตอบคำถามข้อที่ 10 คือ “ให้นับถอยหลังจาก 20 จนถึง 1” ผิด (ดังแสดงในรูปที่ 3)



ภาพที่ 3 ผลการทดสอบสภาพสมองด้วยแบบทดสอบสมอง (AMT)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ตัวผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญ ดังนั้นผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) ตามแนวคำถามที่สร้างขึ้น (interview guideline) การบันทึกเสียง การสังเกตและการจดบันทึกภาคสนาม เป็นหลักฐานในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยสิ้นสุดการสัมภาษณ์เมื่อได้ข้อมูลที่อิ่มตัว (saturation) จำนวนทั้งสิ้น 12 ราย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เมื่อผู้วิจัยได้รับอนุมัติให้เก็บข้อมูลได้ ผู้วิจัยเข้าพบเจ้าหน้าที่ประจำห้องตรวจกระดูกและคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัยอย่างย่อ พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการระบุตัวผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ เป็นผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีประวัติหกล้ม และไม่มีการหกล้มซ้ำภายใน 1 ปี นับจากวันที่หกล้มถึงวันที่พบกับผู้วิจัย สามารถระบุตัวผู้ให้ข้อมูลจากคลินิกผู้สูงอายุได้ถึง 11 ราย เป็นการค้นพบโดยเจ้าหน้าที่คลินิกผู้สูงอายุ 6 ราย และค้นพบโดยผู้วิจัย 5 ราย ซึ่งการที่ไม่สามารถระบุตัวผู้ให้ข้อมูลจากห้องตรวจกระดูกได้เลขนั้นอาจเนื่องมาจากภาระงานในการดูแลผู้มารับบริการที่มีจำนวนมาก ทำให้เจ้าหน้าที่ไม่มีเวลาในการซักถามข้อมูลย้อนหลังให้ได้ แตกต่างจากบริบทงานของคลินิกผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุ สุขภาพดี มีความคุ้นเคยและมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่มีเวลาในการพูดคุยซักถามข้อมูลจากผู้สูงอายุ รวมถึงใช้การบอกต่อกันแบบปากต่อปาก จึงสามารถค้นหาตัวผู้ให้ข้อมูลได้สะดวกและรวดเร็วมากขึ้น ทั้งนี้ผู้วิจัยสามารถระบุตัวผู้ให้ข้อมูลจากภายนอกโรงพยาบาลได้ 1 ราย (ID4) ผ่านการบอกเล่าจากคนรู้จักของผู้วิจัย

2. ผู้วิจัยแนะนำตัวและกล่าวทักทายเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ให้ข้อมูล พร้อมกับอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ และการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล มอบเอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (information Sheet) เพื่อใช้ประกอบในการตัดสินใจเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลและลงนามในเอกสารแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

3. ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ภายในโรงพยาบาล จำนวน 6 ราย โดยได้รับความเอื้อเฟื้อจากเจ้าหน้าที่คลินิกผู้สูงอายุในการจัดห้องตรวจของคลินิกผู้สูงอายุเป็นห้องสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 5 ราย (ID1, ID6, ID7, ID8, ID9) ห้องสัมภาษณ์เป็นห้องตรวจที่ผู้ให้ข้อมูลมีความคุ้นเคยเนื่องจากมารับการตรวจต่อเนื่องที่คลินิกผู้สูงอายุ มีรถอุปกรณ์ช่วยเหลือฉุกเฉินอยู่ในห้องสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์ดำเนินไปอย่างราบรื่น ผู้ให้ข้อมูลมีความกระตือรือร้น เป็นมิตรและให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์เป็นอย่างดี ส่วนอีก 1 ราย (ID2) สะดวกให้สัมภาษณ์ที่ร้านค้าของตนเอง ซึ่งอยู่ห่างจากห้องฉุกเฉิน ประมาณ 20 เมตร สามารถให้การช่วยเหลือได้ทันที หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้นกับผู้ให้ข้อมูล โดยระหว่างสัมภาษณ์ได้พักการสัมภาษณ์ประมาณ 5 นาที เนื่องจากมีลูกค้ายาสั่งดอกไม้ ผู้ให้ข้อมูลจึงขอตัวไปจัดช่อดอกไม้ให้ลูกค้าก่อน หลังจากนั้นจึงกลับมาให้สัมภาษณ์ต่อจนเสร็จสิ้น ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ภายนอกโรงพยาบาล จำนวน 6 คน (ID3, ID4, ID5, ID10, ID11, ID12) ผู้วิจัยขับรถยนต์ส่วนตัวไปสัมภาษณ์ที่บ้านของผู้ให้ข้อมูลตามวันเวลาที่นัดหมายไว้ รวมระยะทางไปกลับบ้านของผู้ให้ข้อมูลโดยเฉลี่ย 35 กิโลเมตร ส่วนใหญ่เป็นบ้านของตนเอง อากาศถ่ายเทสะดวก มีรั้วรอบขอบชิดและอยู่ใกล้แหล่งชุมชน มีเพียง 1 รายพักอาศัยในบ้านพักข้าราชการ โดยผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

3.1 การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ผู้วิจัยใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้น เป็นคำถามปลายเปิด ไม่กำหนดจำนวนคำถามหรือลำดับคำถามที่ตายตัว จึงมีความยืดหยุ่น เอื้อให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดความเห็นอย่างอิสระ เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย ผู้วิจัยนำเทปบันทึกเสียงสัมภาษณ์ถอดบทสนทนาแบบคำต่อคำ และตรวจสอบความถูกต้องด้วยการฟังเทปสัมภาษณ์ซ้ำ พบว่ามีข้อคำถามที่ได้คำตอบไม่ชัดเจน จึงโทรศัพท์ไปสอบถามผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมพร้อมให้ยืนยันความถูกต้องของข้อมูล อีกทั้งยังนำมาปรับข้อคำถามให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น รวมถึงเพิ่มข้อคำถามที่ไม่ครบถ้วนในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป

3.2 การสังเกต โดยผู้วิจัยสังเกต สีหน้า ท่าทาง อารมณ์ การแสดงออกของผู้ให้ข้อมูลและสิ่งแวดล้อมขณะสัมภาษณ์ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทุกรายมีความกระตือรือร้น ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์เป็นอย่างดี ทั้งนี้ได้มีการพักระหว่างการสัมภาษณ์ช่วงขณะ คือ ID5 เกิดความสะเทือนใจระหว่างการสัมภาษณ์ถึงความเพียงพอของรายได้ มีน้ำตาคลอเบา เสียงสั่นเครือ ผู้วิจัยใช้มีอัมผัสแขนผู้ให้ข้อมูลโดยไม่กล่าวสิ่งใด รอให้ผู้ให้ข้อมูลพร้อมจึงสัมภาษณ์ต่อจนจบ นอกจากนี้ยังมี ID6 ที่มีอาการคอแห้ง ไอ ผู้วิจัยจึงแนะนำให้จิบน้ำเล็กน้อยก่อน เมื่อผู้ให้ข้อมูลมีอาการดีขึ้นจึงดำเนินการสัมภาษณ์ต่อจนจบ

3.3 การจดบันทึกภาคสนาม เป็นการบันทึกเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก ปัญหาและการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้วิจัยขณะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล บันทึกเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในขณะสัมภาษณ์ ตลอดจนพฤติกรรมกรรมการแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล

4. การสัมภาษณ์ ขออนุญาตทำการบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ เริ่มสนทนาด้วยเรื่องทั่วไป เพื่อให้เกิดบรรยากาศที่เป็นกันเอง ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ใช้เวลาให้คุ่มค่า ไม่รบกวนกระบวนการรักษาของทีมสหสาขาวิชาชีพ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์เฉลี่ย 49.17 นาที เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลที่ให้ความร่วมมือและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่การวิจัยครั้งนี้ และแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่าหากต้องการรายละเอียดเพิ่มเติม จะขออนุญาตโทรศัพท์สอบถามข้อมูลในภายหลัง

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล โดยคำนึงถึงข้อพิจารณาด้านจริยธรรม (Ethical consideration) ทั้ง 3 หลักการ คือ 1) *หลักการเคารพในบุคคล* 2) *หลักคุณประโยชน์* และ 3) *หลักยุติธรรม* ผู้วิจัยได้รับเอกสารรับรองโครงการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือเลขที่ COA-NMD-REC020/61 วันที่รับรอง 17 กันยายน 2561 รหัสโครงการ RP024/61 ให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้ จึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลโดยชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนในการสัมภาษณ์อย่างละเอียด อธิบายให้ทราบว่าหากผู้ให้ข้อมูลยังไม่พร้อมที่จะให้ข้อมูล สามารถปฏิเสธหรือขอหยุดการสัมภาษณ์ได้ตลอดเวลาโดยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยเริ่มสัมภาษณ์เมื่อผู้ให้ข้อมูลลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลในการบันทึกเสียง สันทนาและจดบันทึกขณะสัมภาษณ์ทุกครั้ง

ผู้วิจัยยึดมั่นในจรรยาบรรณนักวิจัยอย่างเคร่งครัดด้วยการรักษาความเป็นส่วนตัว ความปลอดภัยของข้อมูล รักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล โดยข้อความที่ได้จากการถอดเทปนั้น จะไม่ปรากฏชื่อและสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลอ้างอิง ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาและขอข้อมูลกลับโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลใดๆ สามารถซักถามข้อสงสัยกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และในการเสนอรายงานการวิจัย หากมีการกล่าวอ้างถึงถ้อยคำหรือคำบอกเล่าจากการให้สัมภาษณ์ ผู้วิจัยใช้นามสมมติทั้งสถานที่และชื่อผู้ให้ข้อมูลเท่านั้น เมื่อสิ้นสุดการวิจัยและนำเสนอผลการวิจัยที่เป็นข้อเท็จจริงแล้ว ผู้วิจัยจึงทำลายไฟล์เสียงและเอกสารบันทึกข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลทันที

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของ Benner (1985) ประกอบด้วย 3 กระบวนการ ได้แก่

1. **กระบวนทัศน์/มิติของเรื่องที่จะศึกษา (Paradigm cases)** เป็นการทำความเข้าใจกับเรื่องราวทั้งหมดของเรื่องที่จะศึกษา โดยผู้วิจัยเริ่มจากการอ่านและอ่านซ้ำในข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย เพื่อทำความเข้าใจกับประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ให้ข้อมูลและเขียนสรุปเป็นรายบุคคล แล้วนำข้อมูลที่ได้กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบเพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูล เมื่อผู้ให้ข้อมูลให้การรับรองความถูกต้องของข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลกลับมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมๆ กับการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป

2. **การวิเคราะห์ความสำคัญ (Thematic analysis)** การวิเคราะห์และตีความตั้งอยู่บนพื้นฐานของคำถามการวิจัยและเค้าโครงของการศึกษาที่มีความสอดคล้องกับข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยนำข้อมูลที่เป็นประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลที่มีความสอดคล้องกันมาสรุปรวมกัน โดยจัดประเด็นคำสนทนาให้เป็นหมวดหมู่ นำข้อความสำคัญที่ได้ มาให้รหัสความหมาย (coding) จัดกลุ่มข้อมูล (categories) ให้เป็นประเด็นย่อย (sub-themes) ก่อน แล้วจึงพัฒนาเป็นประเด็นหลัก (themes) ทั้งนี้เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความเป็นระเบียบและเชื่อมโยงกับเรื่องที่ศึกษา สามารถนำเสนอข้อค้นพบได้อย่างเป็นระบบและเข้าใจง่าย

3. **รูปแบบที่สามารถอธิบายได้ (Exemplars)** โดยประเด็นที่ได้จากการศึกษานี้ ผู้วิจัยสามารถนำมาอธิบายได้สอดคล้องตามแนวคิดเบื้องต้นที่ใช้ในการวิจัยและเชื่อมโยงกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องได้ จึงสามารถนำมาเป็นแบบอย่างที่ดีของปรากฏการณ์การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหกล้มที่ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเอง สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness)

ผู้วิจัยยึดหลักการความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพตามเกณฑ์ของ Guba & Lincoln (1989) ดังนี้

1. **การตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (Credibility)** เพื่อการได้ข้อมูลมีความตรงและเชื่อถือได้ โดยผู้วิจัยได้กระทำดังนี้

1.1 มีระยะเวลาอยู่ในการทำความคุ้นเคยกับแหล่งข้อมูลทีนานเพียงพอ เนื่องจากผู้วิจัยเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลแห่งนี้ เป็นระยะเวลา 20 ปี เข้าใจบริบทและลักษณะงานบริการของโรงพยาบาลเป็นอย่างดี และมีสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรในโรงพยาบาล จึงได้รับความร่วมมือในด้านสถานที่และค้นหาผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

1.2 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและคุ้นเคยกัน โดยผู้วิจัยแนะนำตัวเองและอธิบายเกี่ยวกับประเด็นสิทธิ การใช้ค่านำเข้าสู่ประเด็น ตลอดจนเป็นผู้รับฟังที่ดีขณะสัมภาษณ์

1.3 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการถอดความแบบคำต่อคำกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 12 ราย เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง (Member checking) โดยผู้ให้ข้อมูลทั้ง 12 ราย ให้การยืนยันความถูกต้องว่าเป็นประสบการณ์ของตนเองจริง ไม่มีปรับแก้

1.4 ผู้วิจัยตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ (Peer debriefing) และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

1.5 ผู้วิจัยตระหนักถึงบทบาทของผู้วิจัย โดยแยกความเชื่อ ความรู้สึกส่วนตัวและความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมเก็บไว้ ไม่นำเข้าไปปะปนกับความรู้ที่ได้จากสนามวิจัย โดยการถอดเทปแบบคำต่อคำและมองหาประสบการณ์จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลเท่านั้น

2. ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) ผู้วิจัยแสดงข้อมูลโดยละเอียดประกอบด้วย ลักษณะของผู้ให้ข้อมูล การเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล สถานที่-ระยะเวลา-การสัมภาษณ์ เพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง สามารถถ่ายทอดเรื่องราวและประสบการณ์ได้อย่างลุ่มลึก ซึ่งการนำเสนอข้อมูลอย่างลุ่มลึกของผู้วิจัยเพื่ออนุญาตให้ผู้อ่านสามารถนำไปถ่ายโอนได้ด้วยตัวเอง

3. ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) เป็นการพิสูจน์หรือการตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล โดยผู้วิจัยใช้หลากหลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ทำการตรวจสอบด้านวิธีรวบรวมข้อมูลสามเส้า (Methodological Triangulation) โดยการสังเกต การสัมภาษณ์ จากแบบบันทึกภาคสนาม และการถอดเทป และมีการนำประเด็นที่ได้กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 5 ราย อ่าน (Member checking) ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทั้ง 5 ราย ยืนยันความถูกต้องของข้อมูลตามประเด็นที่ได้ และไม่มีการปรับแก้ ทั้งนี้ประเด็นที่ได้จากการศึกษาและรายละเอียดของการวิเคราะห์ข้อมูลได้รับการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

4. ความสามารถในการยืนยันผล (Confirmability) เป็นการตรวจสอบข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยสามารถตรวจสอบได้ (audit trial) ทั้งการบันทึกเสียง การถอดความแบบคำต่อคำ (verbatim) และบันทึกการสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นข้อมูลที่สามารถตรวจสอบได้อย่างถูกต้องและครบถ้วน ดังนี้

4.1 มีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ ทั้งข้อมูลจากการสัมภาษณ์ด้วยการบันทึกเสียง การถอดเทป การถอดความแบบคำต่อคำ ข้อมูลการสัมภาษณ์ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องด้วยการฟังซ้ำ บันทึกไว้อย่างเป็นระบบ สามารถตรวจสอบได้

4.2 ผู้วิจัยใช้คำพูดของผู้ให้ข้อมูลในการนำเสนอ (Direct quotes) และคำพูดมีความสอดคล้อง สามารถนำเสนอให้เห็นถึงประเด็นต่างๆในการบรรยายความอย่างชัดเจน

4.3 การสรุปข้อมูลในชั้นต่างๆ ได้แก่ การให้รหัส (Coding) การจัดกลุ่มข้อมูล (category) การสรุปประเด็น (theme) ได้รับการทบทวนจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาการตีความ (Hermeneutic phenomenology) ของ Heidegger (1962) เพื่อบรรยายและให้ความหมายจากประสบการณ์การดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เป็นผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีประวัติหกล้มและไม่มีการหกล้มซ้ำภายใน 1 ปี นับจากวันที่หกล้มถึงวันที่พบกับผู้วิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) ร่วมกับการบันทึกเสียง การสังเกต การจดบันทึกภาคสนาม นำข้อมูลที่ได้มาถอดความแบบคำต่อคำ วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของ Benner (1985) และสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว (Saturated information) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 12 ราย สามารถบรรยายประสบการณ์การดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุได้เป็น 5 ประเด็นหลัก โดยนำเสนอตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนทั้งหมด 12 ราย โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 24 กันยายน พ.ศ. 2561 ถึงวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2562 สามารถจำแนกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล	เพศ	อายุ	AMT (≥8)	ความเสียหายต่อการทำงาน	สถานภาพสมรส	ระดับการศึกษา	การอยู่อาศัย	การประกอบอาชีพ	โรคประจำตัวและการรักษา		ประวัติการทรมานและการบาดเจ็บจากการทรมาน			วิธีการได้ข้อข้อมูล/จำนวนครั้งที่สัมภาษณ์
									โรค	การรักษา	ครั้งที่ 1	สาเหตุ/การบาดเจ็บ	ครั้งที่ 2	
ID1	หญิง	82	10	ปานกลาง	หม้าย	ประถมศึกษา	บุตรหลานอาศัย	ช่วยบุตรบริหารงานรีสอร์ท	DLP* HT* Gout	ยารับประทาน	4 ปี (ต้นปี 57)	สิ้น ปวดหัวเล็กน้อย ทานยาแก้ปวด	สะตูด เส้นโลหิตหัวใจ กายภาพ/ผ่าตัด	การพบสัมภาษณ์ 1 ครั้ง สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ 1 ครั้ง
ID2	หญิง	73	9	ต่ำ	แยกกันอยู่	มัธยมศึกษา	บุตรหลาน	ช่วยบุตรทำร้านจัดดอกไม้	HBV* DLP	ยารับประทาน	6 ปี	สิ้น กระดูกข้อศอกหัก ผ่าตัดใส่เหล็ก	สิ้น แผลลอก ล้างแผล	การพบสัมภาษณ์ 2 ครั้ง สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ 1 ครั้ง
ID3	หญิง	75	9	ปานกลาง	แยกกันอยู่	ประถมศึกษา	บุตรหลาน	ไม่มี	HT DLP	ยารับประทาน ยาหยอดตา	2 ปี	สิ้น ศีรษะกระแทกพื้น CT brain*ปกติ	-	การพบสัมภาษณ์ 2 ครั้ง
ID4	หญิง	62	10	ต่ำ	หม้าย	ประถมศึกษา	บุตรหลาน	ไม่มี	DM* HT DLP	ยารับประทาน ควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย	1 ปี	เสียหลัก มีแผลลอก ล้างแผล/ทายา	-	การพบสัมภาษณ์ 1 ครั้ง สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ 1 ครั้ง
ID5	หญิง	68	9	ต่ำ	คู่	มัธยมศึกษา (ปวช.)	คู่สมรส บุตรหลาน	Caregiver	HT ข้อ กระดูก	ยารับประทาน ออกกำลังกาย	7-8 ปี	สะตูด มีแผลลอก ล้างแผล	-	การพบสัมภาษณ์ 2 ครั้ง สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ 1 ครั้ง
ID6	หญิง	70	9	ต่ำ	คู่	มัธยมศึกษา (อาชีววะ)	คู่สมรส	ไม่มี	เอ็นไขว้ ขวา อักเสบ อีกเสบ	ยารับประทาน ออกกำลังกาย	3 ปี	สิ้น ปวดนิ้วหัวแม่มือ ทายาแก้ฟกช้ำ	-	การพบสัมภาษณ์ 2 ครั้ง
ID7	ชาย	78	10	ต่ำ	คู่	มัธยมศึกษา	คู่สมรส	ไม่มี	จอตา (ข้างซ้าย)	ยาหยอดตา	1 ปี	เสียหลัก ศีรษะแตก เจ็บแผล	-	การพบสัมภาษณ์ 2 ครั้ง สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ 1 ครั้ง
ID8	ชาย	73	10	ต่ำ	คู่	มัธยมศึกษา	คู่สมรส บุตรหลาน	ไม่มี	ข้อเท้า เสื่อม HT DLP	ยารับประทาน ควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย หยุดออกกำลังกาย	20 ปี	จบ ศีรษะกระแทกพื้น ไม่เจ็บมาก	จบ เจ็บท้ายทอย ไม่เจ็บมาก	การพบสัมภาษณ์ 2 ครั้ง สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ 1 ครั้ง

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ผู้ให้ข้อมูล	เพศ	อายุ	AMT (>8)	ความเสี่ยงต่อการทกล้ม	สถานภาพสมรส	ระดับการศึกษา	การอยู่อาศัย	การประกอบอาชีพ	โรคประจำตัวและการรักษา		ประวัติการบาดเจ็บและการทกล้ม	วิธีการได้ของข้อมูล/จำนวนครั้งที่สัมภาษณ์	
									โรค	การรักษา			ครั้งที่ 1
ID 9	ชาย	69	9	ต่ำ	คู่	ปริญญาตรี	คู่สมรส บุตรหลาน	ไม่มี	BPH* ต่อหิน	ยารักษา ยาหยอดตา ออกกําลังกาย	19 ปี	สาเหตุการบาดเจ็บ เสียชีวิต แผลที่ขา เข่า เข่า	การพบสัมภาษณ์ 2 ครั้ง
ID 10	ชาย	77	8	ต่ำ	คู่	ประถมศึกษา	คู่สมรส บุตรหลาน	ทำงาน ดูแลรถ	HT ข้อเท้า เสื่อม	ยารักษา หยุดยากลุ่มโรค NCD	2 ปี	สาเหตุการบาดเจ็บ ขาแล้วเจ็บ ปวดขา นอน นอน	การพบสัมภาษณ์ 2 ครั้ง สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ 1 ครั้ง
ID 11	ชาย	89	9	ต่ำ	หย่า	ประถมศึกษา	บุตรหลาน	ไม่มี	COPD* หัวใจ ปอด BPH HT กระดูก คอ	ยารักษา หยุดยากลุ่มโรค NCD	2 ปี	อุบัติเหตุ เท้า มีแผล ที่ หลังจากนั้น ล้ม เอง	การพบสัมภาษณ์ 2 ครั้ง สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ 1 ครั้ง
ID 12	หญิง	69	9	ต่ำ	คู่	ประถมศึกษา	คู่สมรส บุตรหลาน	ไม่มี	DM HT ต่อหิน	ยารักษา ยาหยอดตา	19 ปี	สาเหตุการบาดเจ็บ กระดูกข้อ คอ เข่า	การพบสัมภาษณ์ 2 ครั้ง

หมายเหตุ DLP* หมายถึงโรคไตเป็นไมเอ็ดสูง HT* หมายถึงโรคความดันโลหิตสูง DM* หมายถึงโรคเบาหวาน BPH* หมายถึงโรคต่อมลูกหมากโต COPD* หมายถึงโรคถุงลมโป่งพอง

CT brain* หมายถึง เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง

จากตารางที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 12 ราย มีสภาพสมองปกติ มีอายุระหว่าง 62-89 ปี มีการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา รองลงมาคือมัธยมศึกษาและปริญญาตรี ตามลำดับ มีสถานภาพสมรสคู่และพักอาศัยอยู่ร่วมกับบุตรหลาน ส่วนใหญ่จึงไม่ได้ประกอบอาชีพ มีเพียง 1 รายเท่านั้นที่ยังคงทำงานเป็นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (caregiver) นอกนั้นเป็นการทำงานเพื่อช่วยดูแลกิจการของครอบครัว มีโรคประจำตัวเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 1-3 โรคต่อคน รักษาด้วยการรับประทานยาโรคประจำตัว นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลยังใช้วิธีการควบคุมอาหารและออกกำลังกายร่วมด้วย โดยผู้ให้ข้อมูลจำนวน 3 ราย สามารถหยุดทานยาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ แสดงให้เห็นว่าสามารถควบคุมโรคได้ กลุ่มโรคทั่วไปที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มมากขึ้น ดังนี้ Gout ข้อเข่าเสื่อม เอ็นเท้าอักเสบ ต้อกระจก ต้อหินและจอตาดำ รักษาด้วยยารับประทานและยาหยอดตา ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มอยู่ในระดับต่ำ มีประวัติหกล้มรายละ 1-2 ครั้ง ซึ่งพบว่าผู้ให้ข้อมูล 5 ราย ที่มีการหกล้ม 2 ครั้ง เป็นหกล้มซ้ำในปีต่อมา ร้อยละ 60 สอดคล้องกับ Nevitte et al. (1989) ว่าผู้สูงอายุที่เคยหกล้มจะมีโอกาสหกล้มซ้ำในปีต่อมาสูงถึงร้อยละ 60-70 แม้ว่าการบาดเจ็บจากการหกล้มส่วนใหญ่เป็นการบาดเจ็บเล็กน้อยแต่ก็ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความกังวลและกลัวว่าอาจจะมี ความรุนแรงแฝงอยู่ ส่วนการบาดเจ็บรุนแรงที่เกิดขึ้นนั้นเป็นผลลึกลับที่ต้องเฝ้าผลและกระตุกหัก ทำให้ต้องเข้ารับการผ่าตัด ส่งผลให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ด้วยตัวเองได้ลดลง กิจกรรมบางอย่างต้องให้ผู้อื่นช่วยทำหรือทำแทน ผู้สูงอายุจึงเกิดความเกรงใจและกลัวเป็นภาระกับครอบครัว ทำให้รู้สึกเข็ดต่อการหกล้ม ไม่อยากหกล้มซ้ำอีก

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุ

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 12 ราย สามารถสรุปประสบการณ์การดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุ ได้ 5 ประเด็นหลัก ดังแสดงในแผนภาพที่ 1

ประเด็นที่ 1 เหตุที่หกล้มเป็นเพราะประมาทหรือถึงคราวเคราะห์

- 1.1 ความประมาทเป็นเหตุให้หกล้ม
- 1.2 ถึงคราวเคราะห์จึงต้องหกล้ม

ประเด็นที่ 2 หลากหลายความรู้สึก ทำให้เข็ดไม่อยากหกล้มซ้ำ

- 2.1 เริ่มแรกคือตกใจ รู้สึกชา สับสนมึนงง
- 2.2 ตั้งตัวได้เริ่มสำรวจพบความเจ็บปวด ทำให้กังวลและหวาดกลัว

ประเด็นที่ 3 ล้มแล้วเร่งจัดการ ประเมินอาการและดูแลรักษา

- 3.1 ล้มแล้วรีบประเมินการบาดเจ็บ
- 3.2 ใช้ความรู้ดูแลตัวเอง สังเกตอาการที่บ้าน
- 3.3 อาการรุนแรงขึ้น ไม่มั่นใจ ตัดสินใจไปรักษา

ประเด็นที่ 4 ป้องกันไม่ให้ล้มซ้ำ ต้องมีสติกำกับทุกอย่างก้าว ต้องระวังพร้อมปรับตัว

- 4.1 ใช้สติกำกับทุกอย่างก้าว เอาใจไปอยู่ที่เท้า
- 4.2 ตนเป็นที่พึ่งแห่งตน ต้องระมัดระวังตัวเอง
- 4.3 ไม่อยากล้มซ้ำ ต้องพร้อมปรับตัว
 - 4.3.1 ดูแลสุขภาพให้แข็งแรง
 - 4.3.2 ลดพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการหกล้ม
 - 4.3.3 เลือกใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสมกับตัวเอง

ประเด็นที่ 5 ครอบครัวมีส่วนร่วมช่วยป้องกันล้ม

- 5.1 ฝ้าห่วยใยคอยย้ำเตือนช่วยดูแล
- 5.2 จัดหาอุปกรณ์เสริมเพิ่มความปลอดภัย
- 5.3 ปรับสภาพแวดล้อมช่วยลดความเสี่ยง

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยด้วยการอธิบายรายละเอียดของประเด็นต่างๆ ที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล พร้อมทั้งยกตัวอย่างบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูลในแต่ละประเด็น เพื่อให้เกิดความเข้าใจ ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในการป้องกันการหกล้มซ้ำได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 เหตุที่หกล้มเป็นเพราะประมาทหรือถึงคราวเคราะห์

จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าคุณสมบัติเป็นสิ่งที่ไม่รู้ว่าจะเกิดขึ้นกับตนเองเมื่อใด และความสูงอายุก็มีโอกาสทำให้เกิดความผิดพลาดต่างๆ ได้ง่ายขึ้น โดยผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่บอกว่าการหกล้มเกิดจากความประมาทของตัวเองที่ไม่ระมัดระวัง ไม่สังเกต จนทำให้ตนเองต้องได้รับบาดเจ็บ ในขณะที่บางรายเชื่อว่าเป็นคราวเคราะห์ของตนเอง แม้ว่าจะระวังตัวเองดีเพียงไร แต่เมื่อถึงคราวเคราะห์ก็ทำให้เกิดการหกล้มได้ จึงคิดว่าเป็นการพาดเคราะห์และปล่อยให้เป็นไปตามดวง ทั้งยังมีความเชื่อว่าการที่ตนเองได้รับบาดเจ็บเล็กน้อยจากการหกล้มนั้นเป็นความโชคดีของตนเอง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 ความประมาทเป็นเหตุ ทำให้หกล้ม

สาเหตุที่ทำให้หกล้มเกิดจากความประมาทของตนเองที่ไม่ได้ระมัดระวังตัวเอง หรือระมัดระวังตัวเองน้อยลง หรือไม่ได้เตรียมตัว ไม่ได้สังเกตว่ามีสิ่งกีดขวางทางเดินหรือไม่ ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลว่า

“ผมไปตัดกิ่งไม้ เอาแก้อีมาต่อ ก็คิดว่ามันไม่เป็นไร ทีนี้ตัดแรงไปหน่อย แก้อีมันล้ม ผมก็เลยล้มด้วย (ID9 line 80-81) อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นเนี่ย มันไม่รู้ว่าจะเกิดขึ้นกับเรา เพราะ บางครั้งความเป็นผู้สูงอายุก็อาจจะเกิดพลังปล่อยได้... คือความระมัดระวังมันน้อยหน่อยนะ ฮะ ไอ้หินหรือว่าอะไรมันก็วางของมันอยู่อย่างนั้น มันอยู่ที่ของมัน เราไม่ระมัดระวังเอง... สาเหตุก็คือระมัดระวังน้อยลง ประมาทนั่นแหละ” (ID9 line 259-282)

“ก็คือเราอะ ไม่ระวัง คือเราคุยแล้วเราไม่ได้ดูตอนที่เราก้าวไปเนี่ย มันมีอะไร กีดขวางมัย ก็เดินคุยไปด้วยกัน แล้วก้าวไป... จังหวะที่ไปเหยียบหินอันนั้นมันไม่เสมอ น้ำหนักมันก็เลยเท ก็เลยพลิก ไม่ได้ตั้งหลัก แล้วก็ประมาทด้วย” (ID4 line 155-158)

“เป็นทักษะส่วนตัวรีปาว... จะพูดประสาเด็ก คือ ชุ่มซำม นะ ถ้าเด็กๆ ทำไม่ชุ่มซำม จังเลยอะ เดินยังงชอบสะดุด ... เราไม่สังเกต ตรงนั้นแหละที่เราจะโดนบ้อยที่สุด” (ID5 line 288-294)

1.2 ถึงคราวเคราะห์จึงต้องทกล้ม

ถึงแม้ว่าจะระวังตัวทุกฝีก้าวแล้วยังเกิดการทกล้มได้อีก ก็คงเป็นที่ดวง ถือว่าเป็นคราวเคราะห์ของตัวเองที่ทำให้ต้องทกล้ม จึงคิดว่าเป็นการฟาดเคราะห์ ปล่อยเป็นไปตามดวง อะไรจะเกิด มันก็ต้องเกิด จึงต้องปลงและเตรียมใจไว้ด้วย ในขณะที่บางรายมีความเชื่อว่าตนเองยังโชคดีที่ได้รับบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย ดั่งคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลว่า

“มันสะดุดหินในกะ ตรงนั้นมันเป็นลูกรัง ก้อนหินที่มันเป็นตะปุ่มตะป่ำนะ พอล้มก็ ถลาปูดไปเลย (ID1 line 93-97) ไอ้เราก็ไม่รู้จะว่ายังไงนะ เพราะทุกคนเนี่ยจะต้องกลัวความ อะไรที่มันจะเกิดเหตุเฉพาะหน้าจะเกิดอะไร เราไม่รู้ หรือเป็นคราวเคราะห์ เราก็มารู้ หรือเรา อะไรอยู่ตั้งแต่เราระวังตัวแล้ว ไข่มัย ทุกก้าวที่เราจะเดิน เราก็ต้องระวังแล้ว แต่ทีนี้ มันเกิด accident ขึ้นมาจ้ ก็จ้ว่าเราไม่ระวังก็ไม่ใช่... ถ้ามันสุดความสามารถที่เราจะระวังได้ก็อีก เรื่องหนึ่ง” (ID1 line 468-473)

“หลานเค้าเพิ่งถูพื้น เราไม่รู้ เราก็ดูแต่กๆ เข้าไป ก็เลยลื่นฟรีด (ID2 line 96-97) มันวิ่งเดียวเองอะ แล้วก็รู้สึกอะไร มันเฉยๆ คิดในใจว่าเป็นคราวเคราะห์ของเราเองอะนะ ก่อนหน้านี้เคยดูหมอ เค้าให้ระวัง บอกว่ากำลังจะมีเคราะห์ ให้ระวังหน่อยเนี่ย เราก็มองคิด ก็

จะกลับบ้านอยู่แล้วนี่ แป็บเดียวอะ ลื่นเลย... เราก็เลยคิดว่ามันตามดวงมั้ง คิดซะว่าฟาตเคราะห์ไป คิดในใจแบบนี้ เราก็ไม่ได้เป็นอะไรมาก” (ID2 line 177-184)

ประเด็นที่ 2 หลากหลายความรู้สึก ทำให้เข็ดไม่ยอมล้มซ้ำ

ทันทีที่หกล้ม ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกที่หลากหลายเกิดขึ้นพร้อมๆ กันจนไม่อาจบอกได้ว่ารู้สึกเช่นไร ทั้งความรู้สึกเจ็บปวด รู้สึกมึนงง สับสน คิดกังวลไปข้างหน้ากลัวว่าตนเองจะได้รับบาดเจ็บทำอะไรเองไม่ได้ เกิดความระแวงว่าการบาดเจ็บจะส่งผลกระทบต่อรุนแรงมากกว่ามองเห็นจากภายนอก เมื่อต้องใช้เวลาในการรักษาตัวนานและกระทบในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ ได้ตามปกติหรือทำได้ลดลง จึงยิ่งรู้สึกกลัวว่าจะไม่สามารถทำอะไรได้ด้วยตัวเองอีก ไม่อยากเป็นภาระของคนในครอบครัว จึงทำให้รู้สึกกลัวและเข็ดต่อการหกล้ม โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 เริ่มแรกคือตกใจ รู้สึกขา สับสนมึนงง

เมื่อหกล้ม ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกที่หลากหลายเกิดขึ้นมาผสมๆ กัน ทั้งความรู้สึกตกใจ มึนงงสับสน โดยส่วนใหญ่มีความรู้สึกตกใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองมาเป็นลำดับแรก ทั้งยังรู้สึกมึนงงกับการหกล้มว่าเกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างไร เกิดความสับสนและครุ่นคิดหาเหตุผลว่าเกิดขึ้นเพราะอะไร บางรายมีอาการชาไม่รู้สึกอะไรมาก่อนที่จะรับรู้ถึงความรู้สึกอื่น ดังคำสัมภาษณ์ว่า

“เค้าพาผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุไปเที่ยว แวะปั๊ม เราก็วิ่งแข่งกันเข้าห้องน้ำ ทีนี้มันไปสะดุด เพราะว่ามันมีปุ่มๆ ที่พื้น แล้วเราไม่รู้ พอสะดุดปั๊บเราก็ตกลงไป เราก็ตกใจ เอ๊ะ ครั้งแรกเราไม่รู้สึกอะไรเนอะ มันชา...” (ID5 line 155-160)

“หงายลงไปเลย มันลื่น พื้นมันลื่น มันโดนฝน... แว็บแรกนี่ อ๊วย คราวนี้ตายแน่ๆ นึกในใจนะ... มันก็มีน่ะ... แว็บแรก มันมีน่ะไปเลย ไม่รู้สึกตัว พอรู้สึกตัว เฮ้ย ไม่ตายนี่หว่า... หัวนี้ลงไปเต็มๆ เลย แม่ก็เลย คราวนี้กูตายแน่ๆ พอสักเดี๋ยวก็รู้สึกเองอะ รู้ว่าไม่เป็นไรนี่หว่า แต่มันมีน่ะ งงๆ อยู่ เจ็บก็เจ็บหัวนี้ล่ะ” (ID3 line 85-104)

“มันหน้ามืด วูบ แล้วก็ล้มเลย... ผม งง ว่ามันเกี่ยวกับอะไรอะ ถ้าหากว่าเราหลังจากนั้นมันก็ไม่มีนี่ จนตอนนี้ก็ยังไม่ มีจะมีบ้างก็บางครั้งจะหน้ามืดนิดๆ แต่จะวูบเหมือนวันนั้น (วันที่ล้ม) ยังไม่มี (ID11 line 132-166)

2.2 ตั้งตัวได้เริ่มสำรวจพบความเจ็บปวด ทำให้กังวลและหวาดกลัว

ภายหลังตั้งสติได้ ผู้สูงอายูจึงเริ่มรับรู้ถึงความรู้สึกเจ็บปวดจากการหกล้มนั้น ส่วนใหญ่ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย ไม่เจ็บมาก สามารถลุกขึ้นเองและช่วยเหลือตัวเองได้ ในขณะที่บางรายได้รับบาดเจ็บที่รุนแรงขึ้น มีความเจ็บปวดรุนแรงขึ้น ก็จะทำให้เกิดความกังวลถึงผลกระทบที่จะตามมา เกิดความเกรงใจบุคคลในครอบครัว ไม่ต้องการให้ครอบครัวต้องมาลำบากคอยดูแลตนเอง ไม่อยากเป็นภาระของครอบครัว ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลว่า

“ไปเหยียบก้อนหิน... มันไม่เสมือก็เลยพลิก...เราก็ตกใจ อึ้ง เราล้มนี้หว่า ลูกเค้าก็เตือนก็บอกตลอด อย่าพยายามล้มนะ จะล้มเสมือใหญ่ยิ่งงี้แล้วแต่... มันเสมือ ไม่อยากให้แม่ล้ม ถ้าล้มแล้วเกี่ยวกับเส้น อะไรยั้งจี้ พอล้มไปก็ลุกเลยนะ ลุกขึ้นมาเองเลย ไม่ต้องมีใครมาพยุง เอ๊ะ เราไม่เป็นไรนี่ แต่... มันก็อาจเป็นอะไรหลังจากนี้ก็ได้ พอมาคลำดู เอ๊ย มีเลือดนี่ ก็เลยรีบกลับบ้านมาทำแผล” (ID4 line 96-112)

“ตกใจก่อนเลย มันถลาล้มไปแล้วลุกไม่ได้ มันเจ็บมาก (ID1 โทรศัพท์สอบถาม) ที่ไหนไม่มีแผล เพียงแต่ยกไม่ได้... เพื่อนที่มาด้วยกัน เค้าก็ลงมาช่วยกันหิ้วปีกพาเข้าบ้าน... พอถึงบ้าน ก็โทรหาลูก ให้ลูกพาไป (โรงพยาบาล)... ตัดสินใจเอง ถ้าไม่ไปมันก็ไม่ได้หรอก มันปวดมากเหลือเกิน” (ID1 line 108-124)

“หลานเค้าเพิ่งรู้พื้นไป เราก็ตกใจระวัง เดินแต่กุกๆ เข้าไป ก็เลยสิ้นพรีด... เฉยๆ นะ แม่ก็ลุกขึ้นมาเอง... ลึกพักนิ่งละ ถึงเอามือมาจับๆ เอ๊ะ ทำไมมันไม่รู้สึกอะไร หลานชายเค้าก็เลยบอก... อึ้ง ตรงนี้มันบวมนะ (ข้อศอก) น่าจะหัก (ID2 line 95-119) มันก็ ถ้าเราหกล้มไปเป็นอะไรไป ทำอะไรไม่ได้ ต้องนั่งเฉยๆ มันก็แบบว่าจะเป็นการกับคนอื่นเค้าไงล่ะ... ต้องพึ่งพาเค้า เราไม่อยากทำอย่างนั้น เราก็ตกใจพยายามดูแลตัวเอง ให้ตัวเองแข็งแรงก่อน จะได้ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับลูกกับหลาน” (ID2 line 291-295)

“เราโดนทีนี้แล้ว เราก็ตกใจอะ เราก็ตกใจสิ หัวฟาด เลือดคั่งในสมองแล้วจะเดือดร้อนกันหมด... กลัวตายด้วย... ยิ่งเป็นความดันด้วยยิ่งต้องระวัง... มีน้ๆ หัว มีอาการผิวดึงเกต ต้องรีบวัดความดันไว้ก่อนเลย” (ID3 line 171-181)

“ก็เราโดนแล้ว เราก็เข็ดแล้ว รู้แล้วที่นี้... ผมถือว่ามันเยอะแล้ว... ก็มันเจ็บ มันต้อง
ปีบขนาด ต้องกินยานาน (ID10 line 242-252) ก็กลัวนะ ถ้าล้มไปแล้วทำอะไรเองไม่ได้ขึ้นมา
คงจะแย่” (ID10 โทรศัพท์สอบถาม)

ประเด็นที่ 3 ล้มแล้วเร่งจัดการ ประเมินอาการและดูแลรักษา

เมื่อเกิดการหกล้ม ผู้ให้ข้อมูลจะใช้ความรู้ของตนเองตั้งแต่การประเมินการบาดเจ็บ การ
สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ การดูแลตนเอง รวมถึงตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาด้วยตัวเอง เช่น
การทำแผล การทานยา การนวด การฝังเข็มบำบัดอาการ เป็นต้น โดยจะเริ่มต้นด้วยการประเมินการ
บาดเจ็บก่อน หากการบาดเจ็บนั้นเป็นการบาดเจ็บเล็กน้อย ก็จะสามารถดูแลรักษาด้วยตนเองและ
สังเกตอาการที่บ้านได้ เช่น แผลฟกช้ำก็ประคบเย็นและทายาแก้ฟกช้ำ แผลถลอกก็ล้างทำความสะอาด
สะอาดบาดแผล ทั้งนี้ได้มีการวางแผนที่จะไปพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาทันทีหากพบว่ามีอาการรุนแรง
ขึ้น สำหรับการบาดเจ็บที่รุนแรง เช่น แผลฉีกขาด มีเลือดไหล ก็จะมีการปฐมพยาบาลโดยใช้มือกด
เพื่อห้ามเลือดระหว่างไปโรงพยาบาล ในขณะที่บางรายตัดสินใจไปโรงพยาบาลเพื่อรับการตรวจ
วินิจฉัยที่แน่นอนทันทีโดยไม่ได้ปฐมพยาบาลเบื้องต้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 ล้มแล้วรีบประเมินการบาดเจ็บด้วยตนเอง

หลังจากหกล้มผู้ให้ข้อมูลจะรีบทำการประเมินการบาดเจ็บว่าตนเองได้รับบาดเจ็บจาก
การหกล้มอย่างไรบ้าง โดยเริ่มจากการสำรวจร่างกายด้วยการคลำจากภายนอกก่อน หลังจากนั้นจะ
ตรวจประเมินการบาดเจ็บอีกครั้งเมื่อกลับถึงที่พักอาศัยแล้ว ซึ่งผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ประเมินว่าตนเอง
ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย ไม่เป็นอะไรมากและสามารถลุกขึ้นเองได้ ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลว่า

“พอล้มไปสักเดี๋ยวนะ เฮ้ย ไม่เป็นไร พยายามลุกขึ้นมา มันก็มีน้ะ น่ะ ลุกขึ้นมาก็เดิน
เข้าบ้าน... หัวนี้ลงไปเต็มๆ เลย... เจ็บก็เจ็บที่หัวนี่ล่ะ... ไม่มีแผลเลย... ก็ไม่ได้ทำอะไรนะ
หัวมันมีน้ะ มีนิดๆ เท่านั้นเอง คลำดูรู้อยู่เลย มันนูนๆ หน่อยๆ” (ID3 line90-128)

“หลังนี้โดนอ่างแล้วก็คะมำหน้าลงไปแล้วก้นก็ลงไปกระทบกับพื้นอีกทีนึ่ง... หัวโนๆ
ไม่ได้แตก... (หัว) มันอาจจะกระดอนไปโดนอ่างล้างหน้าอีกที (ID8 line 157-168) ตอนนั้นก็
ลุกขึ้นมาเองได้นะ...เดินออกมาจากห้องน้ำก็เจอภรรยา ก็เลยบอกเค้าว่าวูบไป มาช่วยกันดูก็
ไม่มีแผล ได้แต่เจ็บๆ ที่ท้ายทอย เจ็บไม่มากนัก” (ID8 โทรศัพท์สอบถาม)

“มันชัดทั้งตัวละ กันมันกระแทกพื้น มันก็กระเทือนตั้งแต่กันบไปจนถึงข้อต่ออะนะ... ตอนนั้นยังไม่เป็นไร... เราก็ลุกขึ้นมาเอง มันเป็นไม่มาก มันเป็นการล้มที่กันกระแทกไม่กระทบกระเทือนกระดูกสันหลัง” (ID10 line 279-302)

นอกจากการประเมินบาดแผลภายนอกแล้ว ผู้ให้ข้อมูลยังทำการประเมินอาการตนเองเพิ่มเติมด้วยว่าตนเองมีอาการบาดเจ็บที่รุนแรง เช่น กระดูกหัก หรือไม่ ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลว่า

“เราคิดว่าไม่เป็นไร เราคิดว่ามัน (ไหลขวา) ชันหรือมันหลุดอะไรสักอย่างนึง... ถ้าหักมันก็ต้องบวมทันที ไข่ม้อยอะ ถ้าหักต้องบวมละ เราคิดอย่างนี้” (ID 1 line 118-119)

“คลำ (เข้า) ดู เอ๊ะ มีเลือดนี่ รีบกลับบ้าน มาทำแผล ทำความสะอาด ไล่น้ำ แล้วก็นั่งลองยืดขาดูบ้าง ว่ามันมีชัดตรงไหนมัย... ไม่ปวดหัวเข้า ไม่ปวดอะไร มันก็จะแค่เจ็บๆ แสบๆ... มันแฉะๆ แสดงว่ามีแผล... เปิดดูปั๊บ มันก็เป็นถลอกๆ เลือดซิบๆ... ประเมินว่าไม่หัก เพราะสังเกตว่าไม่ปวดไม่บวมด้วย ก็ไม่น่าจะเป็นอะไรนะ” (ID4 line 114-139)

ผู้ให้ข้อมูลบางรายรู้สึกกลัวและเกิดความกังวล ว่าอาจจะมีอาการที่รุนแรงแอบแฝงอยู่ จึงต้องทำการประเมินการบาดเจ็บซ้ำ ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลว่า

“เจ็บที่หัว ก็เลยต้องคลำก่อน คลำดูว่าเป็นไงมั้ง แวบแรก ไม่มีนี่หว่า แต่ก็สงสัยว่ามันน่าจะมื่ออะไร เพราะลงมา (ลงมากกระแทกพื้นอย่างแรง) ขนาดนี้... มันระแวงว่าน่าจะมื่ออะไรที่มากกว่านี้... ลองมาขยี้ดู โอ้โห บานเลย เลือดมันออกเยอะมาก” (ID 7 line 90-101)

“ก็กลัวเหมือนกันนะ ทำไมมันเจ็บมาก ข้อมือมันค้างยั้ง... พอล้มไป มื่อมันไปฟาดมันก็ เป๊าะ... มื่อนี้ท้าวเอาไว้ คือไม่ให้หัวมันไปกระแทกกับพื้นนะ... ถ้าหัวลง มันก็จะบาดเจ็บมากกว่าที่เราจะเอาแขนลง” (ID9 line 113-121)

3.2 ใช้ความรู้ดูแลตนเอง สังเกตอาการที่บ้าน

ภายหลังประเมินการบาดเจ็บแล้ว ผู้ให้ข้อมูลจะใช้ความรู้ในการดูแลตนเอง ตัดสินใจเลือกวิธีดูแลรักษาตัวเองและสังเกตอาการต่อเนื่องตามลักษณะการบาดเจ็บที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้รับการบาดเจ็บเล็กน้อยจึงเลือกใช้วิธีการรักษาตัวเอง ได้แก่ แผลฟกช้ำบวมโน้ใช้วิธีการประคบเย็นและทายาแก้ฟกช้ำ แผลถลอกใช้วิธีล้างทำความสะอาดบาดแผล จากนั้นจึงใช้การสังเกตอาการต่อที่บ้าน โดยวางแผนว่าจะไปตรวจรักษาต่อหากพบว่าอาการไม่ทุเลาหรือมีความผิดปกติเกิดขึ้น ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลว่า

“รีบกลับบ้านมาทำแผล ทำความสะอาด ใส่ยา แล้วก็นั่ง ลองยืดขาดูบ้างว่ามันมีขัดตรงไหนมัย... ก็ดูว่าเรามีอะไรผิดปกติมัย ถ้าหัดมันก็ต้องปวดแล้วละ นี่มันมีอาการแบบแสบๆ แคะใส่ยา แล้วก็ขัดๆ นิดหน่อย... แม่ก็จะดูอาการอีกคืนนึง... ถ้ามันมีอาการปวดหรือเคล็ดมาก ขึ้นกว่าเดิม ก็ไม่นั่งนอนใจละ เราก็ต้องรีบไปหาหมอ” (ID 4 line 114-143)

“มาช่วยกันก็ไม่มีดูแผล ได้แต่เจ็บๆ ที่ท้ายทอย เจ็บไม่มากนักะ เค้า (ภรรยา) ก็เอาน้ำแข็งมาประคบท้ายทอยให้ นอนพักสักครู่ก็ดีขึ้น” (ID 8 โทรศัพท์สอบถาม)

“ก็ไม่ได้ทำอะไร ก็ลื่นล้มแล้วก็มากินยา... ยาแก้ปวดแก้ขัดกล้ำเนื้อ... ไปซื้อกินเอง ไม่ได้ไปหาหมอหรอก... ก็มานวดยา ยาหม่อง... นวดคลายเส้น... เอายาหม่องนี่ทาแล้วมันไม่ปวดเลยนะ” (ID10 line 304-328)

ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งได้นำความรู้ในการดูแลบาดแผล มาผสมผสานกับความเชื่อส่วนตัวที่ว่าการทำงานของแสงทำให้แผลอักเสบ เมื่อมีแผลจึงต้องงดทานของแสลงเพื่อให้แผลหายเร็ว มาใช้ในการดูแลตนเอง ดังนี้

“เป็นแคร์อยชวนๆ... มันก็ซิบๆ นะ... ล้างให้มันสะอาดก่อน แล้วเอายาหม่องทาแก้ฟกช้ำดำเขียว... ดูแลตัวเอง ไม่ต้องไปหาหมอ... เราใช้ความรู้ที่เรามี... เรารู้ว่ามีแผลเนอะ เราก็ดูแผลตรงนั้น... ซบให้แห้ง แล้วทาเบตาดีน... ถลอกนิดหน่อย แต่มันก็ระบม แต่เราก็อย่าไปกินของแสลง... ทำให้แผล มันจะเกิดอาการเป็นหนอง... งดของแสลงเลย เช่น หน่อไม้ ไข่ แล้วก็ข้าวเหนียว... มัน (ไข่) มีประโยชน์ แต่บางครั้งเราก็ต้องเชื่อโบราณ มันเป็นความเชื่อส่วนตัว... งดได้ก็งด เราไม่อยากให้ตัวเราเจ็บเป็นครั้งที่สอง... ต้องเลี่ยง เอาทุกวิถีทางละ ให้แผลมันแห้ง... ถ้าเราไม่ทานของแสลงภายใน 3 วัน... แผลมันจะหายง่าย” (ID 5 line 164-238)

3.3 อาการรุนแรง ไม่มั่นใจ ตัดสินใจไปรักษา

เมื่อผู้ให้ข้อมูลประเมินบาดแผลตนเองแล้วพบว่ามีอาการบาดเจ็บรุนแรง เช่น แผลฉีกขาด มีเลือดออกมาก หรือมีอาการปวดรุนแรง ไม่สามารถดูแลรักษาด้วยตัวเองได้ จึงตัดสินใจไปรับการตรวจรักษาจากแพทย์ โดยมีญาติเป็นผู้พาไปส่งสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุด เมื่อสถานพยาบาลแห่งนั้นไม่สามารถให้การรักษาได้ ก็จะส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษามากกว่า ซึ่งมีทั้งผู้ให้ข้อมูลที่ทำการปฐมพยาบาลตนเอง โดยการใช้ออกดบริเวณบาดแผลเพื่อห้ามเลือดและผู้ให้ข้อมูลที่ไม่ได้ทำอะไรก่อนไปรับการตรวจ ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลว่า

“พอถึงบ้าน ก็โทรหาลูก... ให้ลูกพาไป (โรงพยาบาล)... มันยกไม่ได้ มัน (ไหล่ขวา) ปวดที่สุด... ต้องไปหาหมอ ตัดสินใจเอง... ก็ค่อยๆ เช็ดตรงนี้ (หัวเข่าขวา) เอาพวกทราย พวก ถลอกๆ ออก ก็ให้เห็นเลือดซิบๆ นะเนอะ ใช้สำลีนี่แหละ ถูๆ เช็ดน้ำ เอาน้ำเช็ดๆ พวกเม็ด เล็กๆ นี่ก็ออกหมด... ไปอาการ... เอ็กซเรย์ ไม่ได้ มองไม่เห็น... ไปลิริกิตี... ก็เอ็กซเรย์ไม่เห็น เหมือนกัน ก็เลยเข้าเครื่อง MRI... เอ็นขาด 3 เส้น... มีทางอื่นรักษามั้ยที่ต้องผ่า... มีทาง เดียวก็คือกายภาพ... ถึงเวลาเค้าก็มีใบสั่งให้ไปทำกายภาพ มันไกลนะ เราเลยไปทำกายภาพที่ อาราม... 6 เดือน... ก็โอเค (ตกลงผ่าตัด) เพราะเราอยู่ทำไม่ได้แล้ว มันทำอะไรไม่ได้” (ID1 line 118-181)

“ลุกขึ้นมาเอง เค้า (หลาน) ทักว่ามันบวมมากนะ สงสัยมันจะหักกริป่าว... ไปคลินิก ก่อน อยู่ไม่กี่ไกล ประมาณ 20 นาทีก็ถึง เป็นคลินิกใหญ่เลย... เค้าว่าไม่เป็นอะไรมาก... เอาผ้า รัดแขนไว้ ไม่ให้ขยับ แล้วแม่มก็นั่งรถมาส่งหีบ 2 ชั่วโมง ก็ถึง (โรงพยาบาล)... เอ็กซเรย์ออกมา มันก็หักนิดเดียว... ต้องเอาเหล็กเสียบ แต่ต้องรอของ ของยังไม่มา... ได้นอน (รอเหล็ก) ประมาณอาทิตย์นึง... ใส่เฝือกอ่อนไว้ให้ก่อน คล้องแขนไว้ด้วย... มียาให้กิน... ใส่เฝือก ไม่เท่าไรหมอก็บอกว่าดีดีแล้ว งอมือได้แล้ว ทำกายภาพต่อ 2-3 อาทิตย์มั้ง” (ID2 line 145-186)

“เราก็ทำของเราเอง เอามือกดไว้ เพื่อห้ามเลือด แต่ก็จำไม่ได้ว่าใช้ผ้าหรือกระดาษ ทิชชู่อะนะ... ก็พยายามเอาที่ว่า ให้นำมันกดได้ดีที่สุดนั่นแหละ... เข้าห้องฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่เค้าก็ มาดู มาเอ็กซเรย์... เค้าก็เย็บแผลให้... ก็มียา นัดให้มาล้างแผลทุกวัน... ตั้ววันที่ 7 นั้นล่ะ” (ID7 line 117-135)

ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งตัดสินใจไปตรวจรักษาทันทีเพื่อให้มั่นใจว่าไม่มีปัญหาจาก การหกล้ม ดังนี้

“พ่อตั้งใจไว้ว่าทุกครั้ง ถ้าล้มต้องมาโรงพยาบาล จะไม่ทนายเองหรือทำอะไรเอง เพราะว่าไม่รู้ว่าจะไปมันจะเป็นอะไรกับเรามั้ย ต้องมาโรงพยาบาล... มันมีแผลต้องเย็บด้วย... ลูกสะใภ้อยู่ในบ้าน... ขับรถพามาโรงพยาบาล ช่วงนั้นยังไม่มีเวลาทำ (ปฐมพยาบาล) เพียงแต่ มันเจ็บมาก... ที่ห้องฉุกเฉินนี่ก็ดี... มีฉีดยากันบาดทะยัก... หมอก็จ่ายยาให้ แล้วนัดมาทำแผล ต่อ 7 วัน มาทุกวันจนได้ตัดไหม... เสร็จแล้วก็ต้องมากายภาพอีกเรื่องหัวเข่า... ก็หยุดทำงาน ที่ว่าหนักๆ งานเล็กน้อยๆ ก็ยังทำได้พอให้รู้สึกว่าการฉับกระเฉง... อะไรที่เกินกำลังมันหนักก็ หยุดพักไปก่อน” (ID9 line 171-220)

“ลุกขึ้นเองเลย ยังเข้ามาทำอะไรต่ออะไร... ไม่ได้บอกใคร... รู้สึกว่ามันปวดๆ... ตัดสินใจไปเอง (คลินิก)... ก็ไม่ได้ทำอะไร ก็ปล่อยอยู่จี่ละ ปล่อย (แขนซ้าย) ห้อยไปจี่แหละ... เอ็กซ์เรย์ไม่ได้ ให้ไปที่โรงพยาบาล... พอไปถึงก็เอาใบที่เค้าให้ไปยื่นที่ห้องเอ็กซ์เรย์... เอามาให้หมอดู... ไม่ถึงกับแตกหрок มันร้าว ไม่ต้องทำอะไร... ให้เอายาไปกิน แล้วก็เอาเนี้ย พัน (Elastic bandage) มัดๆ ไว้ แล้วก็เอาแขนคล้องไว้ มันจะได้ไม่ปวด” (ID12 line192-220)

นอกจากมีญาติเป็นผู้นำส่งไปรับการตรวจรักษาแล้ว ยังมีพลเมืองดีที่อยู่ในเหตุการณ์ ทำหน้าที่เป็นผู้นำส่งผู้ให้ข้อมูลไปรับการรักษารักษาอีกด้วย ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งว่า

“เลือดเต็มขาเลยวันนั้น... มีคนช่วย แม่ค้าพ่อค้าเค้าหามขึ้นรถเอามาส่ง ที่คลินิก... เป็นพยาบาลนะทำให้ ทำแผลให้ แล้วเค้าก็ให้ยา... กินยาที่คลินิกให้... ไม่นานนะ รวๆ อาทิตย์นึงเท่านั้นแหละ... ทำแผลเอง... ทายายอยู่ ล้างวันละครั้ง ทุกเย็น... ไม่ให้แผลเปียก น้ำ... มันไม่หนักหนาอะไร มันเป็นเพียงแผลถลอก ผิวหนังถลอกเท่านั้น” (ID11 line 146-198)

ประเด็นที่ 4 ป้องกันไม่ให้ล้มซ้ำ ต้องมีสติกำกับทุกอย่างก้าว ต้องระวังพร้อมปรับตัว

วิธีป้องกันการหกล้มซ้ำที่สำคัญที่สุด คือ ตัวเองต้องมีสติ รับรู้ในหลายๆ การกระทำของตนเอง โดยแนะนำให้ใช้หลักคำสอนทางศาสนาปฏิบัติ เช่น การทำสมาธิ สวดมนต์เจริญภาวนา เพื่อฝึกให้ตนเองเป็นผู้มีสติ เมื่อมีสติแล้วยังต้องระมัดระวังตัวเองให้ดีที่สุด โดยเฉพาะการเดินทางที่ต้องระวังในทุกก้าวเดิน มีความพร้อมที่จะปรับตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้มด้วยการลดพฤติกรรมของตนเอง ที่เสี่ยงต่อการหกล้มและรู้จักเลือกใช้อุปกรณ์เสริมที่เหมาะสมกับตัวเอง นอกจากนี้ยังแนะนำให้ดูแลสุขภาพของตัวเองให้ดี ฝึกบริหารขาให้แข็งแรง เมื่อนำทุกอย่างมาผสมผสานกันแล้วปฏิบัติตามอย่างสม่ำเสมอจะสามารถป้องกันไม่ให้หกล้มซ้ำได้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 ใช้สติกำกับทุกอย่างก้าว เอาใจไปอยู่ที่เท้า

การหกล้มเป็นอุบัติเหตุที่สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ประกอบกับอายุที่มากขึ้นและการมีโรคประจำตัวยิ่งทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มมากขึ้นด้วย ดังนั้นการป้องกันการหกล้มที่ดีที่สุดคือ ต้องใช้สติกำกับในทุกๆ กิจกรรมที่ทำ ซึ่งสามารถฝึกให้เป็นผู้มีสติได้ด้วยการทำสมาธิ สวดมนต์เจริญภาวนา รวมถึงการฝึกคิดล่วงหน้า ประเมินกำลังตัวเองว่าสามารถทำกิจกรรมนั้นๆ ได้อย่างปลอดภัยหรือไม่ ในขณะที่บางรายเป็นคนมีระเบียบละเอียดรอบคอบและมีการทำกิจกรรมต่างๆ อยู่เสมอ ไม่เคยหยุดนิ่ง จึงทำให้สมองได้รับการฝึกฝนอยู่ตลอดเวลา ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลว่า

“คำนวณดูว่ามันจะปลอดภัยมั๊ย... ไซ่ ต้องมีสติที่จะรับรู้... ว่าสิ่งที่เราจะทำไป มันนั้น (ปลอดภัย) มั๊ย... ฉันทว่าฉันเป็นคนมีสตินะ ฉันททำอะไร ฉันทต้องคิดก่อนว่าทำไปเนี่ยจะเป็นยังไง จะล้มไม่ล้ม... (วิธีทำให้ตัวเองมีสติ) ไม่ได้ฝึกอะไร ตัวฉันเป็นคนละเอียดถี่ถ้วนนะ อะไรก็ แล้วแต่ต้องเป็นระเบียบแบบนี้อยู่แล้ว มันเลยเป็นเหมือนกิจวัตรประจำวันไปเลย ไม่เคยอยู่นิ่งๆ... มันก็เหมือนเราได้ฝึกสมองอยู่เรื่อยๆ นั่นแหละ” (ID3 สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์)

“พยายามไม่ทำอะไรมากจนเกินตัว รู้จักประมาณกำลังตัวเองเอาไว้... ประเมินตัวเรา ว่าเราจะไปในลักษณะไหนที่เราจะไม่ล้ม (ID6 line 219-277) ไซ่ คือเราต้องมีสติ เราจะทำ อะไร ต้องรู้ตัว... ทำตามรายการทีวี ฝึกหายใจเข้า-ออก (ฝึกสมาธิ) ค่ะ กำหนดลมหายใจ... ฝึกด้วยตัวเอง” (ID6 สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์)

“ต้องคิดว่าเราจะทำยังไงเพื่อความปลอดภัย ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยเป็นหลัก... แบ่งใจมาอยู่ที่เท้า... สติ เอาใจมาอยู่ที่เท้า ให้อูรู้ว่าเราเดิน... รู้ว่าต้องทำอะไรแล้วก็ทำเพื่อความปลอดภัย... เอาใจไปอยู่กับมัน แล้วอย่าลืมนิดูเท้าตัวเอง (ID7 line 184-212) พูดถึง ศาสนา... สอนให้มีสติ แต่ถ้าศาสนาพุทธก็ให้ภาวนาไป หรือว่าเราจะสวดมนต์บทในบทหนึ่ง... เรียง (ก้าวเท้า) ไป เรารู้ว่าเรียง (ก้าวเท้า) ไปทางไหน ตาก็ดู ไม่ใช่ไปมองฟ้า ตามันต้อง มองที่ตีน... ทุกคนทำงานต้องมีสติ เพราะอันตรายหรืออุบัติเหตุมันเกิดขึ้นได้ตลอด... ผม อาศัยจาก youtube พระเทศน์... ถ้าเป็นตัวเราเองทำเองมันสบายใจ” (ID7 สัมภาษณ์ทาง โทรศัพท์)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

“ต้องมอง... สำคัญที่สุดคือคุณต้องมองเท้าคุณ... ต้องมีสติว่าต้องยกเท้าขึ้นนะ เพราะผู้สูงอายุที่สติจะลอย แล้วเท้ามันจะไม่พ่นพ่น” (ID5 line 378-388)

4.2 คนเป็นที่พึ่งแห่งตน ต้องระมัดระวังตัวเอง

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่บอกว่าสาเหตุของการหกล้มเกิดจากความประมาทของตัวเอง ที่ไม่ระมัดระวัง หรือมีความระมัดระวังน้อยลง ฉะนั้นวิธีป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุหกล้มซ้ำ คือ ผู้สูงอายุ ต้องระมัดระวังตัวเองให้ดีที่สุด โดยเน้นย้ำให้ระวังในทุกๆ กิจกรรมที่ทำ ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ว่า

“ของแบบนี้ เราก็ต้องดูตัวเรานะ ว่ามันจะล้มมั๊ย มันจะลื่นมั๊ย ต้องคำนวณตัวเอง (ID3 line 248)

“ทุกคนเนี่ยจะกลัวความอะไรที่มันจะเกิด เหตุเฉพาะหน้าจะเกิดอะไร เราไม่รู้... ทุกก้าวที่เราจะเดิน เราก็ต้องระวัง... ระวังในทุกทาง เราระวังในทุกฝีก้าวละ” (ID1 line 468-485)

“คือเราก็ต้องพยายาม... ตัวเรานี้แหละต้องระวัง ระวังไม่ให้ล้ม... ต้องคอยดูว่า มันจะปลอดภัยมั้ย มันจะสะดุดมั้ย... ของแบบนี้ เราก็ต้องดูตัวเราเองนะ ว่า มันจะล้มมั้ย มันจะลื่นมั้ย... คือต้องระวัง ไอ้อุปกรณ์นะมีก็ดี แต่ก็อาจช่วยเราไม่ได้ ถ้าเราไม่ระวังนะ” (ID3 line 241-250)

“ต้องระวังมากกว่าเก่า... เราจะไปไหน ก่อนจะก้าวเราต้องดูก่อน... เวลาก้าวต้องเตือนตัวเองเสมอ เราเคยล้มมาแล้วนะ มันจะโชคดีเหมือนครั้งแรกมั้ย เราก็ต้องพยายามระวังตัวเอง ต้องระวัง” (ID4 line 160-162)

“การเดิน ก็ต้องระวัง ต้องระวังทุกฝีก้าวนะ ยิ่งเราเป็นผู้สูงอายุนี้ โอกาสที่เราจะล้มนี้ มันได้ง่าย มีทั้งเกี่ยวกับเลือดลมของเรา หรือว่าเกี่ยวกับพื้นต่างระดับ ทางลื่น หรือแคยก ไปเดินข้ามอะไรสักนิดนึง มันก็อาจล้มแล้ว” (ID8 line 313-316)

“คุยในกลุ่มผู้สูงอายุ ต้องระวังตัวให้มาก กลัวเวลาคนมันจะคิดไม่ได้แบบนี้ คิดไม่ถึง ก็คุยกัน... ต้องระวัง อย่าให้ล้ม... เคยเห็นคนล้มในห้องน้ำก็เป็นอัมพาตเลย ไปโรงพยาบาล เกือบปีมั้ง... ก็เอามาคุยให้เค้าฟัง ให้เค้าเห็นความน่ากลัว แล้วก็คุยให้เค้าฟังว่าเราควรระวัง ยังไง... ต้องคอยระวังตัวเอง คอยเตือนตัวเอง... อิริยาบถทุกอย่างที่เราทำ ต้องระวังอย่าให้ล้ม” (ID11 line 254-276)

“ส่วนใหญ่จะคุยในกลุ่มเพื่อนๆ ให้ระวังลื่น เวลาฝนตก อย่าเดินไปตรงพื้นที่เป็นดิน เพราะมันจะลื่น เราเคยมาแล้ว... ถ้าเดินให้หาอะไรเกาะไว้ อย่าไปเดินที่ลื่น... แกว่งขา ย่ำเท้า เดินไปมาในบริเวณบ้านก็จะช่วยได้เยอะ... นอกนั้นก็คือต้องระวังตัวเองนั่นแหละ” (ID2 line 261-282)

4.3 ไม่อยากล้าช้า ต้องพร้อมปรับตัว

ด้วยอายุที่มากขึ้นทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับการบาดเจ็บจากการหกล้มที่รุนแรงมากขึ้น จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันไม่ให้หกล้มมากขึ้น โดยใช้วิธีการปรับตัวด้วยการลดพฤติกรรมของตนเองที่เสี่ยงต่อการหกล้มและนำอุปกรณ์เสริมที่เหมาะสมกับตัวเอง มาใช้ในการลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.3.1 ดูแลสุขภาพให้แข็งแรง

นอกจากต้องมีสติและเพิ่มความระมัดระวังแล้ว ผู้สูงอายุยังให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการหกล้มซ้ำด้วยวิธีการออกกำลังกาย โดยแนะนำให้ปรับรูปแบบการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับตนเองเพื่อให้สามารถออกกำลังกายได้อย่างปลอดภัย อีกทั้งยังให้ควบคุมอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักและเลือกใช้ยาที่ช่วยบำรุงร่างกาย มาใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองอีกด้วย ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลว่า

“เราไปออกกำลังกายไม่ได้แล้ว... ก็ทำที่เราทำได้ เอาไอ้เนี้ย (ถุงทราย) รั๊ดไว้... เค้ามียุททุกท่า (ท่ากายภาพ) เราก็อ่า ทำตามที่เราบอก (ID1 line 305-318)

“ออกกำลังกาย... บั้น (จักรยานออกกำลังกาย) อยู่กับที่... 1 ชั่วโมง ทำทุกวัน (ID4 line 184-191) ควบคุมน้ำหนัก... เบาหวาน ความดัน มันจะลดตาม... ที่ลดเพราะว่าเราไม่ทานของมันของทอด กินพวกต้มยำ ต้มจืด... ส่วนใหญ่ใช้น้ำ ผัดแทนน้ำมัน” (ID4 line 211-222)

“คนที่เดินแล้วมันโคลง... ก็ให้พยายามหาส่วนที่จะบำรุงได้ ก็ควรไปกินยาอย่างนั้น เพื่อร่างกาย” (ID10 line 366-367)

“ก็ดูแลสุขภาพตัวเองไป ตรงไหนที่มันอันตรายเราก็ไม่ต้องไปไม่ต้องไปทำ... เพื่อตัวเราเองเนาะ ถ้าป่วยไป... ก็ถ้าสุขภาพตัวเองไม่ดี ไปไหนก็ลำบากแล้วก็มีอันตรายกับตัวเอง อะ ไปล้าไปอะไร มันเสี่ยงๆ ที่จะล้มด้วย สุขภาพอ่อนแอเนาะ (ID12 line 300-313) บริหารเพื่อความแข็งแรง แล้วเราก็ไม่ปวด ก่อนนี้ที่ปวดมากนะ ไปซื้อเครื่องออกกำลังกาย... ก็ไม่ได้เจ็บหนักเข้าไปอีก... พอทำแล้วปวด ก็ทิ้ง ซื้อตัวใหม่... ตอนนี้อยู่ใช้ตัวนี้อยู่ ใช้ขาเกี่ยวแล้วเก็ไว้ ดัดหลัง ลองใช้ เออ ดีอะ” (ID12 line 428-442)

4.3.2 ลตพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการหกล้ม

เมื่อพินหายจากการบาดเจ็บจากการหกล้มแล้ว ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองที่เสี่ยงต่อการหกล้มเนื่องจากเกิดความตระหนักถึงอันตรายจากการหกล้มและความสำคัญในการป้องกันการหกล้มมากขึ้น ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลว่า

“อย่างน้ำแฉะๆ เราต้องคอยระวัง... มันจะลื่น สองต้องมองว่ามีอะไรเกาะเกาะเท้าเรามั้ย... บางครั้งคนแก่อ่างเราเท้ามันยกไม่ค่อยสูง มันจะสะดุด... มันก็ต้องมองหาที่เหนียว... จำไว้เลยว่าห้องน้ำต้องพยายามให้แห้งที่สุด... ใครเข้าก็ต้องเช็ด (พื้นห้องน้ำ) ... ใช้ผ้าเช็ดพื้นนะ แป๊บเดียวก็แห้งแล้ว พอมันแห้ง เราก็ไม่ต้องกลัวที่จะเดินตรงนั้น... ปรึบเยอะ... ก็ทำข้างลทุกอย่าง... การเดินการกระทำของเราเองนี่ละ” (ID1 line 267-333)

“ถ้าเลี้ยงหมาเลี้ยงแมวไว้ อย่าให้มันมาชนเรา... เอาของกันไว้ก่อน... ตื่นนอน... ให้ค่อยๆ ลุก ก่อนก้าวเดินให้หนึ่งดีๆ ก่อนแล้วค่อยลุกยืน ยืนได้มั่นคงแล้วค่อยก้าวเดิน เพราะรีบเดิน มันจะเซ ขามันยังไม่มีแรง ต้องนั่งสักพักนึง ให้เลือดลมมันเดินสะดวกก่อนเราถึงเดินออกไป” (ID2 line 264-272)

“ต้องรู้ว่ามันเป็น (มีอาการวบหน้ามืด) นะ ก็กินเหมือนกันนะ ยานะ ยาลม... กินยาลมหรือหาที่จับไว้ก่อน... เรารู้ตัวว่าเรามีมัน มีวิงเวียน ก็ต้องระวัง... ถ้าเดินไปที่ที่อันตราย (ที่ๆ ไม่มีที่จับ บันได) เราก็ต้องระวัง... ค่อยไปช้าๆ แต่ถ้าเพื่อไปไม่ไหว (มีนๆ ตาพร่า มองไม่ชัด) ก็ต้องลงนั่ง” (ID8 line 240-261)

“เราได้รับการอบรม ว่า ข้าวของวางให้เป็นที่ วางให้เป็นระเบียบ การเข้าห้องน้ำให้ทำอย่างไร ให้มีราวจับ แล้วเวลาลุกขึ้นก็อย่าลุกขึ้นเร็วๆ ค่อยๆ พยุงตัวขึ้น... มีราวบันไดในการเดินขึ้นลง ในห้องน้ำก็ควรมีที่จับเป็นราว... หลังจากได้รับอบรมก็เอาไปใส่ (ทำราวจับในห้องน้ำ) ... ถ้าจะไป ก็ไปกันสองคน ช่วยกันดู มีอะไรจะได้ช่วยกัน... ไอ้ตัวนี้ (พรมเช็ดเท้าหน้าห้องน้ำ) ตัวลื่นเลย ก็เอาออก ไม่จำเป็นต้องใช้ มันจะทำให้เราลื่น” (ID9 line 285-312)

“ระวังไม่ให้ล้ม... ก็ระวังเรื่องเดิน เรื่องลุกขึ้นนั่งลงอะไรแบบนี้เนี่ย พยายามระวังมากเตี้ยนี้ ระวังไม่ให้เกิดเรื่องนั้นขึ้น (ล้ม)... นอนแล้วจะลุกขึ้นมา นั่งมันจะมีงๆ... ค่อยๆ ทำ โดยเฉพาะกลางคืน ตั้งตัวให้ดิซๆ ก่อนถึงลุก (ID11 line 226-235) ไอ้สะดุดนี่ก็สำคัญ... มีอยู่ชนิดนึงในห้องน้ำ มันไม่เสมอดี ต้องระวังตรงนั้น... ผมระวังตั้งแต่ลุก ลุกขึ้นมา นั่ง

ดูชะก่อน แล้วตั้งใจไว้ เราลุกขึ้นยืน แล้วก็เดินออกมา... คนผู้สูงอายุนี้ ต้องระวังตัวให้มาก”
(ID11 line 246-256)

4.3.3 เลือกใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสมกับตัวเอง

นอกจากต้องปรับตัวในการลดพฤติกรรมเสี่ยงของตัวเองแล้ว ผู้สูงอายุยังต้องเลือกใช้อุปกรณ์เสริมที่เหมาะสมกับตัวเอง มาใช้ในการลดความเสี่ยงต่อการหกล้มอีกด้วย ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลว่า

“เปลี่ยรองเท้า เลือกรองเท้าที่มันเกาะพื้นดีๆ เดินให้ระมัดระวัง... พยายามไม่ทำอะไรมากจนเกินตัว รู้จักประมาณกำลังตัวเองเอาไว้... ไม่ไปตรงนั้น (บริเวณที่เคยลื่นล้ม) ไปเดินตรงพื้นหยาบๆ ที่พ่อเค้าทำไว้ล่ะ... ใส่รองเท้านี้ มันนุ่ม เดินสบายกว่า พื้นมันก็เกาะดี”
(ID6 line 205-249)

“ห้องน้ำก็เหมือนกัน ให้ลื่นไม่ได้... ได้กลิ้งตะไคร่ ไม่ได้อะ ต้องจัดการ... รองเท้าเอาไว้ให้ลื่นในห้องน้ำ เพราะว่ามันจะมีปุ่มให้หนวดเท้า แล้วก็จะมีรูให้น้ำมันลอดลง... ตัวเองก็จะระวังอยู่แค่นี้ เพราะว่าไม่ได้ออกไปไหนไป (ID12line342-387)

ประเด็นที่ 5 ครอบครัวมีส่วนร่วมช่วยป้องกันล้ม

ผู้ให้ข้อมูลทุกรายพักอาศัยอยู่กับครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นบุตรหลาน ได้รับการดูแลจากคนในครอบครัวเป็นอย่างดี ซึ่งครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุด้วยการแสดงความห่วงใย คอยเตือนให้เฝ้าระวัง ติดตามดูแลไม่ให้ผู้สูงอายุออกไปที่ใดเพียงลำพัง รวมถึงทำการปรับสภาพแวดล้อมในบ้าน เช่น ทำราวจับในห้องน้ำ ปรับพื้นบ้านให้ใหม่ และจัดหาอุปกรณ์เสริม เช่น รองเท้า เครื่องออกกำลังกาย มาให้ใช้เพื่อเพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้สูงอายุอีกด้วย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

5.1 เฝ้าระวัง คอยย้ำเตือน ช่วยดูแล

สาเหตุของหกล้มส่วนใหญ่เกิดจากการลื่นบนพื้นเปียก จึงทำให้ผู้สูงอายุและครอบครัวช่วยกันดูแลไม่ให้พื้นเปียกชื้นด้วยการเช็ดพื้นให้แห้งและคอยขจัดอุปสรรคพื้นไม่ให้ลื่น นอกจากนี้ยังใช้การพูดย้ำเตือนให้ระวังตัวอยู่ตลอด รวมทั้งคอยเดินตาม คอยจับจูงเวลาไปไหนมาไหน ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลว่า

“ลูกก็จะบอกว่าแม่เดินช้าๆ ให้อือไม้เท้าด้วยนะ (ID1 line 325-326) พุดกรอกหูทุกวัน อยู่เฉยๆ เอาอะไรก็บอกเด็ก เดียวลั้ม” (ID1 line 475-476)

“เค้าก็ช่วยนะ... ชัดห้องน้ำ... ภูบ้าน... ห้ามเราไว้ ไม่ให้เราใช้แรงมาก... ฝนตกโคลน มันก็มา (ลีน) ก็บอกว่าแม่ไม่ต้องออกมาเดิน... แม่เดินไวเดี่ยวนมันก็จะคุดลั้มหรือก เค้าคอยเตือนตลอด เค้าก็ห่วงเราเนอะ” (ID2 line 188-245)

“กลัวๆ ตั้งแต่ลั้มเนี่ย พอได้ยินเสียงโครมคราม ก็วิ่งมาตุกัน... ลูกสาวก็คอยดูพื้น มีตะไคร่น้ำมัย ถ้ามีก็จัดแรงชัด... รถนี้เค้าก็ไม่ให้ขับ ไปไหนเค้าก็พาไปหมด เค้าจะคอย คอยจูงเมื่อก่อนยังต่างคนต่างไป แต่ตอนนี้ไม่ละ” (ID12 line 258-392)

นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลบางรายต้องพยายามระวังด้วยตัวเองเพราะอยู่กันแค่สองคน ไปไหนก็ต้องไปด้วยกัน คอยช่วยเหลือกัน ดังนี้

“ครอบครัว (ภรรยา)... สมมุติว่าเราเป็นอะไร เค้าอยู่ใกล้ เค้าก็มาจับ มาช่วยกันอยู่แล้ว” (ID8 line 298-302)

“เค้าจะคอยเตือนเราตลอด... มีกันอยู่น้อยคน เรายังต้องระวังตัวเองอะนะ” (ID9 line 233-236)

5.2 จัดหาอุปกรณ์เสริม เพิ่มความปลอดภัย

ครอบครัวของผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีฐานะดี จึงสามารถจัดหาอุปกรณ์เสริมมาให้ผู้ให้ข้อมูลใช้ได้ อาทิเช่น รองเท้า ฝ่ายยางกันลื่น เครื่องออกกำลังกาย ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลว่า

“อย่างคู่ที่พื้นมันยางไม่ดี (รองเท้า) มันลื่นไปนี่ ลูกเค้าก็ให้ทิ้งขยะไปเลย ซื้อมันใหม่... แล้วก็รองเท้าใส่เข้าห้องน้ำ เพราะกลางคืนแม่จะเข้าห้องน้ำก็จะใส่เข้าห้องน้ำด้วย” (ID2 line 215)

“ห้องน้ำนะ เค้า (ลูก) ก็เอาไอ้เนี่ย (ฝ่ายยางกันลื่น) ไปแปะไว้ ไม่ให้ลื่น... เค้าก็กลัวเราลื่น” (ID3 line 220)

“เค้าซื้อรองเท้าดีๆ มาให้ใส่ ไม่ให้ลื่น” (ID4 โทรศัพท์สอบถาม)

“ใช้คู่นี้ (รองเท้า) ลูกชายเค้าพาไปซื้อ มันนุ่ม เดินสบายกว่า พื้นมันก็เกาะดี (ID6 line 249)

“ลูกสาวเค้าก็ซื้อที่กันลื่นเอามาไว้ให้ในห้องน้ำ... ตัวกันลื่นเค้าก็ซื้อมาให้... เค้าหามาให้เสร็จ เอามาเผื่อระวัง เอาไว้กัน (ID12 line 249-251) เค้าซื้อ wheel chair มาให้ (ID12 line 277) รองเท้าที่เค้าซื้อมาให้ใช้กันลื่นเสร็จ มันจะมีปุ่มแล้วก็มีรู จะไม่ลื่น เอาไว้ให้ใส่เข้าห้องน้ำเลย (ID 12 line 347-350) ไปซื้อเครื่องออกกำลังกาย... พอทำแล้วปวดก็ทิ้งซื้อตัวใหม่... ก็ดีนะ ซื้อเองมั่ง ลูกสาวซื้อมามั่ง... ใช้อันนี้ (เครื่องออกกำลังกาย) หัวเข้าไม่ถูกกัน” (ID 12 line 435-451)

5.3 ปรับสภาพแวดล้อมช่วยลดความเสี่ยง

จากการสัมภาษณ์พบว่าครอบครัวของผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญกับการปรับสภาพแวดล้อมที่บ้าน เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลจะใช้เวลาเกือบทั้งหมดอยู่ภายในบ้าน ผู้ให้ข้อมูลบางรายต้องอยู่บ้านคนเดียวในเวลากลางวัน ครอบครัวจึงต้องป้องกันด้วยการปรับปรุงสภาพแวดล้อมของที่พักอาศัยเพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม เพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ให้ข้อมูลมากยิ่งขึ้น ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลว่า

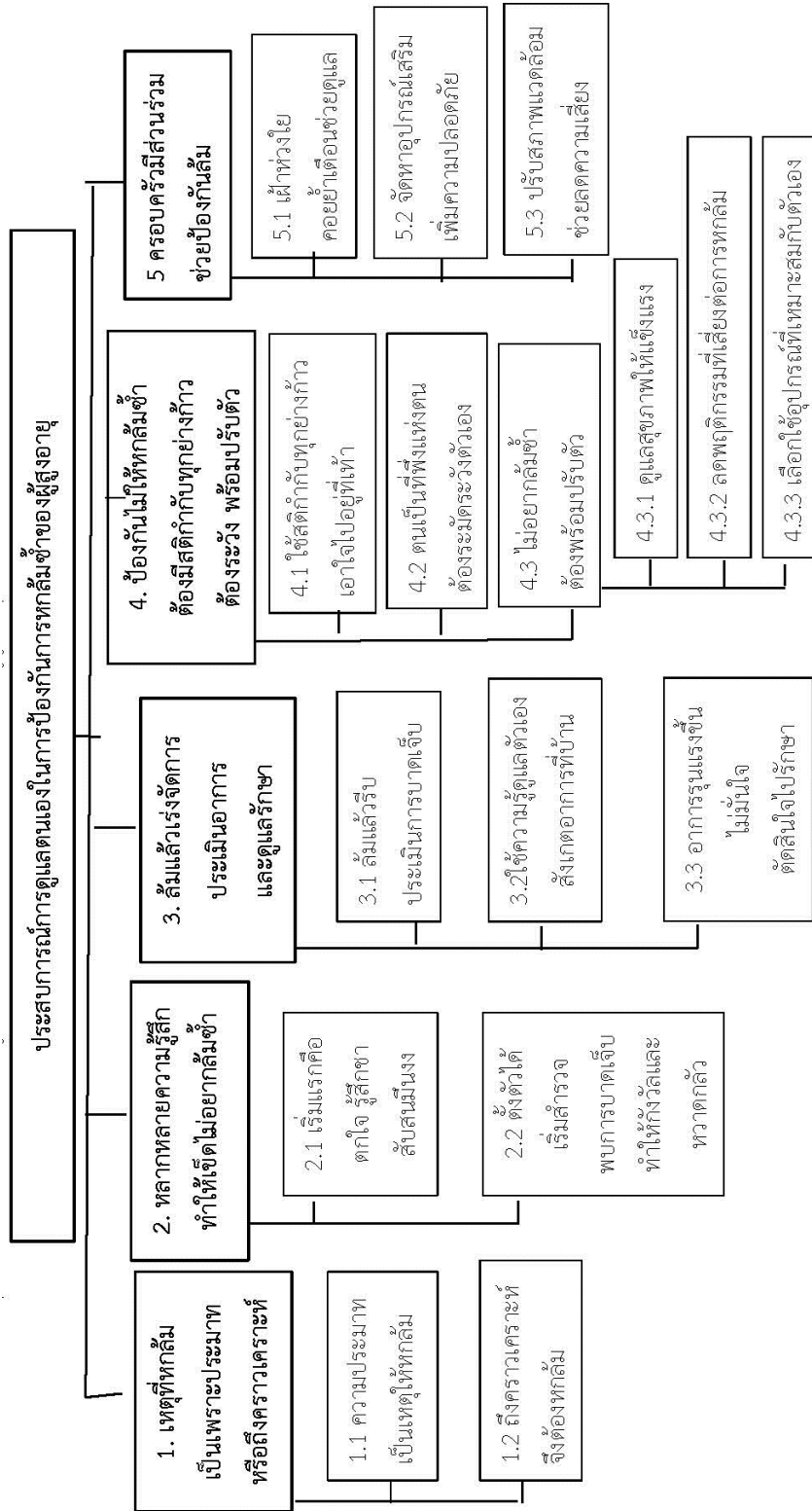
“ห้องน้ำต้องพยายามให้แห้งที่สุด สะอาดที่สุด... ใครเข้าก็ต้องเช็ดใจ... ต้องช่วยกัน... ต้องรู้กันหมด เค้าเข้าเค้าก็ต้องทำ เค้าอาบน้ำก็ต้องทำให้แห้งไว้” (ID1 line 270-284)

“ประตูก็เอาแผ่นกาวที่มันจะหยาบๆ สากๆ นะมาปูขวางเอาไว้... ในครัวก็ปูพื้นสีขาวหยาบๆ มีร่องๆ... พื้นตรงขอบ เค้าจะเทเอียงไว้นิดนึง ให้น้ำมันไหลลงเร็วๆ ใ้ทางระบายน้ำนี่ก็ทำใหม่ให้แคบลงมา... มันไม่ลื่นแต่เราไม่ชอบ ต้องมาล้างมาถู แต่ก็ต้องยอมเค้า เค้าทำเพื่อเรา เค้าบอกเอาสิสวยๆ เดียวก็ลื่นอีก เอาแบบนี้ดีกว่า ไม่ลื่นเค้าก็พยายามปรับนั่นแหละ ปรับทุกอย่าง” (ID3 line 220-236)

“อย่างบ้านนี้ เมื่อก่อนพื้นเป็นชั้นๆ ลูกก็ไปจ้ำจางมาทำเรียบหมด” (ID10 line 354-357)

“ครอบครัวนี่ก็... ช่วยกันเสริมเรื่องความปลอดภัย... ในห้องน้ำเค้าก็ติดราวเหล็กให้” (ID7 line 227-237)

ภาพที่ 4 สรุปประเด็นประสิทธิภาพการดูแลตนเองในการป้องกันอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุ



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายและให้ความหมายจากประสบการณ์การดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาการตีความของ Heidegger (1962) มุ่งเน้นการตีความหมายของประสบการณ์เฉพาะบุคคลและให้ความหมายตามความคิดของแต่ละบุคคล ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้คือผู้สูงอายุที่มีประวัติหกล้ม คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นผู้ที่ไม่มีอาการหกล้มซ้ำภายใน 1 ปี นับจากวันที่หกล้มถึงวันที่พบกับผู้วิจัย มีการรู้คิดปกติและผ่านเกณฑ์การทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (AMT) จำนวน 12 ราย ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มซ้ำ วิเคราะห์ข้อมูลพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูลจนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ตามวิธีการของ Benner (1985) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลตามเกณฑ์ของ Guba & Lincoln (1989) จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถบรรยายและให้ความหมายของประสบการณ์การดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุ เป็น 5 ประเด็นหลัก โดยมีรายละเอียดดังนี้

สรุปผลการวิจัย

ประเด็นที่ 1 เหตุที่หกล้มเป็นเพราะประมาทหรือถึงคราวเคราะห์

สาเหตุของการหกล้มเกิดจากความประมาทของตนเองที่ไม่ระมัดระวังจนทำให้ตนเองต้องได้รับบาดเจ็บจากการหกล้ม ในขณะที่บางรายมีการระวังตัวเองเป็นอย่างดีแล้วยังเกิดการหกล้มขึ้นอีกก็ต้องยอมรับในโชคชะตาที่ถูกกำหนดมา เป็นคราวเคราะห์ของตนเอง ถึงระวังอย่างไรก็ต้องหกล้มเพราะเป็นไปตามดวง โดยสรุปได้ดังนี้

1) **ความประมาทเป็นเหตุทำให้หกล้ม** ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รู้สึกโทษตัวเองที่ไม่ระมัดระวังจนทำให้หกล้ม เป็นความประมาทของตัวเองที่ไม่ได้สังเกตสิ่งแวดล้อม ไม่มองดูให้ดีก่อนก้าวเดิน

2) **ถึงคราวเคราะห์จึงต้องหกล้ม** บางครั้งหลีกเลี่ยงการหกล้มไม่ได้ คงเป็นที่คราวเคราะห์ของตัวเอง อะไรจะเกิดมันก็ต้องเกิด เมื่อถูกกำหนดมาว่าต้องล้ม ก็ต้องทำใจยอมรับชะตากรรมนั้นด้วยปล่อยไปตามดวง บาดเจ็บเล็กน้อยก็ถือว่าโชคยังดีอยู่ คิดว่าพาดเคราะห์ไปก็พอ

ประเด็นที่ 2 หลากหลายความรู้สึก ทำให้เซ็ดไม่ยากล้มซ้ำ

เมื่อเกิดการหกล้มขึ้น ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกที่ต่างแตกต่างกัน ทั้งความรู้สึกตกใจ มึนงง ขาสลับสน ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ก่อให้เกิดความวิตกกังวลต่างๆ รู้สึกหวาดกลัวไปต่างๆ นานา รวมถึงความเจ็บปวดที่ได้รับ ซึ่งบางรายกลายเป็นการบาดเจ็บเรื้อรัง ทำให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อยลงและต้องใช้เวลาในการรักษานานขึ้น ทำให้รู้สึกเซ็ดและกลัวการหกล้ม ทั้งยังต้องเสียเวลาการทำงานของคนในครอบครัวเพื่อพามารักษาพยาบาล จึงทำให้รู้สึกเกรงใจ ไม่ต้องการให้ครอบครัวต้องมาลำบากไปด้วย ไม่อยากเป็นภาระของคนในครอบครัว โดยสรุปได้ดังนี้

1) **เริ่มแรกคือตกใจ รู้สึกขา สลับสนมึนงง** การบาดเจ็บจากการหกล้มทำให้ผู้สูงอายุมีอาการปวดรุนแรง ประกอบกับอายุที่มากขึ้น ก็จะทำให้การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นมีโอกาสรุนแรงมากขึ้น ทั้งยังต้องใช้เวลาในการรักษาตัวและฟื้นฟูจากการบาดเจ็บ จึงทำให้รู้สึกกลัวและเซ็ดต่อการหกล้ม

2) **ตั้งตัวได้เริ่มสำรวจพบความเจ็บปวด ทำให้กังวลและหวาดกลัว** เมื่อตั้งสติได้ จะเริ่มรับรู้ถึงความเจ็บปวด ซึ่งการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นนั้นทำให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง บางกิจกรรมต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือต้องให้ผู้อื่นทำให้แทน โดยเฉพาะการบาดเจ็บเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการรักษานานขึ้น ทำให้รู้สึกเกรงใจคนในครอบครัวที่ต้องเสียเวลามาคอยดูแล ไม่อยากเป็นภาระของครอบครัว

ประเด็นที่ 3 ล้มแล้วเร่งจัดการ ประเมินอาการและดูแลรักษา

การบาดเจ็บส่วนใหญ่เป็นการบาดเจ็บเล็กน้อย เช่น ฟกช้ำบวมโน เคล็ดขัดยอก แผลถลอก ผู้สูงอายุจึงสามารถดูแลตนเองได้ โดยใช้ความรู้และประสบการณ์ที่มี เช่น ทายา ประคบเย็น ล้างแผล เป็นต้น เมื่อประเมินการบาดเจ็บและรักษาอาการตนเองแล้ว ผู้สูงอายุจะสังเกตอาการตนเองต่อเนืองวางแผนไปตรวจเพิ่มเติมหากมีอาการที่รุนแรงขึ้น โดยพิจารณาไปสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้บ้านก่อน หากให้การรักษาไม่ได้ จึงจะไปสถานพยาบาลที่มีศักยภาพมากกว่า ทั้งนี้มีบางรายตัดสินใจไปรับการตรวจรักษาที่สถานพยาบาลทันทีเพื่อให้แพทย์เป็นผู้วินิจฉัยอาการ ไม่ได้สันนิษฐานอาการด้วยตัวเอง

1) **ล้มแล้วรีบประเมินการบาดเจ็บ** หลังจากหกล้ม ผู้สูงอายุจะทำการสำรวจบาดแผลและประเมินการบาดเจ็บด้วยตัวเองก่อน แล้วจึงโทรศัพท์แจ้งข่าวให้ครอบครัวทราบเพื่อให้การช่วยเหลือในลำดับต่อไป

2) **ใช้ความรู้ดูแลตนเอง สังเกตอาการที่บ้าน** หลังทำการประเมินการบาดเจ็บและพบว่าเป็นการบาดเจ็บเล็กน้อย ผู้สูงอายุจะเริ่มปฐมพยาบาลตัวเอง โดยการใช้น้ำแข็งประคบบริเวณที่ปวดเพื่อบรรเทาอาการปวด กินยาแก้ปวดคลายกล้ามเนื้อและนวดเพื่อบรรเทาอาการเคล็ดขัดยอก ล้างทำความสะอาดบาดแผลก่อนใส่ยาเบตาดีน เมื่อบำบัดอาการเสร็จแล้วจึงจะสำรวจการบาดเจ็บอีกครั้ง

เพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีการบาดเจ็บอื่นๆ อีก รวมถึงมีการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง โดยคิดไว้ล่วงหน้าว่าหากพบมีอาการรุนแรงขึ้นจะไปตรวจรักษาทันที

3) อาการรุนแรง ไม่นั่นใจ ตัดสินใจไปรักษา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ตัดสินใจไปรับการตรวจรักษาด้วยตัวเอง มีเพียงรายเดียวที่ไปตรวจเพราะไม่ยอมก้มขี้นใจญาติๆ ซึ่งก็มีทั้งผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำอะไรและผู้สูงอายุที่ทำการปฐมพยาบาลเบื้องต้นก่อนไปตรวจรักษา โดยเลือกสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุดก่อน ใกล้คลินิกก็ไปคลินิก ใกล้โรงพยาบาลเล็กก็เข้าโรงพยาบาลเล็กก่อน เมื่อไปถึงแล้วเกินศักยภาพที่จะรักษาได้ ก็จะส่งตัวไปรักษาต่อในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพมากกว่า นอกจากนี้ยังมีผู้สูงอายุบางรายไปตรวจรักษาทันทีเนื่องจากไม่ยอมคิดสันนิษฐานโรคเอง หากปล่อยทิ้งไว้ก็กลัวว่าลูกหลานจนเข้าเงินไป จึงรีบไปให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยก่อนเพื่อความสบายใจ

ประเด็นที่ 4 ป้องกันไม่ให้หกล้มซ้ำ ต้องมีสติกำกับทุกอย่างก้าว ต้องระวังพร้อมปรับตัว

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ระบุว่าสาเหตุที่ทำให้ตนเองหกล้ม คือ ความประมาท ขาดความระมัดระวังตัวเอง ไม่ทันสังเกต ฉะนั้นวิธีป้องกันการหกล้มที่ดีที่สุดก็คือผู้สูงอายุต้องตั้งสติ ระมัดระวังตัวให้มาก ต้องระวังในทุกๆ เรื่อง ต้องดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรงอยู่เสมอด้วยการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย ต้องมีการปรับตัวปรับพฤติกรรมของตนเองเพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้มด้วยการทำกิจกรรมต่างๆ ให้ช้าลง ไม่ต้องเร่งรีบ และเลือกใช้อุปกรณ์เสริมที่เหมาะสมกับตัวเอง โดยสรุปได้ดังนี้

1) ใช้สติกำกับทุกอย่างก้าว เอาใจไปอยู่ที่เท้า ผู้สูงอายุต้องมีสติรับรู้ในทุกๆ การกระทำต้องการจะทำอะไรก็ทำในสิ่งนั้น ตั้งหลักให้ดี คิดวางแผนก่อนลงมือทำ ต้องคิดก่อนก้าวเดิน

2) ตนเป็นที่พึ่งแห่งตน ต้องระมัดระวังตัวเอง ต้องระวังตัวเองให้ดีที่สุด เพราะไม่มีใครหรืออะไรจะมาป้องกันการหกล้มได้ดีกว่าตัวเอง ฉะนั้นผู้สูงอายุต้องระมัดระวังตัวเองในทุกๆ ฝีก้าว

3) ไม่อยากล้มซ้ำ ต้องพร้อมปรับตัว การดูแลสุขภาพให้มีความสุขที่ดีด้วยการควบคุมและบำรุงด้านอาหารร่วมกับการออกกำลังกายหรือบริหารร่างกายเป็นประจำ เมื่อร่างกายแข็งแรงก็จะทำให้ปลอดภัยมากขึ้น

3.1) ดูแลสุขภาพให้แข็งแรง เป็นเพราะไม่ยอมก้มขี้นตัวจากการหกล้มอีก จึงทำให้ผู้สูงอายุต้องรู้จักที่จะปรับตัว เพิ่มความปลอดภัยให้กับตัวเอง

3.2) ลดพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการหกล้ม ต้องปรับตัวเพื่อลดพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการหกล้ม เช่น ใจเร็ว เดินเร็ว ไม่สังเกต จากที่เคยทำอะไรเร็วๆ ก็ทำให้ช้าลง ทุกอริยาบถให้ค่อยๆ ทำไม่ต้องเร่งรีบ โดยเฉพาะเมื่อรู้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นกับตัวเองก็ไม่ต้องฝืน มองหาที่ยึดเหนี่ยวหรือจัดการให้หายก่อนจึงค่อยออกไป สถานที่ใดมีความเสี่ยงต่อการหกล้มก็หลีกเลี่ยงไม่ต้องไป หากเลี่ยงไม่ได้ก็ไปช้าๆ และหาคนไปเป็นเพื่อน

3.3) เลือกใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสมกับตัวเอง การเลือกใช้อุปกรณ์เสริมก็สำคัญ ต้องเลือกอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับตัวเอง ใช้แล้วดี ใช้แล้วตัวเองสบาย

ประเด็นที่ 5 ครอบครัวมีส่วนร่วม ช่วยป้องกันล้ม

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน มีสองรายที่พักอาศัยกันสองคนกับคู่สมรส ส่วนใหญ่ให้ความใส่ใจกันและกัน แสดงความห่วงใยต่อกันด้วยการพูดเตือนให้ระวังตัว ถ้าจะทำอะไรก็ให้ทำช้าๆ ตรงไหนลื่นก็ไม่ต้องไปตรงนั้น ของหนักไม่ต้องยก คอยช่วยขัดถูเช็ดพื้นให้ ปรับระดับพื้นที่บ้านให้เรียบ ปูพื้นบ้านให้หยาบๆ ทำราวจับให้ยึดเกาะในห้องน้ำ ชื้อรองเท้าสำหรับ ใส่เข้าห้องน้ำวางที่กันลื่นไว้ตามจุดต่างๆ เพื่อป้องกันการลื่น ชื้อเครื่องออกกำลังกายมาใช้เพิ่มความแข็งแรงของร่างกาย นอกจากนี้จะคอยเป็นเพื่อนช่วยดูแลเวลาไปไหนมาไหน คอยจับจูงเดิน ไม่ปล่อยให้ไปตามลำพัง โดยสรุปได้ดังนี้

1) ฝ้าหวงใย คอยย้ำเตือน ช่วยดูแล คนในครอบครัวของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ คือ บุตรหลานที่คอยเอาใจใส่ดูแล พูดย้ำเตือนให้ระวัง ช่วยเก็บกวาดเช็ดถูยกของหนักแทน ไม่ให้ผู้สูงอายุทำเอง ส่วนคู่สมรสจะใช้วิธีการดูแลซึ่งกันและกัน พูดเตือนและช่วยกันทำ ไปไหนไปด้วยกันช่วยกันดู

2) จัดหาอุปกรณ์เสริม เพิ่มความปลอดภัย บุตรเป็นคนจัดหาอุปกรณ์เสริม เช่น รองเท้าเครื่องออกกำลังกาย แผ่นยางกันลื่น มาให้ เมื่อทดลองใช้แล้วไม่ดี ก็ทิ้งไป ชื้อมาให้ใหม่จนได้อันที่ถูกใจ ใช้แล้วดี ใช้แล้วสบาย

3) ปรับสภาพแวดล้อมช่วยลดความเสี่ยง บ้านที่ผู้สูงอายุล้มทุกรายมีการปรับสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยขึ้น เริ่มจากพื้นต่างระดับก็ปรับให้เรียบ พื้นกระเบื้องที่เป็ยกลื่นก็เปลี่ยนเป็นพื้นหยาบๆ มีร่องเล็กๆ เทพื้นให้เอียงลงเล็กน้อยเพื่อให้น้ำระบายเร็วขึ้น ทำราวจับในห้องห้องน้ำเพิ่ม เก็บข้าวของ เข้าที่ ไม่วางเกะกะ

อภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัย ประสบการณ์การดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุพบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุหกล้ม คือ การลื่นบนพื้นที่เป็ยก สะดุดพื้นที่ไม่เรียบ เสียหลักล้มและมีอาการวูบหน้ามืด ซึ่งผู้สูงอายุโทษว่าเป็นเพราะความประมาทของตัวเอง ไม่ระมัดระวังตัว ในขณะที่ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งเชื่อว่าการหกล้มคือเคราะห์ของตัวเอง ทั้งๆ ที่ระวังตัวดีแล้วก็ยังหกล้มได้ เป็นเพราะโชคชะตากำหนดมา อะไรจะเกิดมันก็ต้องเกิด ก็ต้องเตรียมใจยอมรับ โดยการบาดเจ็บจากการหกล้มที่ผู้สูงอายุได้รับ มีทั้งการบาดเจ็บเล็กน้อยที่สามารถดูแลตัวเองได้และการบาดเจ็บที่รุนแรงขึ้นต้องไปตรวจรักษา สำหรับการบาดเจ็บเล็กน้อย เช่น ฟกช้ำ เคล็ดขัดยอก แผลถลอก ผู้สูงอายุทำการปฐมพยาบาลเบื้องต้นด้วยการทายาแก้ฟกช้ำ ประคบเย็น กินยาแก้ปวดแก้เคล็ดขัดยอก ล้างแผลทำ

ความสะอาดบาดแผล รวมถึงประเมินอาการและสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่อที่บ้านได้ ส่วนการบาดเจ็บที่รุนแรงขึ้น เช่น แผลฉีกขาดที่ต้องเย็บแผล ปวดรุนแรงจากกระดูกหักต้องผ่าตัด ต้องใช้เวลาในการรักษานาน ทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง บางครั้งต้องพึ่งพาผู้อื่นมาช่วยหรือทำแทน รู้สึกเกรงใจ ไม่อยากทำให้คนในครอบครัวต้องมาเดือดร้อนลำบากไปกับตน จากผลกระทบดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกกลัว เช็ดต่อการหกล้ม ไม่อยากเป็นภาระของลูกหลาน จึงต้องใช้วิธีป้องกันเพื่อไม่ให้ตนเองหกล้มซ้ำอีก ดังนี้ 1) การมีสติ ใช้สติมากำกับอาการกระทำของตนเอง ต้องรับรู้ว่าจะทำอะไรก่อนจึงจะกระทำ โดยเฉพาะการเดิน ตาต้องมองพื้น ใจอยู่ที่เท้า ซึ่งสามารถฝึกให้ตนเองเป็นผู้มีสติได้ โดยการใช้การฝึกสมาธิ สวดมนต์เจริญภาวนา นอกจากนี้ยังใช้การฝึกสมองด้วยการคิดวางแผนก่อนลงมือปฏิบัติและมีการทำกิจกรรมต่างๆ อยู่เสมอ 2) ต้องระมัดระวังตัวเอง คือ ต้องระวังทุกฝีก้าว ระวังตัวเองในทุกๆ เรื่อง 3) ต้องดูแลสุขภาพตัวเองให้แข็งแรงด้วยการออกกำลังกายและควบคุมอาหาร 4) ต้องปรับตัวเพื่อลดเสียงต่อการหกล้มด้วยการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ และใช้อุปกรณ์เสริมที่เหมาะสมกับตัวเอง และ 5) มีครอบครัวเป็นส่วนสำคัญในการป้องกันการหกล้มด้วยการใส่ใจดูแล พุดย่าเตือนให้ผู้สูงอายุมีความระมัดระวังตัวอยู่เสมอ ช่วยปรับสภาพแวดล้อมที่บ้านเพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม รวมถึงดูแลจัดหาอุปกรณ์เสริมที่เหมาะสมให้กับผู้สูงอายุเพื่อเพิ่มความปลอดภัยให้มากขึ้นด้วย ซึ่งประสบการณ์การดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุสามารถอภิปรายผลตามประเด็นหลักของประสบการณ์ ดังนี้

ประเด็นที่ 1 เหตุที่หกล้มเป็นเพราะประมาทหรือถึงคราวเคราะห์

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่บอกว่าสาเหตุของการหกล้มเกิดจากตนเองประมาทไม่ระมัดระวัง บางรายบอกว่าการหกล้มเป็นอุบัติเหตุที่ไม่รู้ว่าจะเกิดขึ้นกับตนเองเมื่อใด แม้จะพยายามระวังอย่างไรก็ตาม แต่ด้วยความที่เป็นผู้สูงอายุเองก็อาจจะทำให้เกิดพลั้งเผลอได้ บางรายเชื่อว่าเป็นเรื่องของโชคชะตา ถึงคราวเคราะห์ก็เลยหกล้ม เป็นไปตามดวง คิดว่าพาดเคราะห์ไป ยิ่งอายุมากก็ยิ่งเจ็บหนัก แต่ก็ยังโชคดีอยู่ที่ไม่เป็นอะไรมาก ไม่ว่าจะเป็นอย่างไก็ต้องเตรียมใจยอมรับผลที่จะตามมา ต้องปลง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่หกล้มจากการลื่นในบริเวณพื้นที่เปียก รองลงมาคือสะดุดสิ่งกีดขวาง และเสียหลักตกลงมากระทบพื้น มีเพียงรายเดียวที่เกิดจากอาการรูบแล้วล้ม สอดคล้องกับสาเหตุของการหกล้มที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงภายในร่างกายและปัจจัยเสี่ยงภายนอกร่างกาย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544; วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ, 2560) ทำให้ผู้สูงอายุได้รับบาดเจ็บ ส่งผลให้ผู้สูงอายุทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง ใช้เวลาในการรักษานาน ทำให้ญาติต้องเสียเวลาในการทำงานเพื่อพามารักษาและหยุดงานเพื่อมาดูแล รู้สึกเกรงใจ ไม่อยากเป็นภาระให้ลูกหลานจึงกลัวและเช็ดต่อการหกล้ม สอดคล้องกับการศึกษาของ ลักษณะมา มะรังกา (2553) ที่พบว่าประสบการณ์กลัวหกล้มของผู้สูงอายุประกอบด้วยกลัวหกล้มซ้ำและ กลัวจนมีผลต่อการดำเนินชีวิต นอกจากนี้ ประเสริฐ

อัสสันตชัย (2558) ยังกล่าวว่าการหกล้มนำไปสู่ ความเจ็บป่วย ภาวะกระดูกหัก การเสียชีวิต ความพิการทางด้านร่างกาย การสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตลอดจนผลเสียทางด้านจิตใจของผู้ป่วยเอง รวมถึงเป็นภาระต่อญาติผู้ดูแลและสังคมโดยรวม ทั้งนี้ อารีรัตน์ สุพุทธิธาดา (2553) ได้อธิบายถึงกลไกการล้มในผู้สูงอายุ ว่าเกิดจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมจากวัยชราพร้อมกับมีโรคต่างๆ ที่ผู้สูงอายุเป็น ส่งผลให้สมดุลของการทรงตัวลดลง เมื่อผู้สูงอายุเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมประกอบกับความกลัวหกล้ม จึงทำให้มีโอกาสหกล้มได้มากขึ้น ซึ่งเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุมีการบาดเจ็บจากการหกล้มมากกว่าคนหนุ่มสาว (Singal Et al., 1992; Downing & Wilson, 2005)

ประเด็นที่ 2 หลากหลายความรู้สึก ทำให้เข็ดไม่ยอมล้มซ้ำ

จากการศึกษานี้ ผู้สูงอายุได้รับผลกระทบจากการหกล้ม ทั้งจากการบาดเจ็บเล็กน้อย การบาดเจ็บที่รุนแรงขึ้น รวมถึงการบาดเจ็บเรื้อรัง เมื่อหกล้มผู้สูงอายุได้รับความเจ็บปวดจากการบาดเจ็บที่เกิดขึ้น ทำให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อยลงและต้องใช้เวลาในการรักษานานขึ้น ด้วยความเจ็บปวดที่รุนแรงประกอบกับความกลัวว่าจะไม่สามารถกลับมาเป็นปกติได้อีก ทำให้รู้สึกเข็ดต่อการหกล้ม ทั้งยังต้องเสียเวลาการทำงานของคนในครอบครัวเพื่อพามารักษาพยาบาล ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเกรงใจและกลัวเป็นภาระของคนในครอบครัว สอดคล้องกับ ประเสริฐ อัสสันตชัย (2558) ที่ว่าการหกล้มนำไปสู่ความเจ็บป่วย ภาวะกระดูกหัก การเสียชีวิต ความพิการทางด้านร่างกาย การสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตลอดจนผลเสียทางด้านจิตใจของผู้ป่วยเอง รวมถึงเป็นภาระต่อญาติผู้ดูแลและสังคมโดยรวม นอกจากนี้การหกล้มยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมาใช้บริการในแผนกฉุกเฉิน (Fuller, 2000) และต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลนานเป็นสองเท่าของการเจ็บป่วยด้วยสาเหตุอื่นๆ (Campbell, 2013; Ensrud, 2013) เช่นเดียวกับ ลักษณะมะเร็งกา (2553) พบว่าผู้สูงอายุที่เคยหกล้ม มีความกลัวการหกล้มและกลัวจนมีผลต่อการดำเนินชีวิต

ประเด็นที่ 3 ล้มแล้วเร่งจัดการ ประเมินอาการและดูแลรักษา

จากการศึกษานี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย สามารถดูแลรักษาตัวเอง ประเมินการบาดเจ็บ เลือกใช้วิธีการบำบัดรักษาตามอาการได้ รวมถึงเป็นผู้ตัดสินใจไปปรับการรักษาด้วยตัวเองเมื่อมีอาการที่รุนแรงขึ้น ภายหลังจากทำการประเมินอาการและสำรวจการบาดเจ็บแล้ว ลำดับต่อไปคือจัดการกับการบาดเจ็บที่เกิดขึ้น สำหรับการบาดเจ็บเล็กน้อย เช่น ฟกช้ำ เคล็ดขัดยอก แผลถลอก ผู้สูงอายุทำการปฐมพยาบาลเบื้องต้นด้วยการทายาแก้ฟกช้ำ ประคบเย็น กินยาแก้ปวด แก้เคล็ดขัดยอก ล้างแผลทำความสะอาดแผล ส่วนการบาดเจ็บที่รุนแรงขึ้น เช่น แผลฉีกขาดที่ต้องเย็บแผล ปวดรุนแรงนั้น ผู้สูงอายุจะโทรศัพท์ตามลูกให้มารับไปตรวจ ในระหว่างรอลูกนั้น ก็มีทั้งทำการปฐมพยาบาลเบื้องต้นไว้และไม่ได้ทำอะไรกับการบาดเจ็บนั้น เลือกไปรักษาที่สถานพยาบาล

ใกล้ที่สุดก่อน หากไปแล้วรักษาไม่ได้ จึงจะส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพมากกว่า ซึ่ง ไสว นรสาร และ จิราภี สุนทรกุล ณ ชลบุรี (2559) กล่าวว่าความปวดอาจถูกยับยั้งหรือปวดรุนแรงขึ้นกว่าเดิม ขึ้นอยู่กับวิธีการจัดการกับความปวด สอดคล้องกับ วิชัย เอกพลากร และคณะ (2559) พบว่า ผู้สูงอายุมาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดแบบเฉียบพลัน ร้อยละ 18.3 และเป็นการบาดเจ็บรุนแรงที่ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล ร้อยละ 5.7 นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุได้รับการบาดเจ็บจากการหกล้มแบบพกซ้ำ ถลอกหรือเป็นแผล สูงสุดถึงร้อยละ 50.7 รองลงมาคือปวดหลัง ร้อยละ 19.1 และมีเพียงร้อยละ 2.5 ที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงจนกระดูกหัก ฉะนั้นผู้สูงอายุจึงใช้วิธีการรักษาตัวเองถึงร้อยละ 55.7 โดยใช้วิธีพักการใช้งานของอวัยวะส่วนที่ได้รับบาดเจ็บ ใช้น้ำแข็งประคบใน 24 ชั่วโมงแรก (ชัยณรงค์ เอื้อไพโรจน์กิจ, 2560) และใช้วิธีทานยาแก้ปวดร่วมด้วย (พิณนภางค์ ศรีพหล, 2557) ทั้งนี้การดูแลตนเองเป็นรูปแบบของพฤติกรรมสุขภาพ และความเจ็บป่วย ขึ้นอยู่กับการรับรู้อาการและประสบการณ์ที่ผ่านมาของแต่ละบุคคล (Waug, Wykle & Namazi, 1989) เป็นพฤติกรรมที่จิตใจและมีเป้าหมายที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อการดูแลตนเอง (Orem, 1985) เมื่อไม่สามารถจัดการกับอาการได้ เป็นข้อจำกัดในการดูแลตนเอง จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นโดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาล รวมถึงการพึ่งพาและดูแลซึ่งกันและกันระหว่างบุคคลในครอบครัวและในเครือข่ายทางสังคม (Orem, 1986; Orem, 1991 อ้างถึงใน สมจิตหนุเจริญกุล, 2544)

ประเด็นที่ 4 ป้องกันไม่ให้ล้มซ้ำ ต้องมีสติกำกับทุกอย่างก้าว ต้องระวังพร้อมปรับตัว

จากการศึกษา พบว่าวิธีดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มซ้ำ คือ ผู้สูงอายุต้องระวังตัวเองให้คิดเสมอว่าตนเป็นที่พึ่งแห่งตน ต้องทำด้วยตัวเอง สิ่งสำคัญที่สุด คือ ต้องมีสติ หากขาดสติไปเพียงชั่วขณะก็อาจเกิดการหกล้มได้แม้ว่าจะระวังตัวดีเพียงไรก็ตาม ฉะนั้นจึงต้องใช้สติกำกับทุกอย่างก้าว คือ ต้องมีสติในทุกการกระทำ จะทำอะไรก็ดีที่กำหนดจิตให้รับรู้แล้วสมองสั่งการให้ทำ โดยสามารถฝึกให้เป็นผู้มีสติได้ด้วยการทำสมาธิ สวดมนต์ เจริญภาวนา รวมถึงการฝึกสมองให้คิดวางแผนก่อนลงมือทำเสมอ และต้องมีการปรับตัวด้วยการดูแลสุขภาพตัวเองให้แข็งแรง ลดพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการหกล้ม และเลือกใช้อุปกรณ์เสริมที่เหมาะสมกับตัวเอง

วิธีการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและครอบครัวเพื่อป้องกันการหกล้มซ้ำนี้เป็นส่วนหนึ่งในโปรแกรม multifactorial interventions คือมีการเลือกใช้อุปกรณ์ช่วยเดินที่เหมาะสมและปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่บ้าน แต่วิธีการออกกำลังกายนั้นไม่ได้เป็นการออกกำลังกายที่แนะนำ ซึ่งวิธีการออกกำลังกายที่แนะนำให้ใช้ มี 2 ระดับ คือ ระดับง่ายและระดับยาก เป็นการออกกำลังกายที่ช่วยเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เพิ่มความสามารถในการทรงตัวและการเดินซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการหกล้มในผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุแต่ละคนมีความแตกต่างกัน จึงต้องเลือกระดับการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง (มสผส., 2558) นอกจากนี้ยังมีการรวบรวมข้อมูลการศึกษาที่เกี่ยวกับการ

ป้องกันการหกล้ม (Gillespie et al., 2003) แสดงให้เห็นว่ามีการป้องกันโดยใช้ multifactorial interventions และ single intervention เช่น การออกกำลังกาย การลดยาที่มีผลต่อการหกล้ม การเยี่ยมบ้านและปรับปรุงสภาพแวดล้อม ซึ่งพบว่ามีประโยชน์ในการลดอัตราการหกล้มซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในอัตราที่แตกต่างกัน (Tinetti, 2003) ซึ่งทางสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2551) โดยทีมผู้เชี่ยวชาญจากสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่หกล้มได้แนะนำให้ใช้ multifactorial interventions ในการป้องกันการหกล้มซ้ำสำหรับผู้สูงอายุที่เคยหกล้มมาก่อน ประกอบด้วย 1) การฝึกเดิน (Gait training) และการเลือกใช้อุปกรณ์ช่วยเดินที่เหมาะสม 2) ทบทวนและประเมินความจำเป็นของยาที่ผู้ป่วยใช้ 3) การออกกำลังกายโดยเฉพาะชนิดที่มีผลต่อความสมดุล เช่น โยคะ รำไทเก๊ก เป็นต้น 4) การปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่บ้านเพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม และ 5) การรักษาโรคร่วมทางหัวใจและหลอดเลือดที่ตรวจพบ เมื่อทบทวนจะเห็นได้ว่าในโปรแกรมดังกล่าวไม่มีการกล่าวถึงการระวังตัวเองและใช้สติกำกับกับการกระทำ ประกอบกับอุบัติเหตุการหกล้มที่ยังคงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2560) จึงอาจบ่งบอกว่าวิธีการป้องกันการหกล้มที่มีอยู่ในปัจจุบันนี้ยังไม่เพียงพอ

ในการศึกษานี้ พบว่า “การมีสติ” และ “ต้องระวังตัวเอง” ของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการดูแลแบบมีส่วนร่วมจากตัวผู้สูงอายุเอง สามารถป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดการหกล้มซ้ำได้ เนื่องจากการมีสติ (Mindfulness) เป็นการพัฒนาด้านจิตใจที่ต้องเรียนรู้ด้วยตนเองด้วยการปฏิบัติเพื่อระลึกอารมณ์ นั่นคือ การรู้เท่าทัน สติจึงเป็นเครื่องช่วยให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิต ทำงานได้อย่างมีความสุขและสามารถแก้ไขปัญหาได้ (ดวงพร ธรรมะ, 2558) โดย จำลอง ดิษยวงษ์ (2554) ได้กล่าวไว้ว่า สติ แปลว่าความระลึกได้ (Mindfulness or recollection) หมายถึงระลึกได้ก่อนทำ ก่อนพูด ก่อนคิด การมีใจจดจ่อ (Attentiveness) ความระแวดระวัง (Vigilance) การควบคุมตัวเอง (Self control) และ หลวงพ่อปราโมทย์ ปราโมชโช (2556) กล่าวว่า สติ คือ การรับรู้อารมณ์ ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกต่างๆ เช่น เป็นสุข โกรธ เศร้า เป็นต้น อารมณ์เป็นแรงผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมาขึ้นอยู่กับเหตุที่มากระทบ เมื่อบุคคลมีสติรับรู้อารมณ์ต่างๆ อารมณ์นั้นก็ไม่สามารถครอบงำจิตใจ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นงนุช แยมวงค์ ทศนีย์ ลิ้มปิโสภณ และ อติชสร แยมวงค์ (2558) ที่ศึกษาถึงผลการเดินจงกรมสมาธิ ต่อสมรรถภาพทางกาย ระดับความจำและความฉลาดทางอารมณ์ของผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยมีหลักการที่สำคัญคือการพึ่งตนเองและการพึ่งธรรมชาติในการใช้ชีวิตประจำวันอย่างมีสติ อยู่บนความเชื่อที่ถูกต้อง มีความศรัทธาแบบอยู่บนฐานของความเป็นจริง เป็นเหตุเป็นผล สามารถปฏิบัติได้จริง วัตถุประสงค์ ซึ่งการรู้จักพึ่งตนเองทางด้านร่างกาย คือ ดูแลสุขภาพตนเอง ไม่ให้เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ด้วยการออกกำลังกายสม่ำเสมอ รับประทานอาหารที่พอเหมาะ มีการพักผ่อนอย่างพอเพียง ส่วนการพึ่งตนเองด้านจิตใจ คือ ต้องมีการอบรมจิตใจ ให้คิดทำแต่เรื่องที่เป็นกุศล หมั่นบำเพ็ญตนให้มีศีล สมาธิและปัญญา ซึ่งพบว่าการ

ออกกำลังกายด้วยการเดินอย่างสม่ำเสมอและมีการปฏิบัติภาวนาสมาธิควบคู่กันไป สามารถเพิ่มสมรรถภาพทางกาย ระดับความจำ และความฉลาดในผู้สูงอายุได้ จึงควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติในชีวิตประจำวันเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี ฉะนั้น “การมีสติ” และ “ต้องระวังตัวเอง” ของผู้สูงอายุ จึงเป็นข้อค้นพบใหม่ที่ได้จากบุคคลที่มีประสบการณ์ตรง หากนำไปพิจารณาในระดับนโยบาย เพื่อพัฒนาเป็นโปรแกรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ประเด็นที่ 5 ครอบครัวมีส่วนร่วม ช่วยป้องกันล้ม

จากการศึกษา ครอบครัวของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุ มีการปรับสภาพแวดล้อมที่บ้านให้ปลอดภัยมากยิ่งขึ้น ทำพื้นบ้านใหม่ โดยปรับพื้นให้เรียบ ปูพื้นหยาบๆ เทพื้นเอียงเล็กน้อยเพื่อให้น้ำระบายได้เร็วขึ้น ทำราวจับในห้องน้ำ ซื่อแผ่นยางกันลื่นมาวางตามจุดต่างๆ ซื่อรองเท้ากันลื่นมาให้ใส่เข้าห้องน้ำ รองเท้าที่ใส่สบายๆ เกาะพื้นเตียงสำหรับออกนอกบ้าน รวมถึงเลือกซื้ออุปกรณ์ออกกำลังกายมาให้ออกกำลังกายด้วย นอกจากนี้ยังคอยเอาใจใส่ แสดงความห่วงใย คอยเตือนให้ระวัง ช่วยดูแลเก็บกวาดข้าวของ เช็ดถู ห้ามไม่ให้ทำงานหรือยกของหนัก คอยตามช่วยจับจูงเดิน ไม่ปล่อยให้ไปไหนตามลำพัง

ผลการศึกษาสอดคล้องกับ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2551) เรื่องการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่บ้านเพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม ซึ่งเป็น 1 ใน 5 ข้อ ของโปรแกรมป้องกันการหกล้มซ้ำแบบ multifactorial interventions เช่นเดียวกับ สำนักโรคไม่ติดต่อ (2560) ที่กล่าวว่า ครอบครัวสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้มได้ด้วยการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่บ้าน โดยได้กำหนดมาตรฐานด้านสิ่งแวดล้อม ห้องน้ำ ห้องครัว ห้องนอนและห้องนั่งเล่น เพื่อให้สะดวกต่อการนำไปใช้

แต่จะเห็นได้ว่าในโปรแกรมป้องกันการหกล้มซ้ำนี้ แนะนำเพียงการปรับสภาพแวดล้อมที่บ้าน ไม่ได้ครอบคลุมถึงด้านจิตใจของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปรับตัวยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ จะสูญเสียบทบาทและความภาคภูมิใจจากการใช้อายุเป็นเกณฑ์ในการลดบทบาทของผู้สูงอายุ เช่น การเกษียณ (ทีปภา แจ่มกระจ่าง, 2558) สูญเสียความสามารถในการพึ่งพาตนเอง จึงรู้สึกตัวเองถูกลดคุณค่าลง อาจทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวและเศร้าซึม ประกอบกับผลจากความเจ็บป่วยและความเสื่อมของระบบต่างๆ ภายในร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการที่แปรปรวนง่าย หงุดหงิด ใจน้อย โกรธง่าย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุจึงควรครอบคลุมถึงจิตใจ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ได้ หากเพิ่มเติมการดูแลด้านจิตใจในโปรแกรมป้องกันการหกล้มจะทำให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์และมีประสิทธิภาพสูงสุด

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานให้บุคลากรสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในการป้องกันการหกล้มซ้ำ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนและให้การดูแลผู้สูงอายุที่หกล้มและผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการหกล้ม

2. สามารถนำข้อค้นพบเรื่อง “การมีสติ” และ “การระมัดระวังตัวเอง” ของผู้สูงอายุ ใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่เคยหกล้มเพื่อไม่ให้เกิดการหกล้มซ้ำ และช่วยป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการหกล้มเกิดการหกล้ม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมเรื่องสติกับการหกล้ม โดยศึกษาในผู้สูงอายุที่มีการฝึกสติ (ทำสมาธิ) อยู่เสมอ กับ ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำการฝึกสติ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาประกอบการพิจารณาปรับปรุงแนวทางป้องกันการหกล้มซ้ำในผู้สูงอายุต่อไป



บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). ยุทธศาสตร์การบริการพยาบาล
ระดับประเทศ พ.ศ. 2560 - 2564 ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข).
จำลอง ดิษยวณิช. (2554). จิตวิทยาของความดับทุกข์. เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์.
- ชาย โปธิสิตา. (2550). ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ:
อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- ไชยพร โอภาสวัฒนา และ นัศวรณ อุทุมพฤกษ์พร. (2561). ประสาทหูเสื่อมตามอายุ.
จุฬาลงกรณ์เวชสาร, 62(2), 175-185.
- ฐิติพร ถนอมบุญ. (2555). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองตนเองของโอเรมร่วมกับการจัดการ
รายการณีในการป้องกันการเกิดซ้ำของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. *วารสาร
พยาบาลสาธารณสุข*. 26(30), 94-105.
- ฐิติมา ทาสสุวรรณอินทร์ และ กรรณิการ์ เทพกิจ. (2560). ผลของโปรแกรมการป้องกันการพลัดตก
หกล้มในผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(3), 186-195.
- ทีปภา แจ่มกระจ่าง. (2558). การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตและอารมณ์. ใน ทีปภา แจ่มกระจ่าง
พัสมณท์ คุ่มทวีพร (บรรณาธิการ). *การพยาบาลผู้สูงอายุ 1*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ:
ทีเอสพี โปรดักส์.
- นงนุช วรโธสง. (2551). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยอยู่ในชุมชน*.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นงนุช แยมวงค์ ทศนีย์ ลิ้มปิโสภณ และ อติชศร แยมวงค์. (2558). ผลการเดินจงกรมสมาธิต่อ
สมรรถภาพทางกาย ระดับความจำและความฉลาดทางอารมณ์ของผู้สูงอายุ.
- นนทรีย์ วงษ์วิจารณ์. (2556). ทักษะคิดต่อการเป็นผู้สูงอายุ การดูแลตนเอง ทักษะทางสังคม และ
ความพึงพอใจในชีวิต ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี. *วารสาร
สังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 39(2), 66-79.
- นิติกร ดรกันยา. (2555). *การสำรวจความรุนแรง และความถี่ของการล้ม ของผู้สูงอายุ ตามสถานที่
ต่างๆ ในวัด ภายในเขตจังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น,
การบริหารงานก่อสร้างและสาธารณูปโภค สาขาวิชาวิศวกรรมโยธา
- นันธิดา พันธุศาสตร์ และคณะ. (2556). ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการเฝ้าระวัง/ป้องกันการ
พลัดตกหกล้ม "I'M SAFE". *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 31(2),

111-122.

- นัยนา พิพัฒน์วิชชา. (2555). การพยาบาลผู้สูงอายุที่สูญเสียการได้ยิน. วารสารพยาบาลสงขลา นครินทร์, 32(3), 67-76.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2558). ภาวะหกล้มในผู้สูงอายุและการป้องกัน. ใน ประเสริฐ อัสสันตชัย (บรรณาธิการ). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชั่น.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2560). อาการที่พบบ่อยและอาการที่แปลกในผู้ป่วยสูงอายุที่ห้องฉุกเฉิน. ใน วีรศักดิ์ เมืองไพศาล (บรรณาธิการ). *การจัดการภาวะฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: ภาพพิมพ์.
- พัสมนต์ คุ่มทวีพร. (2558). การหกล้มในผู้สูงอายุ. ใน ทีปภา แจ่มกระจ่าง พัทธมนต์ คุ่มทวีพร (บรรณาธิการ). *การพยาบาลผู้สูงอายุ 1*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ทีเอสพี โปรดักส์.
- พรพรรณ เทอดสุทธิธรมณี (2558). ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*. 26(1), 2-14.
- พิมพ์สุทธิ บัวแก้ว และ รติพร ถึงฝั่ง. (2559). การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. *วารสาร สมาคมนักวิจัย*, 21(2), 94-109.
- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 3 ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๒๔/ตอนที่ ๑๖ ก/ หน้า ๑/๑๙ มีนาคม ๒๕๕๐
- พินณางค์ ศรีพหล. (2557). คุยกับหมอพิษ: คนล้มอย่างข้าม (ต้องปฐมพยาบาลก่อน). สืบค้นจาก ประชาชาติธุรกิจออนไลน์ m.prachachat.net
- ภาวดี วิมลพันธุ์ และ ขนิษฐา พิศฉลาด. (2557). ผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 98-109.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2558). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2557. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2560). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2560. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- มณฑา ลิ้มทองกุล. (2539). กระจกหักในผู้สูงอายุ. *รวมาริบัติพยาบาลสาร*. 2(3), 96-111.
- มารูรี อุไรรัตน์. (2552). *การดูแลตนเอง การดูแลของครอบครัวและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาในพื้นที่ชุมชนบ้านป่ากัน เทศบาลเมืองคลองแห อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- ยศพล เหลืองโสมนภา และ ศรีสุดา งามขำ. (2556). ความสนใจต่อความปวด. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 30, 83-93.
สำนักวิชาวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- ละออม สร้อยแสง. (2557). การศึกษาแนวทางป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุชุมชนมิตรภาพพัฒนา. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(1), 122-129.
- ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์. (2552). การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาระบบประสาทและอื่นๆ. (พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพฯ: บุญศิริ การพิมพ์.
- ลักขณา มะรังกา. (2553). *ประสบการณ์ความกลัวต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลัดดา เกียมวงศ์ และ เรวดี เพชรศิราสน์. (2552). ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชรา. *วารสารสภาการพยาบาล*. 24(1), 77-87.
- ลัดดา ดำริการเลิศ. (2555). *การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน: ช่วงที่1 สถานการณ์และความต้องการ ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน*. นครปฐม: สำนักวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน สถาบันพัฒนาสุขภาพ อาเซียนมหาวิทยาลัย มหิดล.
- วรลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ. (2560). ภาวะหกล้มในผู้สูงอายุที่มาตรวจในห้องฉุกเฉิน. ใน *วีรศักดิ์ เมืองไพศาล (บรรณาธิการ). การจัดการภาวะฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ*. นนทบุรี: ภาพพิมพ์.
- วิภาวี หม้ายพิมพ์. (2556). การหกล้มในผู้สูงอายุ ปัญหาที่ไม่ควรมองข้าม. สืบค้นจาก www.ns.mahidol.ac.th/english/th/ns_academic/56/08/old_th.html
- วิลาวรรณ สมตน. (2556). ผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 27(3), 58-70
- วิทยา วาโย. (2560). ผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(2), 25-33.
- วิชัย เอกพลากร และคณะ. (2559). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ.2557*. แผนงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิค แอนด์ ดีไซน์.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2560). ภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุ. ใน *วีรศักดิ์ เมืองไพศาล (บรรณาธิการ). การจัดการภาวะฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. นนทบุรี: ภาพพิมพ์.
- วรฤทัย จันทร์วัง. (2558). *การหกล้มในผู้สูงอายุไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาประชากรศาสตร์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2538). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย*. (พิมพ์ครั้งที่6). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- ศศิگانต์ นิมนานรัชต์. (2554). *ตำราความปวดและการระงับความปวดในเวชปฏิบัติ*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ศิริพันธ์ุ สาสตัย. (2554). *การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: แอคทีฟ พรินท์.
- ศิริสุข นาคะเสนีย์. (2561). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิจัยรำไพพรรณี*, 12(1), 39-48.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2539). *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 1*. (พิมพ์ครั้งที่ 12). กรุงเทพมหานคร: วี.เจ.พรินติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). *การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: วี.เจ.พรินติ้ง.
- สุจิตรา ลีมานวยลาภ และ ชวนพิศ ทำนอง. (2553). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต*. (พิมพ์ครั้งที่ 6). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนันทา ผ่องแผ้ว, ทศนีย์ รวีวรกุล, ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ และ ดุสิต สุจิรรัตน์. (2556). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี. *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 14(2), 11-20.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกัน/ประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ*. นนทบุรี: ซีจีทูล.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *แนวทางการดูแลรักษา กลุ่มอาการสูงอายุ*. นนทบุรี: อีส ออกัส.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แนวทางการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บโดยสถานบริการสาธารณสุข*. นนทบุรี: อีโมชั่น อาร์ต.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *รายงานการพยากรณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2560 – 2564*. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- ไสว นรสาร และ จิราภี สุนทรกุล ณ ชลบุรี. (2559). การจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บ. ใน *ไสว นรสาร และ พิรญา ไส้ไหม (บรรณาธิการ). การพยาบาลผู้บาดเจ็บ*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). โครงการตำรารามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. นนทบุรี: ปียอนด์.
- ไสว นรสาร, กนกพร พันธุ์เพิ่มพูน และ นงนุช ประสิทธิ์วิไล. (2559). สมรรถนะของพยาบาล

- อุบัติเหตุ. ใน ไสว นรสาร และ พิรญา ไส้ไหม (บรรณาธิการ). *การพยาบาลผู้บาดเจ็บ*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). โครงการตำรารามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล. นนทบุรี: ปียอนด์.
- อรนนท์ หาญอุท. (2557). กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 137-143.
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2559). *การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อารีรัตน์ สุพุทธิธาดา. (2553). การหกล้มในผู้สูงอายุ. ใน อรรถนพ ใจสำราญ, สุกัญญา ชัยกิตติศิลป์, สมพล สงวนรังศิริกุล, อารีรัตน์ สุพุทธิธาดา และ อติศร ภัทราดุลย์ (บรรณาธิการ). *สังคมสูงวัย เปี่ยมสุขด้วยวิถีสุขภาพและสิ่งแวดล้อม*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: คอนเซ็ปท์เมดิคัล.
- อัจฉรา สารพันธ์ และคณะ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18, 215-222.
- อัญญา พลดเปลื้อง. (2556). การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยา. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 23(2), 1-10.

ภาษาอังกฤษ

- Benner, P. (1985). Quality of life: a phenomenological perspective on explanation, prediction, and understanding in nursing science. *Advances in nursing science*.
- Campbell, A. J., & Robertson, M. C. (2013). Fall prevention: single or multiple interventions? Single interventions for fall prevention. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(2), 281-284.
- Carey, B. J., & Potter, J. F. (2001). Cardiovascular causes of falls. *Age and Ageing*, 30(4), 19-24
- Chan, A., Matchar, D. B., Tsao, M. A., Harding, S., Chiu, C. T., Tay, B. & Haldane, V. E. (2015). Self-Care for Older People (SCOPE): A cluster randomized controlled trial of self-care training and health outcomes in low-income elderly in Singapore. *Contemporary clinical trials*, 41, 313-324.
- Cumming, R.G., Salkeld, G. and Thomas, M. (2000). Prospective study of the impact of fear falling on activity of daily living. *Journal of Gerontology*, 55, 299-305.
- Downing, A., Wilson, R., & Cooke, M. (2005). Linkage of ambulance service and accident and emergency department data: a study of assault patients in the

- west midlands region of the UK. *Injury*, 36(6), 738-744.
- Ensrud, K. E. (2013). Epidemiology of fracture risk with advancing age. *Journal of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Science*, 68(10), 1236-1242.
- Fuller, G. F. (2000). Falls in the elderly. *American family physician*, 61(7), 2159-68.
- Gillespie, L. D., Gillespie, W. J., Robertson, M. C., Lamb, S. E., Cumming, R. G., & Rowe, B. H. (2003). Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane database of systematic reviews*, (4).
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Sage.
- Haug, M. R., Wykle, M. L., & Namazi, K. H. (1989). Self-care among older adults. *Social Science & Medicine*, 29(2), 171-183.
- Huang T. et al. (2012). Deciphering the effects of gene deletion on yeast longevity using network and machine learning approaches. *Biochimie* 94(4): 1017-25.
- Jitapunkul, S., PILLAY, I., & EBRAHIM, S. (1991). The abbreviated mental test: its use and validity. *Age and ageing*, 20(5), 332-336.
- Lawrence, J. and Maher. (1992). An interdisciplinary falls consult team: A collaborative approach to patient falls. *Journal of Nursing Care Quality*, 6(3), 21-29.
- Magaziner, J., Simonsick, E. M., Kashner, T. M., Hebel, J. R. and Kenzora J. E. (1990). Predictors of functional recovery one year following hospital discharge for hip fracture: A prospective study. *J Gerontol*, 45(3), 101-107.
- Nevitte, M., et al. (1989). Risk factor for recurrent nonsyncopal falls. *Journal of the American Medical Association*, 261(18), 2663-2668.
- Orem, D. (1985). *Nursing: Concepts of Practice*. New York: McGraw-Hill Book Co.
- Orem, D. & Taylor, S. (1986). Orem's general theory of nursing in P. Winstead-Fry (Ed.). *Case Studies in Nursing Theory*. National League for Nursing. p.37-77.
- Orem, D. (1991). *Nursing: Concepts of practice*. St.Louis: Mosby Year Book.
- Singal, B. M., Hedges, J. R., Rousseau, E. W., Sanders, A. B., Berstein, E., McNamara, R.M., & Hogan, T. M. (1992). Geriatric patient emergency visits part I: comparison of visits by geriatric and younger patients. *Annals of emergency medicine*, 21(7), 802-807.

- Stel, V. S., Smit, J. H., Pluijm, S. M., & Lips, P. (2004). Consequences of falling in older men and women and risk factors for health service use and functional decline. *Age and ageing*, 33(1), 58-65.
- Tinetti, M. E. (2003). Preventing falls in elderly persons. *New England journal of medicine*, 348(1), 42-49.
- Vellas, B.J., Wayne, S.J., Romero, L.J., Baumgartner, R.N. and Garry, P. (1997). Fear of falling and restriction of mobility in elderly fallers. *Age and Ageing* 26, 189-193.
- Wojnar, D. M., & Swanson, K. M. (2007). Phenomenology: an exploration. *Journal of holistic nursing*, 25(3), 172-180.
- Woodhouse, P. R., Briggs, R. S., & Ward, D. (1983). Falls and disability in old people's homes. *Journal of Clinical and Experimental Gerontology*, 54, 309-21.
- World Health Organization, World Health Organization. Ageing, & Life Course Unit. (2008). *WHO global report on falls prevention in older age*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2018). Falls [Online]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก
อนุมติหัวข้อวิทยานิพนธ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ประกาศ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เรื่อง การอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์

ครั้งที่ 21/2560 ประจำปีการศึกษา 2560

นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต	5977152736
ชื่อ-นามสกุล	นาวาตรีหญิง กนกพร สมตระกูล
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้สูงอายุ)
ประธานกรรมการสอบ	ศาสตราจารย์ ดร. ประนอม โอทกานนท์
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์
ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก	พ.อ.หญิง ดร. วาสนา นัยพัฒน์
ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์	ประสบการณ์การดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุ SELF-CARE EXPERIENCES IN PREVENTING FALL RECURRENCE AMONG OLDER PERSONS
ครั้งที่อนุมัติ	21/2560
ระดับ	ปริญญาโท

นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต	5977169436
ชื่อ-นามสกุล	นางสาวบุญพริกา มณีโชติ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้สูงอายุ)
ประธานกรรมการสอบ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์
ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสม
ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง SELECTED FACTORS RELATED TO PHYSICAL FUNCTIONAL ABILITY AMONG STROKE OLDER PERSONS
ครั้งที่อนุมัติ	21/2560
ระดับ	ปริญญาโท

Am Nam
19 Dec 61

นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

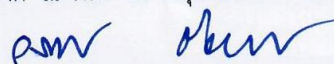
รหัสนิสิต	5977173936
ชื่อ-นามสกุล	เรือโทหญิง พัชรี ราษีกฤษ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้สูงอายุ)
ประธานกรรมการสอบ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์
ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จรรยา ภัทรอาชาชัย
ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ
	THE EFFECT OF SELF-EFFICACY PROMOTION COMBINED WITH FAMILY SUPPORT PROGRAM ON PHYSICAL ACTIVITY IN OLDER PERSONS WITH CORONARY ARTERY DISEASE RECEIVING PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION
ครั้งที่อนุมัติ	21/2560
ระดับ	ปริญญาโท

นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต	5977185436
ชื่อ-นามสกุล	เรือโทหญิง ศโรชา บุญยัง
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)
ประธานกรรมการสอบ	รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล
ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก	รองศาสตราจารย์ ดร. จอนณะจง เพ็งจาด
ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์	ประสบการณ์การตีตราตนเองในผู้ติดแอลกอฮอล์
	SELF-STIGMA EXPERIENCES IN PERSONS WITH ALCOHOL DEPENDENCE
ครั้งที่อนุมัติ	21/2560
ระดับ	ปริญญาโท

จากมติคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ ครั้งที่ 13/2561 วันที่ 12 มิถุนายน 2561


ประกาศ ณ วันที่ 18 มิถุนายน พ.ศ. 2561



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์



	เอกสารรับรองโครงการวิจัย (Certificate of Approval, COA) โดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ	
	สำนักงานจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ เลขที่ 504/54 อาคารกองบังคับการกรมแพทยทหารเรือ บุคโด ถนนวิภาวดี กม.10600 โทร.02-4752705	NO.026 : COA-NMD-REC 020/61 : Expedited Review
รับเรื่อง : ชุดการวิจัย โดยเฉพาะการวิจัยในมนุษย์ที่ดำเนินการในสถานพยาบาลของ พ.ร. หรือดำเนินการโดยบุคลากรสถานพยาบาล หรือบุคลากรสถาบันสมทบ ให้เป็นไปตามระเบียบของ พ.ร./นโยบาย พ.ร./มติข้อกำหนดการศึกษาวิจัยและทดลองในมนุษย์ พ.ร. และถูกต้องตามหลักจริยธรรมสากล		

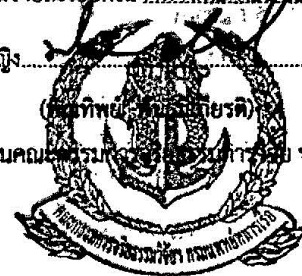
โครงการวิจัย และเอกสารประกอบตามรายการที่แสดงด้านล่างนี้ ได้รับการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือแล้ว มีความเห็นว่าข้อเสนอการวิจัยที่จะดำเนินการมีความ สอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนข้อบังคับและข้อกำหนดของกรมแพทยทหารเรือ จึงเห็นสมควรให้ ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ชื่อโครงการ	ประสบการณ์การดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุ
ชื่อหัวหน้าโครงการ/ หน่วยงานที่สังกัด	นาวาตรีหญิง กนกพร สมตระกูล โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทยทหารเรือ
รหัสโครงการ	RP024/61
สถานที่ทำวิจัย	โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทยทหารเรือ
รายการเอกสารที่รับรอง	1) โครงการวิจัย (Version 2, วันที่ 10 กันยายน 2561) 2) เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Version 2, วันที่ 10 กันยายน 2561) 3) หนังสือเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Version 2, วันที่ 10 กันยายน 2561)
วันที่รับรอง	17 กันยายน 2561
วันหมดอายุ	16 กันยายน 2562

ทั้งนี้ผู้วิจัยต้องดำเนินการวิจัยตามข้อกำหนดและเงื่อนไข ที่ผู้วิจัยต้องปฏิบัติสำหรับโครงการวิจัยที่ได้รับ การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ ตามรายละเอียดใน FM-NMD-REC 2.1 ที่แนบ

นาวาเอกหญิง

(โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย พ.ร.





**แจ้งข้อกำหนดและเงื่อนไข ที่ผู้วิจัยต้องปฏิบัติสำหรับโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรอง
จาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ**

วันที่ 17 กันยายน 2561

เรียน นาวาตรีหญิง กนกพร สมตระกูล

โครงการวิจัยเรื่อง “ประสิทธิผลการดูแลตนเองในการป้องกันอันตรายหลังจี้ของผู้สูงอายุ” ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือแล้ว และคณะกรรมการฯ เห็นควรให้การรับรองโครงการวิจัยนี้ จึงได้ออกเอกสารรับรองหมายเลข [REDACTED] ระยะเวลาการรับรองตั้งแต่ [REDACTED]

ในการนี้ขอแจ้งให้ผู้วิจัยทราบและปฏิบัติตามข้อกำหนด และเงื่อนไข หลังจากโครงการวิจัยของท่าน ได้รับการรับรองฯ ดังนี้

- 1) การดำเนินการวิจัย จะต้องเป็นไปตามโครงการวิจัยที่แจ้งไว้กับคณะกรรมการฯ เท่านั้น หากมีการปฏิบัติที่เบี่ยงเบนไปจากที่แจ้งไว้ จะต้องรายงานต่อคณะกรรมการฯ พร้อมเหตุผล และแจ้งมาตรการที่จะป้องกันมิให้เกิดเหตุการณ์นั้นซ้ำอีก หากมีความจริงใจที่จะดำเนินการที่เบี่ยงเบนนั้นซ้ำแล้วซ้ำอีก คณะกรรมการฯ จะยุติการรับรองโครงการวิจัยของท่าน
- 2) ในการให้ข้อมูลและขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จะต้องใช้เอกสารที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการฯ แล้วเท่านั้น
- 3) การดำเนินการขอความร่วมมือให้เข้าร่วมโครงการวิจัย จะต้องดำเนินการไปโดยปราศจากการบังคับหรือขู่จูง อยางไม่เหมาะสมจากผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัย เพื่อให้บุคคลสามารถเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจอย่างแท้จริง
- 4) เอกสาร หรือเครื่องมืออื่นๆ ที่จะใช้ในการประชาสัมพันธ์ให้อาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย จะต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการฯ
- 5) หากจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงโครงการวิจัย (Protocol Amendment) ด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตาม จะต้องแจ้งกับคณะกรรมการฯ ให้ทราบพร้อมเหตุผล และจะต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการฯ ก่อนที่จะดำเนินการกับอาสาสมัครฯ ยกเว้นในกรณีการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า เพื่อมิให้เกิดอันตรายแก่อาสาสมัครฯ เท่านั้น ซึ่งหัวหน้าโครงการวิจัยจะต้องแจ้งเหตุการณ์ดังกล่าว ให้คณะกรรมการฯ ได้ทราบภายใน 5 วันทำการนับจากวันที่ดำเนินการ
- 6) หากมีข้อมูลใหม่ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย และมีผลต่อความปลอดภัยและความเป็นอยู่ที่ดีของอาสาสมัครฯ หัวหน้าโครงการวิจัยต้องแจ้งให้คณะกรรมการฯ ทราบด้วย
- 7) หัวหน้าโครงการวิจัย ต้องแจ้งรายงานการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ทั้งที่รุนแรงและไม่รุนแรง รวมทั้งเหตุการณ์ที่ไม่อาจคาดเดาได้ล่วงหน้า แต่มีผลต่อความปลอดภัยและความเป็นอยู่ที่ดีของอาสาสมัครฯ ที่เกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย ให้คณะกรรมการฯ ทราบทุกครั้งโดยไม่รอช้า
- 8) หัวหน้าโครงการวิจัยต้องส่งรายงานความก้าวหน้าในการดำเนินการวิจัยให้คณะกรรมการฯ ทราบอย่างน้อยปีละครั้ง ภายใน **วันที่ 16 กันยายน 2562** หรือเมื่อได้รับการร้องขอ
- 9) หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ หากต้องการต่ออายุต้องส่งรายงานความก้าวหน้าเพื่อให้คณะกรรมการพิจารณาให้การรับรองต่อเนื่อง โดยต้องดำเนินการล่วงหน้า 1 เดือน ก่อนหมดอายุ (**วันที่ 16 สิงหาคม 2562**)
- 10) เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น หัวหน้าโครงการวิจัย จะต้องรายงานสิ้นสุด/ปิดโครงการต่อคณะกรรมการฯ ที่ สำนักจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือหลังโครงการเสร็จสิ้นภายใน 30 วัน / ในโอกาสแรก

จึงเรียนมาเพื่อให้ผู้วิจัยปฏิบัติตามข้อกำหนด และเงื่อนไขดังกล่าว

ลงชื่อ นาวาตรีหญิง *กนกพร สมตระกูล*
(สินีนารถ ลิ้มนิยมธรรม)

เลขานุการฯ / ทน.สน.จริยธรรมการวิจัยฯ

สามารถ Downloads แบบฟอร์มต่างๆ ได้ที่ www.nmd.go.th/ethich/ หรือสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

สำนักงานจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ Tel / Fax : 0-2475-2705, E-mail : rec@nmd.go.th

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ประสบการณ์การดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุ

ชื่อผู้วิจัย นาวาตรีหญิง กนกพร สมตระกูล

ที่อยู่ติดต่อ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 163 หมู่ 1 ตำบลพลูตาหลวง อำเภอสัตตหีบ จังหวัดชลบุรี
รหัสไปรษณีย์ 20180 หมายเลขโทรศัพท์ 095-1429693

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงเข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมให้สัมภาษณ์จำนวน 2 ครั้งเป็นอย่างน้อย มีการกำหนดวันเวลาและสถานที่ในการสัมภาษณ์ตามความสะดวกของผู้เข้าร่วมการวิจัย ในการสัมภาษณ์ครั้งแรกนั้น จะเริ่มในวันที่มาตรวจต่อนื่องตามนัด ในห้องสัมภาษณ์ที่จัดขึ้นเฉพาะ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์เฉลี่ย 45-60 นาที/ครั้ง ตอบคำถามได้โดยอิสระ ตามความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกของข้าพเจ้า เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะขออนุญาตสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 หลังจากนั้นอาจได้รับการโทรศัพท์จากผู้วิจัยเพื่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม และข้าพเจ้าจะได้ตรวจสอบข้อมูลการสัมภาษณ์หลังจากที่ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลของข้าพเจ้าแล้ว ทั้งนี้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าจะได้รับการปกปิดเป็นความลับ โดยผู้วิจัยจะให้การให้รหัสแทนชื่อ-สกุลของข้าพเจ้า และนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิจัย เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น โดยข้อมูลของข้าพเจ้าจะได้รับการจัดเก็บในกล่องพลาสติกที่มีฝาปิดก่อนนำมาเก็บไว้ในห้องที่ใส่กุญแจล็อก ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้เก็บกุญแจไว้และเป็นผู้เดียวที่สามารถไขเปิดห้องได้ เมื่อได้รับการตีพิมพ์งานวิจัยแล้วผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าด้วยการลบไฟล์เสียงสัมภาษณ์และใช้วิธีการย่อยกระดาษบันทึกข้อมูลของข้าพเจ้าก่อนทิ้ง

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ เลขที่ 504/54

อาคารกองบังคับการ กรมแพทยทหารเรือ ชั้น 1 ถนนสมเด็จพระเจ้าตากสิน

บุคคลโล ธนบุรี กรุงเทพฯ 10600

โทรศัพท์ / โทรสาร 0-2475-2705 E-mail : rec@nmd.go.th

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว มีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็น
สำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดง
ความยินยอมไว้แล้ว 1 ชุด

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้เข้าร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
กรมแพทยทหารเรือ
COA-NMD-REC-020/61
Date 11 ต.ค. 61

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Research Subject Information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ประสบการณ์การดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุ
วันที่ชี้แจง

ชื่อและสถานที่ทำงานของผู้วิจัย นาวาตรีหญิง กนกพร สมตระกูล

แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทย์ทหารเรือ

163 หมู่ 1 ตำบลพลูตาหลวง อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี 20180

ผู้ให้ทุนวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่า เหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย

ในเอกสารนี้ อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยเพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจ การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็นความสมัครใจของท่าน ไม่มีการบังคับหรือชักจูง การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้จะไม่มีความกระทบต่อการได้รับบริการการรักษายาบาลหรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของท่านแต่อย่างใด

โปรดอย่าลืมนำชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ คำว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้

ที่มาและวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

ภาวะหกล้มเป็นการบาดเจ็บที่พบบากที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและพบมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมจากวัยชราพร้อมกับมีโรคต่างๆ ที่ผู้สูงอายุเป็น ส่งผลให้สมดุลของการทรงตัวลดลง เมื่อผู้สูงอายุเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ประกอบกับความกลัวหกล้ม จึงทำให้มีโอกาสหกล้มได้มากขึ้น โดยผู้สูงอายุที่เคยหกล้มจะมีโอกาสหกล้มซ้ำในปีต่อมาสูงถึงร้อยละ 60-70 และมีโอกาสเกิดผลแทรกซ้อนจากการหกล้มมากขึ้น เมื่อมีการบาดเจ็บจากการหกล้ม ผู้สูงอายุจะใช้วิธีการรักษาตัวเองก่อน ด้วยการพักใช้งานของอวัยวะส่วนที่ได้รับบาดเจ็บ ยกขึ้นสูงกว่าระดับหัวใจ ใช้น้ำแข็งประคบใน 24 ชั่วโมงแรก และทานยาแก้ปวด แต่หากไม่สามารถจัดการกับอาการนั้นได้ จะกลายเป็นข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เนื่องจากปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ด้วยตนเองได้ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุและครอบครัวต้องประสบกับความยากลำบากในการดำเนินชีวิตต่อไป

ด้วยงานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นในมุมมองของผู้ให้บริการ ยังขาดในมุมมองของผู้รับบริการหรือตัวผู้สูงอายุเอง และยังไม่พบการศึกษาที่เฉพาะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มี



ภาวะหกล้มที่ครอบคลุมตั้งแต่เกิดการหกล้ม จนกระทั่งพื้นหายและไม่เกิดการหกล้มซ้ำ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงประสบการณ์การดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุ ตามบริบทของสังคมไทยในปัจจุบัน ด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อบรรยายและตีความหมายจากประสบการณ์การดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุ

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีประวัติหกล้มและไม่มีการหกล้มซ้ำภายใน 1 ปี นับจากวันที่หกล้มถึงวันที่พบกับผู้วิจัย ผ่านการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารได้ปกติ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

ท่านไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้หากท่านมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

มีอาการของโรคเรื้อรังรุนแรงขึ้น สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์อันตราย/ผิดปกติไปจากสัญญาณชีพเดิมของท่าน มีภาวะสับสน

จะมีการทำโครงการวิจัยนี้ที่ใดและมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้นเท่าไร

การสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 ที่คลินิกผู้สูงอายุ และในการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 จะยึดท่านเป็นหลักว่าสะดวกเช่นใด โดยการวิจัยครั้งนี้จะมีผู้ร่วมโครงการวิจัย จำนวนอย่างน้อย 10 คน

ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัยและจำนวนครั้งดังนี้

ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ข้อมูลจากท่าน จำนวน 2 ครั้งๆ ละ 45-60 นาที

หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอนหรือได้รับการปฏิบัติอย่างไรบ้าง

เริ่มการสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 ที่คลินิกผู้สูงอายุ ใช้เวลาเฉลี่ย 45-60 นาที/ครั้ง ท่านตอบคำถามได้โดยอิสระ ตามความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกของท่าน ผู้วิจัยจะวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูล นำข้อมูลที่ได้กลับมาให้ท่านตรวจสอบเพื่อยืนยันความถูกต้อง และผู้วิจัยจะนัดหมายการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 โดยท่านเป็นผู้กำหนดวันเวลาและสถานที่ที่ท่านสะดวก ทั้งนี้ท่านอาจได้รับการโทรศัพท์จากผู้วิจัยเพื่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหากพบว่าคุณค่าข้อมูลสำคัญบางส่วนไป นอกจากนี้หากมีข้อมูลใหม่ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบด้วยตนเองในทันที

ความไม่สบาย หรือการเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับจากกรรมวิธีการวิจัยมีอะไรบ้างและวิธีการป้องกัน / แก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น

หากท่านมีอาการเจ็บปวดที่รุนแรงขึ้นในระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะทำการประเมินอาการของท่านทันที ให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น รายงานอาการและการแก้ไขให้แพทย์ทราบ เพื่อให้การรักษาต่อเนื่อง ทั้งนี้ห้องสัมภาษณ์อยู่ห่างจากแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประมาณ 10 เมตร สามารถเข้ามาให้การช่วยเหลือเร่งด่วนได้ในเวลาไม่เกิน 3 นาที

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย

ได้ข้อมูลการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหกล้มและไม่มีอาการหกล้มซ้ำ และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหกล้มและการป้องกันการหกล้มซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ค่าตอบแทนที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ และท่านจะได้รับของที่ระลึกจากผู้วิจัย เป็น หมอนผ้าห่ม 1 ใบ ราคา 200 บาท

หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านมีทางเลือกอื่นอย่างไรบ้าง

หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จะไม่ผลกระทบต่อกระบวนการรักษาพยาบาลภายในโรงพยาบาลแห่งนี้ ท่านสามารถรับการรักษาพยาบาลได้ตามปกติ

หากเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้ จะติดต่อกับใคร และจะได้รับการปฏิบัติอย่างไร

หากพบว่าเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้กับท่าน ท่านจะได้รับการปฏิบัติดูแลอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐานวิชาชีพ ทั้งนี้ท่านสามารถติดต่อกับ ผู้วิจัย ได้ทันที ทั้งในและนอกเวลาราชการ โทรศัพท์ที่ทำงาน 038-245735 ต่อ 69141-2 และโทรศัพท์เคลื่อนที่ 095-1429693

หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย จะถามใคร ระบุชื่อผู้วิจัยหรือผู้วิจัยร่วม

สอบถามกับผู้วิจัยได้ที่ 038-245735 ต่อ 69141-2 และโทรศัพท์เคลื่อนที่ 095-1429693

หากท่านรู้สึกว่าการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่

เลขาธิการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ

สำนักงานจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ อาคารกองบังคับการ กรมแพทยทหารเรือ

ถนนสมเด็จพระเจ้าตากสิน บุคคโล ธนบุรี กรุงเทพฯ 10600 โทร./โทรสาร 0-2475-2705,

E-mail : rec@nmd.go.th

ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้

ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะได้รับการปกปิดเป็นความลับ โดยผู้วิจัยจะให้การให้รหัสแทนชื่อ-สกุลของท่าน และนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น โดยข้อมูลของท่านจะได้รับการจัดเก็บในกล่องพลาสติกที่มีฝาปิดก่อนนำมาเก็บไว้ในห้องที่ใส่กุญแจล็อก ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้เก็บกุญแจไว้และเป็นผู้เดียวที่สามารถไขเปิดห้องได้ เมื่อได้รับการตีพิมพ์งานวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลส่วนตัวของท่านด้วยการลบไฟล์เสียงสัมภาษณ์และใช้วิธีการย่อยกระดาษบันทึกข้อมูลของท่านก่อนทิ้ง

ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่

ท่านสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยจะไม่มีผลเสียใดๆ เกิดขึ้น และท่านอาจถูกขอให้ออกจากโครงการวิจัยในกรณีที่มีอาการรุนแรงขึ้น มีภาวะสับสน หรือสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์อันตราย/ผิดปกติไปจากสัญญาณชีพเดิมของท่าน







แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

การวิจัยเรื่อง ประสพการณ์การดูแลตนเองในการป้องกันการทกล้มซ้ำของผู้สูงอายุ

หมายเลขรหัสผู้ให้ข้อมูล (ID) วัน/เดือน/ปี ที่สัมภาษณ์

เพศ ชาย หญิง อายุ ปี เบอร์โทรศัพท์

ระดับการศึกษา ไม่ได้เรียนหนังสือ ประถมศึกษา มัธยมศึกษา ปริญญาตรีขึ้นไป

สถานภาพ คู่ หม้าย หย่า แยกกันอยู่

ที่อยู่ปัจจุบัน

ลักษณะที่อยู่อาศัย

- บ้านชั้นเดียว
- บ้านสองชั้น
- อาคารชุด
- อื่นๆ โปรดระบุ.....

การอยู่อาศัยกับบุคคลในครอบครัว

- อาศัยอยู่คนเดียว
- อาศัยอยู่กับบุตรหลาน
- อาศัยอยู่กับคู่สมรส (สามี หรือ ภรรยา)
- อื่นๆ โปรดระบุ (ผู้ดูแล).....

การประกอบอาชีพ

- ไม่ได้ประกอบอาชีพ
- ประกอบอาชีพ ระบุ

ความเพียงพอของรายได้ รายรับ.....บาท รายจ่าย.....บาท

- เพียงพอ
- ไม่เพียงพอ ท่านแก้ไขโดย.....

โรคประจำตัวและการรักษา

- ไม่มีโรคประจำตัว/ไม่เคยตรวจ
- มีโรคประจำตัว ระบุ

การรักษา ควบคุมอาหาร ยารับประทาน ยารับประทานและยาฉีด

อื่นๆ ระบุ.....

การทดสอบสภาพสมอง (AMT) และการแปลผล คะแนนที่ได้ คะแนน

- การรู้คิดปกติ
- การรู้คิดผิดปกติ

ประวัติการหกล้ม

- มีการหกล้ม 1 ครั้ง
- มีการหกล้มมากกว่า 1 ครั้ง โปรดระบุจำนวนครั้งที่หกล้มซ้ำ

การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม (จำนวน 25 ข้อ)

เกี่ยวกับตัวท่านเอง

- ก่อนหน้านี้ท่านเคยหกล้มหรือเคยบาดเจ็บจากการหกล้มมาก่อน
- รู้สึกว่าแขน-ขาไม่ค่อยมีแรง
- ท่านไม่กล้าทำกิจวัตรประจำวันหรือไม่กล้าออกกำลังกายเพราะกลัวการหกล้ม
- ท่านเคยมีปัญหาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่
- ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่มือท่านลดลง
- ความสามารถในการมองเห็นของท่านลดลงหรือไม่ หรือมีปัญหาการกระะยะลึก-ตื้นและการมองเห็นในที่มืด
- ท่านมีอาการหน้ามืดขณะเปลี่ยนท่า
- เคยมีปัญหาการสูญเสียการได้ยิน
- เท้าของท่านมีแผล ตาปลา นิ้วหัวแม่เท้าเอียงหรือนิ้วเท้าผิดปกติ ที่ทำให้เวลาเดินแล้วเจ็บหรือต้องเปลี่ยนลักษณะการเดิน
- ท่านรู้สึกไม่มั่นคงเวลาเดิน

การใช้ยา

- ท่านใช้ ยานอนหลับ ยาที่ผลต่อจิตประสาท ยาด้านซึมเศร้า

สภาพแวดล้อมในบ้าน/บริเวณบ้าน

- พื้นบ้านมีพรม เสื่อ ผ้าหยอง หรือผ้าปูรองพื้น
- พื้นบ้านของท่านมีข้าวของวางเกะกะ
- บริเวณทางเดิน มีสายไฟ สายโทรศัพท์หรือสายพ่วงต่อพาดผ่าน

บริเวณชั้นบันได

- ตามชั้นบันได มีข้าวของวางเกะกะ
- บันไดที่บ้าน ชำรุดหรือขึ้นไม่เท่ากัน
- บริเวณบันได มีแสงสว่างเพียงพอ
- ไฟบริเวณบันไดมีสวิตช์เพียงตัวเดียว (มีสวิตช์อยู่แค่ชั้นบนหรือชั้นล่างเท่านั้น)
- บริเวณบันได มีผ้าหรือพรมเช็ดเท้าอยู่
- ราวบันไดหลวมหรือชำรุด หรือไม่ / มีราวบันไดเพียงด้านเดียว

ห้องน้ำ

- พื้นห้องน้ำหรืออ่างอาบน้ำลื่น
- ท่านต้องการคนช่วยเวลาเข้าหรือออกบริเวณอาบน้ำหรือเวลาใช้ส้วม

ห้องครัว

- ของที่ต้องใช้บ่อย มักวางบนชั้นสูงๆ

ห้องนอน

- สวิตช์ไฟหัวเตียงเอื้อมถึงยาก (เอื้อมไม่ถึง หรืออยู่ในจุดที่เปิด-ปิดยาก)
- ทางเดินจากเตียงไปห้องน้ำมีแสงสว่างพอ

การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม

พบความเสี่ยงต่อการหกล้ม จำนวน ข้อ

การแปลผล มีความเสี่ยงต่อการหกล้มในระดับ

แนวคำถามในการสัมภาษณ์

ผู้วิจัยได้สร้างแนวคำถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ มาจากวัตถุประสงค์และแนวคิดเบื้องต้นในการวิจัย จึงเป็นแนวคำถามกว้างๆ ที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์และข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลในแต่ละครั้งที่ทำการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยจะเริ่มต้นการสัมภาษณ์ด้วยการทำความรู้จักและสร้างสัมพันธภาพ ด้วยการแนะนำตัวว่าเป็นนิสิตจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความสนใจศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุ จากนั้นจึงเข้าสู่การสัมภาษณ์ ดังนี้

1. ขั้นเริ่มการสนทนา ผู้วิจัยเริ่มจากการสนทนาเรื่องทั่วไป เป็นคำถามเกริ่นนำที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ ดังนี้

- 1.1 ขอทราบชื่อ นามสกุล อายุและเบอร์โทรศัพท์ของท่าน
- 1.2 ท่านเรียนจบชั้นสูงสุดอะไร
- 1.3 สถานภาพของท่าน คือ
- 1.4 ที่อยู่ปัจจุบันของท่าน คือ
- 1.5 ท่านพักอาศัยอยู่กับใคร
- 1.6 ปัจจุบันท่านทำอะไร
- 1.7 ท่านมีรายได้กี่บาทต่อเดือน เพียงพอหรือไม่
- 1.8 หากไม่เพียงพอ ท่านมีวิธีแก้ไขอย่างไร
- 1.9 ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ ถ้ามี ท่านมีโรคประจำตัวอะไรบ้าง
- 1.10 ท่านรักษาโรคประจำตัวของท่าน ที่ไหน ใช้วิธีใด
- 1.11 กรุณาตอบ 10 คำถามนี้ (ใช้แบบทดสอบสภาพสมอง[AMT])
- 1.12 ท่านหกล้มครั้งล่าสุดเมื่อไร
- 1.13 ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา ท่านหกล้มหรือไม่
- 1.14 ท่านคิดว่าท่านมีโอกาสหกล้มหรือไม่ (ทำการประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม)

2. ขั้นเข้าสู่ประเด็นที่ต้องการศึกษา ผู้วิจัยใช้แนวคำถามแบบกว้างๆ ในประเด็นที่ต้องการศึกษา

- 2.1 คำถามเข้าสู่ประเด็น
 - ท่านหกล้มที่ไหนคะ
 - ท่านหกล้มในช่วงเวลาใดคะ
 - ขณะหกล้ม ท่านทำอะไรอยู่คะ
 - ช่วยเล่าเหตุการณ์ที่หกล้มว่าเกิดอะไรขึ้นในวันนั้น จึงทำให้ท่านหกล้ม

2.2 คำถามหลัก ที่ใช้เป็นคำถามเจาะลึกในประเด็นที่ต้องการศึกษา ดังนี้

- ท่านรู้สึกอย่างไรกับการทกล้ม
- การทกลัมนั้น ส่งผลให้ท่านเป็นอย่างไรบ้าง
- ท่านจัดการอย่างไรหลังจากทกล้ม
- เมื่อท่านทกล้ม ท่านได้รับการช่วยเหลือจากผู้ใดบ้าง อย่างไร
- ท่านไปรับการรักษาที่ไหนบ้างคะ
- ขณะรับการรักษา ท่านประสบกับปัญหาหรืออุปสรรคหรือไม่ อย่างไร
- ท่านคิดอย่างไรเกี่ยวกับการทกล้ม
- ท่านมีวิธีดูแลตนเองไม่ให้ทกล้มอย่างไร
- ท่านเข้าใจหรือไม่ว่าการป้องกันการทกล้มสำคัญอย่างไร
- ท่านจะทำอย่างไรในการป้องกันการทกล้ม (ตนเอง/สิ่งแวดล้อม)
- ครอบครัวของท่านมีส่วนร่วมในการป้องกันไม่ให้ท่านทกล้มอย่างไร
- ท่านจะบอกต่อคนอื่นๆ อย่างไรที่จะป้องกันไม่ให้ทกล้ม

2.3 คำถามรอง เป็นคำถามที่ใช้เพื่อให้ผู้ข้อมูลเล่าเรื่องราวเพิ่มเติมในขณะสัมภาษณ์

โดยใช้เทคนิคการทวนความ การสรุปความและการสะท้อนคิด

- ท่านช่วยเล่าเพิ่มเติมเกี่ยวกับ.....
- ท่านช่วยอธิบายให้ฟังเกี่ยวกับ.....
- หลังจากนั้นท่านทำอย่างไร.....
- แล้วเกิดอะไรขึ้นต่อจากนั้น.....
- เหตุใดท่านจึงตัดสินใจแบบนี้.....
- ที่ท่านพูดแบบนี้หมายความว่า.....

3. ขั้นตอนการสนทนา ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถาม หรือบอกกล่าวในสิ่งที่ตนต้องการให้ข้อมูลเพิ่มเติม

- ท่านต้องการเล่าเพิ่มเติมถึงการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการทกล้มซ้ำอีกหรือไม่

ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลที่สละเวลาและให้ความร่วมมือในการตอบข้อซักถาม ตลอดจนได้ถ่ายทอดประสบการณ์ตรงในการดูแลตนเองภายหลังเกิดการทกล้ม ซึ่งการสัมภาษณ์ในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการศึกษาค้นคว้าเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่ทกล้มรายอื่นๆ ต่อไป พร้อมทั้งขอนัดหมายการสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป

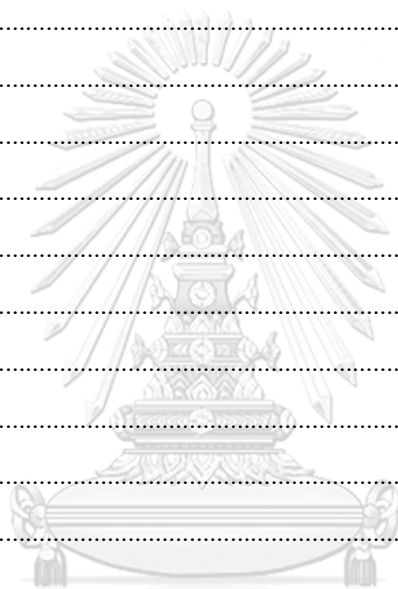
แบบบันทึกภาคสนาม

หมายเลขรหัสผู้ให้ข้อมูล (ID)

การสัมภาษณ์ครั้งที่ วันที่ เริ่มเวลา น. ถึงเวลา น.

สถานที่ในการสัมภาษณ์

บรรยายเหตุการณ์ ความคิด ความรู้สึก ปัญหาที่เกิดขึ้นในสนามวิจัย และการแก้ไข



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

นัดหมายการสัมภาษณ์ครั้งต่อไปวันที่

วัน/เดือน/ปี ที่บันทึก เวลาที่บันทึก

ผู้บันทึกข้อมูล

แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น

หมายเลขรหัสผู้ให้ข้อมูล (ID)

การสัมภาษณ์ครั้งที่ วันที่ เริ่มเวลา น. ถึงเวลา น.

สถานที่ในการสัมภาษณ์

บรรทัด	ข้อความ	การถอดรหัส
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		



การทดสอบสภาพสมอง (Abbreviated Mental Test: AMT)

หมายเลขรหัสผู้ให้ข้อมูล (ID)

ข้อ	คำถาม	คำตอบ	ถูก	ผิด
1.	อายุเท่าไร			
2.	ขณะนี้เวลาอะไร			
3.	ที่อยู่ปัจจุบันของท่านคือ			
4.	ปีนี้ ปีอะไร			
5.	สถานที่ตรงนี้เรียกว่า			
6.	คนนี้ (คนถาม) คือใคร และ คนใกล้ๆ(ญาติ) คือใคร			
7.	วันเดือนปีเกิด ของท่านคือ			
8.	เหตุการณ์ 14 ตุลา หรือวันมหาวิปโยค เกิด พ.ศ.อะไร			
9.	พระมหากษัตริย์องค์ปัจจุบันมีพระนามว่าอะไร			
10.	ให้นับถอยหลังจาก 20 จนถึง 1.....			

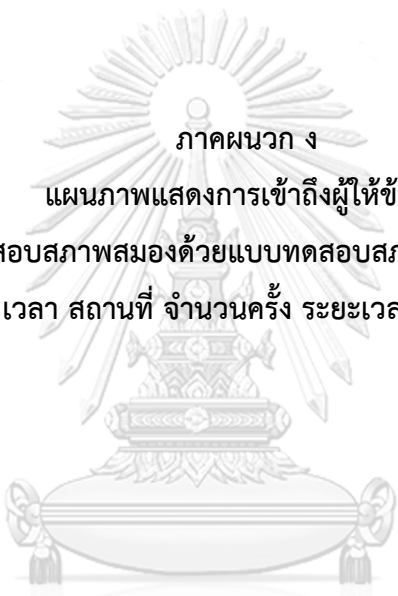
ที่มา : แบบ Geriatric Screening โดย สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2548)

ผลการประเมิน

การพิจารณา

รู้คิดปกติ ตอบถูก ตั้งแต่ 8 ข้อขึ้นไป

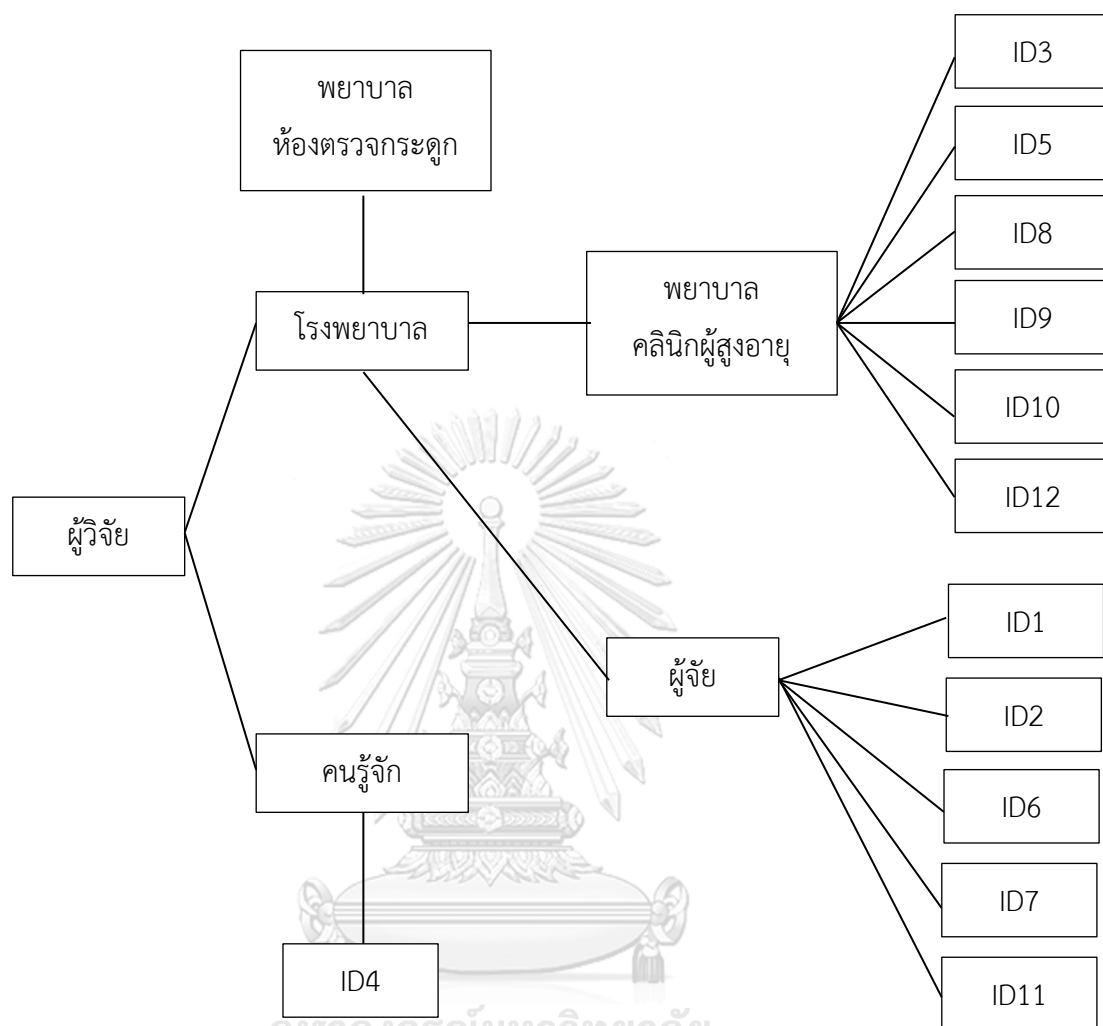
รู้คิดผิดปกติ คือตอบถูก น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 ข้อ



ภาคผนวก ง
แผนภาพแสดงการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล
ตารางผลการทดสอบสภาพสมองด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (AMT)
และตารางแสดงวัน เวลา สถานที่ จำนวนครั้ง ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล

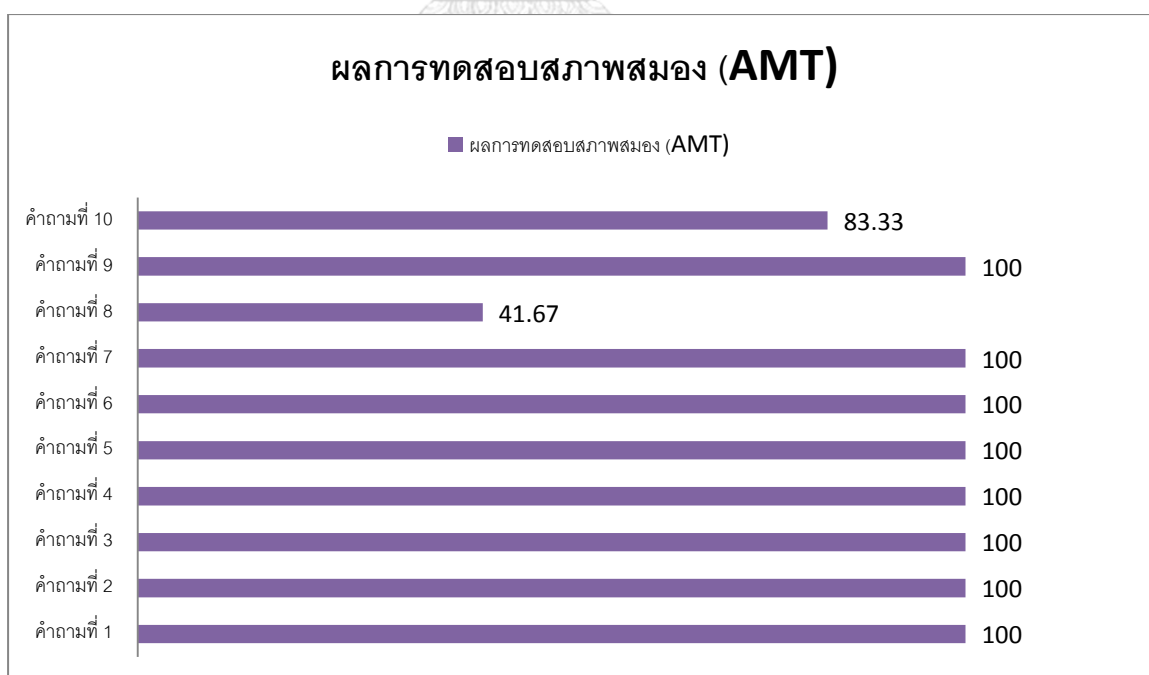
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แผนภาพแสดงการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล



ตารางที่ 2 แสดงผลการทดสอบสภาพสมองด้วยแบบทดสอบสภาพสมอง (AMT)

ผู้ให้ข้อมูล	การทดสอบสภาพสมอง (AMT)		
	ตอบถูก (ข้อ)	การแปลผล	ข้อที่ตอบผิด
ID1	10	มีการรู้คิดปกติ	-
ID2	9	มีการรู้คิดปกติ	8
ID3	9	มีการรู้คิดปกติ	8
ID4	10	มีการรู้คิดปกติ	-
ID5	9	มีการรู้คิดปกติ	8
ID6	9	มีการรู้คิดปกติ	8
ID7	10	มีการรู้คิดปกติ	-
ID8	10	มีการรู้คิดปกติ	-
ID9	9	มีการรู้คิดปกติ	10
ID10	8	มีการรู้คิดปกติ	8,10
ID11	9	มีการรู้คิดปกติ	8
ID12	9	มีการรู้คิดปกติ	8



ตารางที่ 3 แสดงการสัมภาษณ์และการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลร่วมกับผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล	จำนวนครั้งที่สัมภาษณ์	วันที่สัมภาษณ์	ระยะเวลา (นาที)	สถานที่สัมภาษณ์
ID1	ครั้งที่ 1	24 ก.ย. 2561	60 นาที	คลินิกผู้สูงอายุ
	โทรศัพท์	30 ก.ย. 2561	12 นาที	-
	Member Check	30 ต.ค. 2561	9 นาที	คลินิกผู้สูงอายุ
ID2	ครั้งที่ 1	24 ก.ย. 2561	15 นาที	คลินิกผู้สูงอายุ
	ครั้งที่ 2	26 ก.ย. 2561	45 นาที	ร้านดอกไม้ รพฯ
	โทรศัพท์	30 ก.ย. 2561	8 นาที	-
	Member Check	30 ต.ค. 2561	10 นาที	ร้านดอกไม้ รพฯ
ID3	ครั้งที่ 1	25 ก.ย. 2561	7 นาที	คลินิกผู้สูงอายุ
	ครั้งที่ 2	29 ก.ย. 2561	38 นาที	บ้านผู้ให้ข้อมูล
	Member Check	30 ต.ค. 2561	10 นาที	บ้านผู้ให้ข้อมูล
		15 พ.ค. 2562	14 นาที	บ้านผู้ให้ข้อมูล
ID4	ครั้งที่ 1	4 ต.ค. 2561	35 นาที	บ้านผู้ให้ข้อมูล
	โทรศัพท์	10 ต.ค. 2561	15 นาที	-
	Member Check	12 พ.ย. 2561	8 นาที	บ้านผู้ให้ข้อมูล
ID5	ครั้งที่ 1	25 ก.ย. 2561	10 นาที	คลินิกผู้สูงอายุ
	ครั้งที่ 2	3 ต.ค. 2561	59 นาที	บ้านผู้ให้ข้อมูล
	โทรศัพท์	10 ต.ค. 2561	7 นาที	-
	Member Check	12 พ.ย. 2561	12 นาที	บ้านผู้ให้ข้อมูล
ID6	ครั้งที่ 1	2 ต.ค. 2561	10 นาที	คลินิกผู้สูงอายุ
	ครั้งที่ 2	25 ต.ค. 2561	43 นาที	คลินิกผู้สูงอายุ
	Member Check	27 พ.ย. 2561	8 นาที	คลินิกผู้สูงอายุ
		15 พ.ค. 2562	15 นาที	คลินิกผู้สูงอายุ
ID7	ครั้งที่ 1	30 ต.ค. 2561	8 นาที	คลินิกผู้สูงอายุ
	ครั้งที่ 2	12 พ.ย. 2561	48 นาที	คลินิกผู้สูงอายุ
	โทรศัพท์	15 พ.ย. 2561	12 นาที	-
ID7	Member Check	25 ม.ค. 2562	9 นาที	คลินิกผู้สูงอายุ
		15 พ.ค. 2562	25 นาที	คลินิกผู้สูงอายุ

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ผู้ให้ ข้อมูล	จำนวนครั้งที่ สัมภาษณ์	วันที่สัมภาษณ์	ระยะเวลา (นาที)	สถานที่ สัมภาษณ์
ID8	ครั้งที่ 1	27 พ.ย. 2561	10 นาที	คลินิกผู้สูงอายุ
	ครั้งที่ 2	4 ธ.ค. 2561	53 นาที	คลินิกผู้สูงอายุ
	โทรศัพท์	20 ธ.ค. 2561	7 นาที	คลินิกผู้สูงอายุ
	Member Check	25 ม.ค. 2562	20 นาที	คลินิกผู้สูงอายุ
		15 พ.ค. 2562	18 นาที	คลินิกผู้สูงอายุ
ID9	ครั้งที่ 1	27 พ.ย. 2561	10 นาที	คลินิกผู้สูงอายุ
	ครั้งที่ 2	19 ธ.ค. 2561	43 นาที	คลินิกผู้สูงอายุ
	Member Check	25 ม.ค. 2562	8 นาที	คลินิกผู้สูงอายุ
ID10	ครั้งที่ 1	4 ม.ค. 2562	10 นาที	คลินิกผู้สูงอายุ
	ครั้งที่ 2	16 ม.ค. 2562	58 นาที	บ้านผู้ให้ข้อมูล
	โทรศัพท์	18 ม.ค. 2562	11 นาที	-
	Member Check	8 ก.พ. 2562	9 นาที	บ้านผู้ให้ข้อมูล
		15 พ.ค. 2562	15 นาที	คลินิกผู้สูงอายุ
ID11	ครั้งที่ 1	25 ม.ค. 2562	10 นาที	คลินิกผู้สูงอายุ
	ครั้งที่ 2	8 ก.พ. 2562	49 นาที	บ้านผู้ให้ข้อมูล
	โทรศัพท์	12 ก.พ. 2562	11 นาที	-
	Member Check	22 มี.ค. 2562	19 นาที	บ้านผู้ให้ข้อมูล
ID12	ครั้งที่ 1	8 มี.ค. 2562	10 นาที	คลินิกผู้สูงอายุ
	ครั้งที่ 2	16 มี.ค. 2562	59 นาที	บ้านผู้ให้ข้อมูล
	Member Check	22 มี.ค. 2562	27 นาที	บ้านผู้ให้ข้อมูล



ภาคผนวก จ
รายละเอียดของผู้ให้ข้อมูล ทั้ง 12 ราย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สรุปข้อมูล ID1

เพศหญิง อายุ 82 ปี เป็นคนกรุงเทพ ช่วยค้าขายได้ตั้งแต่อายุสามขวบ ขณะเรียนปอสี่ ต้องหนีระเบิดสมัยสงครามญี่ปุ่น หยุดเรียนบ่อยๆ ท้อใจ จึงเลิกเรียน ต่อมาสมัครครัว แต่งงานกับนายทหารเรือ จึงย้ายมาอยู่กับสามีที่สึดหีบ อายุ 42-43 ปี สามีก็มาตายจากไป ต้องเลี้ยงดูบุตรทั้งหกคนตามลำพัง ทำทุกอย่างทุกทาง ไม่นั่งรอมีงอเท้า คิดแบบแม่ค้า ทำขนมขาย ส่งเสียบุตรเรียนจนจบและมีงานทำทุกคน ภาคภูมิใจในตัวเอง เป็นที่ชื่นชมของคนในชุมชนที่บอกเป็นเสียงเดียวกันว่า “นี่แหละคือแม่ตัวอย่างเลี้ยงลูกได้ดีมีความสำเร็จกันทุกคน”

เดิมเป็นคนชอบออกกำลังกาย เริ่มจากออกวิ่งตั้งแต่ตีห้าครึ่ง วิ่งเหยาะๆ ทุกวันๆ ละ 4 กิโลเมตรกลับมาทันได้ใส่บาตรทุกเช้า ต่อมาเริ่มมีแอโรบิก หนึ่งยาง ฯลฯ ก็ไปทำกับเค้าด้วย ทำครั้งละ 30-60 นาที พอให้ได้เหงื่อ ทำแบบนี้มาตั้งแต่อายุ 60 แต่หลังจากหกล้มเมื่อปี 57 ก็ต้องหยุด อายุมากขึ้นต้องเปลี่ยนตัวเอง ใช้การบริหารร่างกายตามท่ากายภาพบำบัดแทนการออกกำลังกายแบบเดิม มีโรคประจำตัวคือ DLP, HT และ Gout ไปตรวจตามนัดและทานยาสม่ำเสมอ อาจจะมีทานยาเข้าไปบ้างชั่วโมงสองชั่วโมง ประเมินตัวเองประมาณเวลาไว้ตลอด น้อยครั้งที่สุดที่จะลืมทานยา ปัจจุบันอาศัยอยู่กับบุตรชาย ตื่นเช้าขึ้นมาจะออกกำลังกายให้คลายเมื่อย แอนหลังพอให้รู้สึกสบายตัว ใช้เวลาระหว่างวันไปช่วยบุตรสาวดูแลรีสอร์ท ได้พบปะพูดคุยกับลูกค้าเสมอๆ ไม่เคยอยู่ว่างๆ เดินดูต้นไม้ เลี้ยงแมวไว้ 1 ตัว คอยดูแลให้ข้าวให้น้ำ อาบน้ำแมว เล่นกับแมว ส่วนใหญ่จะให้อยู่ในกรงเลี้ยง เวลามีลูกค้าหรือใครผ่านไปผ่านมา ก็จะส่งเสียง “เมี้ยวๆ” ทักทายเค้า พอหมดวันก็จะเดินกลับไปนอนที่บ้านบุตรชาย

ล้มครั้งแรกประมาณต้นปี 57 ล้มล้มที่ศาลาวัด ไม่ได้ไปรักษาที่ไหน หนปวดได้ ระบุมปวดเล็กน้อย กินยาพาราเซตามอล ไม่เหมือนครั้งปลายปี เมื่อวันที่ 13 ธันวาคม 57 เวลาประมาณ 12.00 น. สะดุดก้อนหินบริเวณถนนลูกรังหน้าปากซอยบ้าน ล้มถลาไปข้างหน้า ลำตัวฝั่งขวาลงกระแทกพื้น เจ็บไหล่ขวา ยกไม่ได้แต่ไม่มีบาดแผล หัวเข่าขวามีเลือดออกและมีเศษหินฝังอยู่ มีคนเห็นเหตุการณ์เข้ามาช่วยพยุงพาเดินเข้าบ้าน แล้วจึงโทรศัพท์แจ้งบุตรทราบ ระหว่างรอบุตร ใช้สำลีชุบน้ำเช็ดทำความสะอาดแผลที่เข่า ตอนแรกคิดว่าไหล่ขวาอาจจะแค่หลุดหรือช้ำเท่านั้น ไม่น่าจะหักเพราะไม่มีบวม แต่ไม่สามารถยกแขนขวาได้เลย ประกอบกับปวดมากที่สุด หนปวดไม่ไหว จึงตัดสินใจให้บุตรพาไปโรงพยาบาล ไปถึงก็เอ็กซเรย์แล้วให้ไปรักษาต่อเนื่องจากไม่มีหมอ โรงพยาบาลที่สองเอ็กซเรย์ซ้ำ ก็ไม่พบความผิดปกติ จึงทำ MRI พบว่าเอ็นที่ไหล่ขวาขาด 3 เส้น คุยแผนการรักษากับหมอด้วยตนเอง ขอทำกายภาพบำบัดก่อนยังไม่ผ่าตัด กลับมาทำกายภาพต่อเนื่องที่บ้าน ยกเท่าที่ทนเจ็บได้ อีก 6 เดือนต่อมาจึงผ่าตัดใส่เอ็นเทียมไปตรวจตามนัดและทำกายภาพสม่ำเสมอ เป็นคนถนัดขวา ต้องปรับตัว ใช้มือซ้ายมากขึ้นจนสามารถใช้ได้

คลอง ทุกวันนี้ก็ยังมีอาการเสียๆ ที่ไหลช้าอยู่ ถ้าคิดว่าทำไม่ได้ๆ ก็จะทำไม่ได้ตลอดไป จึงพยายามทำทุกอย่างเองก่อน อะไรที่ตัวเองไม่ได้ก็จะมีบุตรช่วย ทั้งช่วยทำช่วยเตือน จากคนที่ชอบทำอะไรเร็วๆ ต้องปรับให้ช้าลง ต้องระวังตัวเอง พื้นห้องน้ำต้องเช็ดให้แห้ง มองหาที่ยึดเกาะ ใช้อุปกรณ์เสริม เช่น ไม้เท้า ถุงทราย ถ้าระวังทุกฝีก้าวแล้วยังล้มอีกก็อาจจะเป็นคราวเคราะห์ของเรา



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สรุปข้อมูล ID2

เพศหญิง อายุ 73 ปี เรียนจบชั้น มศ.8 เข้ารับราชการทหารทำงานด้านธุรการ หลังจากเกษียณอายุราชการ ก็มาช่วยบุตรสาวทำร้านดอกไม้ในโรงพยาบาลทุกวัน รับจัดช่อดอกไม้ทั้งสดและแห้ง มีของ gift shop และไม้ประดับต้นเล็กๆ วางจำหน่าย ได้พบปะพูดคุยกับคนอื่นๆ ทุกวัน แยกกันอยู่กับสามี ตนเองพักอาศัยกับครอบครัวของบุตรสาว ไม่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในบ้าน มีเงินบำนาญของตนเองใช้จ่ายส่วนตัวและทำบุญ บางครั้งจะช่วยออกค่าน้ำค่าไฟให้ก่อนซึ่งบุตรสาวก็คืนเงินให้ทุกครั้ง มีโรคประจำตัว คือ HBV, DLP จัดยาทานเอง มาตรวจต่อเนื่องตามนัด ควบคุมโรคได้ ไขมันความดันปกติ

ก่อนหน้านี้เคยเส้นบ่อย ไขมันลิ้น แคเซไม่ได้อิม จนอายุ 67 ปี ถึงคราวเคราะห์ หมอดูให้ระวังจะมีเคราะห์ ขณะนั้นเวลาประมาณ 11.00 น. เตรียมตัวจะกลับสัปดาห์หลังจากไปช่วยงานบุญบ้านญาติที่ต่างจังหวัด ใส่รองเท้าเดินถือแก้วกาแฟไปล้าง ไม่ทันระวังตัวเหยียบพื้นที่เพิ่งยังไม่ทันแห้ง จึงลื่นหายหลัง ก้นและศอกกระแทกพื้น ตอนแรกยังเฉยๆ ลูกขึ้นเอาแก้วไปล้างได้ คงเป็นไปตามดวง ถือว่าพาดเคราะห์ไป ต่อมารู้สึกซัดๆ บริเวณก้นและแปลกใจที่ข้อศอกไม่มีความรู้สึก พอหลานมาทักว่าข้อศอกบวม คิดเลยว่าต้องหักแน่ๆ แต่คงไม่มาก ญาติๆ พาไปตรวจที่คลินิก หมอให้เลือกว่าจะใส่เฝือกหรือไปโรงพยาบาล จึงตัดสินใจกลับมาโรงพยาบาลที่สัปดาห์ ทางคลินิกได้พันผ้าและล๊อคแขนไว้แน่นก่อนออกเดินทาง 2 ชั่วโมงก็มาถึงโรงพยาบาล เอ็กซเรย์พบว่ากระดูกข้อศอกหัก ต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อรอผ่าตัด ใส่เหล็ก ระหว่างนั้นให้ใส่เฝือกอ่อน คล้องแขนไว้ กินยาตามเวลา พยายามให้แขนซ้ายอยู่นิ่งๆ ไม่ขยับเขยื้อน ใช้แขนขวาได้ข้างเดียว โชคดีที่เจ็บข้างซ้ายเพราะเป็นคนถนัดขวา ยังคงทำกิจวัตรประจำวัน เช่น แปรงฟัน กินข้าว ได้เอง บางอย่างทำได้แต่ช้าลง เช่น ใส่กางเกง ต้องมีคนช่วยดูแลเวลาอาบน้ำหรือติดกระดุมเสื้อให้ ใส่บาตรทำบุญขอให้หายไวๆ ต่อมาไม่นานนักหมอก็บอกว่ากระดูกติดดี ให้ทำกายภาพต่อ กลับมาอยู่บ้านก็ทำเหมือนปกติ ลูกจะคอยเตือนให้ระวัง ห้ามไม่ให้ทำไม่ให้ยก คอยแย่งไปทำให้เอง

อีกครั้งหนึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหลังฝนตกใหม่ๆ ใส่รองเท้าคู่นี้ที่พื้นรองเท้าสึก เดินออกไปหลังบ้านเหยียบพื้นที่เปียกโคลน จึงลื่นล้มเข้ากระแทกพื้น มีแผลเล็กน้อย เลยต้องมีการปรับเปลี่ยนทั้งตัวเองและสิ่งแวดล้อม ดูแลตัวเองให้แข็งแรงเพื่อจะได้ไม่เป็นปัญหาให้ลูกหลาน จากเดิมออกกำลังกายให้คลายเมื่อยก็มาบริหารเพื่อให้แขนขาแข็งแรงขึ้น เดินมากเมื่อไหร่ก็จะปวดเข่าต้องนวดยาก่อนนอนไว้ตื่นเช้ามาก็หายปวด เคยใส่รองเท้าส้นสูงก็มาใช้ส้นเตี้ยและมีปุ่มยึดเกาะพื้นดีๆ พยายามเดินให้ช้าลงไม่ต้องรีบรุดนั่งยืน รอให้พร้อมก่อนค่อยก้าวเดิน ต้องระมัดระวังไม่ให้สิ่งใดมาชนตัวเรา ไม่ไปที่เสี่ยงมองหายุติเกาะไว้เสมอ ลูกก็กลัวจะลื่นอีกจึงซื้อรองเท้าใส่เข้าห้องน้ำและทำราวจับในห้องน้ำให้ เอาที่กันลื่นมาวางตามจุดเสี่ยงต่างๆ

สรุปข้อมูล ID3

เพศหญิง อายุ 75 ปี เรียนจบ ป.4 เมื่ออายุ 43 ปี แยกทางกับสามี มีบุตรด้วยกัน 3 คน ปัจจุบันพักอาศัยอยู่กับบุตรชายคนกลาง มีเงินใช้จ่ายส่วนตัว ให้หลานบ้าง ทำบุญ ซื่อสัตย์ แม้ว่าจะไม่เคยถูกเลยก็ตาม ตื่นนอนประมาณหกโมงเช้า ออกมาเก็บกวาดใบไม้ รดน้ำต้นไม้หน้าบ้าน ให้อาหารสุนัขเสร็จแล้วจึงมานั่งกินข้าวคนเดียว จากนั้นจะกวาดบ้านถูบ้าน อาบน้ำ ดูทีวีไปเรื่อยๆ ให้เพลินๆ ไป ให้นั่งเฉยๆ ไม่ทำอะไรเลย ใจมันอดคิดไม่ได้ คิดเรื่องลูกหลาน วันไปเหมือนพายเรือในอ่าง สามทุ่มกว่าๆ ถึงจะได้เจอกันคุยกันก่อนแยกย้ายไปนอน คืนไหนลูกกลับดึกก็จะนอนรอจนได้ยินเสียงลูกเข้าบ้านก่อนถึงได้หลับ มีโรคประจำตัว คือ HT, DLP จัดยาทานเอง ผ่าตัดกระจกแก้วทั้งสองข้าง ใช้ยาหยอดตา ลูกคนโตเป็นคนรับส่งไปโรงพยาบาลตามนัด ไม่ให้มาเอง กลัวล้มกลัวรถชนกลัวไปหมด ลูกคนกลางก็ซื้อเครื่องวัดความดันมาให้คอยวัดเวลารู้สึกผิดปกติ เคยมีหัวใจแล้ววัดความดันขึ้นสูงมาก เค้กก็รีบพาไปโรงพยาบาล เค้กว่าเครียด อย่าคิดมาก อย่าอดนอน ลูกๆก็รู้ว่าแม่คิดมากแล้วนอนไม่หลับ เค้กมีเรื่องอะไรก็จะปิดไว้ไม่บอก ยิ่งเค้กปิดก็ยิ่งคิดมาก ห้ามความคิดไม่ได้

ล้มครั้งเดียวตอนอายุ 73 ปี วันนั้นฝนตก เวลาประมาณสองทุ่มกว่าๆ พื้นเป็นกระเบื้องพอเปียกก็ลื่น รีบเดินออกไปกันไม่ให้สุนัขกัดกัน ไม่ทันได้ใส่รองเท้า จึงล้มหงายหลังลงไปนอนกับพื้น ศีรษะกระแทกพื้น คิดว่าคราวนี้ตายแน่ๆ ไม่รู้ตัวเลย สักพักนิ่งเริ่มรู้สึกตัว มีมึนๆ งงๆ เจ็บที่หัว คลำไม่มีแผล แล้วก็ลุกเดินเข้าบ้าน โทรศัพทไปหาน้องสาวเพราะเค้กอยู่ใกล้ที่สุด เค้กให้รีบโทรหาลูก ลูกก็มารับไปโรงพยาบาลทันที ไม่ทันได้เอาน้ำแข็งมาประคบ ไปถึงฉุกเฉิน ทุกอย่างก็รวดเร็ว ไม่ติดขัด เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมองแล้วให้กลับบ้านได้ แนะนำให้ดูอาการต่อ 2-3 วัน ลูกคนกลางมาอยู่ดูแล ไม่ปล่อยให้อยู่คนเดียว ล้มทีเดียวเข็ดเลย กลัวตาย กลัวเดือดร้อนลูกๆ ต้องปรับตัว ปรับให้เข้ากับตัวเรา ตอนกลางคืนก็ใช้กระโถนแทนเดินเข้าห้องน้ำ ต้องดูต้องมองพื้นก่อนก้าวเดิน ใส่รองเท้ายางเดิน ส่วนลูกก็เอาแผ่นยางกันลื่นมาใส่ในห้องน้ำไว้แต่ตะไคร้ขึ้นจึงเอาออกไป พื้นที่เปียกต้องเช็ดให้แห้ง ตัดแผ่นกาวหยาบตามประตูทางเดิน เทพื้นให้เอียงเล็กน้อยเพื่อให้ น้ำระบายได้เร็วขึ้น จากร่องระบายน้ำที่กว้างไปก็ทำให้แคบลง ทำพื้นบ้านใหม่ให้หยาบๆ ไม่อยากได้สีขาวเพราะเปื้อนง่าย แต่ยอมปูพื้นสีขาว ตามใจลูก เค้กทำเพื่อไม่ให้แม่สิ้น เราก็ต้องรู้ตัวเอง ประมาณตัวเองด้วย ไม่ใช่ทำแล้วช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องระวังตัวเอง อุปกรณ์ต่างๆ ก็อาจช่วยเราไม่ได้ ถ้าเราไม่ระวัง

สรุปข้อมูล ID4

เพศหญิง อายุ 62 ปี เรียนจบ ป.4 เป็นหม้ายสามีเสียชีวิต มีบุตรสาว 2 คน พักอยู่กับลูกสาวคนโตและลูกเขย ส่วนลูกสาวคนเล็กทำงานที่ศรีราชา ไปๆ มาๆ สัตหีบ-ศรีราชา ช่วยกันดูแลแม่ ให้เงินแม่ทุกเดือน ใช้จ่ายส่วนตัว ทำบุญใส่บาตร ไม่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายใดๆ ปกติตื่นนอนตีห้า หุงข้าว ทำอาหาร ใส่บาตรทุกวัน จากนั้นก็จะกวาดใบไม้หน้าบ้าน ปั่นจักรยานออกกำลังกายประมาณ 1 ชั่วโมง จึงทานอาหารเช้า ทานยา เก็บกวาดบ้านให้เรียบร้อยก่อนไปอาบน้ำแต่งตัว บางวันออกไปข้างนอกกับเพื่อน ส่วนใหญ่จะอยู่บ้าน ดูทีวี ไม่อยู่เฉยๆ ชอบรื้อของออกมาจัดใหม่ บางทีจัดไม่เสร็จ ทิ้งค้างไว้แค่วันเดียว แล้วแต่เรา ส่วนมือเย็นจะทานพวกสลัด ยาปลาหู หลีกเลี้ยงแบ่ง ไม่ทานของทอด-ของมัน ลูกก็มาช่วยคุมเรื่องอาหารกับออกกำลังกาย ให้ควบคุมน้ำหนัก DM, HT, DLP ก็ดีขึ้นจนหมอแปลกใจลดปริมาณยาได้ ไปตรวจตามนัดสม่ำเสมอ จากเดิมน้ำหนัก 66 ถ้าจะให้พอดีต้อง 55 ตอนนี้เหลือ 58 รู้ตัวว่าแข็งแรงขึ้น พอใจแล้ว เลยพยายามทรงไว้แค่นี้ อายุยิ่งมากขึ้นก็ยิ่งคุมได้ยาก แต่ต้องทำ ทำได้มากได้น้อยก็เอา ดีกว่าไม่ดูแลตัวเอง แม่มีร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ไม่เป็นอะไร ลูกๆ ก็สบายใจ

ประมาณปีกว่าๆ ที่ผ่านมา ประมาณห้าโมงเย็น ตอนนั้นกลับจากไปงานศพ เดินคุยกับเพื่อนตลอดทาง ระหว่างทางเดินช่วงนั้นกำลังก่อสร้าง มีก้อนหินร่วงอยู่ตามพื้น รองเท้าที่ใส่ไปเป็นรองเท้ามีสันเดินไปคุยไป ไม่ทันระวังตัว เหยียบก้อนหินพวกนั้นแล้วก็เท้าพลิก เสียหลักล้มลง ไข่ม้อยันพื้นไว้กลัวหัวฟาด หัวเข้าจึงกระแทกพื้น ตอนที่ล้มรู้สึกตกใจ เพื่อนจะช่วยพยุงก็รับห้ามไว้ ลูกเองได้แล้วก็มาสำรวจตัวเอง ถ้าหักก็ต้องปวด ลูกเคยเตือนให้ระวังล้ม ไม่อยากให้แม่ล้ม มันเสี่ยง ถ้าล้มแล้วจะเจ็บหนักนี้แค่สบาย คำพบเลือดก็กลับมาทำความสะอาดแผลที่บ้าน เอาน้ำเกลือล้าง ใส่ยา รู้สึกซัดๆ ก็ใช้น้ำมันนวด รวดดูอาการตัวเองก่อน ถ้าเคล็ดมากขึ้น มีปวดมีบวม จึงจะไปหาหมอ หลังจากนั้นก็มีระมัดระวังตัวเองมากขึ้น ต้องปรับเปลี่ยนตัวเอง ไปนอบบ้านใส่รองเท้าคีชูไม่มีสัน อยู่บ้านใช้รองเท้าผ้าเพื่อไม่ให้เท้าสัมผัสพื้นจริงๆ เป็นเบาหวานต้องดูแลให้ดี ระวังไม่ให้เท้าเป็นแผล ต้องระวังทุกอย่าง ต้องนึกถึงการล้มไว้จะโชคดีเหมือนครั้งนั้นมัย ถ้าเราประมาทแล้วล้ม เป็นอะไรมากก็ต้องเตือนเตือนคนอื่นๆ เพียงแค่ใส่ใจระวังตัวเอง ก็จะไม่เจ็บตัวและไม่มีใครมาลำบากไปกับเรา เราดูแลตนเองได้ เราปลอดภัย เราก็มีความสุข

สรุปข้อมูล ID5

เพศหญิง อายุ 68 ปี จบ ปวช. หลังแต่งงานก็ย้ายมาอยู่สัตหีบตั้งตั้งแต่ปี 30 มีบุตร 3 คน ปัจจุบันพักอยู่กับสามี บุตรชายคนกลางและหลาน แรกๆทำงานเป็นเซล ไปๆ มาๆ กรุงเทพสัตหีบต่อได้ปีนึงก็เลิกหยุดทำข่าวได้สามปี เคยเป็นดีเจวิทยุ คลื่น 91.5 เป็น อสม. และตอนนี้เป็น care giver เข้าสู่ปีที่ 3 ดูแล 3 เคส แบ่งเวลาไปเยี่ยมเคส ติดเตียง สัปดาห์ละ 2 วัน จันทร์-อังคาร เคสติดบ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมงต่อหนึ่งเคส ได้ค่าตอบแทน เป็นรอบๆ ไม่แน่นอน บางครั้ง 3-6 เดือน จะแจ้งวันให้ไปรับเช็ค ที่แน่ๆ คือได้เงินผู้สูงอายุ 600 บาททุกเดือน ได้เงินมาก็เอาไว้ใช้จ่ายในครอบครัว ทำอาหารเอง ரசไม่จัด ตัวเองทานข้าวต้มกับหัวไชโป๊ได้ทุกมื้อ หลานทานโจ๊ก แซนวิชกับโอวัลติน ไม่ก็หมีขั้ว ส่วนผู้ใหญ่ก็แล้วแต่ วันไหนลูกมาเหนื่อยๆ เค้าก็จะชวนไปกินข้าวนอกบ้าน ไปซื้อของด้วยกัน ลูกจะเป็นคนออกเงิน วันไหนหลานมีเงินกลับมาแสดงว่าเดือนนี้ลูกเรามีเงิน ถ้าเค้าไม่มี เรายังได้แต่เก็บไว้ในใจ น้ำเสียงเริ่มสั้นเครือและมีน้ำตาคลอเบาๆ ก็หยุดคิดถึงความรู้สึกเจ็บลึกๆ นั้น ถ้าล้มไปคนนึงทุกคนก็จะอยู่ไม่ได้ มองไปรอบๆ ย้ำเดือนตัวเองว่าต้องเข้มแข็ง ต้องมีเพื่อนอย่างน้อย 10 กลุ่ม แต่ขอเพื่อนดีๆ คนนึงเหมือนเพื่อนคนนี้ก็พอ แค่มองตาเราเค้าจะรู้เลย เค้าก็จะช่วยเหลือทันที เค้าให้ยืมมาเท่าไรเราก็คืนให้ครบตามเวลาทุกครั้ง เราต้องมีวุฒิภาวะในการจัดการปัญหา มีโรคประจำตัว คือ HT จัดยาทานเองสม่ำเสมอ ส่วนต่อกระเจกนั้นมันได้ไปตรวจต่อเนื่อง ไม่ต้องใช้ยาหยุดตาเพราะไม่มีอาการระคายเคืองตาปกติเป็นคน active กลับจากดูแลเคส ก็จะไม่อยู่เฉยๆ ทำงานบ้าน ซักผ้า พยายามไม่คิดมาก ปลอบใจให้โล่ง ดูทีวี เดินทั้งวัน ตอนเย็นออกไปเดินที่สวน happy 3-5 วันต่อสัปดาห์ ส่วนวันเสาร์อาทิตย์นั้นถ้าไม่เล่นโยคะ ก็จะไปช่วยงานจิตอาสาที่มูลนิธิฯ นอกจากนี้ก็มีการรวมกลุ่มอาชีพ ทำไข่เค็ม ได้ทั้งเพื่อนทั้งเงิน ตัวเองเป็นคนมีเซนต์ อยู่ในศีลธรรม เป็นสายปฏิบัติ จึงรับรู้และเห็นในสิ่งที่คนทั่วไปไม่เห็น ซึ่งตอนนี้มีความพอใจในชีวิตแล้ว ดูแลตัวเองได้ มีส่วนร่วมในสังคม ไม่เจ็บไม่ป่วยเพราะมีใจเป็นที่หนึ่ง

แม้ว่าจะเป็นคนที่สะอาดบ่อยๆ แต่ก็ไม่ถึงกับล้น มีเพียงครั้งเดียวที่สะอาดแล้วล้น คือ เมื่อประมาณปี 54-55 ไปเที่ยวกับชมรมผู้สูงอายุ รีบวิ่งไปเข้าห้องน้ำ สะดุดกับปุ่มที่พื้นหน้าห้องน้ำ หัวเข่ากระแทกพื้น ตอนนั้นตกใจมาก รู้ว่าไม่ใช่คนผลึกแน่ๆ ไม่มีใครวิ่งมาทัน เหมือนโดนผีผลัก หรือเป็นเคราะห์ของตัวเอง ตอนแรกมันขา ยังไม่รู้สึกลูกขึ้นมาเดินเข้าห้องน้ำต่อได้ แต่พอหายซากก็พบว่ากางเกงช่วงหัวเข่าข้างซ้ายขาด หัวเข่าซ้ายถลอก เป็นรอยช่วน มีเลือดออกซิบๆ รีบใช้น้ำลูบๆ ออกก่อนเพราะพื้นมันสกปรกมาก แล้วจึงกลับมาทำความสะอาดแผลต่อที่โรงแรม ซบให้แห้ง ใส่เบตาดีน ต้องงดของแสลงที่ทำให้แผลมีหนอง เช่น หน่อไม้ ข้าวเหนียว ไข่ ใช้ทุกวิถีทางเพื่อให้แผลแห้ง ก็ต้องเชื่อโบราณไว้บ้าง เอามาผสมกับความรู้อันเรามี สังเกตอาการตนเอง เริ่มปวดระบม ตึงแผล ต้องปรับตัว รู้ตัวว่ามีแผล ต้องค่อยๆ ลูก

ระวังแผลปริ ใช้กระเป๋าคอยกันไว้ไม่ให้ใครมาโดน ต้องระวังป้องกันตัวเองไม่ให้ล้ม กลัวมาก เวลาเดินต้องมองพื้น มองกว้างๆ ซ้ายขวา ใช้อุปกรณ์เสริม เช่น ไม้เท้า สำคัญที่สุดคือรองเท้า ใช้แบบหนังแก้วหุ้มสัน เวลาไปประชุม ที่ใช้บ่อยๆ ก็เลือกที่ใส่สบาย แบบยางยืดเปิดปลายเท้าเล็กน้อย มีสายรัดสันเท้า ให้มีการถ่ายเทสะดวกเพราะเท้าจะบวม หลังจากล้มมาต้องปรับทั้งพฤติกรรมของตัวเองและเลือกใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสมกับตัวเอง ต้องมองให้ไกลมองให้สุด มองตรงมองไปข้างหน้า มองต่ำมองที่เท้า มองหาตัวช่วย ไม่ลูกหลานก็เพื่อนฝูง หลังๆ มานี้ จะไปไหน ลูกจะคอยอยู่ข้างๆ ช่วยจูงคอยเดินตาม



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สรุปข้อมูล ID6

เพศหญิง อายุ 70 ปี เรียนจบ มศ.6 รับราชการครูจนเกษียณอายุ พักอาศัยอยู่กับสามี รับเงินบำนาญทั้งคู่ มีรายได้เพียงพอ มีบุตร 2 คน ทำงานที่กรุงเทพฯ วันหยุดก็จะกลับมาเยี่ยม ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปีแต่เคยไปตรวจที่โรงพยาบาลด้วยอาการกระเพาะปัสสาวะอักเสบจึงได้ตรวจเลือดครบซึ่งก็ไม่มีอะไรผิดปกติ สองปีก่อนปวดเท้าขวาไปตรวจที่ห้องตรวจกระดูก เป็นรองข้อที่เท้าขวา เอ็นอักเสบ ต้องทำกายภาพบำบัด รักษาอยู่ป็นิ่งหายแล้วจึงส่งมาที่คลินิกผู้สูงอายุ ให้ทานแคลเซียมกับวิตามินดีต่อเนื่อง ช่วงนี้ทำกายภาพน้อยลง มีนัดตรวจทุก 3-4 เดือน

หกล้มครั้งแรกและครั้งเดียวเมื่ออายุ 67 ปี วันนั้นเป็นเวลา 09.00-10.00 น. หลังจากซักผ้าล้างภาชนะคว่ำเสร็จแล้ว จะใส่รองเท้าที่วางอยู่ข้างล่างเพื่อเดินเอาผ้าไปตาก ก้าวเท้าซ้ายลงไปใส่ก่อนพอจะใส่ข้างขวาเท่านั้น มันก็ลื่นเลย ปลายเท้าทั้งสองข้างยันกับขอบซีเมนต์ แผ่นหลังไปชนพืดอยู่กับเครื่องซักผ้าเหมือนกับนั่งพิงอยู่ ไม่มีส่วนใดของร่างกายกระทบกับพื้น มีอาการปวดที่นิ้วหัวแม่เท้าทั้งสองข้าง ลูกเดินเข้าบ้านมาบอกสามีว่าลื่นล้ม เค้าก็ออกมาดูตรงนั้นทันที รู้ว่ามันลื่น พื้นยังเปียกๆ อยู่ ต้องเตือนสามีให้ระวังลื่นซ้ำ แล้วจึงค่อยพยายามแก้ฟกซ้ำรักษาตัวเอง ต้องพยายามระมัดระวังตัว เลือกใช้รองเท้าที่ยึดเกาะพื้นดีๆ เดินให้ระมัดระวัง ไม่ทำอะไรเกินตัว รู้จักประมาณกำลังตัวเอง หัวของให้หน่อยลงน้ำหนักให้สมดุล เมื่อมือข้างถนัดไว้คว้าที่ยึดเหนี่ยว เป็นคนชอบออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ตื่นเช้าตีห้าครึ่ง ออกจากบ้าน ใส่รองเท้าผ้าใบเดินไปออกกำลังกายรอบๆ สนามกีฬา หกโมงกว่าๆ ก็กลับถึงบ้าน เปลี่ยนมาใส่รองเท้าที่นุ่มสบายเท้าเดินรอบบ้าน ดูต้นไม้ ไม่ค่อยอยู่นิ่งๆ แต่จะเสี่ยงไม่ไปที่ๆ เสี่ยงต่อการลื่นล้ม ลูกๆ ก็คอยบอกให้ชัดพื้น อย่าปล่อยยให้ลื่น ปรับพื้นบ้าน ปูพรมให้หยาบๆ แทนพื้นซีเมนต์ ไม่เอารองเท้าไปวางที่เดิม เดินอ้อมมาทางพื้นหยาบๆ แทน ต้องป้องกันไม่ให้ลื่นเพราะกลัว กลัวว่าถ้าล้มแล้วจะกระดูกหัก บางที่อาจดูเป็นเล็กน้อยแต่มันส่งผลรุนแรงได้ ต้องระมัดระวังตัวของเรา ประเมินตัวเรา

สรุปข้อมูล ID7

เพศชาย อายุ 78 ปี เรียนจบอาชีวะตอนปลาย เทียบเท่า ม.3 สมัยนี้ รับราชการทหาร จนเกษียณอายุ อาศัยอยู่กับครอบครัวรวม 7 คน มีภรรยา ลูกชาย 2 ลูกสะใภ้และหลานสาวอีก 2 คน รับเงินบำนาญทุกเดือน ไม่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในบ้าน ใช้จ่ายส่วนตัว ให้หลานบ้าง ทำบุญบ้าง เป็นโรคจอตาคำ ใช้ยาหยอดตาและไปตรวจต่อเนื่องตามนัด ไม่มีโรคประจำตัวเรื่องอื่นๆ

ประมาณต้นปี 60 ล้มที่บ้านน้องสาว ช่วงกลางวัน ตอนนั้นยืนอยู่ที่บันไดชั้นที่ 2 ก้าวเท้าขวาไป ชั้นที่ 3 เพื่อพุ่งส่งเหล็กขึ้นชั้นบน แต่ตอนถอยเท้ากลับลงมา แทนที่จะเป็นชั้น 2 ตามเดิม กลับถอยเกินไปที่ชั้น 1 เลยเสียหลักในลักษณะเหวี่ยงหางไปด้านขวา ตัวหมุนออก พยายามทำตัวให้กลม เก็บคองอเข้า มือซ้ายคว้าราวบันไดไว้ได้แต่จับไม่ถนัด เลยร่วงลงมานอนกับพื้น เจ็บที่ศีรษะ คลำดูยังไม่มื่ออะไร แต่ก็ยังระแวงเพราะลงมาแรงมาก เลยลองขยี้ดู เลือดก็ออกมาก ลูกขึ้นนั่งได้ก็ร้องบอกคนงาน ก็เลยไปตามน้องสาว ไปรับพี่สาวมาพาไปโรงพยาบาล ตอนแรกจะไม่ไป แต่ก็ไม่อยากขัดใจพวกเค้า ทำตัวเราให้รอด ไข่นกไขว้ที่ใส่ที่สุด ระหว่างทางก็กดบาดแผลเพื่อห้ามเลือดไว้ด้วย ถึงห้องฉุกเฉิน ก็ได้ไปเอ็กซเรย์ เสร็จแล้วก็มาเย็บแผล ให้ยากิน นัดมา 7 วันตัดไหม ภรรยาช่วยดูแล ไม่มีอาการผิดปกติ แต่ภายหลังมาพบว่า ศีรษะบริเวณแผลยุบลงไป ส่วนนี้มีเส้นประสาท กังวลว่าจะป็นอัมพฤกษ์อัมพาตเหมือนคนอื่นมัย กลัวจะเป็นภาระให้ลูกหลาน ยอมหักยอมเจ็บดีกว่าเป็นอัมพาต อย่าเอาข้างหลังลง ครึ่งนี้เราโชคดีที่เป็นแค่ศีรษะแตก ต่อไปต้องคิดถึงความปลอดภัยเป็นหลัก ย้ำถึงความปลอดภัยในทุกๆ เรื่อง มีสติ ให้เอาใจไปอยู่ที่เท้า ใ้รู้ว่าเราเดิน อย่าลืมดูเท้าตัวเอง ลูกมาติดราวเหล็กในห้องน้ำให้ ตัวเราก็ต้องทำให้ขาแข็งแรง ออกกำลังขาก่อน มือที่หลัง หรือทำไปพร้อมกันๆ กันก็ได้ เริ่มทีละน้อยไปก่อนแล้วค่อยเพิ่มจำนวน ต้องบริหารขาให้แข็งแรง เสริมด้วยมือแขน จะได้ทั้งตัวเพื่อความแข็งแรง ใช้ท่ากายบริหารราชนาวิ 8 ท่า ก็พอ นอกจากนี้ยังมีอุปกรณ์ เช่น ไม้เท้า, walker เป็นตัวช่วยเดินเวลาขาไม่ตี พอเดินได้ดีก็ไม่ต้องใช้ ภรรยาจะให้ทิ้งเพราะเชื่อว่ามีของนี้อยู่ในบ้านเป็นกลางไม้ตี จึงเอามาบริจาคให้โรงพยาบาล ทุกข์หรือไม่อยู่ที่ใจ ทำด้วยใจก็จบ

สรุปข้อมูล ID8

เพศชาย อายุ 73 ปี เรียนจบ ม.6 รับราชการทหารจนเกษียณอายุ รับเงินบำนาญทุกเดือน บุตรทำงานที่กรุงเทพ พักอาศัยอยู่กับภรรยา รายได้เพียงพอ เก็บเงินที่เหลือจากค่าใช้จ่ายต่างๆ เป็นทุนการศึกษาให้หลาน มีโรคประจำตัว คือ HT, DLP หมอให้หยุดทานยาความดัน 3-4 ปี ใช้การออกกำลังกายและควบคุมอาหารต่อเนื่องจนสามารถหยุดทานยาไขมันได้เกือบ 1 ปีแล้ว ทานแคลเซียมกับน้ำมันปลาเพื่อรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม ร่วมกับใช้ปลอกสวมเข่าสลับกับไม้เท้า

หกล้ม 2 ครั้ง ครั้งแรกอายุประมาณ 50 ปี ยังรับราชการอยู่ วันนั้นออกกำลังกายหน้าบ้าน ทำกายบริหารราชนาวี เอนตัวไปข้างหลังแล้ววูบ หายหลังลงไป ศีรษะกระแทกพื้น ตอนแรกไม่รู้สึกอะไร โชคดีที่เป็นพื้นทราย เลยไม่เจ็บมาก ภรรยาก็เห็นเหตุการณ์ น่าจะเข้ามาช่วย พอรู้สึกตัวขึ้นมาก็ไม่ได้ไปรักษาที่ไหน ไม่ได้หาสาเหตุอะไรไม่เป็นอะไรมาก จากนั้นก็ใช้ชีวิตตามปกติเรื่อยมา จนผ่านมามากสิบปี ประมาณปี 49-50 วันนั้นไปตรวจตามนัดที่โรงพยาบาล กลับถึงบ้านก็บ่นสอง เกือบๆ บ่นสาม เข้าห้องน้ำที่บ้าน มีอาการวูบ หายหลังลงไปกระแทกกับอ่างล้างหน้าก่อน แล้วกระดอนมาข้างหน้า กระแทกกับโถส้วม ไปสุดท้ายที่ก้นลงกระแทกกับพื้น รู้สึกว่าเจ็บช่วงท้ายทอยเล็กน้อย หัวโน ภรรยาได้ยินเสียงลั่นก็รีบมาหา ครั้งนี้ก็ได้ไปหมอ แค่เจ็บนิดเดียว ไม่กี่วันก็หาย หลังจากนั้นประมาณ 6 เดือนหรือปีหนึ่งได้ มีอาการปวดบริเวณกระเบนเหน็บ ไปตรวจที่ห้องกระดูก บอกว่าเป็นกระดูกทับเส้น ฉีดยาเข้าตรง หลังที่ปวด ส่งไปทำกายภาพต่อ ตอนฉีดยาเค้าก็ถามว่าเคยล้มมาก่อนมั๊ย วูบล้มตอนนั้นมันส่งผลมาถึงวันนี้ ก็ต้องปลง อะไรจะเกิดมันก็ต้องเกิด ทำใจปล่อยไปตามเรื่องตามราวรักษากันไป ส่วนทุกวันนี้ก็ต้องระวัง พกยาหมกับน้ำขวดเล็กไว้ตลอด ถ้ามีอาการมึนๆ ตาลาย จะวูบ ต้องรู้ตัวต้องดูแลตัวเอง นั่งลงก่อน กินยาหม ต้องหาที่จับ ต้องรู้จุดเสี่ยงที่อาจเกิดอันตรายได้ เช่น บันได หรือจุดที่ไม่มีราวจับ ต้องระวังไปซ้ำๆ ถ้าไม่ไหวก็นั่งลงก่อน นอกจากนี้ยังต้องไม่ปล่อยให้รู้สึกหิว จะทำให้อ่อนแรง มึนงง เวียนศีรษะ ต้องดูแลตัวเองไม่ให้ล้มก็ต้องหาทางป้องกันไว้ก่อน วิธีป้องกันที่ดีที่สุดก็คือการดูแลตนเองให้ดีที่สุดในทุกๆ อย่าง ครอบครัวยุติแลกันและกัน นอกจากสุดวิสัยจริงๆ อย่างวูบขึ้นมากระแทกหันแบบ 2 ครั้งที่ผ่านมาจะล้มก็ล้มไป ทำราวจับในห้องน้ำหรือทำได้ทั้งบ้านก็ยิ่งดี เดินให้มั่นคง ต้องระวังทุกฝีก้าว ปรับพฤติกรรมพยายามทำให้มันง่ายขึ้น เช่น ถอยหลังลงบันไดแทนเดินลงปกติ จะช่วยบรรเทาอาการปวดเขาได้ ใช้อุปกรณ์เสริม เช่น ไม้เท้า พันผ้าหรือสวมปลอกเข่า

สรุปข้อมูล ID9

เพศชาย อายุ 69 ปี จบปริญญาตรี ปลูกบ้านสองหลังในรั้วเดียวกัน พักอยู่คนเดียว ส่วนภรรยา พักอยู่กับลูกสะใภ้ ลูกชายทำงานที่กรุงเทพ รับราชการทหารจนเกษียณอายุ รับเงินบำนาญทุกเดือน รายได้เพียงพอ มาเข้าชมรมผู้สูงอายุ รพฯ มีกิจกรรมให้ทำบ่อยๆ ทานยารักษา BPH และหยอดตา รักษา ต้อหินทั้งสองข้างหลังจากผ่าตัด ตรวจตามนัดทั้งสองโรค

หกล้ม 2 ครั้ง ครั้งแรกคือเดินสะดุดล้ม เป็นตอนกลางคืนไม่รู้สะดุดอะไร พอล้มลงก็เอามือยันพื้นไว้ จำไม่ได้ว่ามีมือข้างไหน รู้สึกว่ามีแผลถลอก เจ็บข้อมือ เจ็บไม่มาก น่าจะแค่ขื่น ไม่หัก แต่ก็ไม่สามารถ ขยับได้เลย ต้องอยู่ในท่ากระดกข้อมือค้างไว้ เพื่อนบ้านผ่านมาเห็น จึงพาไปโรงพยาบาล เช็ดล้าง ทำความสะอาดแผลก่อนออกมาโรงพยาบาล จำไม่ได้ว่าเอ็กซเรย์มัย หมอมาตรวจ ได้ทำแผล ฉีดยา แก้ปวดและรับยากลับบ้านได้ ครั้งแรกนี้ไม่หนักเท่าครั้งที่สอง ตอนนั้นเป็นเวลาเย็นๆ ยังพอมีสว่างอยู่ ใช้เก้าอี้มาวางเหยียบขึ้นไปตัดกิ่งไม้ที่บ้าน มั่นใจว่าเก้าอี้มั่นคงดี ไม่น่ามีอะไร ใช้แรงตัดไปหลายครั้ง คง เหยียงมากไปจนทำให้เก้าอี้ล้ม ก็เลยเสียหลักตกลงมากระทบพื้น เจ็บมาก โชคดีที่ไม่ได้เอาหัวลง กลัวหัว พาดพื้นแล้วจะบาดเจ็บมากกว่าเอาแขนลง เลยใช้มือยันไว้แล้วทิ้งตัวเหมือนโตนดร่ม ลูกสะใภ้ได้ยินเสียงรีบ วิ่งออกมาดู พาไปโรงพยาบาลทันที ไม่ได้ทำอะไรก่อน มั่นใจมาก เจ็บทั้งตัว ไปถึงก็ได้เข้าห้องฉุกเฉิน ก่อนเลย ลูกสะใภ้ไปทำบัตรตรวจ ต้องเย็บแผล ฉีดยาป้องกันบาดทะยัก ให้ยามากิน นัดมาทำแผลทุกวัน ครบ 7 วันตัดไหม ระหว่างนี้ก็ทำเฉพาะงานเล็กๆ น้อยๆ เช่น เก็บกวาดบ้าน ล้างจานชาม ช่วยภรรยา ทำอาหาร งานที่ไม่หนักหนานี้ยังช่วยกันทำ พอให้รู้สึกกระฉับกระเฉง ส่วนงานหนักๆ เช่น ตัดต้นไม้ ถางหญ้า ก็หยุดทำไว้ก่อน ทำอะไรที่เกินกำลังก็หยุดพัก ปกติทุกเช้าจะดูทีวี ติดตามข่าวสารบ้านเมือง พอตกเย็นก็จะขับรถพาภรรยาไปออกกำลังกายด้วยกัน เคี้ยวแอมโรบิก เราเดิน สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ช่วงเจ็บก็ต้องงดออกกำลัง เคี้ยวจะคอยเตือนตลอด เราต้องระวังตัวเอง เอาความรู้ที่ได้จากการอบรม เกี่ยวกับผู้สูงอายุมาใช้ ถ้าจะเดินให้มองข้างหน้าว่ามีอะไรที่หกล้มได้มัย ต้องมอง เก็บข้าวของให้ เป็นที่เบี่ยงทาง ไม่เกะกะ พื้นต้องแห้งเสมอ ต้องระวังแตรระวังให้รอบด้าน ฝึกสังเกตและมองหาสิ่งผิดปกติ จนเป็นนิสัย พออายุมากขึ้นความช่างสังเกตจะลดลง และการตีมูลค่าจะทำให้สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ยิ่งต้องเพิ่มความระวังให้มากขึ้นไปอีก ถ้าพื้นฐานเราเป็นคนระวังดีแล้วยังหกล้มอีก นั่นคืออุบัติเหตุ แต่บางครั้งอาจมีเหตุเรอไปบ้าง ก็คือ ความประมาท นั่นแหละ เพราะหินก็ดี ของที่วางอยู่ที่ดี มันอยู่ของ มันตรงนั้น เราไปสะดุดไปชนมันเอง ไม่ระมัดระวังเอง นอกจากต้องระวังตัวเองให้ดีที่สุดแล้ว ยังต้องปรับ พฤติกรรมตัวเองและสภาพแวดล้อมในบ้าน อย่าลืกรื้อ ให้ค่อยๆ พยุงตัวลุกขึ้น จับราวบันไดเวลาขึ้นลง บันได ทำราวจับให้ยึดเกาะ แล้วพยายามไม่ออกนอกบ้านในเวลากลางคืน เพราะมองเห็นไม่ชัดเท่า

กลางวันและไปทุกครั้งคือต้องดื่มสุรา อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุได้จากการมองเห็นหรือสติสัมปชัญญะที่
ลดลงได้



สรุปข้อมูล ID10

เพศชาย อายุ 77 ปี เรียนจบ ป.4 รับราชการทหารจนเกษียณอายุ รับเงินบำนาญทุกเดือน ทำสวนเกษตร มะพร้าว มะนาว ฯลฯ ใช้จ่ายเพื่อดูแลสวน เช่น ค่าปุ๋ย ค่าน้ำมัน ไม่ต้องรับผิดชอบ ค่าใช้จ่ายอื่น พักอาศัยอยู่กับภรรยาและบุตรหลาน รวมทั้งหมด 7 คน ลูกให้เงินใช้ทุกเดือนๆ ละ 10,000 บาท เคยให้ถึง 30,000 บาท ก็มี แล้วลูกช่วยขายผลผลิตจากสวนได้เงินก็เอามาให้เราอีกที่มีโรคประจำตัวคือ HT ทานยาสม่ำเสมอ ส่วนข้อเช่าเสื่อมเคยฉีดยาเข้าข้อ ตอนนี้ให้ใส่สนับเช่าและทานยาต่อเนื่อง ปกติตื่นนอนประมาณหกโมงเช้า ลงมาทานอาหารเช้าพร้อมครอบครัว ที่รีสอร์ท ประมาณหกโมงครึ่ง ใส่ฟันปลอม ทานได้ปกติ เบียร์หวาน เค็ม ไม่เผ็ด ชง ensure กินเสริม กินข้าวเสร็จประมาณแปดโมงก็จะขับรถออกไปทำสวน อยู่ในสวนถึงห้าโมงเย็น จึงกลับบ้านอีกครั้ง กินข้าว ดูทีวี ข่าวการเมือง มวยหรือสารคดีชีวิตสัตว์ ไปเรื่อยๆ ถึงสี่ทุ่ม ก็เข้านอน

หกล้ม 2 ครั้ง ปีละครั้ง ครั้งแรกปี 59 ประมาณ 10.00 อยู่ในสวน ยกบล็อกแบบทำอ่างคอนข้างหนัก เดินสะดุดล้มลง ตัวบล็อคระแทกหน้าอก ตอนแรกยังชา ไม่รู้สึกเลย ลูกขึ้นนั่งเองได้ ต่อมาเริ่มรู้สึกเจ็บ ชัดๆ ที่อก คนงานที่เห็นเหตุการณ์เคยเป็นหมอนวด ก็รีบเข้ามาช่วยกดจุดแก้ปวดให้ ไม่ได้ไปหาหมอ ไม่บอกคนในครอบครัวว่าล้มเพราะกลัวลูกห้ามทำงาน ไปซื้อยาสมุนไพรจากร้านแผนไทย บอกอาการแล้วเค้าก็จัดยามาให้กินแก้ช้ำในได้ ดีกว่ายาหลวงกินแก้เจ็บชัด จึงกินยาสมุนไพร เข้า-เย็น ร่วมกับให้คนงานนวดบรรเทาอาการและไปฝังเข็มที่คลินิกเพื่อรักษาอาการปวด ประมาณ 1 สัปดาห์ก็หาย แต่ยังกินยาต่อครบเดือน ไม่ได้กลับไปทำอีก เช็ดแล้ว มันเจ็บตัวและต้องใช้เวลารักษานาน รู้ว่ามันหนักยกแล้วจะล้ม ก็ค่อยๆ เขยิบไป ย้ายไปที่ละหน่อย ผ่านมาอีกปีนึงก็มาล้มที่สวนอีก วันเดียวกัน 2 ครั้งติดๆ ห่างกันไม่ถึงชั่วโมง วันนั้นฝนตก พื้นมันก็แฉะไปทั่ว ไม่รู้ว่าตรงนั้นลื่น พอก้าวไปเหยียบเลยลื่นล้ม ก้นกระแทกพื้น หนแรกยังไม่เป็นอะไร ลูกขึ้นมาเดินได้อีกหน่อยนึงก็ล้มอีกครั้ง พื้นหน้าดินมันเหลวแต่ข้างใต้แข็งเหมือนปูน ก้นลงกระแทกอย่างแรงเลย สะเทือนไปทั้งตัว รู้สึกชด์ทั่วตัว ครั้งนี้ไม่มีคนเห็น ลูกขึ้นเองได้ กลับมาจากสวนก็ไปซื้อยาแผนปัจจุบันมากินแก้ปวดเมื่อยเอง นวดด้วยยาหม่องสมุนไพรให้คลายเส้น ไม่ได้ไปหาหมอและไม่บอกใครเหมือนเดิม มันเป็นงานของเราแล้วก็แค่เล็กๆ น้อยๆ ถ้าลูกรู้ก็จะดูจะห้าม ไม่ให้ทำเค้าไม่ยอมให้เราทำอะไรเลย เราต้องระมัดระวังตัวเอง ตั้งหลักให้ดี คอยสังเกตจุดเสี่ยงเสี่ยงได้ให้เสี่ยง ลูกก็จ้างช่างมาปูพื้นบ้านใหม่ ปรับให้เรียบเสมอกัน ภรรยาก็คอยเช็ดพื้นให้แห้ง ตัวเราเองก็ต้องบำรุงร่างกายให้แข็งแรง เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ มีเจ้าหน้าที่มาอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ เอามาดูแลตัวเอง และยังได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ด้วย นี่เค้าก็นัดวันให้ไปเอาไม้เท้าแล้ว เอาไว้กันล้ม

สรุปข้อมูล ID11

เพศชาย อายุ 89 ปี เรียนจบชั้น ป.4 เป็นหม้าย ภรรยาเสียชีวิตได้ประมาณ 5-6 ปี รับจ้างทำสวน ปลูกผัก ตั้งแต่หนุ่มๆ จนถึงอายุ 70 ปี จึงหยุดทำแล้วย้ายมาอยู่ที่นี้ มีโรคประจำตัว คือ COPD, TB lung, HT, BPH และกระดูกคอเสื่อม เคยความดันต่ำลงจนหมอให้หยุดยา ลูกซื้อเครื่องวัดความดันให้ จดบันทึกไว้ตลอด อาการเวียนๆ วูบๆ ก็ดีขึ้น ยังไปตรวจตามนัดทุกครั้ง ลูกเป็นผู้พิพากษา ไปทำงานที่ภาคใต้ กลับมาทุกวันหยุด ให้เงินเดือนละ 5,000 บาท ใช้จ่ายส่วนตัว ไม่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายอื่นๆ ในบ้านจึงมีแค่ลูกสะใภ้กับหลาน 2 คน ปกติตื่นนอนตั้งแต่ตีสี่ ใสบาตรทุกเช้า กินข้าวสองมือเข้ากับเย็น ดิถานเค็มแต่ก็พยายามลดลง อุ้งกับข้าวทานเสร็จก็จะออกมารดน้ำต้นไม้รอบๆ บ้าน เลี้ยงหมา จากนั้นก็จะเปิดทีวีดูข่าว ไปจนถึงเย็น กินข้าวเสร็จก็ดูข่าวต่อ เข้านอนไม่เกินสามทุ่ม ช่วงกลางวันอยู่บ้านคนเดียว เค้ามึงงานของเค้า หลานก็ไปเรียนที่กรุงเทพ ทำแยกห้องออกมา มีประตูเข้าอีกทางต่างหาก ไม่ได้ทานข้าวด้วยกัน จึงแยกครัวออกมา เราทานของเราคนเดียว ลูกสะใภ้ก็คอยถามไถ่ว่าต้องการอะไรเพิ่มมัย

ล้มครั้งเดียว 30 สิงหาคม 60 ประมาณสามโมงเย็น ไปซื้อกับข้าวที่ตลาดนัดเขาไม้แก้ว กำลังจะหยิบไก่ รู้สึกวูบๆ จึงเอื้อมมือไปคว้าร่มกันแดดไว้ก่อน พอปล่อยมือนี้ ก็หน้ามืด หมุนคว้างออกด้านนอกก่อน ล้มลงไปข้างๆ ร้านค้านั้นแหละ หัวเข่ากระแทกพื้น เข้าซ้ายเจ็บกว่าข้างขวา มีเลือดเต็มขาลอย พ่อค้าแม่ค้าช่วยกันห้ามขึ้นรถไปส่งที่คลินิก ทำแผล ให้อยากิน เค้าโทรตามลูกสะใภ้ให้มารับกลับบ้าน พอตีพื้นตัวเร็วเลยขี่รถเครื่องกลับเอง ลูกสะใภ้ขับรถตาม ทำแผลเองทุกวันจนแผลหาย เวลาอาบน้ำก็ยกขาซ้ายออกมาข้างๆ ไม่ให้แผลเปียกน้ำ รู้สึกซัดๆ เล็กน้อยแต่ยังทำกิจวัตรต่างๆ ได้ ไม่คล่องเท่าไรหรอก ทำเองได้ ไม่อยากใช้เค้าเกรงใจเค้า เดิมมักจะมีอาการวูบแบบนี้เดือนละ 1-2 ครั้ง แต่ก็ไม่เคยล้มเลย ไม่ได้ทำอะไรต่อ เคยวูบในห้องน้ำ เวลาอาบน้ำมีหน้ามืดบ้าง ลูกก็บอกให้ระวังล้มระวังสะดุด เราก็ระวังตัวเรื่องลูกนั่งยีนเดิน ปรับพฤติกรรมตัวเอง ไม่ให้ซ้ารอยเดิม ต้องตั้งตัวให้ตีก่อน ระวังตั้งแต่ลูก ตั้งใจรู้ว่าจะทำอะไร ผู้สูงอายุต้องระวังตัวให้มาก ระวังอย่าให้ล้ม ล้มแล้วกลายเป็นอัมพาตไปเลย มันน่ากลัว ต้องคอยเตือนตัวเอง ให้ออกกำลังเข้า-เย็น ทุกอิริยาบถต้องระวังทุกรูปแบบ ลูก เดิน นั่ง นอน และมีสติรับรู้ว่าจะทำอะไรให้มุ่งไปทำสิ่งนั้น

สรุปข้อมูล ID12

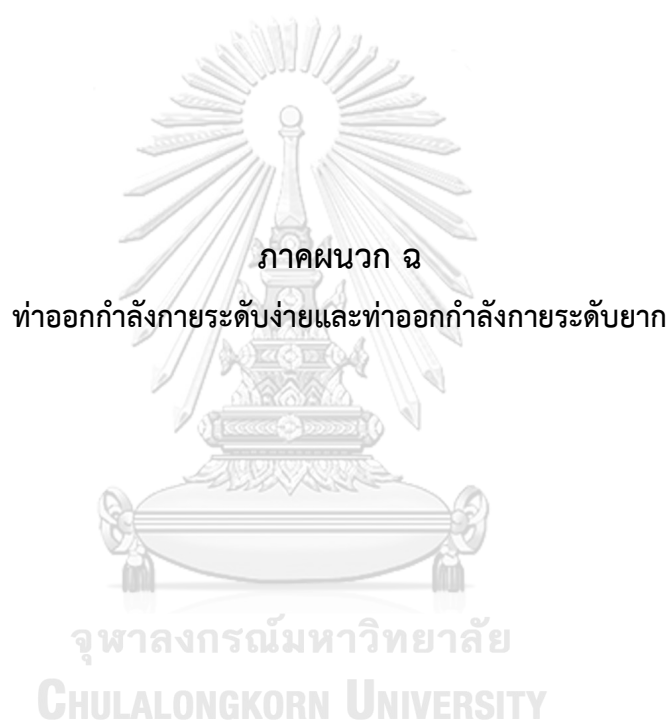
เพศหญิง อายุ 69 ปี เรียนจบ ป.4 อาศัยอยู่กับสามี ลูกสาว ลูกชายและหลานสาว ทำงานบ้าน เล็กๆ น้อยๆ มีรายได้จากสวนยางและเบี้ยผู้สูงอายุ ไม่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายอื่นๆ ใช้จ่ายส่วนตัว ใช้ซื้อกับข้าวบ้าง นอกนั้นลูกสาวจะเป็นคนจัดหา มีโรคประจำตัว คือ HT, DM และต้อหิน จึงใช้ทั้งยากิน และยาหยอดตาต่อเนื่อง ไปตรวจตามนัดทุกครั้ง ตอนนี้คุมความดันได้แล้ว เคยลดลงต่ำจนเวียนหัว หมอบอกว่าเป็นจากยาตัวนี้ จึงให้หยุดกินก็ดีขึ้น ทำอาหารทานกันเองในครอบครัว ทำครบทุกระบบ บางครั้งคิดว่าทำจิตไป เราก็จะห้ามไว้ ไม่ให้เค้าเติมกัน

เคยล้มตอนอายุ 50 กว่าๆ วันนั้นประมาณหกโมงเย็น ตั้งใจจะก้าวข้ามรถหลานที่จอดขวางทาง อยู่ ชี้เกียดเดินอ้อม ก้าวไม่พ้น ขาไปเกี่ยวกับรถ เสียหลักจะล้มแล้วเอื้อมมือไปคว้าราวตากตากผ้าได้ แต่มันโยกลงมาเลยล้ม แขนซ้ายไปพาดพื้น ตอนแรกยังคิดว่าไม่เป็นไร ไม่เจ็บ มันคงซาอยู่ ลูกเดินเข้าบ้านได้ ไม่ได้บอกใคร ต่อมาเริ่มมีอาการเจ็บแปล็บๆ ก็เริ่มแปลกใจละ ตกกลางคืนปวดมากขึ้น คิดโทษตัวเองว่าชุ่มซำม ไม่คว่ำที่มันมั่งคงไว้ ทนปวดทั้งคืนจนกระทั่งเกือบบ่ายของอีกวันหนึ่ง ถึงได้บอกสามี เค้าก็ถามว่าจะไปหาหมอมั้ย ทียอมไปเพราะปวดมาก ต้องปล่อยแขนให้อยู่นิ่งๆ ข้างตัว ไปคลินิก ใกล้บ้านก่อน เค้าเขียนใบส่งตัวให้ไปเอ็กซเรย์ที่โรงพยาบาล ผลคือกระดูกข้อศอกกร้าว ไม่แตกหัก ให้พันผ้าคล้องแขนไว้ ห้ามห้อยแขนต่ำจะได้ไม่ปวด ให้นายมากินแล้วกลับบ้านได้ นัดมาตรวจอีก ระหว่างนั้นก็ดูแลตัวเองตามปกติ เอาผ้าออกเวลาอาบน้ำเพราะไม่ถนัด นอกนั้นทำได้ ไม่ค่อยเจ็บเท่าไร ยังขับรถได้ หลังจากล้มครั้งนี้ต้องมาจัดการข้าวของ จัดให้เข้าที่ ไม่ก้าวข้ามอะไรแล้ว ยกขาไม่ค่อยพันทันปวดเข่า มักจะสั่นแล้วเอาเข่าลงแทน กันไม่ให้ตัวเจ็บ ที่สะดุดบ่อยๆก็รองเท้าหน้าห้องน้ำนั่นแหละ ต้องปรับมาเป็นสอตไวได้โต๊ะหน้าห้องน้ำแทน พอจะใส่ก็แค่แหยเท้าเข้าไปใส่ออกมาเท่านั้น ลูกก็ซื้อที่กัน ลื่นมาวางในห้องน้ำให้ แต่เราเอาออกไปไว้อีกห้องนึงกับวางแถวๆ โต๊ะนั่งข้างนอก เค้ากลัวกันตั้งแต่ล้ม มานี้ เลยหามาเผื่อระวังไว้ก่อน หลังๆ ได้ยินเสียงดังโครมครามก็จะวิ่งออกมาดูตลอด ส่วนตัวเราก็คอยเตือนตัวเอง ต้องระวัง ต้องปรับตัว ให้ทำซ้ำๆ ตามองพื้น อายุไม่ใช่เนี่ยๆ ล้มไปจะเจ็บมากกว่าแต่ก่อน พอเจ็บก็จะทำอะไรไม่ได้ ต้องนั่งเฉยๆ มองคนอื่นทำตาปริบๆ มันรำคาญ เคยได้ยินว่าคนล้มแล้ว เป็นอัมพฤกษ์อัมพาต ตัวเองมาคิดว่าเป็นเพราะคนนั้นไม่ระวังตัวเอง ฉะนั้นวิธีป้องกันที่ดีที่สุดคือต้องระวังตัวเอง ต้องดูแลตัวเองให้มีสุขภาพแข็งแรง ไม่ให้เจ็บไม่ให้ป่วย จะได้ไม่มีใครมาเตือนรื้อกับเรารู้จุดเสี่ยง ที่ไหนที่จะเป็นอันตรายกับตัวเรา ก็หลีกเลี่ยง ถ้าไม่พร้อมก็ไม่ต้องไป อยู่บ้านดีที่สุด ใส่รองเท้านั่น ชัดพื้นบ่อยๆ ไม่ให้มีตะไคร่ขึ้น นอกจากนั้นลูกยังปรับพื้นอีก ปูพื้นห้องน้ำสาๆ พื้นบ้านเป็นหินขัดไปเมื่อก่อนต่างคนต่างเดิน ตั้งแต่ปวดเข่ามานี้ เค้าจะคอย จะจุง เวลาเดินมากๆ จะปวดเข่า ต้องนั่งพาดขา

ไว้สักพักค่อยเดินต่อ กลางคืนก็จะหนาวทึ่งไว้ ตื่นมาก็บริหารเขาเพิ่มความแข็งแรงและลดปวดได้ด้วย
ซื้อเครื่องออกกำลังกายหลายแบบ จนมาเจอตัวนี้ ใช้แล้วดี ไม่ปวดเข่า เลยใช้เป็นประจำ ฟังเข็มก็ช่วยได้
แต่ต้องออกกำลังกายต่อเนื่องด้วย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ฉ

ทำออกกำลังกายระดับง่ายและทำออกกำลังกายระดับยาก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิธีการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้ม

ท่าออกกำลังกายระดับง่าย

ข้อควรระวัง : ท่าที่ไม่สามารถทำได้ สามารถข้ามหรือลดจำนวนตามความเหมาะสม

ทำยืดกล้ามเนื้อและฝึกความยืดหยุ่นของข้อ (ท่าที่ 1-4)



ท่าบริหารศีรษะ

*ยืนตรงมองไปข้างหน้า *ค่อยๆ หันศีรษะไปทางขวาให้สุดเท่าที่จะทำได้ จากนั้นค่อยๆ หันศีรษะไปทางซ้ายให้สุด *ทำซ้ำ 10 ครั้ง



ท่าบริหารคอ

*ยืนตรงมองไปข้างหน้า *เอาปลายนิ้วมือข้างที่ถนัดวางบริเวณคาง *ใช้มือค่อยๆ ดันให้ศีรษะหงายขึ้นช้าๆ จนสุดและกลับมาหน้าตรง *ทำซ้ำ 10 ครั้ง



ท่ายืดหลัง

*ยืนมองตรงไปข้างหน้า กางขากว้างเท่าหัวไหล่ *วางฝ่ามือไว้ตรงบั้นเอวด้านหลัง *ค่อยๆ เอนตัวไปด้านหลังจนรู้สึกตึง จากนั้นกลับมาทำยืนตรง *ทำซ้ำ 10 ครั้ง



ท่าบริหารลำตัว

*ยืนตรงมองไปข้างหน้า มือท้าวเอว *บิดลำตัว ช่วงบนไปด้านขวาให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้โดย ไม่บิดสะโพก จากนั้นบิดลำตัวช่วงบนไปด้านซ้ายให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ *ทำซ้ำ 10 ครั้ง

ทำออกกำลังกายระดับง่าย

ทำฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (ท่าที่ 5-8)

สำหรับท่าที่ต้องใช้ตุ้มถ่วงน้ำหนัก **ควรเริ่มจากไม่ถ่วงน้ำหนักก่อน** เมื่อแข็งแรงขึ้นค่อยหาอุปกรณ์* มาถ่วงน้ำหนักที่ข้อเท้า

*อุปกรณ์ : ตุ้มถ่วงน้ำหนักบริเวณข้อเท้า น้ำหนักประมาณครึ่งกิโลกรัม **แต่ไม่เกิน 1 กิโลกรัม**



ทำบริหารกล้ามเนื้อต้นขาด้านหลัง

ด้วยตุ้มถ่วงน้ำหนัก

*ใส่ตุ้มถ่วงน้ำหนักที่ข้อเท้าขวา *หันหน้าเข้าหาโต๊ะหรือราวจับ *ยกขาขวาจากพื้นจนกระทั่งเท้าแตะกัน จากนั้นวางเท้าลง *ทำซ้ำ 10 ครั้ง
*เปลี่ยนข้างและทำซ้ำ 10 ครั้ง



ทำบริหารกล้ามเนื้อต้นขา

ด้วยตุ้มถ่วงน้ำหนัก

*ใส่ตุ้มถ่วงน้ำหนักที่ข้อเท้าขวา *นั่งบนเก้าอี้ที่มีพนักรองหลัง *ยกขาขวาขึ้นและค่อยๆ วางขาลง *ทำซ้ำ 10 ครั้ง *เปลี่ยนข้างและทำซ้ำ 10 ครั้ง



ทำบริหารสะโพกด้านข้าง

ด้วยตุ้มถ่วงน้ำหนัก

*ใส่ตุ้มถ่วงน้ำหนักที่ข้อเท้าขวา *ยืนหันข้างให้โต๊ะหรือราวจับ จับให้มั่น *ยืดขาขวาให้ตรงและเท้าตรง *ยกขาขวาขึ้นและลดเท้าลงวางที่เดิม *ทำซ้ำ 10 ครั้ง
*เปลี่ยนข้างและทำซ้ำ 10 ครั้ง

ทำออกกำลังกายระดับง่าย



ทำบริหารข้อเท้า

*เริ่มทำทีละข้าง เริ่มจากข้างขวา ก่อน

*ยกขาขวาขึ้นจากพื้น ค่อยๆ กระทบปลายเท้าเข้าหาตัว จากนั้นกระทบปลายเท้าลง *ทำซ้ำ 10 ครั้ง

ทำฝึกการเดินและการทรงตัว (ท่าที่ 9-16)



ยืนต่อเท้า แบบมีราวจับ

*ยืนตรงหันข้างเข้ากำแพง ใช้มือจับราวให้มั่น (ข้างไหนก็ได้) *เอาเท้าข้างหนึ่งไปวางต่อข้างหน้าเท้าอีกข้างหนึ่งให้เป็นเส้นตรงและค้างท่าไว้ 10 วินาที *จากนั้นเปลี่ยนข้าง โดยเอาเท้าที่อยู่ข้างหลังไปวางข้างหน้าให้เป็นเส้นตรงและค้างท่าไว้ 10 วินาที



เดินต่อเท้า แบบมีราวจับ

*ยืนตรงหันข้างซ้ายเข้ากำแพง ใช้มือซ้ายจับราวให้มั่น *ค่อยๆ เริ่มเดินโดยก้าวเท้าไปข้างหน้าในลักษณะปลายเท้าต่อสันเท้าและเดินเช่นนี้ไปเรื่อยๆ จนครบ 10 ก้าว *จากนั้นกลับหลังหัน ใช้มือขวาจับราว เดินต่อเท้ากลับอีก 10 ก้าว *ทำซ้ำ 10 ครั้ง

ทำออกกำลังกายระดับง่าย



ยืนขาเดียว แบบมีราวจับ

*ยืนตรง หันข้างซ้ายเข้ากำแพง/ราวจับ ใช้มือจับให้
มั่น (ข้างไหนก็ได้) *ยกขาข้างใดข้างหนึ่งขึ้นและยืน
ด้วยขาข้างเดียว นาน 10 วินาที *จากนั้นเปลี่ยน
ข้างทำอีก 10 วินาที



เดินด้วยส้นเท้า แบบมีราวจับ

*ใช้มือจับราวให้มั่น *ค่อยๆ ยกปลายเท้า
ขึ้น จนยืนด้วยส้นเท้า จากนั้นเดินด้วย
ส้นเท้าไป 10 ก้าว และค่อยๆ ลดปลาย
เท้าลง *กลับตัวและเดินด้วยส้นเท้า
พร้อมใช้มือจับราวกลับไปยังจุดเริ่มต้น
10 ก้าว และค่อยๆ ลดปลายเท้าลง
*ทำซ้ำ 10 ครั้ง



เดินด้วยปลายเท้า แบบมีราวจับ

*ใช้มือจับราวให้มั่น *ค่อยๆ ยกส้นเท้า
ขึ้นจนยืนด้วยปลายเท้า จากนั้นเดินด้วย
ปลายเท้าไป 10 ก้าว และค่อยๆ ลดส้น
เท้าลง *กลับตัวและเดินด้วยปลายเท้า
พร้อมใช้มือจับราวกลับไปยังจุดเริ่มต้น
10 ก้าว และค่อยๆ ลดส้นเท้าลง
*ทำซ้ำ 10 ครั้ง

ทำออกกำลังกายระดับง่าย



14 ทำลุกจากเก้าอี้ ใช้ 2 มือพยุง

*นั่งบนเก้าอี้ที่มีพนักพิงแข็งแรง ไม่เคลื่อนไหวและไม่เตี้ยไปนัก *วางเท้าหลังหัวเข่า *ค่อยๆ โน้มตัวไปด้านหน้าและใช้ 2 มือช่วยพยุง ดันตัวขึ้นยืน
*ทำซ้ำ 10 ครั้ง



15 ทำลุกจากเก้าอี้ ใช้มือเดียวพยุง

*นั่งบนเก้าอี้ที่มีพนักพิงแข็งแรง ไม่เคลื่อนไหวและไม่เตี้ยไปนัก *วางเท้าหลังหัวเข่า *ค่อยๆ โน้มตัวไปด้านหน้าและใช้มือเดียวช่วยพยุง ดันตัวขึ้นยืน
*ทำซ้ำ 10 ครั้ง



16 ทำลุกจากเก้าอี้ ไม่ใช้มือพยุง

*นั่งบนเก้าอี้ที่มีพนักพิงแข็งแรง ไม่เคลื่อนไหวและไม่เตี้ยไปนัก *วางเท้าหลังหัวเข่า *ค่อยๆ โน้มตัวไปด้านหน้าและลุกขึ้นยืนโดยไม่ใช้มือช่วยพยุง *ทำซ้ำ 10 ครั้ง

ทำออกกำลังกายระดับยาก

ข้อควรระวัง : ทำที่ไม่สามารถทำได้ สามารถข้ามหรือลดจำนวนตามความเหมาะสม

ทำยืดกล้ามเนื้อและฝึกความยืดหยุ่นของข้อ (ท่าที่ 1-4)



ท่าบริหารศีรษะ

*ยืนตรงมองไปข้างหน้า *ค่อยๆ หันศีรษะไปทางขวาให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ จากนั้นค่อยๆ หันศีรษะไปทางซ้ายให้สุด *ทำซ้ำ 10 ครั้ง



ท่าบริหารคอ

*ยืนตรงมองไปข้างหน้า *เอาปลายนิ้วมือข้างที่ถนัดวางบริเวณคาง *ใช้มือค่อยๆ ดันศีรษะหงายขึ้นช้าๆ จนสุดและกลับมาหน้าตรง *ทำซ้ำ 10 ครั้ง



ท่ายืดหลัง

*ยืนตรงมองไปข้างหน้า กางขากว้างเท่าหัวไหล่ *วางฝ่ามือไว้ตรงบั้นเอวด้านหลัง *ค่อยๆ เอนตัวไปด้านหลัง (จนรู้สึกตึง) จากนั้นกลับมายืนท่าตรง *ทำซ้ำ 10 ครั้ง



ท่าบริหารลำตัว

*ยืนตรงมองไปข้างหน้า มือทำวเอว *บิดลำตัวช่วงบนไปด้านขวาให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้โดยไม่บิดสะโพก จากนั้นบิดลำตัวช่วงบนไปด้านซ้ายให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ *ทำซ้ำ 10 ครั้ง

ทำออกกำลังกายระดับยาก

ทำฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (ท่าที่ 5-8)



5 ทำบริหารข้อเท้า

*ทำทีละข้าง เริ่มจากข้างขวาก่อน
*ยกขาขวาขึ้นจากพื้น ค่อยๆ กระทบ
ปลายเท้าเข้าหาตัว จากนั้นกระทบ
ปลายเท้าลง *ทำซ้ำ 10 ครั้ง



6 ทำยืนด้วยปลายเท้า แบบไม่ใช่ราวจับ

*ยืนแยกขา ความกว้างเท่าช่วงไหล่
*ค่อยๆ เขย่งปลายเท้าขึ้นจนสุดและ
ค่อยๆ วางส้นเท้าลง
*ทำซ้ำ 10 ครั้ง



7 ทำยืนด้วยส้นเท้า แบบไม่ใช่ราวจับ

*ยืนแยกขาความกว้างเท่าช่วงไหล่
*ค่อยๆ ยกปลายเท้าขึ้นและยืนด้วย
ส้นเท้า จากนั้นค่อยๆ วางปลายเท้า
ลง *ทำซ้ำ 10 ครั้ง



8 ทำย่อเข่า แบบไม่ใช่ราวจับ

*ยืนแยกขาความกว้างเท่าช่วงไหล่ *ค่อยๆ
ย่อเข่าลงโดยให้หัวเข่าไปด้านหน้านิ้วหัว
เท้า จนกระทั่งส้นเท้าเริ่มยกขึ้นจากพื้น ให้
หยุดและค่อยๆ ยึดตัวขึ้น *ทำซ้ำ 10 ครั้ง

ทำออกกำลังกายระดับยาก

ท่าฝึกการเดินและการทรงตัว (ท่าที่ 9-18)



ทำยืนต่อเท้า แบบไม่ใช้ราวจับ

*ยืนตรงมองไปข้างหน้า *เอาเท้าข้างหนึ่งไปวางต่อข้างหน้าเท้าอีกข้างหนึ่งให้เป็นเส้นตรงและค้างท่าไว้ 30 วินาที *จากนั้นเปลี่ยนข้าง โดยเอาเท้าที่อยู่ข้างหลังไปวางข้างหน้าให้เป็นเส้นตรงและค้างท่าไว้ 30 วินาที



ทำยืนขาเดียว แบบไม่ใช้ราวจับ

*ยืนตรงมองไปข้างหน้า
*ยกขาข้างใดข้างหนึ่งขึ้นและยืนด้วยขาข้างเดียว นาน 10 วินาที
*จากนั้นเปลี่ยนข้าง ทำอีก 10 วินาที



ทำเดินต่อเท้า แบบไม่ใช้ราวจับ

*ยืนตรงมองไปข้างหน้า *ค่อยๆ เริ่มเดิน โดยก้าวเท้าไปข้างหน้าในลักษณะปลายเท้าต่อสันเท้า และเดินเช่นนี้ไปเรื่อยๆ จนครบ 10 ก้าว *จากนั้นกลับหลังหัน เดินต่อเท้าอีก 10 ก้าว กลับไปจุดเริ่มต้น *ทำซ้ำ 10-20 ครั้ง



ทำเดินด้วยสันเท้า แบบไม่ใช้ราวจับ

*ยืนตรงมองไปข้างหน้า *ค่อยๆ ยกปลายเท้าขึ้นจนยืนสันเท้า จากนั้นเดินด้วยสันเท้าไป 10 ก้าว และค่อยๆ ลดปลายเท้าลง *กลับตัวและค่อยๆ ยกปลายเท้าขึ้นจนยืนด้วยสันเท้า จากนั้นเดินด้วยสันเท้าไป 10 ก้าว และค่อยๆ ลดปลายเท้าลง *ทำซ้ำ 10-20 ครั้ง

ทำออกกำลังกายระดับยาก



ทำเดินด้วยปลายเท้า แบบไม่ใช้ราวจับ

*ยืนตรงมองไปข้างหน้า *ค่อยๆ ยกส้นเท้าขึ้น
จนยืนด้วยปลายเท้า จากนั้นเดินด้วยปลายเท้า
ไป 10 ก้าว และค่อยๆ ลดส้นเท้าลง *กลับตัว
ค่อยๆ ยกส้นเท้าขึ้นจนยืนด้วยปลายเท้า
จากนั้นเดินด้วยปลายเท้าไป 10 ก้าว และ
ค่อยๆ ลดส้นเท้าลง *ทำซ้ำ 10-20 ครั้ง



ทำเดินสไลด์ด้านข้าง

*ยืนตรงมองไปข้างหน้ามือทำวเอว *เดินไป
ข้างขวา 10 ก้าว *จากนั้นเดินกลับไป
ทางซ้าย 10 ก้าว * ทำซ้ำ 10-20 ครั้ง



ทำเดินเลขแปด

*เดินด้วยความเร็วปกติ โดยวน
เป็นเลข 8 *ทำซ้ำ 10-20 รอบ



ทำลุกจากเก้าอี้ ใช้ 2 มือพยุง

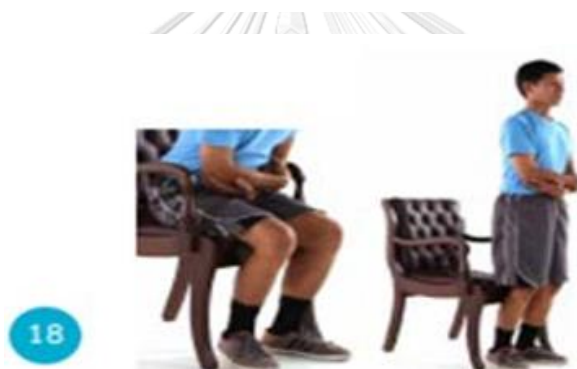
*นั่งบนเก้าอี้ที่มีพนักพิงแข็งแรง ไม่
เคลื่อนไหวและไม่เตี้ยไปนัก *วางเท้า
หลังหัวเข่า *ค่อยๆ โน้มตัวไปด้านหน้า
และใช้ 2 มือช่วยพยุง ดันตัวขึ้นยืน
*ทำซ้ำ 10-20 ครั้ง

ทำออกกำลังกายระดับยาก



ทำลุกจากเก้าอี้ ใช้มือเดียวพยุง

*นั่งบนเก้าอี้ที่มีพนักพิงแข็งแรง ไม่เคลื่อนไหวและไม่เตี้ยไปนัก *วางเท้าหลังหัวเข่า
*ค่อยๆ โน้มตัวไปด้านหน้าและใช้มือเดียวช่วยพยุงดันตัวขึ้นยืน *ทำซ้ำ 10-20 ครั้ง



ทำลุกจากเก้าอี้ ไม่ใช้มือพยุง

*นั่งบนเก้าอี้ที่มีพนักพิงแข็งแรง ไม่เคลื่อนไหวและไม่เตี้ยไปนัก *วางเท้าหลังหัวเข่า
*ค่อยๆ โน้มตัวไปด้านหน้าและลุกขึ้นยืนโดยไม่ใช้มือช่วยพยุง *ทำซ้ำ 10-20 ครั้ง

ที่มา : “ยากันล้ม” หนังสือคู่มือป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

จัดทำโดย มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2558)

จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นาวาตรีหญิง กนกพร สมตระกูล
วัน เดือน ปี เกิด	13 กรกฎาคม 2517
สถานที่เกิด	จังหวัดจันทบุรี
วุฒิการศึกษา	จันทบุรี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตจาก วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ (สถาบันสมทบมหาวิทยาลัยมหิดล) ในปี พ.ศ.2540



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY