

ประสบการณ์ความกลัวต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ



นางสาว ลักษณา มะรังกา

ศูนย์วิทยพัทยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต


สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2553

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FEAR OF FALLING EXPERIENCES OF OLDER PERSONS



Miss Luxsana Marungga

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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2010

Copyright of Chulalongkorn University



ลักษณะ มะเร็งกา : ประสบการณ์ความกลัวต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ  
(FEAR OF FALLING EXPERIENCES OF OLDER PERSONS) อ.ที่ปรึกษา  
วิทยานิพนธ์หลัก : รศ. ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 173 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์ความกลัวต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยใช้วิธีการวิจัยตามแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 10 ราย ที่มีประวัติหกล้มและได้รับการประเมินว่ามีความกลัวการหกล้ม โดยประเมินจาก Falls Efficacy Scale as a Measure of Fear of Falling (Tinetti, Richman and Powell, 1990) ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้สูงอายุที่พำนักอาศัยอยู่ในชุมชนแขวงหัวหมาก และคลองจั่น กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการบันทึกเทป นำข้อมูลที่ได้มาถอดความแบบคำต่อคำ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัยนำเสนอได้ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่าประสบการณ์กลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ สรุปได้เป็นประเด็นหลัก 2 ประเด็น คือ 1) กลัวหกล้มซ้ำ ประกอบด้วย กลัวไม่มีใครเห็นเวลาล้ม กลัวเจ็บป่วยมากขึ้น กลัวเป็นภาระคนอื่น กลัวว่าล้มแล้วอาจเสียชีวิต 2) กลัวจนมีผลต่อการดำเนินชีวิต ประกอบด้วย คิดว่าตนเองมีข้อจำกัด ไม่กล้าดำเนินชีวิตตามปกติ และการปรับการดำเนินชีวิต โดยการทำให้ยอมรับสภาพ การใช้ศาสนาเป็นที่พึ่ง การพยายามช่วยเหลือตนเอง และครอบครัวรับรู้และร่วมกันช่วยเหลือ

จากผลการศึกษาครั้งนี้บุคลากรทางสุขภาพที่มีความเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุสามารถใช้ข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้ในการประเมิน วางแผน และช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีประวัติหกล้มอันส่งผลให้เกิดความกลัวการหกล้มตามมา โดยการหาวิธีการเพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีความกลัวการหกล้มนั้นเกิดความมั่นใจและสามารถกลับมาดำรงชีวิตปกติได้

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....

ปีการศึกษา.....2553.....

ลายมือชื่อนิสิต.....สังกมลthaรงกา.....

ลายมือชื่ออ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....วิภา/Vals.....



# # 5177592436: MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS : FEAR OF FALLING / OLDER PERSONS

LUXSANA MARUNGA : FEAR OF FALLING EXPERIENCES OF OLDER PERSONS. ADVISOR : ASSOC. PROF. JIRAPORN KESPICHAYAWATTANA, Ph.D., 173 pp.

The purpose of this qualitative research was to explore fear of falling experiences of older persons. The Phenomenology was applied as a methodology of the study. The key informants were 10 Thai older persons who had fear of falling experiences, assessed by "Falls Efficacy Scale as a Measure of Fear of Falling" (Tinetti, Richman and Powell, 1990). The key informants were purposively selected from the elderly lived in Hua Mak and Klongchun subdistrict, Bangkok. The interviews were tape recorded and transcribed verbatimly and the data were analyzed by content analysis.

Results of the study were displayed as followed.

According to the research findings revealed that fear of falling experiences of older persons consisted with two themes, 1) Fear of Falling Again consisted of Fear of Falling when no one nearby seen, fear of serious illness, fear of being burden to others and fear of Fatal Falling. 2) Fear until affected daily living consisted of Feeling of personal limitations, Lack of confidence on activity of daily living and Lifestyle modification by resolving to accept the situation, reliance on religion, exerting efforts toward self care and family perception and giving helps.

Health providers can use the finding of this study to assessing, planning and helping the older persons who have fallen and developed to fear of falling by finding a way to build self-confidence and self efficacy so older persons with fear of falling can regain confidence and return to normal daily living.

Field of Study : .....Nursing Science..... Student's Signature LUXSANA MARUNGA

Academic Year : .....2010..... Advisor's Signature Jiraporn K. Wattana

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งของ รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ความรู้ ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความห่วงใยและเอาใจใส่ตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์เป็นอย่างยิ่งจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และพันโทหญิง ดร. วาสนา นัยพัฒน์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ ข้อเสนอแนะ และข้อคิดเห็นต่าง ๆ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่กรุณาให้ความรู้และประสบการณ์ต่าง ๆ อันมีค่าแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณ สภากาชาดไทย ที่กรุณาอนุมัติทุนสนับสนุนการศึกษา รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่กรุณาให้ทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ เรืออากาศโทหญิงทศพร ศรีบริกิจ หัวหน้าพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุข 35 พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลจนประสบความสำเร็จได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณผู้สูงอายุทุกท่าน และครอบครัวที่กรุณาสละเวลาและให้ความร่วมมือในการวิจัยด้วยความเต็มใจเป็นอย่างดี อันเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ ขอขอบคุณพี่ ๆ เพื่อน ๆ และน้อง ๆ ทุกท่าน ที่คอยให้กำลังใจ ห่วงใยและเอาใจใส่ด้วยดีตลอดมา

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา อันเป็นที่รักยิ่ง เป็นผู้ให้สติปัญญา ปลูกฝังสิ่งดีงาม เป็นแรงผลักดัน คอยห่วงใยและให้กำลังใจมาโดยตลอด รวมทั้งขอขอบคุณน้องสาวและคู่ชีวิต ที่คอยให้กำลังใจ ความห่วงใยและให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนในทุก ๆ ด้าน ส่งผลให้การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี ประโยชน์ใด ๆ อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบแต่บิดา มารดา คณาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ .....	ช
สารบัญตาราง .....	ญ
สารบัญแผนภาพ .....	ฎ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	5
ขอบเขตของการวิจัย .....	5
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย .....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	8
แนวคิดเกี่ยวกับการหกล้ม .....	9
ความหมายของการหกล้ม .....	9
กระบวนการสูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มในผู้สูงอายุ .....	9
การประเมินผู้สูงอายุเกี่ยวกับการหกล้ม.....	13
ผลกระทบของการหกล้มต่อผู้สูงอายุ .....	15
บทบาทของพยาบาลในการป้องกันการหกล้มในชุมชน.....	18
การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน.....	18
แนวคิดเกี่ยวกับความกลัวการหกล้ม .....	21
ความหมายของความกลัว .....	21
แนวคิดเกี่ยวกับความกลัว .....	22
กลไกการเกิดความกลัว.....	24
ปฏิกิริยาที่แสดงออกถึงความกลัว .....	24
ความกลัวการหกล้ม .....	25
อุบัติการณ์ของความกลัวการหกล้ม .....	28
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้ม.....	29

บทที่	หน้า
ผลที่เกิดตามมาจากความกลัวการหกล้ม .....	31
บทบาทพยาบาลวิชาชีพต่อปัญหาความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ .....	32
แนวคิดการวิจัยเชิงคุณภาพและทฤษฎีเชิงปรากฏการณ์วิทยา .....	34
การสัมภาษณ์เชิงลึก .....	37
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	41
สรุปการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง .....	48
3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	49
ผู้ให้ข้อมูลหลัก .....	49
พื้นที่ในการศึกษา .....	49
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	50
การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล .....	53
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล .....	54
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	63
ความเชื่อถือได้ของงานวิจัย .....	64
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย .....	66
5 การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	90
ข้อเสนอแนะ .....	100
รายการอ้างอิง.....	102
ภาคผนวก.....	109
ภาคผนวก ก .....	110
หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย .....	111
ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย .....	112
ใบรับรองโครงการวิจัย.....	115
ภาคผนวก ข .....	116
แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก .....	117
แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล .....	120
แบบบันทึกภาคสนาม .....	121
Falls Efficacy Scale .....	122
ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละราย .....	124

บทที่

หน้า

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....

173



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
3.1	แสดงข้อมูลโดยทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลจำแนกแต่ละราย.....	58
3.2	แสดงคะแนนระดับความเชื่อมั่นในการทำกิจกรรม 10 อย่างโดยไม่หกล้มของ ผู้ให้ข้อมูลหลักจำแนกแต่ละราย.....	59
3.3	แสดงข้อมูลของการหกล้มและการประเมินภายหลังหกล้ม.....	156



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
4.1	แสดงตัวอย่างของสภาพทางเดินในชุมชนที่ไม่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ.....	71
4.2	แสดงตัวอย่างของครัวที่ถูกล้มมาไว้หน้าบ้านและตั้งอยู่กับพื้นเพื่อความสะดวกของผู้สูงอายุ.....	82
4.3	แสดงตัวอย่างของเครื่องครัวและเตาแก๊สที่ถูกตัดขาให้สั้นลง.....	83
4.4	แสดงคานไม้เป็นแนวยาวที่บุตรทำไว้ให้ผู้สูงอายุเกาะเดิน.....	85
4.5	แสดงถังน้ำที่ประยุกต์เป็นที่รองรับปัสสาวะเพื่อลดความเสี่ยงในการเข้าห้องน้ำของผู้สูงอายุเวลากลางคืน.....	85
4.6	แสดงถึงเก้าอี้นั่งถ่ายเพื่อครอบกับโถส้วมเนื่องจากเจ้าของบ้านเช่าไม่ให้ปรับเปลี่ยนเป็นชักโครก.....	87
4.7	ประสบการณ์ความกลัวต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ.....	89

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การหกล้มนับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญ และพบบ่อยในผู้สูงอายุ สำหรับประเทศไทยการหกล้มเป็นปรากฏการณ์ที่พบมากที่สุดของการเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุได้รับบาดเจ็บและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก (ดุขฎิ ปาลฤทธิ, 2544) จากการสำรวจพบว่า ร้อยละ 55.6 ของผู้สูงอายุเคยหกล้ม 1 ครั้ง ร้อยละ 23.7 หกล้ม 2 ครั้ง และมีผู้สูงอายุที่หกล้มมากกว่า 2 ครั้ง สูงถึงร้อยละ 20.7 ภายในระยะเวลา 6 เดือน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) จากอายุที่เพิ่มมากขึ้นย่อมส่งผลต่อการทำงานของอวัยวะในร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมถอยลง ประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ต่างๆลดน้อยลง ส่งผลให้เกิดปัญหากับผู้สูงอายุตามมาอย่างมากมาย นอกจากนี้ผู้สูงอายุมักมีโรคเรื้อรังประจำตัวหรือภาวะอื่นร่วมด้วยที่จะทำให้หกล้มได้ง่ายขึ้น เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ลมชัก สายตาไม่ดี การทรงตัวที่ไม่ดีจากโรคของหูหรืออวัยวะการทรงตัวในหู ข้อเสื่อมหรือกล้ามเนื้อที่ลีบอ่อนแรงลง ยิ่งอายุมากขึ้นโอกาสในการเกิดอุบัติเหตุก็ยิ่งมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนมี 4 ประการ โดยประการแรกเป็นปัจจัยด้านตัวบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม เป็นต้น (ศิริพร พรพุทธษา, 2542) ประการที่สองเป็นปัจจัยภายในร่างกายโดยเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาอันเนื่องมาจากความชรา เช่น การบกพร่องทางการมองเห็น การทรงตัว และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการเจ็บป่วยหรือพยาธิสภาพของโรคไม่ว่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคพาร์กินสัน โรคหลอดเลือดสมอง โรคกระดูกและข้อ (Koski et al., 1996; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) รวมทั้งจำนวน ชนิดของยาที่ได้รับเป็นประจำ ประวัติการใช้สารเสพติดหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Blain et al., 2000; ลัดดา เทียมวงศ์, 2544) ปัจจัยภายในร่างกายยังรวมถึงปัจจัยทางด้านจิตใจ เช่น ความกลัวการหกล้ม ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า (Vellas et al., 1997; ศิริพร พรพุทธษา, 2542) ประการที่สามเป็นปัจจัยภายนอกในร่างกาย เช่น พื้นที่มีลักษณะไม่ปลอดภัย ได้แก่ พื้นผิวบ้านไม่เรียบ มีพื้นที่ต่างระดับ มีสิ่งกีดขวางก่อให้เกิดการสะดุด หรือลื่น บริเวณพื้นห้องน้ำเปียกตลอดเวลา สิ่งก่อสร้างภายในบ้านไม่เหมาะสม เช่น บันไดไม่มีราวจับ ความสูงต่ำของเครื่องเรือนที่ไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ แสงสว่างภายในบ้านไม่เพียงพอ ส้วมแบบนั่งยอง เป็นต้น เครื่องแต่งกายที่ไม่เหมาะสม เช่น เสื้อผ้าที่มีขนาดหลวม ใหญ่ หรือยาวเกินไป อาจเกิดการเกี่ยวดึงรั้งทำให้เกิดการหกล้มได้

(สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) แม้แต่การเลี้ยงสัตว์เลี้ยงภายในบ้าน เช่น สุนัข แมว อาจทำให้เกิดการสะดุดหรือชนนำไปสู่การหกล้มได้ และประการสุดท้ายเป็นปัจจัยอื่นๆ เช่น ประวัติการหกล้มเป็นต้น (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2548)

เมื่อผู้สูงอายุหกล้มจะนำไปสู่การบาดเจ็บ ซึ่งอาจพบได้ตั้งแต่การบาดเจ็บเล็กน้อยจนกระทั่งบาดเจ็บรุนแรง โดยร้อยละ 5-15 ของการบาดเจ็บทั้งหมดเป็นการบาดเจ็บรุนแรง เช่น ศีรษะได้รับการกระทบกระเทือน กระดูกหัก ข้อเคลื่อน แผลฉีกขาด (Koski et al., 1996; Saari et al., 2006) ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งมักพบว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่สูงกว่าวัยอื่นๆ นอกจากนี้ยังมีค่าใช้จ่ายอื่นๆ ตามมาอีก เช่น การตรวจตามนัด การฟื้นฟูสภาพ และการรักษาภาวะแทรกซ้อน การหกล้มนอกจากจะมีผลกระทบต่อด้านร่างกายและด้านเศรษฐกิจแล้ว ยังมีผลกระทบต่อด้านจิตใจและด้านสังคมอีกด้วย โดย Tideiksaar and Silverton (1989) พบว่า การหกล้มจะนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยลง ความเป็นอิสระโดยไม่ต้องพึ่งพาลดลง ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นรู้สึกว่าคุณค่าตนเองอ่อนแอ ไร้ค่า สูญเสียการควบคุมตนเอง และมีความวิตกกังวล กล่าวคือภายหลังจากการหกล้มผู้สูงอายุมักเกิดความวิตกกังวล ขาดความมั่นใจในตนเองเนื่องจากกลัวการหกล้มซ้ำ ทำให้หลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น แยกตนเองและไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Tideiksaar, 1998) ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตกต่ำลง และเพิ่มภาระการดูแลแก่ครอบครัวในระยะยาว

ความกลัวการหกล้มนับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ความกลัวการหกล้ม (Fear of falling) หมายถึงภาวะที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งมีความกังวลว่าอาจเกิดการหกล้ม (Tinetti, Richman and Powell, 1990) เป็นความกลัวที่เฉพาะเจาะจงเกิดขึ้นตามมาภายหลังจากการหกล้ม ทำให้บุคคลนั้นลดหรือหยุดการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันต่างๆ ที่ยังมีศักยภาพที่จะทำได้ (Convey, 1993; Arfken et al., 1994; Apikomkon, 2003; Delbaere et al., 2004; Stel et al., 2004; Zijlstra et al., 2007; Boyd and Stevens, 2009) หรือขาดความมั่นใจในการทรงตัว การเคลื่อนไหว กลัวการหกล้ม ทำให้เกิดเป็นภาวะพึ่งพาอันเป็นภาระของครอบครัวและผู้ดูแลในที่สุด (Walker and Howland, 1990; Kong et al, 2002; แคนเนาวรัตน์ จามรจันทร์, 2550) จากการศึกษาพบว่าประมาณร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุที่เคยมีประสบการณ์หกล้มมักจะมี ความกลัวต่อการหกล้มซ้ำ (Kressing et al., 2001) และผลที่ตามมา คือ ผู้สูงอายุจะพยายามลดการเคลื่อนไหวเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ เช่น การลดบทบาทหน้าที่ของตนเอง หรือ ลดกิจกรรมการเข้าสังคม (Cumming, Salkeld and Thomas, 2000; Murphy, Williams and Gill, 2002; Stel et al., 2004; Boyd and Stevens, 2009; แคนเนาวรัตน์ จามรจันทร์, 2548) ผู้สูงอายุบางรายมีความกลัวต่อการหกล้มซ้ำรุนแรงจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้มีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอื่นๆ ตามมา ได้แก่ การเกิดแผลกด

ทับ กล้ามเนื้ออ่อนแรงและลึบ ข้อติดแข็ง จนเกิดเป็นภาวะทุพพลภาพทำให้มีความเสี่ยงต่อการหกล้มเพิ่มขึ้นอีก (Friedman et al., 2002)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าร้อยละ 25 ของผู้สูงอายุที่เคยหกล้มจะไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ และแยกตัวออกจากสังคม เนื่องจากผู้สูงอายุจะเกิดความกลัวการหกล้ม (Fear of fall) การหกล้มจะนำไปสู่วงจรอันตรายทำให้ผู้สูงอายุกลัวการหกล้มซ้ำ เริ่มหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรม เมื่อผู้สูงอายุไม่ค่อยเคลื่อนไหวก็จะส่งผลทำให้สูญเสียความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เกิดข้อยึดติด เกิดความไม่มั่นใจในการยืน การเดินหรือการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง ซึ่งจะนำไปสู่การหกล้มซ้ำได้อีกหรืออาจนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อน เกิดภาวะพึ่งพา และอาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้ในที่สุด (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2548)

จากการศึกษาเกี่ยวกับความกลัวการหกล้มในต่างประเทศพบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในแง่มุมมองของผู้สูงอายุ และมุ่งหาคำตอบเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง ความชุก และความสัมพันธ์ที่ทำให้เกิดความกลัวการหกล้ม โดยอุบัติการณ์ของความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนแถบประเทศทางตะวันตก พบได้ถึงร้อยละ 29-43 (Arfken et al., 1994; Murphy, Williams and Gill, 2002) ซึ่งมีความแตกต่างกับรายงานของประเทศในแถบเอเชีย เช่น ญี่ปุ่น ซึ่งพบว่าอุบัติการณ์ของความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนมีถึงร้อยละ 60 ส่วนอุบัติการณ์ของความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่พักรักษาตัวอยู่ในสถานพยาบาล พบได้ถึงร้อยละ 50-65 (Chandler et al., 1996) และผู้ที่เคยหกล้มส่วนใหญ่จะพบว่ามีความกลัวการหกล้มมากกว่าผู้ที่ไม่เคยหกล้ม (Cumming, Salkeld and Thomas, 2000)

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่าความกลัวการหกล้มมีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น (Howland et al., 1998; Vellas et al., 1997; Zijlstra et al., 2007; Scheffer et al., 2008) และการศึกษาถึงผลกระทบที่เกิดตามมาจากความกลัวการหกล้มส่วนใหญ่จะพบว่ามีความคล้ายคลึงกัน คือ การจำกัด/หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรม ลดการเคลื่อนไหว ลดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ตกต่ำลง

ส่วนการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์กลัวการหกล้มในแง่มุมมองของผู้สูงอายุในต่างประเทศพบว่า ความรู้สึกกลัวต่อการหกล้มนั้นจะมีระดับความรุนแรงของความกลัวแตกต่างกันไปตามความรุนแรงของการบาดเจ็บและจำนวนครั้งที่หกล้ม ซึ่งผู้สูงอายุพยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการรู้คิดของตนเองให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้กับความรู้สึกกลัว (Convey, 1993) สำหรับประสบการณ์ภายหลังการหกล้มของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับร่างกายจะส่งผลต่อความแข็งแรงและการทรงตัว ซึ่งจะนำไปสู่การเพิ่มภาวะพึ่งพา (Increasing dependence) และเกิดความกลัวการหกล้ม (Developing a fear of falling) ตามมา (Schmid and Rittman, 2009) นอกจากนี้ในกลุ่ม

ผู้สูงอายุชาวฮ่องกงที่เคยหกล้มจะมองว่าการหกล้มเป็นเหตุการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ ไม่สามารถคาดเดาได้ ก่อให้เกิดความกลัว (Fear) ในเรื่องของกลัวหกล้มซ้ำ กลัวว่าจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองไม่ได้ กลัวว่าหกล้มแล้วจะลุกขึ้นเองไม่ได้ กลัวการต้องนอนโรงพยาบาล กลัวขาดอิสระภาพ และกลัวตาย ซึ่งจะนำไปสู่ความต้องการการดูแลจากสมาชิกของครอบครัวในที่สุด (Kong et al., 2002)

สำหรับการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่ายังไม่มี ความชัดเจนในเรื่องของความกลัวการหกล้มจากประสบการณ์ตรงของผู้สูงอายุที่เคยหกล้ม การศึกษาที่พบส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับ การหกล้มในผู้สูงอายุ และเป็น การวิจัยเชิงปริมาณซึ่งบอกให้ทราบถึงสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงของการหกล้ม (Jitapunkul et al., 1998; เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล และคณะ, 2543; ลัดดา เทียมวงศ์, 2544; วิภาวี กิจกำแหง, 2549; นงนุช วรโธสง, 2551) ความสัมพันธ์ของตัวแปร ที่มีต่อพฤติกรรม การป้องกันการหกล้ม (ศิริพร พรพุทธิษา, 2542) มีเพียง 2 การศึกษาเท่านั้นที่นำ ความกลัวการหกล้มมาเป็นปัจจัยตัวหนึ่งในการศึกษา ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ความกลัวการหกล้ม เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวลดลง ประสิทธิภาพทางกายลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงอันเป็นสาเหตุให้การทรงตัวลดลง และเกิดการหกล้มได้ (แดนเนาวรัตน์ จามรจันทร์ และคณะ, 2548) และ Apikomkon (2003) ทำการศึกษาอุบัติการณ์ของความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุไทยในชุมชน พบว่าร้อยละ 50 มีความกลัวการหกล้ม โดยที่ประสบการณ์เคยหกล้มจะมีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากประเด็นปัญหาดังกล่าวข้างต้นจะเห็นว่าความกลัวการหกล้มเป็นผลกระทบทางด้านจิตใจที่เกิดตามมาจาก การหกล้ม ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญและส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์กลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่เคยหกล้มอันจะนำมาซึ่งความรู้ที่ลึกซึ้งจากข้อค้นพบใหม่ๆ ที่ได้จากประสบการณ์ตรงจากมุมมองของผู้สูงอายุ โดยผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นข้อมูลสำหรับบุคลากรทางสุขภาพในการปฏิบัติการพยาบาลและการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถกลับมาดำเนินชีวิตในสังคมได้ รวมทั้งเป็นแนวทางในการประเมินและวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีความกลัวการหกล้มในอนาคตได้อย่างเป็นองค์รวมมากยิ่งขึ้น

## คำถามในการวิจัย

ประสบการณ์ความกลัวต่อการหกล้มของผู้สูงอายุเป็นอย่างไร



## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อบรรยายประสบการณ์ความกลัวต่อการหกล้มของผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติหกล้ม

## ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เพื่อบรรยายประสบการณ์ความกลัวต่อการหกล้มของผู้สูงอายุที่เคยหกล้ม และได้รับการประเมินว่าผลของการหกล้มทำให้เกิดความกลัวการหกล้มตามมา โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลหลักตามเกณฑ์ (Criteria) ดังนี้

- 1) เป็นผู้สูงอายุไทยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง
- 2) เคยมีประวัติหกล้มและได้รับการประเมินว่ามีความกลัวการหกล้มโดยประเมินจาก Falls Efficacy Scale as a Measure of Fear of Falling ของ Tinetti, Richman and Powell (1990) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ใช้วัดระดับความเชื่อมั่นในการทำกิจกรรม 10 อย่างโดยไม่มีกรหกล้ม (เช่น อาบน้ำ เช็ดมเหยิบของในตู้ติดผนัง/ชั้นวางของ เดินรอบบ้าน เตรียมอาหารง่าย ๆ) ซึ่งในแต่ละกิจกรรมมีคะแนนตั้งแต่ 1-10 คะแนนโดยที่ 1 = มีความมั่นใจเต็มที่ 10 = ไม่มีความมั่นใจ หากพบว่ามีคะแนนรวมมากกว่า 70 คะแนน ถือว่าผู้สูงอายุมีความกลัวการหกล้ม (ดังแสดงในภาคผนวก ข)

- 3) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ การได้ยินปกติ สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์กลัวการหกล้มได้

- 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยตลอดระยะเวลาการวิจัยซึ่งในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) และการบันทึกเทปเป็นวิธีการหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำการศึกษาในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครโดยใช้วิธีการติดต่อประสานงานการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลหลักผ่านศูนย์บริการสาธารณสุข 35 สังกัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นหน่วยงานในระดับปฐมภูมิสนองตอบนโยบายการให้บริการสุขภาพแบบเชิงรุก มีหน้าที่หลัก 4 ด้าน คือ ให้บริการตรวจรักษาโรคในระดับปฐมภูมิ (Primary health care) การส่งเสริมสุขภาพอนามัย (Health promotion) การป้องกันและควบคุมโรค (Prevention) และการฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) ส่วนพื้นที่ในความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 35 ได้แก่ แขวงคลองจั่น และแขวงหัวหมาก เขตบางกะปิ จำนวนพื้นที่ในความรับผิดชอบ 28.523 ตารางกิโลเมตร แบ่งเป็น 27 ชุมชน ซึ่งลักษณะชุมชนเป็นชุมชนในเขตเมือง สภาพที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่เป็นหมู่บ้าน



จัดสรร แพลตการเคหะและบ้านของตนเอง ทั้งนี้การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยมีได้มีจุดมุ่งหมายในการอ้างอิงข้อมูลไปยังประชากรกลุ่มอื่น หากแต่ใช้อ้างอิงในกรณีที่อธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่มเฉพาะที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ศึกษาในงานวิจัยนี้เท่านั้น

### ข้อตกลงเบื้องต้น

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ซึ่งเป็นวิธีการที่ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้โดยตรงและมีจุดมุ่งหมายเพื่อทำความเข้าใจโลกในชีวิตจริงของผู้ตอบ พร้อมกันนั้นก็มุ่งทำความเข้าใจความสัมพันธ์ที่ผู้ตอบมีต่อสิ่งแวดล้อมในโลกของเขา (ชาย โปธิสิตา, 2552) ซึ่งการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ความกลัวต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยมุ่งทำความเข้าใจถึงการรับรู้ถึงเหตุการณ์ ความรู้สึก ผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ตลอดจนการดำเนินชีวิต และการเผชิญปัญหาภายหลังการหกล้มของผู้สูงอายุว่าเป็นอย่างไร ผู้วิจัยจึงไม่ใช้กรอบแนวคิดหรือทฤษฎีใดๆ มาใช้ในการควบคุมการวิจัย แต่ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งจากงานที่ทำการศึกษาในประเทศไทยและต่างประเทศ ซึ่งประกอบด้วย แนวคิดเกี่ยวกับการหกล้ม แนวคิดเกี่ยวกับความกลัวการหกล้ม บทบาทของพยาบาลวิชาชีพต่อปัญหาความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ แนวคิดการวิจัยเชิงคุณภาพและทฤษฎีเชิงปรากฏการณ์วิทยา มาเป็นแนวทางในการวางแผนการวิจัย เพื่อให้สามารถรับรู้และเข้าใจถึงข้อเท็จจริงในปรากฏการณ์ที่กำลังศึกษาอย่างลึกซึ้ง และเพื่อให้เกิดความเข้าใจในประสบการณ์กลัวการหกล้มของผู้สูงอายุอย่างถ่องแท้

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ผู้สูงอายุ** หมายถึง ผู้สูงอายุไทยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่เคยมีประวัติหกล้มและได้รับการประเมินว่ามีความกลัวการหกล้ม

**ความกลัวการหกล้ม** หมายถึง ประสบการณ์การรับรู้ของผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติหกล้มอันส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล ขาดความมั่นใจในการลุกยืนหรือเดินโดยไม่เกิดการหกล้ม หรือเกิดความรู้สึกหวาดกลัวว่าจะหกล้มอีกโดยประเมินได้จาก Falls Efficacy Scale as a Measure of Fear of Falling ของ Tinetti, Richman and Powell (1990) ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่เข้าเกณฑ์ว่ากลัวการหกล้มจะมีคะแนนมากกว่า 70 คะแนน

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ถึงประสบการณ์ความกลัวต่อการหกล้มของผู้สูงอายุอย่างลึกซึ้ง
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลหรือ บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการประเมินปัญหาทางด้านสุขภาพ และวางแผนการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีความกลัวการหกล้มได้อย่างถูกต้องครอบคลุม



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้แนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เพื่อบรรยายประสบการณ์ความกลัวต่อการหกล้มของผู้สูงอายุที่เคยหกล้ม ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา บทความ แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการทำวิจัย ซึ่งสรุปประเด็นเสนอตามลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการหกล้ม
  - 1.1 ความหมายของการหกล้ม
  - 1.2 กระบวนการสูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มในผู้สูงอายุ
  - 1.3 การประเมินผู้สูงอายุเกี่ยวกับการหกล้ม
  - 1.4 ผลกระทบของการหกล้มต่อผู้สูงอายุ
  - 1.5 บทบาทของพยาบาลในการป้องกันการหกล้มในชุมชน
  - 1.6 การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน
2. แนวคิดเกี่ยวกับความกลัวการหกล้ม
  - 2.1 ความหมายของความกลัว
  - 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความกลัว
  - 2.3 กลไกการเกิดความกลัว
  - 2.4 ปฏิกริยาที่แสดงออกถึงความกลัว
  - 2.5 ความกลัวการหกล้ม
  - 2.6 อุบัติการณ์ของความกลัวการหกล้ม
  - 2.7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้ม
  - 2.8 ผลที่เกิดตามมาจากความกลัวการหกล้ม
3. บทบาทพยาบาลวิชาชีพต่อปัญหาความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ
4. แนวคิดการวิจัยเชิงคุณภาพและทฤษฎีเชิงปรากฏการณ์วิทยา
5. การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. แนวคิดเกี่ยวกับการหกล้ม

1.1 ความหมายของการหกล้ม มีผู้ให้ความหมายของการหกล้มไว้อย่างมากมาย ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ดังนี้

การหกล้ม หมายถึงการสะดุดที่ไม่ได้คาดล่วงหน้าทำให้ตกลงสู่พื้น ซึ่งจะรวมทั้งการตกที่อาจทำให้ได้รับบาดเจ็บหรือไม่ก็ได้ (Lawrence & Maher, 1992)

การหกล้ม หมายถึง อุบัติเหตุที่ไม่สามารถควบคุมหรือจัดการได้ซึ่งทำให้ผู้ป่วยตก ร่วงลงสู่พื้น (Brady et al., 1993: 26-30 อ้างถึงในจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2548)

การหกล้ม หมายถึงการที่เกิดการเปลี่ยนท่าโดยไม่ตั้งใจและเป็นผลให้ร่างกายทรุดหรือลงนอนกับพื้นหรือปะทะสิ่งของต่างๆ เช่น โต๊ะ และไม่นับรวมการหกล้มที่เกิดจากอุบัติเหตุร้ายแรง เช่น ถูกรถชน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544: 134)

การหกล้ม หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้คาดคิดมาก่อน ไม่ได้ตั้งใจ เกิดขึ้นโดยบังเอิญ ทำให้ร่างกายเสียสมดุลและตกไปที่พื้นหรือในระดับที่ต่ำกว่า ซึ่งมีสาเหตุมาจากการสะดุด การลื่น การตกบันได ตกเก้าอี้หรือเตียง (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2548)

การหกล้ม หมายถึง การสูญเสียการทรงตัวของร่างกายเกิดขึ้นทันทีทันใด โดยไม่ได้ตั้งใจ ทำให้ร่างกายตกลงสู่พื้นหรือปะทะกับสิ่งอื่น เช่น บันได เก้าอี้ (Koski, 1998 อ้างถึงใน Kumar et al., 2008)

สรุป การหกล้ม หมายถึง การสูญเสียการทรงตัวของร่างกาย หรือการเปลี่ยนท่าโดยไม่ตั้งใจ เป็นผลทำให้ร่างกายทรุดตัวลงนั่งหรือนอนกับพื้น หรือปะทะสิ่งของต่างๆ ทั้งจากอาการหน้ามืด เป็นลม ขาอ่อนแรง และจากการสะดุด เกยวดี ดิ่นไถล เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ไม่สามารถควบคุมได้

## 1.2 กระบวนการสูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มในผู้สูงอายุ

กระบวนการสูงอายุเป็นกระบวนการที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ต่างๆ ในร่างกายเริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์จนเจริญเติบโตเป็นทารกและเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ในช่วงเวลานี้เซลล์จะเปลี่ยนแปลงในทางเสริมสร้างทำให้เกิดการเจริญเติบโต เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุแล้วจะมีการสลายของเซลล์มากกว่าการสร้างจึงพบว่าวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระในทางที่เสื่อมถอยลง การทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ บกพร่องและเกิดพยาธิสภาพในหลายระบบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้ผู้สูงอายุเกิดโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย ดังนั้นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดพื้นฐานของผู้สูงอายุ กระบวนการสูงอายุซึ่งจะรวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกายภาพและสรีรวิทยา จะทำให้เกิดความเข้าใจแนวทางการดูแลผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น การหกล้มเกิดขึ้นโดยมีองค์ประกอบหลายอย่าง ซึ่งปัจจัยสาเหตุแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. ปัจจัยภายในร่างกาย (Intrinsic factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือส่งเสริมให้เกิดการ

หกล้มในตัวผู้สูงอายุ ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

### 1.1 การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ได้แก่ ความบกพร่องในด้านต่างๆ ดังนี้

1.1.1 ความบกพร่องทางการมองเห็น จากการลดลงของเซลล์เรตินา เลนส์ตามีความหนาตัวขึ้น ความยืดหยุ่นน้อยลง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการปรับระยะสายตาของผู้สูงอายุ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544; Lord, 2006; Abdelhafiz and Austin, 2003) ดังนี้

ก) การลดลงของความชัดเจนและการรับรู้ความตื้นลึก ทำให้ผู้สูงอายุอาจสะดุดหกล้มได้ง่าย

ข) การลดลงของลานสายตา ทำให้ผู้สูงอายุมองไม่เห็นหรือไม่ตระหนักถึงคนหรือวัตถุที่เคลื่อนเข้ามาใกล้

ค) รูม่านตาขนาดเล็กลงเนื่องจากความสูงอายุ โดยที่ม่านตาได้รับแสงจำนวนเท่าเดิมแต่มีการหดตัวน้อยลงทำให้ขนาดของม่านตาใหญ่ขึ้น ส่งผลให้จำนวนแสงที่เข้าสู่ดวงตาของผู้สูงอายุมีเพียงหนึ่งในสามของจำนวนแสงที่ได้รับ ทำให้สายตาของผู้สูงอายุจะไม่สามารถรับภาพได้ดีในที่ที่มีแสงสลัว เช่น บริเวณทางเดิน หน้าห้องน้ำ

ง) ความเสื่อมต่อการเห็นภาพสี เช่น เขียว-แดง / เข้ม-อ่อนของสี ทำให้เกิดปัญหาในการรับรู้ภาพของพื้น โดยเฉพาะพื้นทางเดินที่ตกแต่งลาย ปูพรมมีลวดลาย

1.1.2 ความบกพร่องของการทรงตัว พบว่าในวัยสูงอายุมีกลไกในการทำงานที่ควบคุมการทรงตัวของระบบอวัยวะต่างๆลดลง ทำให้สมดุลในการทรงตัวบกพร่องโดยเฉพาะผู้สูงอายุบางรายมีปัญหาการทำงานของอวัยวะหูชั้นใน อาจมีการติดเชื้อหรือการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ส่งผลให้ระบบควบคุมการทรงตัวและการเคลื่อนไหวผิดปกติ ทำให้เกิดอาการบ้านหมุน (Vertigo) นำไปสู่การหกล้มได้ (Lord et al., 2001; Ebersole, Hess and Luggen, 2004)

1.1.3 ความบกพร่องของการเดิน พบว่าผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-70 ปี จะมีมวลกล้ามเนื้อ ความแข็งแรง และความสามารถในการประสานงานของกล้ามเนื้อลดลงกว่าเมื่ออายุ 20-30 ปีถึงร้อยละ 20-40 โดยกล้ามเนื้อจะลีบเล็กลง ความตึงตัวและกำลังหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง เซลล์ของกล้ามเนื้อถูกแทนที่ด้วยเซลล์ไขมัน ทำให้กล้ามเนื้อหย่อนยาน อัตราการเสื่อมของกระดูกมากกว่าอัตราการสร้าง แคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้น ทำให้กระดูกเปราะหักง่าย และติดขัด ความยาวของกระดูกสันหลังลดลง เพราะหมอนรองกระดูกบางลงทำให้หลังค่อม ทรงตัวไม่ดี การเคลื่อนไหวช้า กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่างๆ เสื่อมมากขึ้นตามอายุ ปริมาณน้ำในข้อลดลง ทำให้กระดูกสัมผัสกันมากขึ้นขณะที่มีการเคลื่อนไหว เกิดโรคข้อเสื่อม (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ทำให้เกิดการจำกัดการเคลื่อนไหวของข้อ และความเร็วในการตอบสนองของกล้ามเนื้อลดลง นอกจากนี้ยังพบว่า การเปลี่ยนแปลงของโครงร่างกล้ามเนื้อจะมีผลต่อท่าทางการเดิน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถยกเท้าได้สูงเท่ากับที่เคยทำได้ และมีการเปลี่ยนแปลงในการ



เคลื่อนไหวของข้อสะโพกในการรับน้ำหนักของขาขณะเดิน อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดการสะดุดเมื่อเดินบนพื้นขรุขระ หรือพื้นต่างระดับได้ง่าย

1.2 การเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากความเจ็บป่วย หรือพยาธิสภาพของโรคทำให้เกิดความผิดปกติของระบบต่างๆ ส่งผลให้เกิดการหกล้มได้แก่

1.2.1 ระบบไหลเวียนโลหิตอาจเกิดจากความผิดปกติของหัวใจหรือหลอดเลือด เนื่องจากวัยสูงอายุกล้ามเนื้อหัวใจมี collagen มากขึ้น การยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ลิ้นหัวใจมีไขมันและแคลเซียมสะสมร่วมกับมีการเสื่อมของ collagen ลิ้นหัวใจจึงมีการเคลื่อนไหวและเปิด-ปิดน้อยลง มีการลดลงของระบบสื่อไฟฟ้าในหัวใจ หลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งตัวจากการมีแคลเซียมและไขมันมากขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจลดลง เพราะ S-A node ทำงานน้อยลง การไหลเวียนเลือดเข้าสู่ Ventricle ช้าลง ปริมาณเลือดเข้าสู่หัวใจขณะพักลดลง หลอดเลือดแข็งตัวเพิ่มขึ้นจากการมีไขมันและแคลเซียมมาเกาะ ทำให้เกิดภาวะเส้นเลือดแข็งตัว (arteriosclerosis) ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง เกิดความดันโลหิตต่ำ เกิดการขาดเลือดในสมอง เกิดการเป็นลม และเกิดการหกล้มตามมาได้ นอกจากนี้ปัญหาที่พบได้บ่อย คือ ภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า ทำให้เกิดอาการหน้ามืดและเวียนศีรษะอาจนำไปสู่การหกล้มได้ (บรรลู่ ศิริพานิช, 2542; Carey and Potter, 2001)

1.2.2 ระบบประสาทและสมองเกิดจากการรับรู้สึกของระบบประสาทและสมองผิดปกติอันเกิดจากสมองเสื่อม เนื้อสมองตาย โรคหลอดเลือดสมอง พาร์กินสัน ทำให้ระบบการควบคุมจากสมองส่วนกลางผิดปกติไป ไม่สามารถประสานการทำงาน ส่งผลต่อการทำงานที่ขาดการประสานกันของอวัยวะ ระบบการทรงตัวสูญเสียไปทำให้เกิดการหกล้มได้ (Lee et al., 2006; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) นอกจากนี้ความผิดปกติของสมดุลกรด-ด่าง สารเกลือแร่ในร่างกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย มีภาวะติดเชื้อมักมีสมดุลของกรด-ด่าง อิเล็กโทรไลต์ในร่างกายผิดปกติไป ส่งผลต่อการทำงานของสมองทำให้เกิดอาการซึมหรือสับสน กล้ามเนื้ออ่อนแรง ส่งผลให้เกิดการหกล้มได้เช่นเดียวกัน (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2548)

1.2.3 ระบบกล้ามเนื้อและโครงร่าง เกิดจากการเสื่อมสภาพ ความผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อ ทำให้การทรงตัวไม่มั่นคง ซึ่งอาจได้แก่ ความไม่มั่นคงบริเวณข้อสะโพก ข้อเข่า หรือข้อเท้า อาจเกิดจากข้อเสื่อมหรือการอักเสบของข้อ ในผู้สูงอายุบางรายมีการอ่อนแรงหรือลีบตัวของกล้ามเนื้อ การอักเสบของกล้ามเนื้อ ความผิดปกติของเท้า ลักษณะเท้าที่ผิดปกติที่มีการหนาตัวของผิวหนังซึ่งนำไปสู่การหกล้มได้ (Campbell, Robertson and Gardner, 1995)

1.2.4 การใช้ยาและการดื่มสุรา ผู้สูงอายุมักได้รับยาหลายชนิดในขณะเดียวกัน อาจทำให้เกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยา เกิดพิษข้างเคียงของยา ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการหกล้มเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุที่ได้รับยามากกว่า 4 ชนิดทำให้อัตราเสี่ยงของการหกล้มเพิ่มขึ้น 8-10 เท่า



กลุ่มยาที่อาจทำให้ผู้สูงอายุหกล้ม ได้แก่ ยานอนหลับ ยาระงับประสาท ยาขยายหลอดเลือด ยาขับปัสสาวะ รวมทั้งยาในกลุ่มที่ใช้กับปัญหาทางจิตเวชด้วย (Blain et al., 2000; Kelly et al., 2003)

1.2.5 ปัจจัยทางด้านจิตใจ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ของร่างกายในทางที่เสื่อมลง เช่น ตามัว หูตึง การเคลื่อนไหวลำบาก เป็นต้น และการเปลี่ยนแปลงจากสังคมสิ่งแวดล้อม เช่น การที่ต้องออกจากงานทำให้สูญเสียตำแหน่งทางสังคม ทำให้รายได้น้อยลง การลดความสัมพันธ์กับเพื่อนฝูงและชุมชนลง การสูญเสียหรือพลัดพรากจากสิ่งที่ตนเองรักใคร่ และครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งผู้สูงอายุจะต้องปรับตัวให้เข้ากับสิ่งที่เปลี่ยนแปลงให้ได้ หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้ก็จะเกิดพฤติกรรมหรืออาการที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ เช่น วิตกกังวล หวาดระแวง กลัว อาการซึมเศร้า ส่งผลให้มีการตัดสินใจที่ไม่ดีเมื่ออยู่ตามลำพัง ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่ายขึ้น (Vellas et al., 1997)

กล่าวโดยสรุปได้ว่าจากกระบวนการสูงอายุทำให้การทำงานที่ต่างๆ ของอวัยวะในร่างกายของผู้สูงอายุเสื่อมลงทั้งทางด้านการทำงานที่และด้านจิตใจ อันเป็นสาเหตุชักนำให้เสี่ยงต่อการหกล้มได้ เช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือด เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการไหลเวียนโลหิต เกิดความดันโลหิตต่ำเฉียบพลันจากการเปลี่ยนท่าทำให้เกิดอาการหน้ามืด เป็นลมและหกล้มได้ ส่วนระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ มีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ส่งผลให้การทรงตัวไม่มั่นคง และลักษณะการเดินของผู้สูงอายุที่ผิดปกติ เช่น การเดินย่างช้าๆ ก้าวสั้นๆ ยกเท้าต่ำ และเดินโยกตัวทำให้เกิดการสะดุดหกล้มได้ง่าย ร่วมกับความบกพร่องทางการมองเห็นของผู้สูงอายุ จากลานสายตาที่แคบลงทำให้การมองเห็นสิ่งกีดขวางทางเดินไม่ชัดเจน การหลบเลี่ยงสิ่งกีดขวางจึงทำได้ลำบากเนื่องจากรีเฟล็กซ์ต่างๆ ลดลง ในขณะเดียวกันการเสื่อมของอวัยวะหูชั้นในยังส่งผลต่อการทรงตัวที่ไม่ดี ทำให้เกิดอาการมึนงง เวียนศีรษะ เสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย

2. ปัจจัยภายนอกในร่างกาย (Extrinsic factors) หมายถึง สิ่งแวดล้อมรอบตัวของบุคคล ซึ่งอาจเป็นภายในหรือภายนอกบ้าน จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปปัจจัยภายนอกที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุเกิดหกล้มได้ดังนี้ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544; Lord, Menz and Sherrington, 2006)

2.1 พื้นที่มีลักษณะไม่ปลอดภัย ได้แก่ พื้นที่มีผิวไม่เรียบ มีลวดลายหลอกตา มีสิ่งกีดขวาง การลื่น สะดุด พื้นที่มีระดับต่างกัน ไม่สม่ำเสมอ ขรุขระ การมีกรวดทราย พื้นบ้านที่แตกเป็นร่อง มีเศษตะปู เศษไม้ วัสดุที่ก่อให้เกิดการสะดุดหรือลื่น เช่น พรมเช็ดเท้าที่ไม่ยึดเกาะพื้น สายไฟ ผ้าเช็ดพื้น พื้นผิวที่มีช่องหลวอก พื้นห้องน้ำที่เปียก พื้นที่มีการขูดถูลงน้ำมัน ล้วนเป็นสาเหตุให้เกิดการหกล้มได้ทั้งสิ้น

2.2 สิ่งก่อสร้างภายในบ้านที่ไม่เหมาะสมได้แก่ ห้องน้ำ บันได เช่น ชั้นบันไดที่มีความสูงไม่สม่ำเสมอ การไม่มีราวยึดเกาะเพื่อช่วยในการเคลื่อนไหว ที่นั่งขับถ่ายเป็นแบบนั่งยองซึ่งหากนั่งนานๆ อาจนำไปสู่อาการหน้ามืดขณะลุกขึ้นยืน

2.3 แสงสว่างที่ไม่เหมาะสมในที่พักอาศัย แสงสลัวทำให้กล้ามเนื้อดวงตาทำงานหนัก มีผลเสียต่อดวงตา ความชัดเจนลดลงก่อให้เกิดอุบัติเหตุหกล้มได้ จากการศึกษาพบว่าบริเวณที่มักเกิดอันตรายจากแสงสลัว คือ บริเวณบันได ทางเข้าบ้าน ทางเดินภายในและภายนอกบ้าน

2.4 เครื่องเรือนที่ไม่เหมาะสม อันตรายเกิดจากการจัดวางเครื่องเรือน ของใช้ไม่เป็นระเบียบ กีดขวางทางเดิน รูปแบบของเครื่องเรือนที่ไม่เป็นผลดีกับสรีระที่เปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ เช่น ระดับความสูงของโต๊ะ เก้าอี้ เติงนอน ตู้ ชั้นวางของ ควรพิจารณาให้มีความสูงที่พอมือเกาะกับการใช้งานของผู้สูงอายุ เครื่องเรือนที่มีรูปแบบไม่เหมาะสมคือ ลักษณะไม่มั่นคงขณะใช้งาน เช่น อุปกรณ์ที่มีน้ำหนักมาก มีล้อเลื่อน อาจทำให้เกิดการลื่นไถลนำไปสู่การหกล้มได้

2.5 เครื่องแต่งกายและอุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนไหวที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ เสื้อผ้าที่มีขนาดใหญ่ หลวม หรือยาวเกินไปอาจทำให้เกิดการสะดุด เกี่ยวรั้ง รองเท้าที่มีรูปทรงไม่พอดีกับเท้า พื้นรองเท้าลื่น ไม่มีพื้นยึดเกาะที่ดี ส้นรองเท้าที่สูงมาก ทำให้เกิดอาการปวดเมื่อยและเสียสมดุลได้ง่าย อุปกรณ์ที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง คือ แวนตาที่ไม่พอมือเกาะกับสายตา นอกจากนี้อุปกรณ์ที่ช่วยในการเคลื่อนไหว เช่น ไม้เท้า เครื่องพยุงเดินแบบมีราวจับ (Walker) ล้อเข็น หากมีขนาดไม่เหมาะสมหรือผู้สูงอายุไม่คุ้นเคยกับการใช้งานก็อาจก่อให้เกิดการหกล้มได้เช่นกัน

ดังนั้นการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุจึงต้องคำนึงถึงความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ การอำนวยความสะดวกในการประกอบกิจกรรมต่างๆ เพื่อฟื้นฟูความสามารถในการดูแลตนเอง (สุภาวดี พุฒิน้อย และคณะ, 2548) นอกจากนี้เป้าหมายที่สำคัญในการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ คือ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของผู้สูงอายุอีกด้วย (ไตรรัตน์ จารุทัศน์, จิราพร เกศพิชญวัฒนา, ศรีนยา หล่อมณีนิพนธ์, กิตติอร ชาติปติ, 2548)

**1.3 การประเมินผู้สูงอายุเกี่ยวกับการหกล้ม** การประเมินผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการคว่ำได้รับการตรวจประเมินอย่างครอบคลุม (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2548) ซึ่งทำได้ดังนี้

1) การซักประวัติ ได้แก่ ประวัติการหกล้มที่ผ่านมา เหตุการณ์ขณะที่เกิดการหกล้ม สาเหตุ จำนวนครั้งของการหกล้ม ผลที่ตามมาจากการหกล้ม ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น ประวัติการได้รับยา ภาวะการเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงของระบบขับถ่าย สายตา สภาพอารมณ์และจิตใจ ประสาทสัมผัส การรับรู้ โดยการซักประวัติอย่างละเอียด ครบถ้วน โดยข้อมูลนั้นอาจได้จากผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัว หรือผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ

2) การตรวจร่างกาย ได้แก่ การตรวจทางระบบประสาท การทำงานของกล้ามเนื้อ

เนื้อ เช่น การตรวจกำลังกล้ามเนื้อ การตรวจความตึงของกล้ามเนื้อ การตรวจรีเฟล็กซ์ การเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ เช่น มือสั่น การเปลี่ยนแปลงของกระดูก ข้อต่อ น้ำหนักตัว ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับท่าทางการเดิน การทรงตัว ความมั่นคง และความสมดุลของการเคลื่อนไหว

2.1) การประเมินเกี่ยวกับการทรงตัวของผู้สูงอายุ สามารถสรุปขั้นตอนการประเมินได้ดังนี้ (Ebersole, Hess and Luggen, 2004)

ก) ให้ผู้สูงอายุลุกขึ้นจากเก้าอี้ที่มีที่พักแขน เดินไปเป็นระยะทาง 10 ฟุต หมุนตัว เดินกลับมาที่เก้าอี้และนั่งลง (get-up and go test) หากผู้สูงอายุทำได้ภายในเวลาไม่เกิน 20 วินาที โดยไม่มีอาการเซขณะหมุนตัว และไม่ต้องจับยึดวัตถุหรือบุคคลใด ถือว่ามีการทรงตัวที่ดีมาก

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

ค) วางเท้าข้างหนึ่งให้อยู่ด้านหน้าของเท้าอีกข้างหนึ่ง (สันเท้าต่อนิ้วหัวแม่เท้า) คงอยู่ได้ 30 วินาที

ง) ยืนหลับตานิ่งๆ สามารถยืนได้นาน 15 วินาที

จ) ก้มลงหยิบของที่วางบนพื้น สามารถทำได้ภายในระยะเวลา 5 วินาที

ฉ) ให้ผู้สูงอายุยืนลิ้มตา ผู้ตรวจใช้นิ้วมือผลักหน้าอกผู้สูงอายุเบาๆ พอที่จะให้ผู้สูงอายุเสียการทรงตัว ซึ่งหากผู้สูงอายุมีปฏิกิริยาการตอบสนองที่ปกติ แขนทั้งสองข้างจะยื่นไปข้างหน้า ในขณะที่เดียวกันขาจะถอยไปด้านหลังเพื่อทดแทนการเสียสมดุลของร่างกายที่เกิดขึ้น (ระหว่างการทดสอบควรมีเจ้าหน้าที่ยืนอยู่ด้านหลังผู้สูงอายุ 1 คนเพื่อความปลอดภัย)

2.2) การประเมินเกี่ยวกับลักษณะการเดิน การสังเกตท่าเดินเป็นสิ่งซึ่งช่วยให้ทราบถึงโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มได้ ท่าเดินของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) ได้แก่

ก) Waddling gait ผู้สูงอายุจะเดินโยกไปมาทางด้านข้าง ขาดูแข็งๆ และกางออกกว่าปกติให้ฐานกว้างขึ้น และบางครั้งจะมีการเซในขณะที่เดิน ผู้สูงอายุเหล่านี้มักมีปัญหาเรื่องข้อเข่าเสื่อม โรคอ้วน ผู้ป่วยที่มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขา (Proximal muscle weakness)

ข) Hemiplegic gait มักพบในผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้กล้ามเนื้อของร่างกายอ่อนแรง และมีลักษณะแข็งเกร็ง ทำให้เดินลำบากและเซได้ง่าย ผู้ป่วยมักจะเดินเอียงไปขาข้างที่ผิดปกติได้เล็กน้อย และเหยียดในขณะที่ก้าวทำให้ต้องแกว่งขาไปทางด้านข้างไม่ให้เท้าระพื้น แขนที่ผิดปกติมักจะอยู่ในท่างอชิด จะไม่แกว่งตามจังหวะการเดิน

ค) Apraxic gait เกิดจากความผิดปกติของ white matter บริเวณ Subcortical รอบๆ Ventricle เช่น Normal pressure hydrocephalus Binswanger's disease หรือเนื้องอกของส่วน Frontal ทั้งสองข้าง เมื่อผู้ป่วยเดินจะพบว่าผู้ป่วยก้าวขาได้ดีขึ้นบ้าง ดุ่มง่าม เวลาเดิน ตัวอาจจะเอนไปข้างๆ เล็กน้อย ลักษณะการก้าวเดินอาจจะก้าวสั้นๆ ฝ่าเท้าจะระลอกไปกับพื้น เวลาเอี้ยวหรือหมุนตัว จะค่อยๆ ทำและอาจมีลักษณะหมุนทั้งตัวแขนมักจะแกว่งน้อย มีอาการเกร็ง และยื่นไปข้างหน้าเหมือนกั้วล้ม เวลาอยู่ในท่านอนให้ยกขาสูงขึ้นมักจะทำได้ดีกว่าเวลาเดิน

ง) Parkinsonian gait จะมีลักษณะที่เรียกว่า Festination โดยจะก้าวสั้นๆ ปลายเท้าจะไปกับพื้น แรกๆ จะก้าวได้ไม่เร็ว แต่ต่อไปจะก้าวเร็วขึ้นเรื่อยๆ จนบางครั้งอาจดูคล้ายวิ่ง ศีรษะจะดูโน้มไปข้างหน้าและดูแข็งๆ แขนแนบกับลำตัวและไม่แกว่ง เมื่อให้หยุดจะทำได้ลำบากกว่าปกติ และเวลาเลี้ยวหรือหมุนตัวมักจะเสียการทรงตัวและหกล้มได้ง่าย โดยเฉพาะหงายล้มไปทางด้านหลัง ความผิดปกตินี้เกิดจากรอยโรคที่บริเวณ substantia nigra โดยมีสาเหตุจากโรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) ยาทางจิตเวช อุบัติเหตุ หรือได้รับสารพิษ

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

#### 1.4 ผลกระทบของการหกล้มต่อผู้สูงอายุ

การหกล้มส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุอย่างมากทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย การเกิดการหกล้มในผู้สูงอายุนั้นจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดการบาดเจ็บ โดยพบว่ามากกว่าร้อยละ 50 อาจมีอาการบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย ร้อยละ 2 พบมีการหักของกระดูกสะโพก ร้อยละ 5 พบการหักของกระดูกในส่วนอื่นๆ เช่น แขน กระดูกเชิงกราน และอีกร้อยละ 10 ได้รับการบาดเจ็บรุนแรงที่ศีรษะและอวัยวะภายใน มีบาดแผลฉีกขาด (Stel et al., 2004) ส่วนผลในระยะยาวสำหรับผู้ที่ถูกหกล้มและมีกระดูกข้อสะโพกหัก จะมีอัตราการเสียชีวิตถึงร้อยละ 20-30 เมื่อติดตามกลุ่มนี้เป็นระยะเวลา 1 ปี และอีกร้อยละ 25-75 ที่สูญเสียความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันด้วย (Magaziner et al., 1990) ตำแหน่งที่กระดูกหักมากที่สุด คือ กระดูกสะโพก ซึ่งต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเป็นเหตุให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอาจเกิดเหตุชักนำไปเสียชีวิตได้ และถึงแม้ว่าจะสามารถผ่านพ้นวิกฤตการณ์



จากการผ่าตัดมาได้ แต่ยังคงต้องเผชิญกับปัญหาภาวะฟื้นฟูสภาพ ทำให้ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นๆ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นเวลานาน เนื่องจากไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ บางรายอาจต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยปัญหาภาวะแทรกซ้อน ส่วนใหญ่หลังจากเกิดการหกล้มแล้วความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจะลดลงทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การควบคุมการขับถ่าย และการใช้ห้องสุขา โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 60 ต้องการความช่วยเหลือในด้านการอาบน้ำ การแต่งตัว และการเคลื่อนย้าย (เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล และคณะ, 2543)

ปัญหาการเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุที่พบแบ่งได้เป็น 3 ชนิด ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้ (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2548)

1) การหักที่ส่วนคอของกระดูกฟีมอร์ (Fracture neck of femur) เป็นการหักที่คอของส่วนต้นของกระดูกฟีมอร์พบบ่อยในผู้สูงอายุหญิงมากกว่าชาย ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุหญิงส่วนใหญ่มักมีภาวะกระดูกพรุน ดังนั้นแม้เพียงเกิดการสะดุดล้มที่ดูเหมือนไม่รุนแรง หรือมีแรงกระแทกไม่มาก แต่ทำให้เกิดการหักได้

2) การหักระหว่างปุ่มกระดูกโคนคอกระดูกฟีมอร์ (Fracture intertrochanteric of femur) การหักของกระดูกภายนอกข้อสะโพกบริเวณระหว่างปุ่มกระดูกโคนขาเล็กและใหญ่ ผู้ป่วยกระดูกหักชนิดนี้มักเกิดจากแรงกระแทกที่รุนแรง ตำแหน่งที่กระดูกหักมีโอกาสเสียเลือดมาก ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอาการแทรกซ้อนหรือเสียชีวิตได้ในอัตราที่สูงกว่าผู้ป่วยที่มีการหักบริเวณกระดูกส่วนอื่น

3) การหักบริเวณใต้ระหว่างปุ่มกระดูกโคนขา (Fracture subintertrochanteric of femur) มักมีปัญหาเกี่ยวกับการหายของกระดูก การหักตำแหน่งนี้จะมีการสูญเสียเลือดได้มากถึง 1,500 ซีซี ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะช็อคได้สูง

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจ ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มอาจจะมีหรือไม่มีผลกระทบทางจิตใจก็ได้ อาการหลายอย่างสามารถพัฒนาเป็นกลุ่มอาการภายหลังการหกล้ม รวมถึงภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และกลุ่มอาการวิตกกังวลภายหลังการหกล้ม และจากงานวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมีความกลัวการหกล้มซ้ำ หรือกลัวการพึ่งพาหลังจากหกล้ม ซึ่งทั้งสองกรณีนี้มีผลกระทบทางด้านจิตใจอย่างมาก ความกลัวไม่ได้จำกัดอยู่ในคนที่เคยหกล้มแล้วเท่านั้น แต่รวมถึงคนที่ไม่เคยหกล้มด้วย ซึ่งผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกเสียใจ อยากตาย ทุกข์ทรมานร่วมด้วย ผู้สูงอายุจะแสดงออกโดยการหลีกเลี่ยงการมีกิจกรรมต่างๆ (เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล และคณะ, 2543) และยังมีผู้สูงอายุอีกจำนวนหนึ่งภายหลังจากเกิดการหกล้มส่งผลให้เกิดความกลัว ทำให้มีปัญหาเรื่องการลุกเดิน ต้องการคนช่วยอยู่ตลอดเวลาทั้งที่ตรวจไม่พบสาเหตุทั้งระบบประสาทหรือกระดูกและข้อ ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะพึ่งพาในที่สุด กลุ่มอาการนี้เรียกว่า “กลุ่มอาการภายหลังการหกล้ม” (Post fall

syndrome หรือ Fear of fall) ซึ่งจะพบในผู้สูงอายุที่มีอายุค่อนข้างสูง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541:136) และจากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปอาการแสดงของผู้สูงอายุที่มีความกลัวการหกล้มได้ดังนี้ (Arfken et al., 1994; Vellas et al., 1997; Kressing et al., 2001)

- 2.1) แสดงอาการกลัวหรือวิตกกังวลระหว่างเดิน
- 2.2) เหงื่อแตก ตัวสั่น หรือหายใจลำบากเมื่อเริ่มเดิน
- 2.3) เดินช้าๆ มองเท้าตัวเองขณะเดิน
- 2.4) มีอาการเซ เสียสมดุลการทรงตัว
- 2.5) ไม่เต็มใจหรือไม่ให้ความร่วมมือในการเคลื่อนไหว หรือเคลื่อนย้าย
- 2.6) จับ/ยึดเฟอร์นิเจอร์ หรือยึดบุคคลอื่น ขณะเดินหรือเคลื่อนย้ายตนเอง

3. ผลกระทบทางเศรษฐกิจ พบว่าผู้สูงอายุที่หกล้มจะมีแนวโน้มในการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น พบแพทย์บ่อยครั้งขึ้น ค่าใช้จ่ายด้านนี้จะเพิ่มขึ้นตามลำดับ ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจครอบครัวโดยตรง สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าการหกล้มเป็นเหตุให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทั้งทางตรงและทางอ้อม ผู้สูงอายุเหล่านี้จะมีการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์สูงมาก ไม่ที่จะเป็นการเข้าอยู่โรงพยาบาล หรือจำนวนครั้งของการมาพบแพทย์เพื่อตรวจรักษา เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่ได้หกล้ม (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) โดยพบว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากการหกล้มมีระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลนานโดยเฉลี่ย 11 วัน ซึ่งทำให้เป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคมโดยรวม (เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล และคณะ, 2543)

โดยสรุปได้ว่าผลจากการหกล้มทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ลดลง ร่างกายได้รับบาดเจ็บ เกิดภาวะทุพพลภาพหรืออาจทำให้เสียชีวิตได้ ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุอาจสามารถผ่านพ้นวิกฤติมาได้ แต่ผู้สูงอายุก็ยังคงต้องเผชิญกับปัญหาในการฟื้นฟูสภาพ ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นเวลานาน เนื่องจากไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ และบางรายอาจต้องกลับเข้ารับรักษาซ้ำซากด้วยปัญหาภาวะแทรกซ้อน นอกจากการหกล้มจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกายแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้สูญเสียความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากกลัวการหกล้ม ต้องกลายเป็นภาระของครอบครัวในการดูแล ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจนถึงระยะยาว ตลอดจนมีการสูญเสียค่าใช้จ่ายและทรัพยากรทางการแพทย์เป็นจำนวนมากในการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีปัญหาจากการหกล้ม ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินปัญหาทางด้านสุขภาพ และวางแผนการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีความกลัวการหกล้มได้อย่างถูกต้อง ครอบคลุม ซึ่งจะนำไปสู่การช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถกลับมาดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ



### 1.5 บทบาทของพยาบาลในการป้องกันการหกล้มในชุมชน

การหกล้มเป็นปัญหาที่สำคัญและพบบ่อยในผู้สูงอายุ และแนวโน้มของการหกล้มจะเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ดังจะเห็นได้ว่าเมื่อเกิดการหกล้มขึ้นแล้วย่อมส่งผลกระทบต่อต่าง ๆ ตามมามากมาย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอีกด้วย การหกล้มก่อนการเข้ารับการรักษา มักจะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามบ้าน และในชุมชน จึงเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญของพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชนที่ต้องคำนึงถึง โดยการให้บริการที่มุ่งเน้นการป้องกันซึ่งเป็นการพยาบาลเชิงรุกที่จะลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ และป้องกันเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้น การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มโดยเฉพาะในผู้สูงอายุรายที่มีความเสี่ยงจึงมีความจำเป็นและไม่ควรมองข้าม ซึ่งการให้คำแนะนำทั่วไปสำหรับการป้องกันการหกล้มและความปลอดภัยในบ้านสามารถทำได้โดยการชี้ให้เห็นถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้น หรือโดยการให้คู่มือพร้อมทั้งเน้นในส่วนที่สำคัญๆ การให้โปรแกรมการสอนต้องมุ่งเน้นเพื่อป้องกันประเด็นที่จะทำให้เกิดการบาดเจ็บที่รุนแรง (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2548)

นอกจากการป้องกันก่อนเกิดอุบัติเหตุแล้วพยาบาลยังมีหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับอุบัติเหตุทั้งที่ได้รับบาดเจ็บให้กลับมาสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ/ใกล้เคียงปกติมากที่สุด และเป็นป้องกันการเกิดภาวะพึ่งพาให้เกิดขึ้นช้าที่สุดหรือไม่เกิดขึ้นเลย ผู้สูงอายุบางรายที่ไม่มีปัญหาการบาดเจ็บจากการหกล้มแต่อาจมีปัญหาทางด้านจิตใจและในที่สุดก็จะส่งผลมาถึงร่างกายได้ เคยหกล้มแล้วเจ็บ เกิดความกลัวการหกล้ม จึงพยายามลดและจำกัดการทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้การใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ไม่มีความสุข ทำให้เกิดการถดถอยทั้งทางร่างกายและจิตใจ สิ่งเหล่านี้จึงมีความจำเป็นที่พยาบาลจะต้องประเมินให้ได้และวางแผนเพื่อช่วยผู้สูงอายุ/ครอบครัวในการแก้ปัญหาต่อไป

### 1.6 การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน

การหกล้มเป็นอุบัติเหตุที่สามารถป้องกันหรือหลีกเลี่ยงได้ หากผู้สูงอายุและครอบครัวมีความตระหนัก ดูแลให้ความสนใจ เอาใจใส่ การป้องกันการหกล้มสามารถทำได้โดยการจัดสภาพแวดล้อม ทั้งนี้การจัดการสภาพแวดล้อมภายในบ้านจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ไม่ควรมองข้าม ซึ่งการจัดการและการตกแต่งภายในที่เหมาะสมตามเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำมีดังนี้ (ไตรรัตน์ จารุทัศน์, จิราพร เกศพิชญวัฒนา, ศรีนยา หล่อมณีพรรัตน์, กิตติอร ชาลปติ, 2548)

1. กำแพงและประตู ตำแหน่งต่าง ๆ บนกำแพงที่จะติดวางสิ่งของ ควรติดตั้งให้ต่ำกว่าปกติเพราะอาจมีผู้ที่ต้องใช้รถเข็น และผู้สูงอายุโดยทั่วไปแล้วจะตัวเล็กกว่าคนปกติ ประตูและกำแพงควรหลีกเลี่ยงพื้นผิวที่มันวาวลื่นจนเกินไป ประตูต้องกว้าง 80-90 เซนติเมตร ธรณีประตูไม่หนาเกิน ลูกบิดประตูอยู่สูงกว่าพื้น 100-120 เซนติเมตร กรณีประตูเป็นกระจกต้องติดเครื่องหมายหรือแถบสีให้ชัดเจน

2. พื้น ควรเลือกที่มีลักษณะเฉพาะ คือ เรียบ ง่ายต่อการดูแล คงสภาพเดิมได้ดี ทนต่อน้ำ พื้นควรแห้งไม่มีน้ำ/ของเหลวหก สำหรับพื้นบ้านเรือนโดยทั่วไปของไทยจะเป็นพื้นไม้เรียบ ซึ่งมีความเหมาะสมกับการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ แต่อย่างไรก็ตามไม่ควรขัดมันหรือขัดพื้นให้ผิวลื่น สะท้อน หรือมันวาว จะเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม หากกรณีจะใช้พรมจำเป็นต้องพิจารณาหลายประการ เช่น การใช้ลวดลายและสีที่เหมาะสม ไม่ทำให้ตาลาย ตลอดจนทำเครื่องหมายแสดงให้ชัดเจนบริเวณที่มีความต่างระดับ ดูแลไม่ให้มีสิ่งกีดขวางที่อาจทำให้เกิดการสะดุดล้ม

3. เพดาน ส่วนใหญ่ใช้ในการกระจายและเก็บเสียง เลือกใช้ให้เหมาะกับสภาพที่อยู่อาศัย ควรคำนึงถึงการป้องกันน้ำในตำแหน่งที่จะแสดงให้เห็นถึงความเปียกชื้น

4. สี เป็นเรื่องที่ต้องระมัดระวังอย่างมาก จำเป็นต้องคำนึงถึงทั้งด้านกายภาพและด้านจิตใจ เช่น สีที่ให้ความรู้สึกต่างๆ กัน ความอ่อน-เข้มของสีที่จางลงควรรับรู้ถึงการแบ่งเขตพื้นที่ที่อยู่ในบ้าน ประตูที่มีสีต่างกันสามารถช่วยแบ่งแยกลักษณะห้องต่างๆ ได้ สีต่างกันของพื้นทางเดินช่วยในการกระเษียรการเดินทาง ซึ่งผู้สูงอายุสามารถแยกสีแดงเข้ม สีส้ม สีเหลือง ได้ดีกว่าสีน้ำเงิน สีม่วงและสีเขียว การใช้สีสดอาจช่วยป้องกันการเกิดอุบัติเหตุได้ แต่การนำสีสดมาใช้มากเกินไปจะเป็นการรบกวนสายตา และเมื่ออยู่นานๆ อาจรู้สึกไม่สบายเท่าที่ควร จึงควรเลือกสีที่สบายตา เช่น สีเขียว สีขาว สีครีม หรือสีจากเนื้อวัสดุธรรมชาติ เช่น ไม้ ดังนั้นจึงควรระมัดระวังในการใช้สีสำหรับผู้สูงอายุ

5. แสง แสงจากธรรมชาติและที่ประดิษฐ์ขึ้น เช่น ไฟ โคมไฟต่างๆ มีความจำเป็นเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากสภาวะการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพทางด้านสายตาของผู้สูงอายุ ดังนั้นการออกแบบควรให้มีบริเวณที่มีแสงธรรมชาติส่องถึง และแสงไฟประดิษฐ์เป็นสิ่งจำเป็น จุดประสงค์เพื่อลดเงาสะท้อนและสว่างพอที่ทำให้ผู้สูงอายุมองเห็นสิ่งแวดล้อมได้ชัด ทางเดินในบ้านควรมีแสงสว่างเพียงพอ ไม่ควรเป็นแสงจ้า แต่เป็นแสงนวลไม่หลอกตาโดยเฉพาะบริเวณทางเดิน บันได และห้องน้ำ การจัดวางกระจกต่างๆ ควรหลีกเลี่ยงไม่ให้แสงสะท้อนเข้าตา สวิตช์เปิด-ปิดไฟอยู่ในที่ที่สะดวก สูงจากพื้น 90 เซนติเมตร

6. เก้าอี้และโต๊ะ เก้าอี้แบ่งเป็นได้ 2 กลุ่ม คือเก้าอี้สำหรับนั่งเล่นและเก้าอี้ใช้อำนวยความสะดวกเฉพาะอย่าง เก้าอี้ควรมีความสะดวกในการนั่งและการยืน ควรมีที่พักแขนให้ผู้สูงอายุเพื่อช่วยในการลงนั่งและลุกขึ้น ความสูงของเก้าอี้ 45-50 เซนติเมตร (สำหรับคนไทยที่มีขนาดตัวเล็กกว่าควรปรับลดขนาดลง โดยเมื่อนั่งลงบนเตียงเข้าควรทำมุมกับพื้น 90 องศา ฝ่าเท้าแนบพื้น) ความกว้างของเก้าอี้มีขนาดพอให้ผู้สูงอายุนั่งได้สบาย เบาะนั่งไม่ยุบตัว มีฐานเก้าอี้มั่นคง ไม่ควรเป็นเก้าอี้แบบล้อเลื่อน โต๊ะควรพิจารณาถึงความสามารถของผู้สูงอายุที่สามารถลุกขึ้นทำกิจกรรมต่างๆ ได้ และกลุ่มที่ไม่สามารถลุกขึ้นไปไหนได้ โดยทั่วไปมีขนาดความสูง 31 นิ้ว

7. ห้องน้ำ เป็นบริเวณที่พบว่าผู้สูงอายุเกิดการหกล้มมากที่สุด จึงเป็นส่วนที่ควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด พื้นห้องน้ำควรมีการปูพื้นกันลื่น หรือปูด้วยกระเบื้องชนิดไม่ลื่น สามารถดูแลทำความสะอาดได้ง่าย พื้นห้องน้ำต้องมีความลาดเอียงเพื่อระบายน้ำทิ้ง มีการติดตั้งราวจับยึดบริเวณข้างที่นั่งชักถ่ายหรือที่อาบน้ำ ราวขนาด 4.5 เซนติเมตร สูงจากพื้น 90 เซนติเมตร ใช้ที่นั่งชักถ่ายชนิดนั่งได้ มีความสูง 45-50 เซนติเมตร มีความมั่นคง ประตูห้องน้ำควรเป็นแบบเปิดออกด้านนอก และที่ล็อกควรปลดออกจากภายนอกได้เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน กระจกควรได้รับการติดตั้งในตำแหน่งที่ต่ำใกล้กับอ่างน้ำ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มองเห็นตัวเองได้ง่ายขึ้น อ่างอาบน้ำไม่ควรลึกเกินไป ถ้ามีก๊อกน้ำร้อนควรมีมาตรการป้องกันการเกิดน้ำร้อนลวกในผู้สูงอายุ การเดินเข้า-ออก อ่างอาบน้ำในผู้สูงอายุอาจเกิดอุบัติเหตุได้ ในขณะที่การใช้ฝักบัวจะปลอดภัยมากกว่าแต่ต้องระมัดระวังอุบัติเหตุที่เกิดจากการใช้น้ำร้อนด้วย หรือติดตั้งฝักบัวแบบปรับระดับได้ก็เป็นอีกทางเลือกหนึ่ง

สำหรับบ้านอยู่อาศัยแบบไทยโดยทั่วไปอาจใช้ถังหรือตุ่มตักอาบ ความสูงของถังน้ำควรอยู่ในระดับที่พอเหมาะ ไม่สูงจนเกินไป เพราะอาจทำให้ผู้สูงอายุต้องเอื้อมตักน้ำเกิดพลัดล้มได้ ควรแนะนำให้ผู้สูงอายุใช้ที่นั่งในการอาบน้ำ เก้าอี้สูง 45-50 เซนติเมตร อุปกรณ์ของใช้ในห้องน้ำควรจัดเก็บให้เป็นระเบียบ มีเฉพาะของที่จำเป็น

8. ห้องครัว ผู้สูงอายุหญิงมักใช้ห้องครัวย่านข้างบ่อย ห้องครัวควรจัดให้เป็นระเบียบ สิ่งของต่างๆ ที่ใช้เป็นประจำควรอยู่ในที่หยิบง่ายและสะดวก ไม่ต้องใช้การปีนหรือบันไดต่อ บริเวณพัดลมระบายอากาศควรนำมาทำความสะอาดบ่อยๆ พื้นที่ควรกว้างขวางสำหรับผู้สูงอายุที่ใช้รถเข็น

9. เติงและพื้นที่รอบๆ โดยทั่วไปเตียงสูง 50 เซนติเมตร (จากพื้นถึงระดับความสูงของเตียง) ความสูงอาจลดลงได้กรณีที่ใช้ตัวเล็ก เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้ขึ้นและลงเตียงได้สะดวก ในขณะที่เตียงของผู้ป่วยในโรงพยาบาลต่างๆ มักมีความสูงมากกว่า 35 นิ้ว คอนข้างแคบที่จะขยับตัวในเวลานอนหลับ และควรมีการพิจารณาการใช้เหล็กกันข้างเตียงเป็นรายๆ ไป นอกจากนี้การลุกจากเตียงอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุหกล้มได้ การวัดพื้นที่บริเวณข้างเตียงก็สำคัญ ควรมีโทรศัพท์ที่สามารถเอื้อมถึงเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน พื้นที่ภายในห้องควรกว้างพอสมควรเพราะอาจต้องใช้สำหรับผู้สูงอายุที่มีรถเข็น การจัดแสงไฟในห้องนอนควรให้เพียงพอ มีสวิทช์ไฟฟ้าหรือไฟฉายเพื่อการมองเห็นทางหากลุกขึ้นในเวลากลางคืน ตู้เสื้อผ้าควรจัดให้อยู่ในระดับที่พอดี ไม่ต้องปีนหรือเอื้อม และไม่ควรต่ำจนต้องโค้งตัวลง

10. เสื้อผ้า เครื่องแต่งกายและอุปกรณ์ช่วยการเคลื่อนไหว เสื้อผ้าควรมีขนาดพอดีกับร่างกาย ไม่มีส่วนที่รุงรังอาจก่อให้เกิดการสะดุดหกล้ม สวมสบาย ขั้นตอนการสวมไม่ยุ่งยาก รองเท้ามีขนาดและรูปทรงที่เหมาะสมกับเท้า ส้นรองเท้าควรใช้ระดับต่ำ รูปทรงกว้าง หากมี

อุปกรณ์ที่ช่วยในการเคลื่อนไหว ควรเป็นอุปกรณ์ที่ทำจากวัสดุที่แข็งแรง เพียงพอในการพยุงน้ำหนัก ล้อเข็นมีที่ล้อคล้อ ขนาด น้ำหนักและความสูงของอุปกรณ์มีขนาดพอเหมาะ ควรมีการฝึกใช้ให้ชำนาญด้วย

ดังจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุสามารถป้องกันการหกล้มได้โดยการลดปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มที่เกิดจากสภาพแวดล้อม และการที่จะลดปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มได้นั้นผู้สูงอายุควรมีความรู้ ความเข้าใจถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการหกล้ม และแนวทางการปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงหรือลดปัจจัยเสี่ยงที่ชักนำไปสู่เกิดการหกล้ม ได้แก่ การระมัดระวังการเดินบนพื้นที่ลื่น การระมัดระวังการเดินบนพื้นที่ไม่เรียบ หรือมีทางต่างระดับ การทำความสะอาดพื้นที่ลื่นหรือเปียก ควรจัดวางสิ่งของเครื่องใช้ไม่ให้เกะกะทางเดินหรือบันไดบ้าน การสวมเสื้อผ้าที่พอดี การสวมรองเท้าพื้นยางหรือพื้นรองเท้าที่ทำด้วยวัสดุไม่ลื่น การจัดแสงสว่างในบ้านให้เพียงพอ การดูแลพื้นห้องน้ำ ห้องส้วมไม่ให้ลื่นปราศจากคราบสบู่ เพื่อเป็นการลดปัจจัยภายนอกที่เสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ

พยาบาลผู้สูงอายุจึงต้องเป็นผู้ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม (Environment modifier) ช่วยปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสมกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ นอกจากนี้แล้วจะต้องช่วยดูแลและให้ความสำคัญกับจิตใจ จะต้องส่งเสริมให้กำลังใจ ให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี เกิดความรู้สึกอึดใจและมีความสุข จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี และส่งผลต่อสุขภาพกายที่ดี ลดปัญหาต่างๆ ที่จะตามมาโดยเฉพาะการหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งจะก่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมได้ยาวนานที่สุด และลดการเกิดภาวะพึ่งพาให้มากที่สุด

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับความกลัวการหกล้ม

### 2.1. ความหมายของความกลัว

จากการศึกษาเอกสาร ตำราทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่ามีผู้ให้ความหมายของความกลัวไว้หลากหลาย ดังนี้

ความกลัว (Fear) เป็นความรู้สึกที่ต้องเผชิญกับสภาพการณ์ที่คุกคามต่อตนเอง ซึ่งบุคคลสามารถรับรู้ได้โดยผ่านประสาทสัมผัส ปฏิกริยาตอบสนองต่อความกลัวของบุคคลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านพฤติกรรม อารมณ์ และด้านสรีระ (Moore, 1987)

ความกลัว (Fear) หมายถึง ปฏิกริยาการตอบสนองตามธรรมชาติที่มีต่อภัยคุกคามทั้งที่เกิดขึ้นจริงหรือเกิดจากจินตนาการ (Gullone, King and Ollendick, 2000)

ความกลัว เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลรู้สึกว่าคุณภาพของตนเองไม่ได้รับความปลอดภัย ชีวิตถูกคุกคาม (จิราภรณ์ ตั้งกิตติภากรณ์, 2532)



ความกลัว เป็นความรู้สึกต่อเหตุการณ์ปัจจุบันที่กำลังเผชิญ สามารถบอกที่มา สาเหตุของความกลัวได้ ความกลัวยังเป็นผลของสิ่งที่คุกคามโดยเฉพาะอย่างยิ่งคุกคามต่อความสมบูรณ์ทางชีวภาพ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541)

ความกลัว หมายถึง รู้สึกไม่อยากประสบสิ่งที่ไม่ดีแก่ตัว รู้สึกหวาดกลัวเพราะคาดว่าจะประสบภัย(พจนานุกรมไทยฉบับทันสมัย พ.ศ. 2543)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ความกลัว เป็นปฏิกิริยาตอบโต้ทางอารมณ์ต่ออันตรายหรือสิ่งที่มาคุกคามที่อาจจะมีจริง หรือเป็นสิ่งที่จินตนาการขึ้นมาโดยที่บุคคลรับรู้ผ่านประสาทสัมผัสและมีการประเมินศักยภาพของตนเองต่อสิ่งที่มาคุกคามนั้น เป็นกลไกที่มนุษย์ใช้ป้องกันตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสรีรวิทยา ด้านอารมณ์และพฤติกรรม เมื่อเกิดความกลัวบุคคลจะพยายามหลีกเลี่ยงต่อสิ่งที่มาคุกคามหรืออาจมีการปรับตัวเพื่อหลบเลี่ยงหรือลดผลกระทบจากสิ่งคุกคามนี้

## 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความกลัว

เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามก่อให้เกิดอันตรายแก่ตนเองจะทำให้เกิดการตอบสนองทางอารมณ์โดยแสดงความกลัวและความวิตกกังวลออกมา เนื่องจากความกลัวและความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ทางด้านลบที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลประเมินสถานการณ์หรือสิ่งที่ตนกำลังเผชิญว่าเป็นความเครียดที่คุกคามก่อให้เกิดอันตรายแก่ตนเอง (Lazarus, 1991) ความกลัว (Fear) และความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นอารมณ์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน กลัวคือ เป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม โดยกระตุ้นประสาทอัตโนมัติ เพื่อให้ร่างกายต่อสู้หรือหลบหนี และอารมณ์ทั้งสองนี้ยังมีปฏิกิริยาต่อการรับรู้โดยแสดงออกมาทางความรู้สึกและทางสรีรวิทยาที่คล้ายคลึงกัน (Chaiyawat, 2000)

ความกลัวและความวิตกกังวลเป็นภาวะทางอารมณ์ที่บุคคลต้องประสบอยู่เสมอ เป็นประสบการณ์ของทุกคน เป็นการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งที่มาคุกคาม ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม ซึ่งมีผลต่อบุคคลทั้งทางด้านการรับรู้ การเรียนรู้และการตัดสินใจ โดยจะมีนักวิชาการทั้งกลุ่มที่รวมและแบ่งแยกอารมณ์ทั้ง 2 ชนิดนี้ออกจากกัน นักวิชาการในกลุ่ม Stimulus-oriented จะแยกความกลัวออกจากความวิตกกังวลโดยดูจากสาเหตุหรือเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความกลัวและความวิตกกังวล (Derogatis and Wise, 1989 cited in Chaiyawat, 2000) ซึ่งสรุปได้ว่าความกลัวเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองทางอารมณ์ที่เกิดจากการรับรู้ว่ามีสิ่งมาคุกคาม เช่น ความเจ็บปวด มีอันตรายจากภายนอก หรือจากการคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะถูกคุกคามหรือได้รับอันตราย โดยบุคคลนั้นๆ รู้สาเหตุหรือสิ่งกระตุ้นที่ชัดเจน ส่วนความวิตกกังวล เป็นการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งคุกคามที่กำลังเผชิญอยู่ขณะนั้นหรือคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะเป็นอันตราย หรือเกิดผลในทางเลวร้าย ทำให้



บุคคลมีความรู้สึกไม่สบายใจ หงุดหงิด วุ่นวายใจ อึดอัด หวั่นกลัว มีความคิดสับสนและกังวลใจซึ่งไม่สามารถอธิบายถึงเหตุผลและสาเหตุที่ชัดเจนได้ (Hurlock, 1978) ในขณะที่นักวิชาการกลุ่ม Response-oriented มองว่าความกลัวและความวิตกกังวลมีลักษณะเช่นเดียวกัน เพราะอารมณ์ทั้งสองเกิดขึ้นจากการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงสิ่งที่จะเข้ามาว่าเป็นอันตรายต่อตนเองจึงรู้สึกไม่สบายใจ ดังนั้นบุคคลที่มีความกลัวหรือความวิตกกังวลจะมีการแสดงออกทางด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรมเช่นเดียวกัน (Carlson and Hatfield, 1992) นอกจากนี้ปัจจัยที่มีผลส่งเสริมให้เกิดความกลัวและความวิตกกังวลก็เป็นปัจจัยที่เหมือนกัน สิ่งกระตุ้นเดียวกันสามารถทำให้เกิดได้ทั้งความกลัวและความวิตกกังวลซึ่งไม่จำเป็นว่าความกลัวต้องเกิดจากการกระตุ้นจากปัจจัยภายนอก แต่ความกลัวอาจจะถูกกระตุ้นได้จากสิ่งเร้าภายใน เช่น ความคิดและจินตนาการของตนเองซึ่งเป็นสิ่งที่คลุมเครือ จึงทำให้ไม่สามารถระบุสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความกลัวได้เช่นเดียวกับการเกิดความวิตกกังวล และในทางตรงกันข้ามความวิตกกังวลอาจจะสามารถระบุวัตถุ เหตุการณ์ หรือกิจกรรมที่ต้องหลบหลีกได้ (Chaiyawat, 2000) จะเห็นได้ว่าความกลัวและความวิตกกังวลเกิดขึ้นจากสิ่งกระตุ้นเดียวกันอาจทำให้ไม่สามารถแยกความกลัวและความวิตกกังวลออกจากกันได้ชัดเจน ดังนั้นจะพบเห็นได้ว่าในงานวิจัยบางชิ้นมีการกล่าวถึงสองคำนี้อยู่ด้วยกัน โดยถือว่ามีอารมณ์ทั้งสองอย่างนี้มีความหมายใกล้เคียงกัน (Carlson and Hatfield, 1992)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความกลัวสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ ความกลัวปกติ (Normal fear) และความกลัวทางคลินิก (Clinical fear) หรือ โฟเบีย (Phobia) โดยที่ความกลัวปกติจะเป็นความกลัวที่เป็นพื้นฐานของสิ่งมีชีวิต เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดการปรับตัวของพัฒนาการมนุษย์ และเกี่ยวข้องกับการมีชีวิตรอด (Gullone, 2000) ส่วนความกลัวทางคลินิก หรือโฟเบีย จะเป็นความกลัวที่เฉพาะเจาะจง กลัวมากผิดปกติ คงอยู่ยาวนานและเปลี่ยนแปลงได้ยาก (Graziano et al., 1979)

ความกลัวปกติมีความแตกต่างจากความกลัวทางคลินิก หรือโฟเบียหลายด้านด้วยกัน โดยที่ความกลัวปกติมักจะเป็นการเกิดปฏิกิริยาการตอบสนองอย่างปกติต่อสิ่งเร้าที่มาคุกคาม ในขณะที่โฟเบียจะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองอย่างรุนแรงโดยไม่สมเหตุสมผล และมักเกิดกับสิ่งเร้าที่อาจเป็นไปได้ทั้งสิ่งเร้าทั่วไป หรือสิ่งเร้าที่แปลกผิดปกติ (Graziano et al., 1979) นอกจากนี้ความกลัวปกติจะเกิดขึ้นในช่วงของพัฒนาการปกติทั่วไป บุคคลจะเกิดประสบการณ์กลัวตลอดช่วงพัฒนาการตั้งแต่เป็นเด็กทารกจนถึงวัยผู้ใหญ่ โดยที่ความกลัวปกตินั้นมักจะเป็นความกลัวที่ไม่รุนแรง เกิดเฉพาะกับในช่วงอายุใดอายุหนึ่งและคงอยู่ไม่นาน ในขณะที่โฟเบียมักจะเป็นความกลัวที่เกิดขึ้นโดยไม่เฉพาะเจาะจงที่ช่วงอายุใดอายุหนึ่ง หรือขั้นพัฒนาการขั้นใดขั้นหนึ่ง เกิดขึ้นคงอยู่อย่างเป็นเวลานาน และ/หรือส่งผลกระทบต่ออาการดำรงชีวิตประจำวันอย่างเห็นได้ชัดเจน (Gullone, 2000) ซึ่งมีความสอดคล้องกับ Graziano และคณะ (1979) ที่พบว่าความเข้มหรือ

ความถี่และความถี่ของความกลัว (Intensity) และระยะเวลาที่เกิดความกลัว (Duration) เป็นคุณลักษณะสำคัญที่ใช้ในการจำแนกความกลัวปกติออกจากโฟเบีย โดยที่โฟเบียมักจะมีระยะเวลาที่เกิดความกลัวนานกว่า 2 ปีขึ้นไปหรือมักมีความเข้มของความกลัวที่มากจนมีผลทำให้ชีวิตประจำวันแย่ลง

### 2.3 กลไกการเกิดความกลัว

ความกลัวเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของทางอารมณ์อย่างหนึ่งซึ่งเกิดจากการทำงานของระบบประสาทลิมบิก (Limbic system) โดยเฉพาะส่วนอมิกดาลา (Amygdala) ซึ่งเป็นสมองส่วนที่มีหน้าที่แปลความหมายและตอบสนองทางอารมณ์ต่อสภาวะการณ์ต่างๆ โดยจะประสานการทำงานระหว่างคอร์เท็กซ์ (Cortex) และฮัยโปธาลามัส (Hypothalamus) ซึ่งจะควบคุมทั้งความรู้สึกและการตอบสนองทางสรีระต่ออารมณ์นั้นๆ การทำงานของสมองในขณะที่เกิดอารมณ์กลัวเมื่อมีสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความรู้สึกกลัวผ่านมายังอวัยวะรับสัมผัสแล้วส่งสัญญาณต่อมายังธาลามัส (Thalamus) สัญญาณส่วนหนึ่งจะผ่านโดยตรงไปยังอมิกดาลาแล้วส่งต่อไปยังเซ็นทรัลนิวเคลียส (Central nucleus) ทำให้เกิดการตอบสนองทางสรีระต่างๆอย่างรวดเร็ว และตัดสินใจว่าจะเกิดพฤติกรรมต่อสู้ (Fight) หรือถอยหนี (Flight) ต่อสัญญาณอันตรายนั้นทันที สัญญาณอีกส่วนหนึ่งจะถูกส่งผ่านมายังคอร์เท็กซ์แล้วส่งไปยัง Basolateral nucleus ผ่านทาง Internal capsule โดยการทำงานที่ผ่านวงจรนี้จะเกิดขึ้นช้ากว่า แต่จะมีการตอบสนองที่ผ่านการไตร่ตรองอย่างรอบคอบกว่าและทำให้เกิดความจำด้านอารมณ์ด้วย (ศิริไชย หงษ์สงวนศรี, 2545)

### 2.4 ปฏิกิริยาที่แสดงออกถึงความกลัว

แลงค์ และคณะ (Lang, 1978 cited in Moores, 1987) ได้นำเสนอ Lump's Theories โดยกล่าวว่า ความกลัวเป็นความรู้สึกที่ทำให้บุคคลเกิดปฏิกิริยาที่แสดงออกต่ออารมณ์ ซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน 3 ด้าน คือ

1. ด้านสรีระวิทยา เมื่อเกิดความกลัวร่างกายจะหลั่ง Adrenaline ทำให้มีผลต่ออวัยวะในระบบต่างๆ ของร่างกายโดยเฉพาะระบบไหลเวียน ระบบหายใจ กล้ามเนื้อและตับ Adrenaline จะทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น ความดันเลือดในระหว่างหัวใจบีบตัวเพิ่มมากขึ้น ทำให้เส้นเลือดที่ผิวหนังและอวัยวะภายในส่วนใหญ่หดตัว แต่ทำให้เส้นเลือดที่กล้ามเนื้อคลายและกล้ามเนื้อหัวใจคลายตัว ความแรงและอัตราการหายใจเพิ่มขึ้นซึ่งเป็นผลทางอ้อมจากความดันเลือดที่เพิ่มขึ้นไปเร่งศูนย์ควบคุมการหายใจผ่านทางระบบประสาทส่วนกลาง จากการเปลี่ยนแปลงทางประสาทสรีระวิทยาของความกลัวเป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายโดยแสดงอาการ เช่น อากาศใจสั้น หัวใจเต้นเร็ว ปั่นป่วนในท้อง มือ-เท้าสั่น กล้ามเนื้อเกร็ง ปวดศีรษะ จุกแน่นหน้าอกและเหงื่อออก (Edelman, 1992) หรืออาจมีอาการแสดงทางระบบประสาท เช่น กล้ามเนื้อบริเวณใบหน้ากระตุก กระพริบตาบ่อยๆ กระสับกระส่าย เป็นต้น

2. ด้านพฤติกรรม เมื่อต้องเผชิญสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความกลัวทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความกลัวออกมาทางร่างกายอย่างชัดเจน เช่น การแสดงออกทางใบหน้า โดยการแสดงสีหน้าตกใจ เกร็งเครียด กัดฟัน เม้มปาก ตาเบิกกว้าง มีการจับหรือยึดเกาะบุคคลอื่นไว้ หรือมีการแสดงออกถึงการหลีกเลี่ยงจากเหตุการณ์ที่ทำให้กลัวโดยพยายามที่จะหลีกเลี่ยงหรือต่อต้านสถานการณ์นั้นๆ เช่น วิ่งหนี การดิ้นรนขัดขืน ไม่ให้ความร่วมมือ เป็นต้น

3. ด้านสติปัญญา ปฏิกริยาตอบสนองต่อความกลัวด้านสติปัญญาที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกนึกคิดจะมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ที่ผ่านมาของแต่ละบุคคล ขณะที่เกิดความกลัวบุคคลจะเกิดความรู้สึกนึกคิดในทางลบต่อสิ่งนั้น ส่งผลให้บุคคลกระทำในสิ่งที่ยังบอกถึงความรู้สึกนึกคิดในทางลบที่เกิดขึ้นอย่างไม่เหมาะสมและไม่เกิดประโยชน์ ซึ่งการคิดในลักษณะนี้จะเป็นเสมือนการฝึกให้มองสิ่งนั้นๆ ในแง่ลบ ทำให้มีผลต่อการรับรู้ข้อมูลที่บิดเบือนและเกิดการคาดเดาผลที่ติดตามมาที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง

### 2.5 ความกลัวการหกล้ม

ความกลัวการหกล้มยังไม่มีแนวคิดทฤษฎีหนึ่งทฤษฎีเดียวที่สามารถอธิบายได้อย่างชัดเจน ความกลัวการหกล้มเป็นความกลัวอย่างเฉาะเจาะจงที่เกิดตามมาจากการหกล้ม จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าความกลัวการหกล้ม (Fear of falling) เป็นผลกระทบทางด้านจิตใจที่เกิดตามมาจากการหกล้ม ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มแล้วมีความกลัวการหกล้มมักจะพบความผิดปกติของท่าทางการเดิน มีการลดการทำกิจกรรมลง หรือพยายามที่จะใช้เครื่องช่วยเหลือในการเดินเพื่อหลีกเลี่ยงการหกล้ม การลด/จำกัดกิจกรรมและหลีกเลี่ยงการเดินเป็นผลในทางลบที่ตามมาจากความกลัวการหกล้ม ซึ่งจะเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การเสื่อมถอยและลดความแข็งแรงของร่างกายลง โดยจากการศึกษาผู้สูงอายุในชุมชนพบว่าร้อยละ 70 พยายามหลีกเลี่ยงกิจกรรมเนื่องจากความกลัวการหกล้ม (Maki, Holliday and Topper, 1991; Vellas et al., 1997) บางรายอาจต้องนอนติดเตียง ลดการมีกิจกรรมและนำไปสู่ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแอและฝ่อลีบ มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหว สมรรถภาพทางกายลดลง เริ่มแยกตัวออกจากสังคม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในทางที่แย่ง ซึ่งความหมายของความกลัวการหกล้มนั้นมีผู้ให้ความหมายของความกลัวการหกล้มไว้หลากหลาย ดังต่อไปนี้

Bhala et al. (1982) ได้ให้ความหมายของความกลัวการหกล้มว่าเป็นความวิตกกังวลในระดับสูงต่อการยืนหรือเดินแต่ไม่มีความบกพร่องทางด้านการเคลื่อนไหว

Murphy and Isaacs (1982 อ้างถึงใน Kumar et al., 2008) ให้ความหมายของความกลัวการหกล้มว่า เป็นความวิตกกังวลในระดับรุนแรงต่อการยืนและเดินโดยไม่มีผู้ช่วยเหลือ

Tinetti, Richman and Powell (1990) ให้ความหมายของความกลัวการหกล้มว่าเป็นความมั่นใจในระดับต่ำของบุคคลในการหลีกเลี่ยงการหกล้ม

Maki, Holliday and Topper (1991) กล่าวว่า ความกลัวการหกล้ม คือ การที่ผู้ป่วยสูญเสีย/ขาดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง

Cumming, Salkeld and Thomas (2000) ให้ความหมายของความกลัวการหกล้ม ในทางที่สอดคล้องกับ Tinetti, Richman and Powell (1990) กล่าวคือ ความกลัวการหกล้มว่าเป็นความมั่นใจในระดับต่ำของบุคคลในการหลีกเลี่ยงการหกล้ม

สรุปได้ว่า ความกลัวการหกล้ม คือ ภาวะที่บุคคลมีความวิตกกังวล ขาดความมั่นใจในการลุกขึ้นหรือเดินโดยไม่เกิดการหกล้ม ซึ่งบุคคลผู้นั้นไม่ได้มีความบกพร่องทางด้านการเคลื่อนไหวเลย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความกลัวการหกล้มในต่างประเทศ ซึ่งมีผู้ศึกษาไว้อย่างมากมาย แต่ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในเชิงปริมาณ และมุ่งหาคำตอบเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง ความชุก และความสัมพันธ์ที่ทำให้เกิดความกลัวการหกล้ม โดย Tidelksaar and Silverton (1989) พบว่า การหกล้มจะนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยลง ความเป็นอิสระโดยไม่ต้องพึ่งพา ลดลง ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นรู้สึกว่าคุณค่าตนเองอ่อนแอ ไร้ค่า สูญเสียการควบคุมตนเอง และมีความวิตกกังวล ส่วน Liddle and Gilleard (1995) พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยแสดงออกถึงความกลัวการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความกลัวดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อสภาวะทางจิตใจและอารมณ์มากกว่าด้านร่างกาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Howland et al. (1993) และ Lawrence et al. (1998) ที่พบว่าความกลัวการหกล้มจัดอยู่ในลำดับแรกที่ผู้สูงอายุคำนึงถึงเมื่อเปรียบเทียบกับความกลัวอื่นๆ เช่น ปัญหาความรุนแรงของอาชญากรรม ปัญหาเศรษฐกิจ และปัญหาทางด้านสุขภาพ นอกจากนี้ Lawrence et al. (1998) ยังพบอีกว่าผู้สูงอายุที่เคยหกล้มมักจะลดกิจกรรมทางสังคมลงเนื่องมาจากความกลัวการหกล้ม และมีความคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Arfken et al. (1994) ที่พบว่าอุบัติการณ์เกิดความกลัวการหกล้มจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่สูงวัยขึ้น และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เมื่อพิจารณาถึงความรุนแรงของความกลัวการหกล้มจะพบว่าความกลัวการหกล้มในระดับปานกลางส่งผลให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าและมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง แต่ถ้ามีความกลัวการหกล้มในระดับสูงแล้ว นอกจากทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าและมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลงแล้ว จะทำให้ผู้สูงอายุลดกิจกรรมการเคลื่อนไหว และลดการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอีกด้วย

นอกจากนี้ยังมีรายงานว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับท่าทางการเดินและการทรงตัว ถึงแม้ว่าจะไม่เคยมีประวัติหกล้มมาก่อน ผู้สูงอายุกลุ่มนี้也将มีความกลัวเกี่ยวกับการที่จะไม่สามารถลุกขึ้นได้เองภายหลังหกล้ม กลัวการบาดเจ็บ กลัวการต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือต้องเข้าไปอยู่ในสถานพยาบาล ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุพยายามที่จะทำกิจกรรมที่อาจเสี่ยงต่อการ



หกล้ม พวกเขาจะมีความกลัวการหกล้ม (Fallaphobia) มีความวิตกกังวล ซึ่งจะแสดงออกโดยมี อาการใจสั่น ตาลาย และรู้สึกถึงความมีอันตราย (Tideiksaar and Silverton, 1989)

ส่วนการศึกษาเชิงคุณภาพในต่างประเทศ งานวิจัยที่พบเป็นการศึกษาถึงความหมาย ของความกลัวการหกล้ม และผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ โดย Convey (1993) ทำการศึกษาในผู้สูงอายุชาวแคนาดา พบว่า ประสบการณ์กลัวการหกล้มตามการรับรู้ของผู้สูงอายุแบ่งเป็น 2 ประเด็น คือ 1) การให้ความหมายของประสบการณ์กลัวการหกล้ม ผู้สูงอายุ จะมีความรู้สึกกลัวต่อการหกล้ม ซึ่งระดับความรุนแรงของความกลัวจะแตกต่างกันไปตามความ รุนแรงของการบาดเจ็บและจำนวนครั้งที่หกล้ม กลัวผลที่เกิดตามมาจากการหกล้ม เช่น การหัก ของกระดูกสะโพก กลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลัวว่าสภาพจิตใจของตนเองจะแย่ง และผู้สูงอายุจะประเมินว่าตนเองเป็นบุคคลไร้ค่า หมดความสามารถ 2) การเชื่อมโยงความหมาย ของประสบการณ์กลัวการหกล้มเข้ากับชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพิ่ม ความระมัดระวังมากขึ้นเพื่อป้องกันการหกล้ม และการปรับเปลี่ยนการรู้คิดของตนเองเพื่อที่จะ รักษาความเป็นตัวตนของตนเองไว้ โดยใช้กลยุทธ์ในการคิดและมองโลกในแง่บวก โดยการมอง ตนเองและเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นที่แย่กว่าตนทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า มีพลังที่จะ ใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ต่อไป

ส่วน Kong et al. (2002) ทำการศึกษาเรื่องผลกระทบทางจิตสังคมที่เกิดตามมาจากการ หกล้ม พบว่าผลกระทบทางจิตสังคมที่เกิดตามมาจากการหกล้มตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 ประเด็นหลัก คือ 1) การหมดกำลังความสามารถ (Powerlessness) โดยผู้สูงอายุมอง ว่าการหกล้มเป็นเหตุการณ์ไม่สามารถควบคุมได้ ไม่สามารถคาดเดาได้ เช่น ผู้สูงอายุรายหนึ่งเล่า ว่าเขามีอาการอ่อนแรงที่ขา ทั้งๆที่พยายามเดินอย่างช้าๆ และระมัดระวังในการเดินอย่างที่สุดแต่ก็ ยังเกิดการหกล้มได้ 2) ความกลัว (Fear) จากข้อค้นพบที่ได้ผู้สูงอายุจะมีความกลัวในเรื่องของ กลัวหกล้มซ้ำ กลัวว่าจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองไม่ได้ กลัวว่าหกล้มแล้วจะลุกขึ้นเองไม่ได้ กลัว การต้องนอนโรงพยาบาล กลัวขาดอิสระภาพ และกลัวตาย 3) ความต้องการการดูแล (Seeking care) และการเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอันเป็นที่รักเมื่อต้องเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล เช่น ต้องการให้บุตรหลานมาเยี่ยม รู้สึกดีเมื่อบุตรหลานปรุง/ซื้ออาหารมาให้ รับประทาน นอกจากนี้ Schmid & Rittman (2009) ทำการศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับผลจากการหกล้ม ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายใน 6 เดือนแรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า การ รับรู้เกี่ยวกับผลจากการหกล้มของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 3 ประเด็นหลัก คือ 1) การ จำกัดกิจกรรมและการมีปฏิสัมพันธ์ (Limiting activity and participation) โดยผู้ป่วยหลอดเลือด สมองมองว่าการที่มีภาวะอัมพาตครึ่งซีกหรืออัมพาตทั่วร่างกาย รวมถึงการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่ เกิดขึ้นกับร่างกายจะส่งผลต่อความแข็งแรงและการทรงตัว แม้กระทั่งกิจกรรมง่ายๆ เช่น การเดิน



ในห้องของตนเองยังเป็นปัญหาสำหรับพวกเขาภายหลังที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) การเพิ่มภาวะพึ่งพา (Increasing dependence) ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องพึ่งพาอุปกรณ์ในการช่วยเดิน เช่นไม้เท้า คอก 4 ขา หรือรถเข็นนั่ง บางรายจะใช้วีลชีหรือเกาเข็นนั่งหรือเฟอร์นิเจอร์ ซึ่งจะช่วยลดปัญหาในเรื่องการหกล้มและยังทำให้รู้สึกปลอดภัยมากขึ้น 3) เกิดความกลัวการหกล้ม (Developing a fear of falling) จากประสบการณ์ในการหกล้มทำให้เกิดความกลัวที่จะหกล้มซ้ำอีก กลัวการบาดเจ็บที่จะเกิดตามมา กลัวทุกครั้งที่จะก้าวเดินหรือมีการเคลื่อนไหว

## 2.6 อุบัติการณ์ของความกลัวการหกล้ม

อุบัติการณ์ของความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนแถบประเทศทางตะวันตก พบได้ถึงร้อยละ 29-43 (Arfken et al., 1994; Murphy, Williams and Gill, 2002) ส่วนประเทศในแถบเอเชีย เช่น ญี่ปุ่นมีผู้ทำการศึกษาไว้พบว่าอุบัติการณ์ของความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนมีถึงร้อยละ 60 ซึ่งเมื่อนำมาเปรียบเทียบจะพบความแตกต่างซึ่งอาจเป็นไปได้จากความแตกต่างทางวัฒนธรรม อุบัติการณ์ของการเกิดการหกล้มที่แตกต่างกัน การให้ค่านิยมของความกลัวการหกล้มที่แตกต่างกัน รวมถึงเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินที่แตกต่างกัน ทำให้อุบัติการณ์ของความกลัวการหกล้มแตกต่างกันไปด้วย สำหรับอุบัติการณ์ของความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุไทยที่อยู่ในชุมชน พบได้ร้อยละ 50 จากผลการวิจัยในประเทศไทยเพียง 1 ชิ้น (Apikomkon, 2003) ซึ่งอาจยังไม่มีข้อมูลชัดเจนมากนัก

ส่วนอุบัติการณ์ของความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่พักรักษาตัวอยู่ในสถานพยาบาล พบได้ถึงร้อยละ 50-65 (Chandler et al., 1996) ซึ่งจะเห็นว่ามียุทธการเกิดที่สูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุในชุมชน อาจเป็นไปได้จากสาเหตุของสภาวะการเจ็บป่วยหรือการเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ที่มีมากกว่าผู้สูงอายุทั่วไป ทำให้ต้องได้รับการรักษาด้วยยาหลายชนิด และประวัติการหกล้มซ้ำซ้อนที่ส่งผลให้มีความเสี่ยงในการเกิดความกลัวการหกล้มได้สูงกว่า

ผู้ที่เคยหกล้มส่วนใหญ่มักจะพบว่ามีความกลัวการหกล้มมากกว่าผู้ที่ไม่เคยหกล้ม (Cumming, Salkeld and Thomas, 2000) แต่อย่างไรก็ตามยังมีรายงานที่บ่งบอกว่าความกลัวการหกล้มสามารถเกิดขึ้นได้ในผู้สูงอายุที่ไม่เคยมีประวัติหกล้มมาก่อน (Lawrence et al., 1998; Maki, Holliday and Topper, 1991)

ความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการหกล้มกับอายุที่เพิ่มขึ้นยังเป็นปัจจัยที่ถกเถียงกันระหว่างผู้วิจัย บางงานวิจัยแสดงให้เห็นว่าความกลัวการหกล้มมีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น (Howland et al., 1998; Vellas et al., 1997; Zijlstra et al., 2007; Scheffer et al., 2008) ในขณะที่บางการศึกษาบอกว่าไม่มีความสัมพันธ์กันเลย (Lawrence et al., 1998; Kressing et al., 2001) แต่เมื่อนำปัจจัยด้านความแตกต่างทางเพศเข้ามาพิจารณา จะพบว่าเพศหญิงมีความ

กลั้วการหกล้มมากกว่าเพศชาย (Arfken et al., 1994; Howland et al., 1998; Kressing et al., 2001)

## 2.7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลั้วการหกล้ม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยหลายประการที่มีความสัมพันธ์กับความกลั้วการหกล้ม ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

2.7.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) เพศ เป็นปัจจัยสำคัญที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านสรีรวิทยา สมรรถภาพทางกาย บุคลิกภาพ และบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในครอบครัวและสังคม รวมถึงความแตกต่างในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้ความกลั้วการหกล้มแตกต่างกันไประหว่างเพศชายและหญิง ซึ่งจากการศึกษาหลายงานเกี่ยวกับความกลั้วการหกล้มมักจะพบภาวะดังกล่าวในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Arfken et al., 1994; Howland et al., 1998; Kressing et al., 2001)

2) อายุ จากอายุที่เพิ่มมากขึ้นย่อมส่งผลต่อการทำงานของอวัยวะภายในร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมถอยลง ประสิทธิภาพการทำงานที่ต่าง ๆ ลดน้อยลง ส่งผลให้เกิดปัญหากับผู้สูงอายุมากมาย นอกจากนี้ผู้สูงอายุมักมีโรคเรื้อรังประจำตัวหรือภาวะอื่นร่วมด้วยที่จะทำให้หกล้มได้ง่ายขึ้น เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ลมชัก สายตาไม่ดี การทรงตัวที่ไม่ดี จากโรคของหูหรืออวัยวะการทรงตัวในหู ข้อเสื่อมหรือกล้ามเนื้อที่ลีบอ่อนแรงลง ยิ่งอายุมากขึ้นโอกาสการเกิดอุบัติเหตุก็ยิ่งมากขึ้น จากการศึกษาพบว่ามีความสอดคล้องของงานวิจัยหลายชิ้นในเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างความกลั้วการหกล้มกับอายุ (Zijlstra et al., 2007; Scheffer et al., 2008) ในขณะที่บางการศึกษามีข้อมูลที่ขัดแย้งว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความกลั้วการหกล้มเลย (Lawrence et al., 1998; Kressing et al., 2001)

3) โรคประจำตัว ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะมีโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกัน ทำให้การรักษามีความซับซ้อนต้องพบแพทย์หลายคน ได้รับยาจำนวนมากและหลายชนิด ทำให้เกิดความยากลำบากแก่ผู้สูงอายุอย่างมากในการบริหารยาเหล่านี้ โดยจะพบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังร่วมอย่างน้อย 2 โรค การได้รับยามากกว่า 5 ชนิด มีความสัมพันธ์กับการหกล้มและความกลั้วการหกล้ม (Friedman et al., 2002; Howland et al., 1998; Murphy, Dubin and Gill, 2003)

2.7.2 ปัจจัยทางจิตวิทยา เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคม เพราะความเสื่อมในวัยผู้สูงอายุ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจรวมถึงการปรับตัว เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในชีวิต (บรรลุ ศิริพานิช, 2542) โดยเฉพาะความกลั้วการหกล้มเป็นการผลกระทบทางด้านจิตใจที่

เกิดตามมาจากการหกล้ม หากผู้สูงอายุขาดแหล่งสนับสนุนทางด้านอารมณ์จะมีโอกาสเกิดความกลัวการหกล้มได้มากกว่า (Murphy, Dubin and Gill, 2003) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีงานวิจัย 1 ชิ้นที่นำกิจกรรมทางศาสนา (การไปโบสถ์) เข้ามาทำการศึกษา ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าความถี่ของการไปโบสถ์มีความสัมพันธ์กับการลดลงของความกลัวการหกล้ม เนื่องจากศาสนาถือเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับกลไกทางจิตกลับมาสู่ภาวะปกติ ช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และยังช่วยลดปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุอีกด้วย (Reyes-Ortiz et al., 2006) นอกจากนี้ยังพบว่า การให้ความมั่นใจและการเอาใจใส่ของสมาชิกในครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มนี้ (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2548)

2.7.3 ปัจจัยทางสังคม มีการศึกษาหลายงานในต่างประเทศพบว่า เครือข่ายทางสังคม และการเกื้อหนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้ม (Howland et al., 1998; Murphy, Dubin and Gill, 2003) เนื่องจากการใช้ชีวิตประจำวันของบุคคล จะต้องเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับกลุ่มคน หรือกลุ่มสังคมต่างๆ อยู่ตลอดเวลา ตั้งแต่กลุ่มสังคมขนาดเล็ก จนถึงกลุ่มสังคมที่มีขนาดใหญ่ ที่มีความสัมพันธ์กัน มีการกระทำโต้ตอบกันอย่างมีแบบแผน คือ มีการกำหนดสถานภาพของสมาชิก และมีบรรทัดฐานควบคุมความสัมพันธ์ กลุ่มทางสังคมมีทั้งกลุ่มปฐมภูมิ ซึ่งรูปแบบกลุ่มประกอบด้วยคนจำนวนน้อย สมาชิกรู้จักกันเป็นการส่วนตัว มีการติดต่อสัมพันธ์หลายด้าน ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน ส่วนกลุ่มทุติยภูมิจะเป็นกลุ่มที่สมาชิกไม่มีความผูกพันกันเป็นการส่วนตัว การติดต่อสัมพันธ์เป็นการแสดงบทบาทตามหน้าที่การงาน เมื่อบุคคลมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมาย เกิดความตั้งใจและมีเจตนาดี ก่อให้เกิดความช่วยเหลือ ประคับประคองในทุกๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นวัตถุสิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร การมีแหล่งประโยชน์ที่ดี แสดงถึงมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีด้วย

นอกจากนี้ การที่จะประเมินความกลัวการหกล้มจำเป็นต้องอาศัยเครื่องมือที่เฉพาะเจาะจงและเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุเหล่านั้น ซึ่งมีด้วยกันหลายอย่าง เช่น Fall Efficacy scale as a Measure of Fear of Falling (Tinetti, Richman and Powell, 1990) เป็นแบบประเมินที่ใช้วัดระดับความเชื่อมั่นในการทำกิจกรรม 10 อย่างโดยไม่มีการหกล้ม (เช่น อาบน้ำ เชื้อมหยิบของในตู้ติดผนัง/ชั้นวางของ เดินรอบบ้าน เตรียมอาหารง่าย ๆ) ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่ทำอยู่ในบ้าน ซึ่งในแต่ละกิจกรรมมีคะแนนตั้งแต่ 1-10 คะแนนโดยที่ 1 = มีความมั่นใจเต็มที่ 10 = ไม่มีความมั่นใจ หากพบว่ามีคะแนนรวมมากกว่า 70 คะแนน ถือว่าผู้สูงอายุมีความกลัวการหกล้ม (ดังแสดงในภาคผนวก ข) แต่ผู้วิจัยหลายท่านมีความเห็นที่แตกต่างออกไป เนื่องจากบุคคลต้องมีกิจกรรมที่ต้องทำภายนอกบ้าน และต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม จึงได้พัฒนาเครื่องมือประเมินภาวะกลัวการหกล้มขึ้นในเวลาต่อมา คือ Activity-specific Balance

Confidence (Powell and Myers, 1995) เป็นการวัดกิจกรรม 16 อย่างโดยเพิ่มกิจกรรมที่ยากขึ้น เช่น ออกไปเดินนอกบ้าน การไปพบปะเพื่อนฝูง และเครื่องมือ The Survey of Activity and Fear of Falling in the Elderly ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นโดยวัดกิจกรรมที่หลากหลายออกไป (เช่น ADL, กิจกรรมทางสังคม, การออกกำลังกาย) ดังนั้นการเลือกให้เครื่องมือประเมินความกลัวการหกล้มจึงควรเลือกใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุนั้นๆ เพื่อความเที่ยงตรงของข้อมูลที่ได้

## 2.8 ผลที่เกิดตามมาจากความกลัวการหกล้ม

ความกลัวการหกล้มเป็นผลกระทบทางด้านจิตใจที่เกิดตามมาจากการหกล้ม ซึ่งนับว่า เป็นปัญหาที่สำคัญและส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ซึ่งสามารถสรุปเป็นประเด็นได้ดังนี้

1) ผลกระทบทางด้านร่างกาย จะเห็นได้ว่าเมื่อผู้สูงอายุเกิดความกลัวการหกล้มและมีความพยายามที่จะหลีกเลี่ยง/จำกัดกิจกรรมต่างๆ จะนำไปสู่ผลลัพธ์ในทางที่เสื่อมถอยลง เช่น การทำหน้าที่ของร่างกายลดน้อยลง (Cumming, Salkeld and Thomas, 2000) กล้ามเนื้ออ่อนแรงและฝ่อลีบ ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง บางรายอาจต้องนอนติดเตียง (housebound) และทำให้เพิ่มปัจจัยเสี่ยงในการหกล้มมากขึ้น นอกจากนี้ยังอาจเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (Cumming, Salkeld and Thomas, 2000) หรือต้องเข้ารับการดูแลในสถานบริบาลมากขึ้น (Tideiksaar and Silverton, 1989) ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นและกลายเป็นภาระของครอบครัวในการดูแลตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจนถึงระยะยาว (Kong et al., 2002)

2) ผลกระทบทางด้านจิตใจ จากงานวิจัยพบว่าผู้สูงอายุจะมีความกลัวการหกล้มซ้ำหรือกลัวการพึ่งพาหลังจากหกล้ม ซึ่งทั้งสองกรณีนี้มีผลกระทบทางด้านจิตใจอย่างมาก ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกเสียใจ อยากรตาย ทุกข์ทรมานร่วมด้วย ซึ่งผู้สูงอายุจะแสดงออกโดยการหลีกเลี่ยงการมีกิจกรรมต่างๆ (เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล และคณะ, 2543) ขาดความมั่นใจในการทำกิจกรรม หลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น แยกตนเอง และไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Tideiksaar, 1998) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Howland et al. (1993) พบว่าความกลัวการหกล้มจะส่งผลให้ผู้สูงอายุลดการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลง และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ตกต่ำลงในที่สุด (Cumming, Salkeld and Thomas, 2000)

3) ผลกระทบทางเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อผู้สูงอายุมีความกลัวการหกล้มทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ผู้สูงอายุจะหลีกเลี่ยง/จำกัดกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น กลายเป็นภาระของครอบครัวในการดูแล อาจต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลหรือสถานบริบาลต่างๆ บ่อยครั้งขึ้น และเพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลตามมาอีกมากมาย เนื่องจาก



ผู้สูงอายุเหล่านี้จะมีการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์สูงมาก (Cumming, Salkeld and Thomas, 2000) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจครอบครัวโดยตรง

### 3. บทบาทพยาบาลวิชาชีพต่อปัญหาความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ

ความกลัวเป็นความรู้สึกไม่มั่นคงทางอารมณ์ ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้กับผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ความกลัวจะส่งผลเสียแก่บุคคล เช่น ทำให้สูญเสียความเชื่อมั่นในตนเองหรือทำให้เสียบุคลิกภาพ ถ้าความกลัวที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับที่เหมาะสม ก็จะมีประโยชน์ทำให้บุคคลมีความระมัดระวังต่ออันตรายหรืออุบัติเหตุมากขึ้น แต่ถ้าหากความกลัวที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง และเป็นความกลัวที่ไม่สมเหตุสมผล จะทำให้บุคคลนั้นพยายามทำทุกวิถีทางเพื่อหลีกเลี่ยงการเผชิญกับสิ่งที่ตนเองกลัว และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุ จะเห็นได้ว่าเป็นภาวะที่บุคคลนั้นๆ สูญเสีย/ขาดความมั่นใจ หรือมีความมั่นใจในระดับต่ำในการทำกิจกรรมใดๆโดยไม่เกิดการหกล้ม ซึ่งความกลัวในลักษณะนี้จะส่งผลกระทบและเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ถึงแม้ว่าจะยังสามารถดำเนินชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ แต่ก็ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและไม่สามารถใช้ศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่ ดังนั้นจึงเป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของพยาบาลวิชาชีพในการประเมิน ใฝ่ระวัง วางแผนการดูแล โดยร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อร่วมกันวางแผนช่วยเหลือ และให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีความกลัวการหกล้มอย่างได้อย่างครอบคลุม เพื่อให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นกลับมาดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น และสามารถบรรลุเป้าหมายในชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพของตน

**3.1 บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล** Convey (1993) ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลว่า พยาบาลวิชาชีพจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการประเมิน ใฝ่ระวัง และให้การดูแลผู้สูงอายุที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลหรือสถานดูแลเกี่ยวกับปัญหาความกลัวการหกล้ม เมื่อแพทย์วางแผนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โรงพยาบาลจะต้องวางแผนการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยเป็นสื่อกลางระหว่างผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว/ผู้ดูแล โดยการให้คำแนะนำปรึกษา และสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลจนเกิดความมั่นใจที่จะดูแลผู้สูงอายุได้เองที่บ้าน แนะนำแหล่งสนับสนุนที่จำเป็น อาจต้องประสานงานกับแหล่งบริการสาธารณสุขชุมชนในการส่งต่อเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง นอกจากนี้การเสริมสร้างความเชื่อมั่นและกำลังใจให้กับผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มีความมั่นใจและสามารถกลับมาดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง

**3.2 บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในชุมชน** โดย Convey (1993) ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในชุมชนต่อปัญหาความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุไว้ดังนี้

- 1) บทบาทในการประเมินและการคัดกรอง เป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลวิชาชีพ



โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งพยาบาลสามารถประเมินความกลัวการหกล้มไปพร้อมๆ กับการประเมินปัญหาสุขภาพต่างๆ ไปของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในรายที่เคยมีประวัติหกล้ม หรือมีปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม โดยใช้แบบประเมินความกลัวการหกล้มช่วยในการคัดกรองปัญหา

2) บทบาทในการดูแล ถือเป็นบทบาทโดยตรงของพยาบาลวิชาชีพทุกคน นอกจากการป้องกันก่อนเกิดอุบัติเหตุแล้ว พยาบาลยังต้องมีหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุทั้งที่ได้รับบาดเจ็บให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ/ใกล้เคียงปกติมากที่สุด และเป็นการป้องกันการเกิดภาวะพึงพาให้เกิดซ้ำที่สูงสุดหรือไม่เกิดเลย ผู้สูงอายุบางรายอาจไม่มีปัญหาการบาดเจ็บจากการหกล้ม แต่อาจมีปัญหาทางด้านจิตใจได้ และในที่สุดก็จะส่งผลถึงร่างกายได้ เคยหกล้มแล้วเจ็บเกิดความกลัวการหกล้มจึงพยายามลดและจำกัดกิจกรรมต่างๆ ทำให้การใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ไม่มีความสุข ส่งเสริมให้เกิดการถดถอยทั้งทางร่างกายและจิตใจ (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2548) สิ่งเหล่านี้มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลต้องประเมินให้ได้ และวางแผนเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ/ครอบครัวในการแก้ปัญหา

3) บทบาทในการประสานงาน การดำเนินงานต่างๆ ของพยาบาลไม่สามารถดำเนินงานได้เพียงผู้เดียว ซึ่งพยาบาลจะต้องทำงานร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ชุมชน และหน่วยงานที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชน นอกจากนี้การประสานงานกับครอบครัว/ผู้ดูแล โดยการสร้างเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน ดังนั้นพยาบาลจึงมีหน้าที่คอยช่วยเหลือเพื่อให้เกิดการดูแลที่ครอบคลุมและเป็นประโยชน์ในทุกๆ ด้าน

4) บทบาทในการให้คำปรึกษา ฝึกสอน และการเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งเป็นอีกหนึ่งบทบาทที่สำคัญของพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีความกลัวการหกล้ม จะพยายามที่จะหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรม ลดการเคลื่อนไหว ลดการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม นำไปสู่ภาวะพึ่งพาและกลายเป็นภาระของครอบครัวในระยะยาว พยาบาลจึงมีส่วนสำคัญในการเป็นที่ปรึกษาในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลทั้งต่อตัวผู้สูงอายุและครอบครัว สอนและแนะนำการปฏิบัติตัวและการดูแลที่ถูกต้องและปลอดภัย ซึ่งเป็นการพยาบาลในเชิงรุกเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ และป้องกันการหกล้มที่อาจเกิดขึ้น โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มโดยเฉพาะในผู้สูงอายุรายที่มีความเสี่ยง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการหกล้ม การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อและข้อ การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้มีความปลอดภัยโดยพิจารณาตามความเหมาะสมของผู้สูงอายุแต่ละราย การช่วยเหลือแหล่งสนับสนุนในกรณีที่จำเป็น พร้อมทั้งพยาบาลต้องเป็นผู้ที่เสริมสร้างความเชื่อมั่นและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถกลับมาดำรงชีวิตในสังคมได้

#### 4.แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพและทฤษฎีเชิงปรากฏการณ์วิทยา(Phenomenology)

##### 4.1 ปรัชญาพื้นฐานของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เป็นการศึกษาที่มีพื้นฐานมาจากศาสตร์สาขาปรัชญา สังคมวิทยาและจิตวิทยา (Streubert and Carpenter, 2003) เป็นการศึกษาปรากฏการณ์การให้ความหมายจากประสบการณ์ตามสถานการณ์ที่เป็นจริง และตามการรับรู้ของผู้ที่อาศัยอยู่ในสถานการณ์นั้นๆ เน้นธรรมชาติ (Nature) และความเป็นจริง (Truth) ของปรากฏการณ์และสะท้อนให้เห็นถึงบริบทของปรากฏการณ์อย่างลึกซึ้ง (Koch, 1995) โดยเน้นความสำคัญของวิธีที่มนุษย์ให้ความหมายกับสถานการณ์หรือสิ่งต่างๆ เนื่องจากความรู้ที่แท้จริงมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับบุคคล หรือกลุ่มนั้นๆ จะให้ความหมาย โดยความรู้ที่ได้จากการศึกษาจะถูกสร้างขึ้น และอาจมีการเปลี่ยนแปลงไปเรื่อยๆ ตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวความรู้เองกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง (สุภางค์ จันทวานิช, 2543)

4.2 แนวทางการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา แนวทางในการทำการวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย (Streubert and Carpenter, 2003)

1) เลือกประสบการณ์ที่ต้องการศึกษา โดยตั้งคำถามการวิจัยที่เหมาะสมที่จะศึกษา และกำหนดวัตถุประสงค์ที่จะศึกษา และอธิบายปรากฏการณ์โดยปราศจากการคิดล่วงหน้า เพื่อรับรู้สิ่งที่เป็นจริงตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล (Participants) โดยไม่วิพากษ์วิจารณ์ ประเมิน หรือให้ความเห็นที่คิดว่าถูกต้อง

2) เลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยการกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลซึ่งต้องมีความรู้และมีประสบการณ์ในเรื่องที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา สามารถสื่อสารภาษากับผู้วิจัยได้ และมีความสมัครใจในการให้ข้อมูล

3) เครื่องมือของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์ที่สำคัญคือ ตัวผู้วิจัย (Researcher as instrument) โดยผู้วิจัยต้องมีความตระหนักในการรับรู้ข้อมูลที่เป็นจริง และมีทักษะที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลหลักบอกเล่ารายละเอียดที่เป็นจริงจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักมากที่สุด และผู้วิจัยต้องสร้างสัมพันธภาพ และมีการสนทนาในเชิงแลกเปลี่ยนโดยไม่วิพากษ์วิจารณ์ข้อมูลของผู้เล่าประสบการณ์นั้น และต้องสร้างความไว้วางใจ รวมทั้งเคารพในสิทธิและความเป็นมนุษย์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้วิจัยต้องเป็นผู้ไวต่อความรู้สึก มีความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ มีความเข้าใจฐานแนวคิด กระบวนการวิจัยเป็นอย่างดี และจำเป็นต้องได้รับการฝึกฝนในการทำวิจัยมาบ้าง นอกจากนั้นยังต้องมีความตระหนักในการรับรู้ข้อมูลที่เป็นจริง มีทักษะที่ช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลหลักระลึกถึงความรู้สึก และบอกเล่าความรู้สึกอย่างเป็นจริง มีรายละเอียดมากที่สุด เช่น ทักษะการสนทนา การสร้างความไว้วางใจ การสร้างสัมพันธภาพ การเคารพในสิทธิของผู้ให้ข้อมูลหลัก (สุภางค์ จันทวานิช, 2543) และการสัมภาษณ์ควรให้ผู้ให้ข้อมูลหลักตอบโดยอิสระและเป็น

ธรรมชาติ ไม่มีการชี้นำเกี่ยวกับเรื่องที่ศึกษา โดยใช้คำถามปลายเปิดถามเพื่อความกระจ่างและสังเกตท่าทางของผู้ให้ข้อมูลหลัก หากผู้ให้ข้อมูลหลักเริ่มมีอาการอ่อนไหวกับคำถามควรหยุดการสัมภาษณ์ และเมื่อผู้ให้ข้อมูลหลักพร้อมที่จะให้ข้อมูลจึงเริ่มการสนทนาหรือสัมภาษณ์ต่อนอกจากนี้ควรอธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลหลักเข้าใจกระบวนการสัมภาษณ์ และตรวจสอบความถูกต้องตรงกับผู้วิจัย เพราะจะทำให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องเชื่อถือได้ ตั้งใจในการรับฟังข้อมูลและไม่ถามคำถามในลักษณะชักใย แต่ควรเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปฏิบัติต่อผู้ให้ข้อมูลหลักด้วยความเคารพ จริงใจ และสนใจอย่างแท้จริง (สุภาวงศ์ จันทวานิช, 2543; Streubert and Carpenter, 2003)

4) วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลมีหลายวิธี เช่น การสัมภาษณ์ การสังเกต การบันทึกภาคสนาม แต่วิธีหลักที่นิยมใช้คือ การสัมภาษณ์ โดยเฉพาะการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ซึ่งเป็นการเข้าถึงข้อมูลโดยการสนทนาอย่างมีเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง เมื่อได้ข้อมูลมาต้องอ่านบทสนทนาซ้ำหลาย ๆ ครั้งเพื่อทำความเข้าใจและวิเคราะห์องค์ประกอบที่ได้ และอาจต้องสัมภาษณ์หลายครั้งเพื่อช่วยขยาย ตรวจสอบและเพิ่มเติมข้อมูลที่ยังขาดหายไป ซึ่งก่อนเข้าไปสัมภาษณ์ครั้งต่อไปผู้วิจัยควรฟังเทปการสนทนาซ้ำ และทำความเข้าใจเพื่อเตรียมคำถามในประเด็นที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติมจนได้ข้อมูลที่อิ่มตัว (Saturation) คือ ข้อมูลที่ได้เริ่มเป็นประเด็นที่ซ้ำๆ ไม่มีองค์ประกอบสำคัญ (Themes or essences) ใหม่ๆ เกิดขึ้น การจัดการกระทำกับข้อมูล (Data treatment) ที่ดีและควรเลือกใช้คือ เทคนิคการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิด การบันทึกเทป และถอดเทปคำสนทนาแบบคำต่อคำ (Verbatim transcriptions) ร่วมกับการบันทึกภาคสนามซึ่งเป็นการบันทึกความคิด ความรู้สึกของผู้วิจัยขณะเก็บข้อมูล เพื่อนำมาร่วมวิเคราะห์ข้อมูลเมื่อจบการสัมภาษณ์ รวมทั้งนำมาช่วยในการสำรวจข้อมูลที่บันทึกในเทป (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2549)

5) การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis) โดยการวิเคราะห์เนื้อหา(Content analysis) ซึ่งมีวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลที่แตกต่างกันไป เช่น Van Kaam จะกำหนดประสบการณ์กว้างๆ ทำการสัมภาษณ์ให้ได้ข้อมูลก่อน แล้วจึงให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ เลือกประเด็นสำคัญในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลนั้นๆ ส่วน Giorgi จะให้ความหมายประสบการณ์ที่ต้องศึกษาง่ายๆ แล้วเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีประสบการณ์ที่ต้องการศึกษาจึงสัมภาษณ์ และวิธีของ Colaizzi เน้นที่การเก็บรวบรวมข้อมูล ร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูล และอาจใช้การสังเกต การบันทึกสนามร่วมด้วย วิธีของ Colaizzi อาจยืดหยุ่นได้ เช่น อาจให้ผู้ให้ข้อมูลหลักตรวจสอบก่อนและระหว่างเก็บข้อมูล แทนที่จะรอข้อมูลทั้งหมดก่อนนำไปให้ตรวจโครงสร้างองค์ประกอบ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักให้ความเห็น และความมั่นใจของข้อมูลก็ได้ (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2549) การเลือกใช้วิธีวิเคราะห์แบบใดขึ้นอยู่กับผู้วิจัย ที่คิดว่าวิธีใดเหมาะสมปัญหาการวิจัยของตนมากที่สุด นำข้อมูลที่ได้จากกระบวนการสัมภาษณ์

มาวิเคราะห์อย่างละเอียด เพื่อแยกองค์ประกอบที่ปรากฏ (Essence or common themes) หาความสัมพันธ์และการเชื่อมโยงองค์ประกอบกับสิ่งแวดล้อมหรือปรากฏการณ์ โดยจะต้องศึกษาข้อมูลอย่างลึกซึ้งซึ่งจนแน่ใจได้ว่าได้ข้อมูลที่ถูกต้องแน่นอน และทำการอ่านบทสนทนาที่ถอดคำต่อคำซ้ำๆ หลายๆ ครั้ง แล้วจำแนกและดึงข้อความหรือประโยคที่มีความสำคัญ พร้อมทั้งให้รหัส หรือบันทึกใน Index cards แล้วจัดกลุ่มที่สัมพันธ์กับองค์ประกอบ ภายหลังจากวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัย จะทำการทบทวนวรรณกรรมเพื่ออธิบายผลการศึกษา และนำเสนอผลการศึกษาที่ได้โดยใช้ภาษาของผู้ให้ข้อมูลหลัก

6) ความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness) การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการตรวจสอบความถูกต้องแม่นยำของข้อมูลกับความเป็นจริงตามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น โดยสามารถพิจารณาความน่าเชื่อถือของข้อมูลการวิจัยคุณภาพได้ดังนี้

6.1) ดำเนินการวิจัยตามระเบียบวิธีวิจัยที่กำหนดไว้และทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เพื่อให้การศึกษาปรากฏการณ์ที่สนใจมีความถูกต้องชัดเจนจากผู้ที่มีประสบการณ์จริงโดยตรง (Streubert and Carpenter, 2003)

6.2) ใช้เทคนิคการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) คือการใช้หลากหลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วนำมาตรวจสอบว่าตรงกันหรือไม่ ซึ่งสามารถกระทำได้หลายทาง ได้แก่การใช้ผู้วิจัยหลายท่านที่มีความเชี่ยวชาญแตกต่างกันมาเก็บข้อมูลเดียวกัน เพื่อตรวจสอบข้อค้นพบที่ได้ซึ่งกันและกัน (Investigator triangulation) การใช้แนวคิดหลายแนวคิดมาใช้ในการมองหาคำสัมพันธ์ของข้อมูลเหตุการณ์นั้นๆ (Theory triangulation) การใช้วิธีวิจัยหลายวิธีร่วมกันในการเก็บข้อมูล (Methodological triangulation) และการเก็บข้อมูลในปรากฏการณ์เดียวกันจากบุคคลหลายแห่ง (Data triangulation) (นิตยา ชูโต, 2548)

6.3) การนำเสนอผลการวิจัยตามความเป็นจริงของข้อมูลที่ได้ ซึ่งไม่ใช่ผลที่เกิดจากความคิดเห็นของผู้วิจัย แต่ต้องแสดงให้เห็นถึงข้อมูลที่ได้จากความคิดเห็นหรือประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักโดยแท้จริง และมีการตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูลหลัก (Member check) ซึ่งเป็นการนำข้อมูลที่ผู้วิจัยทำการสรุป แปลความหมาย และย้อนกลับไปหาผู้ให้ข้อมูลหลักอีกครั้ง เพื่อตรวจสอบและยืนยันความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล ทั้งในระยะเวลาของการเก็บรวบรวมข้อมูล และเมื่อสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล (Guba and Lincoln, 1989)

6.4) ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาเป็นประเด็นที่เฉพาะเจาะจงตามข้อค้นพบ และแสดงให้เห็นถึงปรากฏการณ์ที่ศึกษา ซึ่งผู้อ่านงานวิจัยสามารถตัดสินและพิจารณาถึงความเฉพาะเจาะจงของปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้ด้วย



ตนเอง ซึ่งผลการวิจัยนี้ใช้อย่างยิ่งเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความกลัวการหกล้มที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยครั้งนี้เป็นหลักเท่านั้น

6.5) ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) โดยการใช้หลากหลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูล (Multiple methods of data collection) ซึ่งมีการเชื่อมโยงข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสังเกตเข้าไว้ด้วยกัน รวมถึงข้อมูลที่ได้จากเอกสารต่างๆ เพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง

6.6) ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability) โดยการให้บุคคลอื่นตรวจสอบ (Audit trail) โดยนำข้อมูลที่ได้ เช่น ข้อมูลจากการบันทึกภาคสนาม ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ รายละเอียดการรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูล รายละเอียดเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลจากการบันทึกต่างๆ รวมถึงรายงานที่ได้รับการตรวจสอบจากบุคคลภายนอก เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของประสบการณ์ที่เกิดขึ้น (Guba and Lincoln, 1989)

## 5. การสัมภาษณ์เชิงลึก

การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เป็นวิธีที่ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้โดยตรง ด้วยการสนทนาอย่างมีเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงระหว่างผู้สัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยมีจุดสนใจอยู่ที่การรับรู้ของตนเองและประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อมองการเข้าใจความคิด ความหมาย นิยามและการตีความสถานการณ์ของแต่ละบุคคล ที่แสดงออกด้วยคำพูดของผู้ให้ข้อมูลหลักเอง เป็นการสัมภาษณ์ในรูปแบบที่ไม่เป็นทางการ โดยใช้ประเด็นแนวคำถามกว้างๆ ซึ่งมีวิธีการรวบรวมข้อมูลโดยไม่ใช้แบบสอบถาม แต่จะมีแนวของข้อคำถามให้ผู้สัมภาษณ์เป็นผู้สอบถามผู้ให้ข้อมูลหลักในลักษณะคำถามเจาะลึก และต้องอาศัยความสามารถพิเศษของผู้สัมภาษณ์ในการค้นหารายละเอียดในประเด็นที่ศึกษาอย่างลึกซึ้ง (อาร์ยัวร์น อ่วมตานี, 2549) ซึ่งลักษณะคำถามจะแยกเป็นคำถามหลัก (Main question) คำถามเจาะประเด็น (Probe) และคำถามติดตาม (Follow up) เน้นข้อมูลที่เป็นมุมมองของผู้ให้ข้อมูลหลัก (Informant) โดยใช้เหตุการณ์หรือปรากฏการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลหลักบอกเล่าให้ฟัง โดยมีบรรยากาศของการสนทนาที่มีอิสระในการถาม-ตอบอย่างเป็นธรรมชาติ เป็นกันเอง นอกจากจะได้คำตอบจากการสนทนาแล้วยังรวมถึงคำตอบที่ได้จากการสังเกตลักษณะท่าทาง น้ำเสียง สีหน้า และพฤติกรรมต่างๆ ที่ผู้ให้ข้อมูลหลักแสดงออกมาด้วย โดยผู้วิจัยไม่นำมุมมองหรือความคิดเห็นของตนเองเข้ามาเกี่ยวข้อง และในระหว่างการสนทนาอาจมีข้อคำถามอื่น ๆ เกิดขึ้นเพิ่มเติมได้ (สุภาวงศ์ จันทวานิช, 2543; อาร์ยัวร์น อ่วมตานี, 2549)



5.1 การสร้างแนวคำถาม แนวทางการสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น ผู้วิจัยมีขั้นตอนในการสร้างแนวคำถาม ดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ ผลกระทบที่เกิดขึ้น และบทบาทของพยาบาลวิชาชีพต่อปัญหาความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ คัดเลือกประเด็นคำถามเกี่ยวกับเรื่องที่สนใจ เพื่อใช้เป็นแนวคำถามในการสัมภาษณ์ แต่จะไม่มีกำหนดข้อคำถามหรือลำดับคำถามอย่างตายตัว โดยคำถามในขณะสัมภาษณ์จริง จะมีความยืดหยุ่น และเอื้อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักสามารถแสดงความคิดเห็นตามการรับรู้ของตนเองได้อย่างอิสระ (นิศา ชูโต, 2548) จากนั้นผู้วิจัยนำแนวคำถามดังกล่าวให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบก่อนการสัมภาษณ์จริง

2. ผู้วิจัยตรวจสอบตนเองร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตลอดการดำเนินการวิจัย ได้แก่ เทคนิคการสัมภาษณ์ การให้ความหมาย การจัดกลุ่มข้อมูล การให้ความคุ้มครองสิทธิของผู้ให้ข้อมูล และการเก็บรักษาข้อมูล

3. ลักษณะของคำถาม ใช้คำถามเปิดประเด็นกว้างๆ ในเรื่องที่มีความใกล้เคียงกับประเด็นที่น่าสนใจ โดยคำถามประกอบด้วย

1) คำถามเปิดการสนทนา (Opening question) เป็นคำถามทั่วๆ ไปช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลหลักรู้สึกผ่อนคลาย และเพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพและบรรยากาศที่เป็นกันเอง สร้างความคุ้นเคยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจในการให้ข้อมูลที่เป็นจริง โดยผู้วิจัยทำการแนะนำตัวพร้อมทั้งพูดคุยเรื่องทั่วๆ ไปก่อน เช่น สภาพแวดล้อม ที่พักอาศัย อาการเจ็บป่วยหรือภาวะสุขภาพในปัจจุบัน

2) คำถามเกริ่น (Introduction question) เป็นคำถามแนะนำหัวข้อในการสนทนา เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักได้เชื่อมโยงความคิดของตนกับหัวข้อการสนทนา ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดที่ให้ผู้ให้ข้อมูลหลักได้เล่าประสบการณ์ แสดงความรู้สึก หรือความเข้าใจเกี่ยวกับหัวข้อที่สนทนา

3) คำถามเข้าสู่ประเด็น (Transition question) เป็นการเปลี่ยนแนวการสนทนาเข้าสู่ประเด็นหลักที่สนใจศึกษา โดยคำถามจะเชื่อมโยงกับคำถามเกริ่นและคำถามหลัก แต่เป็นคำถามที่เจาะลึกกว่าคำถามเกริ่น

4) คำถามหลัก (Key question) เป็นคำถามที่อยู่ในประเด็นที่ต้องการศึกษา ในขณะสัมภาษณ์ ผู้วิจัยต้องใช้เทคนิคในการถาม เช่น การทวนความ การสะท้อนความคิด การถามต่อเนื่อง รวมถึงการถามเจาะลึก เพื่อติดตามประเด็นที่กล่าวถึงให้ชัดเจนและลึกซึ้งมากขึ้น บางครั้งผู้สัมภาษณ์อาจต้องใช้ความเงิบ หรือหยุดรอชั่วขณะหนึ่ง เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักได้สะท้อนและขยายความในคำตอบที่ได้ตอบไป

5) คำถามจบการสนทนา (Ending question) จะช่วยปิดการสนทนาและเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลหลักได้แสดงความคิดเห็นของตน เกี่ยวกับประเด็นที่สนทนากันมาอีกครั้ง ซึ่งจะช่วยให้ผู้สัมภาษณ์ทราบว่า สิ่งที่พูดคุยมาในครั้งนี้ อะไรคือสิ่งสำคัญที่สุดที่ต้องการบอกเล่าให้ผู้วิจัยฟัง และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลหลักได้ให้ความกระจ่างในเรื่องดังกล่าว ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้ในการแปลความ หรือการให้นำน้ำหนักข้อมูลหลังจากนั้นผู้วิจัยควรถามสรุป โดยอาจถามผู้ให้ข้อมูลหลักว่าข้อสรุปในการพูดคุยกันในวันนี้เพียงพอหรือไม่ หรือต้องการเพิ่มเติมในประเด็นใด และทำการนัดหมายในการพูดคุยครั้งต่อไป เพื่อให้ได้ข้อมูลที่อิมตัว และไม่มีประเด็นใหม่ๆเพิ่มขึ้นแล้ว

**5.2 การเตรียมตัวก่อนการสัมภาษณ์** ถือว่าเป็นพื้นฐานที่ช่วยให้ผู้วิจัยดำเนินงานไปตามวัตถุประสงค์และปรับเข้ากับสภาพจริงของสนามได้ง่าย และช่วยลดความเสี่ยงที่เกิดในการสัมภาษณ์ได้ (นิศา ชูโต, 2548) โดยมีขั้นตอนในการเตรียมตัว คือ

1. ผู้วิจัยควรมีความรู้ในแก่นของเรื่องที่จะทำวิจัย มีความคุ้นเคยและรู้ประเด็นคำถามและแน่ใจในประเด็นที่ตนเองต้องการจะขุดค้น เจาะลงไปให้ลึกซึ้ง และชัดเจนเกี่ยวกับประเด็น วัตถุประสงค์ของการวิจัย ไม่ใช่ภาววิชาการหรือสูงเกินไป มีความสุภาพ เป็นนักฟังที่ดี สามารถเข้าถึงอารมณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักได้ เปิดเผย เห็นใจ เข้าใจ รับรู้ ติดตาม ตอบโต้ ต่อรอง เพื่อให้รู้ความจริง โดยไม่รับข้อมูลเพียงผิวเผิน สร้างความสัมพันธ์ และควรสร้างความไว้วางใจแก่ผู้ให้ข้อมูลหลัก รวมทั้งศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อนำมาประกอบการปรับปฏิสัมพันธ์และการสนทนาให้สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของผู้ให้ข้อมูลหลักด้วย

2. การเตรียมสร้างแนวคำถาม ในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจำเป็นต้องสร้างแนวทางการสัมภาษณ์ให้ชัดเจน ดังนั้นในการสร้างคำถาม ผู้สัมภาษณ์ต้องใช้คำถามที่กระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลหลักมีส่วนร่วมอย่างเป็นธรรมชาติ และผู้สัมภาษณ์ต้องไม่มีอคติหรือกำหนดคำตอบไว้ล่วงหน้า คำถามเหล่านี้ผู้สัมภาษณ์ควรนำไปทดสอบก่อนการเก็บข้อมูลจริง เพื่อดูความเป็นไปได้ของภาษาและวิธีการถาม ประโยชน์ของการมีแนวทางการสัมภาษณ์ เพื่อให้ผู้สัมภาษณ์สามารถกำหนดเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ได้ อีกทั้งข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มีความครอบคลุมในประเด็นที่ต้องการศึกษา (Patton, 2002)

3. การเตรียมวิธีการซักถามเพื่อให้ได้คำตอบที่ต้องการ โดยผู้วิจัยจะต้องเรียนรู้รูปแบบและวิธีการถาม ซึ่งมี 2 รูปแบบคือ คำถามที่เป็นวาจา และคำถามที่เป็นภาษาท่าทาง และควรได้ทดลองฝึกปฏิบัติเทคนิคการสัมภาษณ์และการวิเคราะห์ข้อมูลก่อนลงมือทำการวิจัย

4. ผู้วิจัยต้องมีการเตรียมตรวจสอบเครื่องบันทึกเทปให้แน่ใจว่าอยู่ในสภาพที่ใช้งานได้และสามารถใช้งานได้อย่างตลอดการวิจัย การดำเนินการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

### 5.3 การดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก

1. สร้างบรรยากาศในการสนทนาที่เป็นธรรมชาติ ด้วยการเริ่มต้นสนทนาแบบ ทักทาย สร้างสัมพันธภาพ พูดคุยถึงประสบการณ์ทั่วไป แล้วจึงเริ่มพูดคุยถึงเหตุการณ์ ประสบการณ์ร่วมที่สามารถเชื่อมโยงไปสู่เรื่องราวที่เป็นเป้าหมายของการสัมภาษณ์เชิงลึก

2. การชี้แจง เมื่อเกิดสัมพันธภาพที่ดีและมีบรรยากาศของการเป็นคู่สนทนาเกิดขึ้นแล้ว จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการชี้แจงถึงการวิจัย โดยต้องแนะนำตัว และวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิ่งที่ต้องการจากผู้ให้ข้อมูลหลัก และความสำคัญของผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยควรแสดงความใส่ใจ สนใจอย่างแท้จริงในตัวผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยไม่มีการตัดสินว่าดี หรือไม่ดี ถูกหรือผิด เหมาะสมหรือไม่ ซึ่งจะทำให้ผู้ให้ข้อมูลหลักเกิดความไว้วางใจ และเชื่อมั่นในตัวผู้วิจัย

3. ดำเนินการสนทนาตามประเด็นการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยจะต้องใช้ทักษะการสื่อสาร สร้างสัมพันธภาพตลอดการสนทนา เพื่อให้การสนทนาในประเด็นต่างๆ เกิดความราบรื่น และควรเริ่มต้นด้วยคำถามง่ายๆ ไม่คุกคามความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลหลัก และทำให้ผู้ให้ข้อมูลหลักมีความไว้วางใจที่จะเล่าประสบการณ์ นอกจากนี้ผู้วิจัยควรใช้ภาษาที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลหลักมีความรู้สึกที่ผู้วิจัยเป็นคู่สนทนาในเรื่องนั้นจริงๆ หรือรู้สึกว่าผู้วิจัยก็มีประสบการณ์ใกล้เคียงกัน ระวังน้ำเสียง และการพูดที่ไม่สุภาพ หลีกเลี่ยงการพูดตำหนิ และถึงแม้ว่าผู้วิจัยจะไม่เห็นด้วยกับความคิดเห็น หรือความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลหลัก แต่ผู้วิจัยไม่ควรแสดงออกถึงความไม่เห็นด้วย ควรแสดงถึงความสนใจและเข้าใจในความคิดเห็นนั้นๆ

4. ผู้วิจัยควรแสดงความเข้าใจในเรื่องราวที่ผู้ให้ข้อมูลหลักได้บอกเล่า เมื่อการสนทนาดำเนินต่อไปเพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลหลักเปิดเผยเรื่องราว ความคิดที่ลึกซึ้งไปกว่าเดิมในช่วงแรก โดยไม่รู้สึกลำบาก อึดอัดที่จะเล่าหรือสนทนา

5. สนทนาให้ได้ความจริง เมื่อสัมพันธภาพระหว่างคู่สนทนาเป็นไปได้อย่างดีแล้ว ผู้วิจัยจะสามารถใช้คำถามนำไปสู่หัวใจของการสนทนาตามประเด็นการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยที่ชำนาญจะรู้ว่าเมื่อใดผู้ให้ข้อมูลหลักพร้อมที่จะเล่าเรื่องราวที่ลึกหรืออ่อนไหว (Sensitive) มากขึ้น

6. การตั้งคำถามแก่ผู้ให้ข้อมูลหลักนั้น การถามคำถามที่ผู้ให้ข้อมูลหลักยากที่จะตอบ ควรถามเมื่อผู้ให้ข้อมูลหลักมีความผ่อนคลายและมีความเชื่อใจต่อผู้วิจัยแล้ว โดยผู้วิจัยต้องเคารพต่อความจริงที่ถูกเปิดเผยขึ้น คำถามที่ตอบยาก อาจถามซ้ำในช่วงต่างๆ ของการสนทนาด้วยวิธีการหรือแง่มุมที่ต่างออกไปจากครั้งก่อน ซึ่งผู้วิจัยอาจต้องพูดคุยในเรื่องราวระบบการบันทึกและการรักษาความลับที่เชื่อถือได้ นอกจากนี้อาการเงิบ หรือเว้นช่วงจังหวะรอที่จะพูดในประเด็นต่างๆ อาจเกิดจากผู้ให้ข้อมูลหลักกำลังทำความเข้าใจกับประเด็นหรืออาจรู้สึกกังวลกับการเล่าเรื่องได้ และควรระวังการแสดงความคิดเห็นที่จะชี้ช่องคำตอบให้ผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยไม่ใช้

คำถามนำ เมื่อได้รับฟังคำบอกเล่าที่คลุมเครือไม่ชัดเจน ผู้วิจัยใช้การถามซ้ำในประเด็นนั้นๆ เพื่อให้ได้ความกระจ่างมากที่สุด

7. การลดระดับอารมณ์ความรู้สึก โดยเมื่อผู้วิจัยได้ข้อมูลเชิงลึกตามต้องการแล้ว ผู้วิจัยควรสนทนาในประเด็นข้อมูลทั่วไปที่ตอบง่าย ซึ่งจะช่วยให้อารมณ์ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลหลักกลับเป็นปกติ

8. การปิดการสนทนา ความรอบของที่ระลึกประกอบกับการกล่าวคำขอบคุณและเน้นย้ำถึงระบบการรักษาความลับที่เชื่อถือได้ ควรขออนุญาตเพื่อติดต่อกลับมาอีกในกรณีที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม

**5.4 หลังการสัมภาษณ์เชิงลึก** ในระหว่างและหลังทำการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยต้องทำการบันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ซึ่งการบันทึกข้อมูลมีทั้งการบันทึกเทปและการจดบันทึก เพื่อให้ได้ข้อมูลในประเด็นที่ต้องการศึกษาวิจัยที่สมบูรณ์ที่สุด โดยมีแนวทางดังนี้

1. ผู้วิจัยต้องปราศจากอคติ โดยการบันทึกเทปข้อมูลคำพูดของผู้ให้ข้อมูลหลักแบบคำต่อคำ ซึ่งสามารถเก็บคำพูดทุกคำได้อย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้วิจัยมีสมาธิในการฟังและสังเกตผู้ให้ข้อมูล

2. การจดบันทึกตามประเด็นสำคัญของการสัมภาษณ์ โดยจดบันทึกการสังเกต สีหน้า ท่าทางของผู้ให้ข้อมูลหลัก รวมทั้งบรรยากาศในการสัมภาษณ์ การจดบันทึกควรจดบันทึกคำพูดที่สำคัญของผู้ให้ข้อมูลหลักและคำถามที่ผู้วิจัยต้องการถามเพิ่มเติม เพราะประเด็นที่จดบันทึกจะนำไปสู่การวิเคราะห์เบื้องต้นเมื่อจบการสัมภาษณ์ และช่วยในการสำรวจความครบถ้วนของข้อมูลที่บันทึกในเทป

3. การทบทวนข้อมูลทันทีหลังการสัมภาษณ์เพื่อเป็นการตรวจสอบข้อมูลคร่าวๆ ว่ามีความครอบคลุม ครบถ้วนหรือไม่ ถ้ายังไม่ครบถ้วนควรติดต่อกับผู้ให้ข้อมูลหลักอีกครั้ง ซึ่งการทบทวนและจัดเก็บข้อมูลทันทีหลังการเก็บข้อมูลทุกครั้ง ถือเป็นหัวใจสำคัญของการควบคุมคุณภาพข้อมูล (Quality control of data)

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Nelson and Amin (1990) ศึกษาถึงผลกระทบทางสุขภาพจิตที่ตามมาจากการหกล้มของผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าความกลัวการหกล้มเป็นผลที่เกิดตามมาจากการหกล้ม และส่งผลให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นต้องจำกัดการเคลื่อนไหว การทำหน้าที่ของร่างกายเสื่อมถอยลง และแยกตัวออกจากสังคมในที่สุด

Walker and Howland (1990) ทำการศึกษาความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่พำนักอยู่ในนอร์ธเวสต์ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 115 ราย พบว่า ร้อยละ 25 จะมีความกลัวการหกล้ม



ล้มมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับความกลัวต่อสิ่งอื่นๆ เช่น ปัญหาอาชญากรรม ปัญหาทางเศรษฐกิจ กลัวล้มมีนัยสำคัญ

Convey (1993) ศึกษาประสบการณ์กลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่เคยหกล้ม เพื่ออธิบายความหมายของความกลัวการหกล้ม และผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ รูปแบบวิจัยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 9 ราย ในการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลหลักผ่านสถานดูแลระยะยาวและเนอร์สซิ่งโฮม ประเทศแคนาดา มีอายุระหว่าง 75-91 ปี ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพพบว่าประสบการณ์กลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ แบ่งได้เป็น 2 ประเด็นหลักคือ 1) การให้ความหมายของประสบการณ์กลัวการหกล้ม (Making meaning of the experience of their fear of falling) จากข้อค้นพบในงานวิจัยผู้สูงอายุพยายามที่จะทำความเข้าใจและตีความเกี่ยวกับความกลัวการหกล้มตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล โดยที่ความรู้สึกกลัวต่อการหกล้มนั้นจะมีระดับความรุนแรงของความกลัวจะแตกต่างกันไปตามความรุนแรงของการบาดเจ็บและจำนวนครั้งที่หกล้ม ผู้สูงอายุมีการรับรู้ถึงผลที่เกิดตามมาจากการหกล้ม เช่น การหักของกระดูกสะโพก กลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลัวว่าสภาพจิตใจของตนเองจะแย่งลง และภายหลังการหกล้มผู้สูงอายุจะประเมินว่าตนเองเป็นบุคคลไร้ค่า หมดความสามารถ ไม่สามารถกระทำกิจกรรมเหมือนก่อนที่เคยทำได้ 2) การเชื่อมโยงประสบการณ์กลัวการหกล้มเข้ากับชีวิตประจำวัน (Integrating the meaning of the experience of their fear of falling into daily living) เป็นกระบวนการที่ผู้สูงอายุพยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการรู้คิดของตนเองให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้กับความกลัวที่รู้สึกกลัว เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ผู้สูงอายุเกิดความไม่มั่นใจ หรืออยู่ในสภาพแวดล้อมที่คิดว่าไม่ปลอดภัย เช่น การเคลื่อนไหวร่างกาย การที่จะต้องเดินออกไปนอกบ้าน ผู้สูงอายุจะมีการเพิ่มความระมัดระวังมากขึ้นเพื่อป้องกันการหกล้ม บางรายจะต้องมีเพื่อนเดินไปด้วยเพื่อความปลอดภัย นอกจากนี้ผู้สูงอายุจะปรับเปลี่ยนการรู้คิดของตนเองเพื่อที่จะรักษาความเป็นตัวตนของตนเองไว้ โดยใช้กลยุทธ์ในการคิดและมองโลกในแง่บวก โดยการมองตนเองและเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นที่แก่กว่าตนทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า มีพลังที่จะใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ต่อไป

Arfken et al. (1994) ทำการศึกษาอุบัติการณ์เกิดความกลัวการหกล้มและศึกษาความสัมพันธ์ของความกลัวการหกล้มกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ทำการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ระยะเวลา 1 ปี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sample) ตามอายุ (4 ช่วงอายุ คือ 65-69 ปี, 70-74 ปี, 75-79 ปี และ อายุ 80 ปีขึ้นไป) และเพศ (ชาย/หญิง) จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 890 ราย ใช้แบบวัด Quality of life, Geriatric Depression Scale, Fall Assessment, Physical



Assessment เป็นเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ผลการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์เกิดความกลัวการหกล้มจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่สูงวัยขึ้น และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เมื่อพิจารณาถึงความรุนแรงของความกลัวการหกล้มจะพบว่าความกลัวการหกล้มในระดับปานกลางส่งผลให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าและมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง แต่ถ้ามีความกลัวการหกล้มในระดับสูงแล้ว นอกจากทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าและมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลงแล้ว จะทำให้ผู้สูงอายุลดกิจกรรมการเคลื่อนไหว และลดกิจกรรมทางสังคมอีกด้วย

Vellas et al. (1997) ศึกษาลักษณะของผู้สูงอายุที่มีความกลัวการหกล้มที่เคยผ่านประสบการณ์หกล้ม และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการหกล้มกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 219 ราย โดยการศึกษาไปข้างหน้า (Prospective) ผลการศึกษาสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 ราย ที่มีประวัติหกล้มภายในระยะเวลา 2 ปีที่ทำการศึกษามีความกลัวการหกล้ม และพบความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ยังพบว่า ความบกพร่องทางการทรงตัว การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในระดับต่ำ ภาวะทางสมอง และแหล่งสนับสนุนทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Kong et al. (2002) ทำการศึกษาเรื่องผลกระทบทางจิตสังคมที่เกิดตามมาจากการหกล้ม รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่ออธิบายผลกระทบทางจิตสังคมที่เกิดตามมาจาก การหกล้มตามการรับรู้ของผู้สูงอายุชาวฮ่องกงที่เคยหกล้ม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 20 ราย (เพศชาย 5 ราย เพศหญิง 15 ราย) อายุเฉลี่ย 82 ปี จากหอผู้ป่วยสูงอายุ 2 แห่ง ในโรงพยาบาล ใช้วิธีการสัมภาษณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการวิจัยพบว่าผลกระทบทางจิตสังคมที่เกิดตามมาจากการหกล้มตามการรับรู้ของผู้สูงอายุแบ่งเป็น 3 ประเด็นหลัก คือ 1) การหมดกำลังความสามารถ (Powerlessness) โดยผู้สูงอายุมองว่าการหกล้มเป็นเหตุการณ์ไม่สามารถควบคุมได้ ไม่สามารถคาดเดาได้ เช่น ผู้สูงอายุรายหนึ่งเล่าว่าเขามีอาการอ่อนแรงที่ขา ทั้งๆ ที่พยายามเดินอย่างช้าๆ และระมัดระวังในการเดินอย่างที่สุดแต่ก็ยังเกิดการหกล้ม 2) ความกลัว (Fear) จากข้อค้นพบที่ได้ผู้สูงอายุจะมีความกลัวในเรื่องของกลัวหกล้มซ้ำ กลัวว่าจะช่วยเหลือตนเองไม่ได้ กลัวว่าหกล้มแล้วจะลุกขึ้นเองไม่ได้ กลัวการต้องนอนโรงพยาบาล กลัวขาดอิสระภาพ และกลัวตาย 3) ความต้องการการดูแล (Seeking care) และการเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอันเป็นที่รักเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น ต้องการให้บุตรหลานมาเยี่ยม รู้สึกดีเมื่อบุตรหลานปรุง/ซื้ออาหารมาให้รับประทาน

ยุพิน ถนัดวนิชย์ และพรชัย จุลเมตต์ (2546) ศึกษาการเปลี่ยนแปลงผ่านในชีวิตของผู้สูงอายุสตรีภายหลังที่มีภาวะข้อสะโพกหักขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเปรียบเทียบภาวะสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในช่วงระยะเวลาการเปลี่ยนผ่านระหว่างก่อน

และภายหลังที่มีภาวะข้อสะโพกหัก รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้สูงอายุสตรีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 79 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะข้อสะโพกหักและเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยกระดูกหญิงโรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ผลการศึกษาพบว่า ในช่วงการเปลี่ยนผ่านในชีวิตภายหลังที่มีภาวะข้อสะโพกหักขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้สูงอายุสตรีมีการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพไปในด้านลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ 1) ภาวะสุขภาพทางกาย ผู้สูงอายุไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เหมือนก่อนสะโพกหัก และผลจากความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุลดหรือหยุดกิจกรรมการเคลื่อนไหวเพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวด 2) ภาวะสุขภาพทางด้านจิตใจ ผู้สูงอายุจะมีการรับรู้ว่าตนเองไม่มีความสามารถ กลายเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีความไม่มั่นใจกับสภาพร่างกายของตนเอง และกลัวการหกล้มซ้ำ ทั้งยังมีความรู้สึกสับสน อ้างว้าง เหงา เบื่อหน่าย รู้สึกว่าตนเองด้อยค่า ไม่มีความสุข และเกิดความเครียด 3) ภาวะสุขภาพทางด้านสังคม ผู้สูงอายุจะมีการรับรู้ว่าตนเองไม่สามารถติดต่อสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมได้เหมือนเดิม ส่งผลให้การปฏิบัติกิจกรรมหรือบทบาทหน้าที่ในสังคมลดลง เกิดความรู้สึกสูญเสียชั่วคราวเกี่ยวกับความสัมพันธ์ใกล้ชิด และ 4) ภาวะสุขภาพทางด้านจิตวิญญาณ เนื่องจากภาวะข้อสะโพกหักเป็นปัญหาที่คุกคามชีวิตและสร้างความทุกข์ทรมานอย่างมากจากอาการเจ็บปวดที่รุนแรง ซึ่งความทุกข์ทรมานดังกล่าวจัดเป็นความรู้สึกเจ็บปวดทางด้านจิตวิญญาณ หรือไม่มีความสุขทางด้านจิตวิญญาณ

Apikomkon (2003) ศึกษาอุบัติการณ์ของการหกล้ม และความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุไทย จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 546 ราย จากผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน 15 ชุมชน ทำการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sample) พบว่าอุบัติการณ์การหกล้มของผู้สูงอายุไทยพบร้อยละ 21 ซึ่งเป็นอัตราที่พบน้อยกว่าประเทศในแถบตะวันตก แต่มีความคล้ายคลึงกับประเทศในแถบเอเชีย ส่วนอุบัติการณ์ความกลัวการหกล้มพบได้ถึงร้อยละ 50 และยังพบว่าประสบการณ์เคยหกล้มมีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Murphy, Dubin and Gill (2003) ศึกษาปัจจัยชักนำให้เกิดความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุเพศหญิง และผลกระทบที่เกิดจากการหกล้มที่นำไปสู่ความกลัวการหกล้ม รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 313 ราย อายุ 72 ปีขึ้นไป ก่อนเข้าร่วมการวิจัยไม่มีความกลัวการหกล้ม ทำการติดตามประเมินเยี่ยมที่บ้านเป็นเวลา 1 ปี ผลการศึกษาพบว่า 74 รายหกล้มอย่างน้อย 1 ครั้ง และกลุ่มตัวอย่างอีก 84 รายเกิดความกลัวการหกล้มภายในระยะเวลา 1 ปี ปัจจัยชักนำให้เกิดความกลัวการหกล้ม คือ 1) อายุ > 80 ปีขึ้นไป 2) มีความบกพร่องทางการมองเห็น 3) รูปแบบการดำเนินชีวิต (Sedentary lifestyle) 4) การไม่มีแหล่งสนับสนุนทางด้านอารมณ์ สรุปผลการศึกษาได้ว่าหากผู้ร่วมวิจัยมีปัจจัยชักนำอย่างน้อย 1 อย่างดังที่กล่าว

มาแล้ว ผลที่เกิดตามมาหลังการหกล้มจะมีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Delbaere et al. (2004) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวที่ส่งผลให้หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมกับความอ่อนแอทางร่างกายของผู้สูงอายุในประเทศเบลเยียม พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ความกลัวการหกล้ม การหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมและความอ่อนแอทางร่างกายยังร่วมกันทำนายการหกล้มในอีก 1 ปีต่อมา

Fletcher and Hirdes (2004) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจำกัดกิจกรรมซึ่งเป็นผลมาจากความกลัวการหกล้ม รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ทำการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการบริการดูแลที่บ้านที่รัฐออนแทรีโอ ประเทศแคนาดา จำนวน 2,304 ราย ใช้แบบประเมินระดับความสามารถในการทำกิจกรรมและความต้องการการดูแลที่เป็นมาตรฐาน The Minimum Data Set for Home Care เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล ผลการวิจัยพบว่าร้อยละ 41.2 ของกลุ่มตัวอย่างมีการจำกัดกิจกรรมเนื่องจากสาเหตุกลัวการหกล้ม นอกจากนี้ยังพบว่า เพศหญิง การมีความบกพร่อง/ข้อจำกัดหลายๆอย่าง การขาดแหล่งสนับสนุน และการหกล้มบ่อยครั้งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความกลัวการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ประวัติการใช้ยาทางจิตเวชและการเจ็บป่วยจากโรคอัลไซเมอร์เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุจำกัดการทำกิจกรรมของตนเอง

แดนเนาวรัตน์ จามรจันทร์และคณะ (2548) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในทำเียนกับการทรงตัวของผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่กลัวและไม่กลัวการหกล้มในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 60 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลัวหกล้มและไม่กลัวหกล้ม ทั้งเพศชายและเพศหญิง กลุ่มละ 15 ราย โดยใช้แบบทดสอบ Barthel ADL Index, Modified Falls Efficacy Scale (MFES) หลังจากนั้นทำการวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ควบคุมข้อเข่าและข้อเท้า ช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อต่อขาขวา ความสามารถในการทรงท่าเบื้องต้น ผลการศึกษาพบว่า ความกลัวการหกล้มเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การเคลื่อนไหวลดลง ประสิทธิภาพทางกายลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงอันเป็นสาเหตุให้การทรงตัวลดลงและเกิดการหกล้มได้

Reyes-Ortiz et al. (2006) ศึกษาความสัมพันธ์ของการไปโบสถ์กับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุในประเทศอเมริกา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,341 ราย อายุ 70 ปีขึ้นไป พำนักอาศัยอยู่ใน 5 รัฐ คือ Texas, California, New Mexico, Colorado, และ Arizona ทำการติดตามเป็นระยะเวลา 2 ปี พบว่าความถี่ของการไปโบสถ์มีความสัมพันธ์กับการลดลงของความกลัวการหกล้มเนื่องจากศาสนาถือเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับกลไกทางจิตกลับมาสู่

ภาวะปกติ ช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และยังช่วยลดปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุอีกด้วย

Zijlstra et al. (2007) ศึกษาอุบัติการณ์ของความกลัวการหกล้มและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการหกล้มกับการหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรม รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ทำการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนประเทศเนเธอร์แลนด์จำนวน 4,031 ราย อายุเฉลี่ย 78.1 ปี ทำการคัดเลือกโดยการสุ่มอย่างมีระบบ ใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับความกลัวการหกล้มเป็นเครื่องมือในการทำวิจัย ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 54.3 ของกลุ่มตัวอย่างมีความกลัวการหกล้ม และร้อยละ 37.9 พยายามหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรม ในขณะที่ตัวแปรที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มและการหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรม คือ อายุมาก (> 80 ปี) การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในระดับต่ำ และมีประวัติการหกล้มซ้ำซ้อน

Zijlstra et al. (2007) ทำการศึกษาโปรแกรมที่ช่วยลดความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุสุขภาพดีที่พำนักในชุมชน โดยทำการทบทวนอย่างเป็นระบบ งานวิจัย 19 ชิ้น ซึ่งมีความแตกต่างกันของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ส่วนรูปแบบการวิจัยทั้ง 19 ชิ้นเป็น Randomized controlled trials ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ฐานครอบครัว (Home-based exercise) โปรแกรมการออกกำลังกายแบบ Tai Chi โดยใช้ฐานชุมชน (Community-based Tai Chi) และโปรแกรมที่มีการแก้ไขปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ในทุกมิติ (Fall-related multifactorial programs) ซึ่งมีการควบคุมระเบียบวิธีการวิจัยอย่างมีคุณภาพ มีประสิทธิภาพในการลดความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน

Deshpande et al. (2008) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางร่างกาย ปัจจัยทางจิตใจกับความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุประเทศอิตาลี จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 926 ราย ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุมีความกลัวการหกล้ม ร้อยละ 65 มีการจำกัดการทำกิจกรรม และถ้าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยจะพบว่าความกลัวการหกล้มจะมีความสัมพันธ์กับการจำกัดกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ถ้าผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้า ปัจจัยทางร่างกาย เช่น การทรงตัวในท่ายืน ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา และการมองเห็น จะเป็นปัจจัยกำหนดให้ผู้สูงอายุจำกัดกิจกรรม

Kumar et al. (2008) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการหกล้ม ความบกพร่องในการทรงตัว และการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุสุขภาพดีที่พำนักอาศัยอยู่ในชุมชนประเทศอินเดีย จำนวน 52 ราย อายุระหว่าง 65- 90 ปี โดยใช้แบบประเมิน Falls Efficacy Scale (FES), Berg balance scale และ Timed Up and Go test เป็นเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ผลการศึกษาพบว่าความกลัวการหกล้ม ความบกพร่องในการทรงตัว และการเคลื่อนไหวมีความสัมพันธ์กันอย่างมี



นัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่มีความกลัวการหกล้มมักพบความผิดปกติของท่าทางการเดิน และการเคลื่อนไหว ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนและจัดโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ เพื่อส่งเสริมความมั่นใจในการทรงตัวของผู้สูงอายุและลดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความกลัวการหกล้มได้

Scheffer et al. (2008) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการหกล้มและผลที่อาจเกิดตามมาในผู้สูงอายุสุขภาพดีที่พำนักในชุมชน โดยทำการทบทวนอย่างเป็นระบบ งานวิจัย 28 ชิ้น ซึ่งมีความแตกต่างกันของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและรายงานอุบัติการณ์การเกิดความกลัวการหกล้ม ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความกลัวการหกล้ม คือ 1) เพศหญิง 2) อายุที่เพิ่มขึ้น 3) มีประวัติเคยหกล้มอย่างน้อย 1 ครั้ง และผลที่เกิดตามมาจากความกลัวการหกล้ม คือ การลดลงของกิจกรรมทางกาย ผลกระทบต่อจิตใจ เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม และนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ต่ำลง

Boyd and Stevens (2009) ศึกษาความชุก และอุบัติการณ์การเกิดความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ทำการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ระยะเวลาระหว่าง กรกฎาคม ปี ค.ศ. 2001- กุมภาพันธ์ ปี ค.ศ. 2003 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ จำนวน 1,709 ราย ผลการศึกษาคาดการณ์ว่าผู้สูงอายุประมาณ 3.5 ล้านคน หรือ ร้อยละ 9.6 มีประวัติหกล้มอย่างน้อย 1 ครั้งในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา และพบว่าร้อยละ 36.2 ของผู้สูงอายุมีระดับความรุนแรงของความกลัวการหกล้มอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง

Schmid and Rittman (2009) ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับผลจากการหกล้มของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายใน 6 เดือนแรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปริมาณ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพศชาย จำนวน 132 ราย จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับผลจากการหกล้มของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 3 ประเด็นหลัก คือ 1) การจำกัดกิจกรรมและการมีปฏิสัมพันธ์ (Limiting activity and participation) โดยผู้ป่วยหลอดเลือดสมองมองว่าการที่มีภาวะอัมพาตครึ่งซีกหรืออัมพาตทั่วร่างกาย รวมถึงการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นกับร่างกายจะส่งผลต่อความแข็งแรงและการทรงตัว แม้กระทั่งกิจกรรมง่ายๆ เช่น การเดินในห้องของตนเองยังเป็นปัญหาสำหรับพวกเขาภายหลังที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) การเพิ่มภาวะพึ่งพา (Increasing dependence) ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องพึ่งพาอุปกรณ์ในการช่วยเดิน เช่น ไม้เท้า คอก 4 ขา หรือรถเข็นนั่ง บางรายจะใช้วิธียึดหรือเกาะผนังหรือเฟอร์นิเจอร์ เพื่อช่วยลดปัญหาในเรื่องการหกล้มและยังทำให้รู้สึกปลอดภัยมากขึ้น 3) เกิดความกลัวการหกล้ม



(Developing a fear of falling) จากประสบการณ์ในการหกล้มทำให้เกิดความกลัวที่จะหกล้มซ้ำอีก กลัวการบาดเจ็บที่จะเกิดตามมา กลัวทุกครั้งที่จะก้าวเดินหรือมีการเคลื่อนไหว

### สรุปการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการหกล้มทั้งในและต่างประเทศ จะพบว่ามีการศึกษาไว้อย่างมากมาย แต่ส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ส่วนการศึกษาถึงประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่เคยหกล้มโดยเฉพาะในประเทศไทยพบว่ายังไม่มีความชัดเจน ความกลัวเป็นความรู้สึกไม่มั่นคงทางอารมณ์ซึ่งสามารถเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ความกลัวจะส่งผลเสียแก่บุคคล ทำให้เสียความเชื่อมั่นในตนเองหรือทำให้เสียบุคลิกภาพ โดยบุคคลที่เกิดความกลัวจะพยายามทำทุกวิถีทางเพื่อหลีกเลี่ยงการเผชิญกับสิ่งที่ตนเองกลัว (วิธัญญา วัฒนโธ, 2551) และจากประเด็นปัญหาดังกล่าวข้างต้นจะเห็นว่าความกลัวการหกล้มเป็นผลกระทบทางด้านจิตใจที่เกิดตามมาจากการหกล้ม ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญและส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์กลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ในการอธิบายปรากฏการณ์กลัวการหกล้มจากมุมมองของผู้สูงอายุกลุ่มนี้

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยตามปรัชญาปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) โดยให้บุคคลอธิบายถึงเรื่องราวและประสบการณ์ต่างๆ ที่ตนเองประสบ (Streubert and Carpenter, 2003) ซึ่งการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์ความกลัวต่อการหกล้มของผู้สูงอายุที่เคยหกล้ม โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกและรอบด้าน ตามมุมมองของผู้สูงอายุ เกี่ยวกับความรู้สึก สาเหตุ ลักษณะ ผลกระทบที่เกิดขึ้น การดำเนินชีวิตและการปรับตัวของผู้สูงอายุที่มีความกลัวการหกล้ม

#### 1. ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant)

ผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ในเรื่องที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาค้นคว้าอย่างแท้จริง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักสามารถให้ข้อมูลได้อย่างครบถ้วนตรงตามปรากฏการณ์ที่อยู่ในความสนใจของผู้วิจัย ดังนั้นในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องใช้วิธีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (Criteria) ผู้ที่เข้าข่ายเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

- 1) เป็นผู้สูงอายุไทยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง
- 2) เคยมีประวัติหกล้มและได้รับการประเมินว่ามีความกลัวการหกล้มโดยประเมินจาก Falls Efficacy Scale as a Measure of Fear of Falling ของ Tinetti, Richman and Powell (1990) หากพบว่ามีคะแนนรวมมากกว่า 70 คะแนน ถือว่าผู้สูงอายุมีความกลัวการหกล้ม (ดังแสดงในภาคผนวก ข)
- 3) เป็นผู้ที่สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ การได้ยินปกติ สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การหกล้มได้
- 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยตลอดระยะเวลาการวิจัย

#### 2. พื้นที่ที่ศึกษา

ผู้วิจัยได้เลือกพื้นที่ (Setting) ที่ทำการศึกษาคือเป็นชุมชนในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ แขวงคลองจั่นและหัวหมาก เนื่องจากเป็นชุมชนที่เคยมีการสำรวจข้อมูลของผู้สูงอายุที่เคยหกล้ม

ตามโครงการวิจัย “การศึกษาไปข้างหน้าของการหกล้มในผู้สูงอายุที่พำนักในชุมชน” ซึ่งเป็นโครงการที่ดำเนินการสำรวจอุบัติเหตุ สาเหตุ และผลต่อเนื่องของการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง ของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการลงเยี่ยมบ้านและทำการประเมินผู้สูงอายุเกี่ยวกับการหกล้ม

สำหรับพื้นที่ที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ คือ แขวงคลองจั่นและหัวหมากซึ่งมีลักษณะเป็นชุมชนในเขตเมือง สภาพที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่เป็นหมู่บ้านจัดสรร แพลตการ์เคาะห์และบ้านของตนเอง การอยู่อาศัยของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่กับบุตรหลาน แต่บุตรหลานจะไปทำงานนอกบ้านทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่บ้านคนเดียวหรืออยู่กับคู่สมรสที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกันในช่วงเวลากลางวันซึ่งผู้สูงอายุจะต้องดูแลกันเอง บางรายอาจมีการพึ่งพาญาติพี่น้องที่พักอาศัยอยู่บริเวณใกล้เคียงกัน รวมถึงการพึ่งพาเพื่อนบ้านที่ยังพบเห็นได้บ้างในเขตชุมชนเมือง พื้นที่ดังกล่าวอยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 35 มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 4,852 ราย จากการสำรวจพบว่าผู้สูงอายุที่เคยหกล้ม 155 ราย ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมุ่งสนใจผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีประสบการณ์การหกล้ม และมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก ไม่ได้ยึดเกณฑ์พื้นที่เป็นประเด็นหลัก ซึ่งชุมชนที่ผู้วิจัยเข้าไปทำการเก็บรวบรวมข้อมูลมีจำนวนทั้งสิ้น 8 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนลำสาละ ชุมชนบ่อปลา ชุมชนริมคลองกะจะ ชุมชนไขศรีปราโมช ชุมชนวัดกลาง ชุมชนร่วมกันสร้าง ชุมชนเทพทิว และชุมชนแท่งคันทน์

### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย ตัวผู้วิจัย แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ (Interview guideline) เป็นลักษณะคำถามแบบปลายเปิด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่นำไปสู่ประเด็นที่เป็นความสนใจของผู้สัมภาษณ์ (Patton, 2002) ร่วมกับการใช้อุปกรณ์ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง และแบบบันทึกต่างๆ ทั้งนี้รายละเอียดของเครื่องมือในการวิจัยมีดังนี้

1. ตัวผู้วิจัย : การวิจัยในแนวปรากฏการณ์วิทยา ตัวผู้วิจัยถือว่าเป็นเครื่องมือวิจัยที่สำคัญ (Researcher as instrument) (Streubert and Carpenter, 2003) โดยผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมในการดำเนินการวิจัยก่อนทำการวิจัย คือ ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล (QUALITATIVE RESEARCH IN NURSING) รหัสวิชา 3600626 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รวมทั้งการฝึกปฏิบัติการทำโครงการวิจัยนำร่อง ทำการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวปรากฏการณ์วิทยา นอกจากนี้ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ศึกษาในประเด็นต่างๆ เพื่อเตรียมตัวผู้วิจัยให้มีความไวเชิงทฤษฎีในเนื้อหาสาระและประเด็นที่ศึกษา ไม่เกิดการสับสนหรือหลงประเด็นเมื่อเข้าสู่สนามการ

วิจัย ผู้วิจัยทำการวางแผนการวิจัย โดยขอคำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาตลอดกระบวนการวิจัย และผู้วิจัยตรวจสอบตนเองร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาโดยเฉพาะขั้นตอนการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

นอกจากนี้เนื่องจากผู้วิจัยเป็นนิสิตสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ และมีความสนใจในประเด็นการหกล้ม ผู้วิจัยได้ทำการประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม เช่น การทรงตัว การเคลื่อนไหว ท่าทางการเดิน และประเมินความเสี่ยงของบ้านและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการหกล้ม เพื่อเป็นการให้ความรู้และสร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งเป็นบทบาทโดยตรงที่ผู้วิจัยสามารถให้การช่วยเหลือผู้ให้ข้อมูลหลักได้หลังการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เครื่องบันทึกเสียง : เป็นอุปกรณ์ที่ผู้วิจัยใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลขณะทำการสัมภาษณ์ทุกครั้งโดยผู้วิจัยจัดเตรียมให้มีความพร้อมในการใช้งาน

3. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล : ใช้สำหรับบันทึก ชื่อ-สกุล เพศ อายุ หมายเลขผู้ให้ข้อมูลหลัก รวมทั้งที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ ประวัติการเจ็บป่วย และการบรรยายลักษณะต่างๆของผู้ให้ข้อมูลหลัก

4. แบบบันทึกภาคสนาม : เพื่อบันทึกหมายเลขผู้ให้ข้อมูลหลัก บันทึกรายละเอียดเบื้องต้นของการสัมภาษณ์ คือ ครั้งที่ วันที่ เวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ บรรยากาศตลอดการสัมภาษณ์ รวมทั้งปัญหาที่พบและการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าของผู้วิจัย

5. แบบบันทึกการถอดความการสัมภาษณ์ : เพื่อบันทึกการถอดความการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim transcriptions)

6. แนวทางการสัมภาษณ์ (Interview guideline) ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ซึ่งใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 45-60 นาที โดยผู้วิจัยสร้างแนวคำถามโดยกำหนดวัตถุประสงค์ของข้อคำถามตามปัญหาการวิจัยและเขียนแนวคำถามเป็นลักษณะคำถามปลายเปิดในประเด็นต่างๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและครอบคลุมตรงประเด็นที่ต้องการ ซึ่งจะช่วยให้ได้เนื้อหาที่ครอบคลุมและตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยมีแนวคำถามดังนี้

6.1 ขั้นเริ่มการสนทนา ผู้วิจัยกล่าวคำทักทาย พูดคุย ชักถามในเรื่องทั่ว ๆ ไปเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ความคุ้นเคย บรรยากาศที่ดีในการสัมภาษณ์ อธิบายขั้นตอนการสัมภาษณ์ การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลหลักอย่างละเอียด รวมทั้งบอกให้ทราบถึงระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ประมาณ 45-60 นาที โดยมีแนวคำถามดังต่อไปนี้

- 1) สมาชิกในครอบครัวมีทั้งหมดกี่คน
- 2) สุขภาพโดยรวมของท่านเป็นอย่างไร

- 3) ท่านมีโรคประจำตัวอะไรบ้าง
- 4) ท่านต้องรับประทานยาประจำหรือไม่ .... อะไรบ้าง...

6.2 ขั้นเข้าสู่ประเด็นการสัมภาษณ์ ประกอบด้วยคำถามหลักที่นำเข้าสู่ประเด็นที่ต้องการศึกษา ซึ่งมีแนวคำถามดังนี้

- 1) อยากให้ท่านช่วยเล่าถึงเหตุการณ์ในขณะหกล้ม...
- 2) ท่านหกล้มกี่ครั้งในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา
- 3) มีการบาดเจ็บหรือไม่...
- 4) รักษาที่ไหน... อย่างไร...

ซึ่งผู้วิจัยจะมีการปรับหรือสร้างคำถามเพิ่มเติมตามเรื่องราวที่เกิดขึ้นขณะสัมภาษณ์ โดยอาศัยเทคนิคการทวนความ การสะท้อนความคิด การบอกเล่าเพิ่มเติม จากนั้นจะใช้คำถามแนวเจาะลึกเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ถ่ายทอดถึงประสบการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างลึกซึ้งและชัดเจน ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยมีแนวคำถามดังนี้

- 1) ภายหลังหกล้มการดำเนินชีวิตของท่านเป็นอย่างไรบ้าง...
- 2) ท่านมีความกลัวต่อการหกล้มหรือไม่...
- 3) ท่านมีความกลัวต่อการหกล้มมากน้อยเพียงใด (ตั้งแต่ 0-10 คะแนน)
- 4) อยากให้ท่านลองเล่าถึงความรู้สึกภายหลังการหกล้ม...
- 5) ท่านทำอย่างไรเพื่อช่วยลดความรู้สึกกลัวดังกล่าว...

6.3 ขั้นปิดการสนทนา เมื่อเห็นว่าได้เวลาที่เหมาะสมตามที่ได้ตกลงกันไว้ผู้วิจัยจะค่อยๆ เปลี่ยนเรื่องสนทนาเป็นเรื่องทั่วไปเพื่อปรับอารมณ์และความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลหลักให้ผ่อนคลาย สอบถามถึงข้อมูลให้ผู้ให้ข้อมูลหลักต้องยังไม่ได้ออกหรือต้องการบอกเล่าเพิ่มเติม หรือสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลหลักต้องการซักถามผู้วิจัย โดยมีแนวคำถามดังนี้

- 1) มีอะไรที่ท่านยังไม่ได้เล่าหรืออยากเล่าเพิ่มเติม...
- 2) ท่านมีอะไรที่อยากซักถามหรือไม่...

จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลหลักในการเสียสละเวลาและการให้ความร่วมมือในการตอบข้อซักถาม แสดงความคิดเห็น บอกเล่าความรู้สึก ผลกระทบ การดำเนินชีวิตและการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นจริงจากประสบการณ์การหกล้ม และขออนุญาตในการกลับมาหาผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจากการตีความของผู้วิจัย ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยกลับมาสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักซ้ำจำนวน 3 รายเนื่องจากข้อมูลที่ไต่ยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์



#### 4. การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัยกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด และตามความยินยอมโดยสมัครใจของผู้ให้ข้อมูลหลัก หลังจากนั้นผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียด บอกให้ทราบเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องที่จะสัมภาษณ์ กระบวนการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การขออนุญาตบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ จำนวนครั้งและระยะเวลาที่สัมภาษณ์แต่ละครั้ง การขอตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล การรักษาความลับด้วยการทำลายเทปเมื่อสิ้นสุดการทำวิจัย ทำการปกปิดชื่อ-สกุลโดยแจ้งให้ทราบถึงการใช้รหัสเฉพาะแทนการใช้ชื่อ-สกุลจริง การนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ไปอภิปรายเผยแพร่ลักษณะข้อมูลโดยภาพรวม และนำเสนอในเชิงวิชาการเท่านั้น ขณะสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักสามารถที่จะปฏิเสธการตอบคำถามใดๆ ที่รู้สึกไม่สะดวกใจ หรือบอกยุติการให้ความร่วมมือในการวิจัยได้ตลอดเวลา และระหว่างการสัมภาษณ์หากผู้ให้ข้อมูลหลักเกิดปัญหาหรือมีการเจ็บป่วย ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ จะรับฟังปัญหา ให้คำแนะนำ ให้การช่วยเหลือเบื้องต้น ผู้วิจัยอธิบายข้อมูลและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ให้เวลาในการคิดทบทวนก่อนตัดสินใจให้คำตอบด้วยความสมัครใจ มีการลงนามยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยจะทำการเก็บใบยินยอมและข้อมูลต่างๆ ไว้อย่างปลอดภัย

ภายหลังการสัมภาษณ์ผู้วิจัยพบว่าผู้ให้ข้อมูลหลักมีปัญหาที่ต้องได้รับการติดตามช่วยเหลือทั้งหมด 5 ราย โดยมีรายละเอียดดังนี้

รายที่ 1 มีปัญหากล้ามเนื้อขาอ่อนแรง ลีบ เนื่องจากมีความกลัวการหกล้มทำให้ไม่กล้าที่จะยืน/เดินมาเป็นเวลานาน ต้องได้รับการทำกายภาพบำบัดเพื่อช่วยฟื้นฟูสภาพ

รายที่ 3 พบปัญหาในเรื่องของการรับประทานยาที่ไม่ถูกต้อง มีการซื้อยามารับประทานเอง นำยาหลายชนิดมารวมไว้ในซองเดียวกัน และหยุดยาขับปัสสาวะเองเพราะคิดว่าตนเองไม่มีปัญหาเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะ ผู้วิจัยได้ชี้แจงถึงเหตุผลของการรับประทานยาตามแผนการรักษา อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการหยิบบิดหรือรับประทานยาซ้ำซ้อน ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการจัดยาใส่ซองใหม่ให้ถูกต้องตรงกับชื่อยาน้ำซองและขอให้บุตรสาวช่วยดูเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลหลักรับประทานยา

รายที่ 4 และ 5 มีปัญหาไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ เกิดอาการวูบบ่อยครั้ง ซึ่งผู้วิจัยได้แนะนำเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร การสังเกตอาการผิดปกติและการช่วยเหลือตนเองเบื้องต้น รวมถึงการระมัดระวังอุบัติเหตุ

ส่วนรายชื่อ 8 มีปัญหาทางเศรษฐกิจ เนื่องจากต้องทำการฟอกไต 2 ครั้ง/สัปดาห์ มีค่าใช้จ่ายประมาณ 1,200 - 1,500 บาท/ครั้ง จึงไม่ได้ไปฟอกไตตามกำหนดทุกครั้ง ทำให้ผู้ให้ข้อมูลหลักได้รับการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง ซึ่งผู้วิจัยได้ประสานงานกับหัวหน้าพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุข 35 ในการส่งต่อและติดตามช่วยเหลือต่อไป

## 5. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจากผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร และผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 35 หัวหมาก

2. เมื่อได้รับการอนุญาต ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุข 35 เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย วิธีการศึกษา และขออนุญาตศึกษาข้อมูลของผู้สูงอายุที่เคยหกล้มจากการสำรวจตามโครงการวิจัย “การศึกษาไปข้างหน้าของการหกล้มในผู้สูงอายุที่พำนักในชุมชน” และขอความอนุเคราะห์ในการลงพื้นที่กับพนักงานสุขภาพชุมชน เพื่อเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีคุณสมบัติตรงตามที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา โดยผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

3. หลังจากที่ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด และผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งหมดมีความยินดีในการให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยได้ทำการติดต่อบริษัทผู้ให้ข้อมูลหลักโดยขอสัมภาษณ์พูดคุยในสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลหลักมีความสะดวก เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงทำการอธิบายซ้ำในเรื่องของการพิทักษ์สิทธิ และให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยการลงนามยินยอมหรือการให้ความยินยอมโดยใช้อวาจา

4. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการ ดังนี้คือ

4.1 การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interviews) โดยมีแนวทางการสัมภาษณ์ (Interview guideline) เกี่ยวกับประสบการณ์การหกล้มของผู้สูงอายุ (ดังแสดงในภาคผนวก) ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้คือ

1) ผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมและคัดเลือกประเด็นคำถามทั่ว ๆ ไปเกี่ยวกับประสบการณ์การหกล้มของผู้สูงอายุ แล้วจำแนกเป็นหัวข้อกว้างๆ เป็นคำถามปลายเปิดอย่างไม่มีข้อกำหนดจำนวนคำถามหรือลำดับคำถามอย่างตายตัว ส่วนคำถามในการสัมภาษณ์จริงจะมีความยืดหยุ่นเพื่อเชื้อให้ผู้ให้ข้อมูลหลัก สามารถแสดงออกถึงการรับรู้ของตนเองได้อย่างอิสระ แล้วนำแนวทางการสัมภาษณ์ดังกล่าวให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาแนวทางการสัมภาษณ์

2) ภายหลังจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละราย ผู้วิจัยทำการถอดความเป็นคำต่อคำ (verbatim) ออกเป็นบทสนทนาที่เป็นตัวอักษร (transcript) ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล โดยเปรียบเทียบจากการฟังเทปบันทึกเสียงซ้ำ ภายหลังจากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยพบว่า มีข้อความบางข้อที่ยังไม่ชัดเจน ผู้วิจัยได้ทำการปรับข้อความให้เหมาะสมและเพิ่มข้อความที่ยังไม่ครบถ้วน รวมทั้งการเพิ่มเติมข้อความเจาะลึก เพื่อต้องการข้อมูลจากเรื่องนั้นมากขึ้นหรือไม่แน่ใจคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจดข้อความหรือประเด็นที่ไม่เข้าใจบางประการไว้ แล้วกลับไปถามผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดความกระจ่าง (clarifying)

4.2 การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม โดยสังเกตลักษณะสีหน้า ท่าทาง อารมณ์ การแสดงออกของผู้ให้ข้อมูลหลักและสิ่งแวดล้อมขณะสัมภาษณ์

4.3 การบันทึกภาคสนาม (field note) โดยบันทึกเกี่ยวกับความคิดเห็น ความรู้สึก ปัญหา การแก้ไขและผลการแก้ไข ที่เกิดกับผู้วิจัยขณะเก็บรวบรวมข้อมูล บันทึกเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในขณะสัมภาษณ์ ได้แก่ ใคร ทำอะไรที่ไหน เมื่อไหร่ อย่างไร ตลอดจนพฤติกรรมและการแสดงออกของผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้วิจัยใช้ทั้งวิธีการจดบันทึกและการบันทึกเทปเพื่อได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน

5. ขั้นตอนการสัมภาษณ์ แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ การเตรียมตัวก่อนสัมภาษณ์ ขณะดำเนินการสัมภาษณ์ และภายหลังจากการสัมภาษณ์ โดยมีรายละเอียดดังนี้คือ

#### 5.1 การเตรียมตัวก่อนสัมภาษณ์ ผู้วิจัยปฏิบัติดังนี้คือ

1) ทำการติดต่อด่วน เวลา สถานที่สัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลหลักซึ่งการนัดหมายแต่ละครั้งผู้วิจัยคำนึงถึงความสงบ ความเป็นส่วนตัว ความพึงพอใจของผู้ให้ข้อมูลหลัก และความปลอดภัยของตัวผู้วิจัยเอง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ที่บ้านของผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งหมด 10 ราย สถานที่ในการสัมภาษณ์ส่วนใหญ่จะเป็นภายในบ้าน มีผู้ให้ข้อมูลหลัก 2 รายที่ใช้พื้นที่ส่วนนั้งเล่นนอกบ้าน โดยในระหว่างการสัมภาษณ์มีเพียง 1 รายที่มีบุตรสาวอยู่ด้วยระหว่างการสัมภาษณ์

2) เยี่ยมบ้านผู้ให้ข้อมูลหลักตามวัน เวลาที่ได้ทำการนัดหมายเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักเกิดความคุ้นเคย รู้สึกถึงความเป็นมิตรและเกิดความไว้วางใจในตัวผู้วิจัย ภายหลังจากแนะนำตัวผู้วิจัยจะทำการตรวจร่างกายเบื้องต้น วัดความดันโลหิต โดยทำเพื่อประเมินความผิดปกติของร่างกายและเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักเกิดความคุ้นเคย รู้สึกถึงความเป็นมิตรว่าผู้วิจัยมิได้มาเอาประโยชน์จากผู้ให้ข้อมูลหลักฝ่ายเดียวแต่เป็นลักษณะที่ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน

3) ผู้วิจัยได้แนะนำตัวและอธิบายจุดมุ่งหมายของการวิจัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์

ประสงค์ อธิบายเหตุผล ที่ผู้ให้ข้อมูลหลักได้รับเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง อธิบายรายละเอียดการวิจัย วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การขออนุญาตบันทึกเทป ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์และการรักษาความลับของผู้วิจัย เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักเกิดความเข้าใจอย่างชัดเจน

4) เมื่อผู้วิจัยประเมินได้ว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักมีความไว้วางใจและพร้อมที่จะให้ข้อมูลเชิงลึก ผู้วิจัยจึงจะเริ่มสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

## 5.2 การดำเนินการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยปฏิบัติดังนี้

1) ผู้วิจัยเริ่มการสนทนาด้วยเรื่องทั่วไปเพื่อให้เกิดบรรยากาศของความ เป็นกันเอง และไม่เกิดความตึงเครียดในการสนทนา โดยผู้วิจัยพูดคุยเกี่ยวกับสภาพที่อยู่อาศัย สุขภาพโดยทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลและของบุคคลในครอบครัว ไม่เร่งรัด ไม่วิพากษ์วิจารณ์ ไม่แสดงความคิดเห็นใดๆหรือแสดงอารมณ์ต่อข้อมูลที่ได้รับ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องแม่นยำและผู้ให้ข้อมูลหลักจะได้แสดงความรู้สึกของตนเองได้อย่างเต็มที่

2) สังเกตสีหน้า ท่าทางของผู้ให้ข้อมูลหลัก ถ้ามีการแสดงอารมณ์ร่วม ขณะตอบคำถามเช่น ร้องไห้ เศร้าโศก เสียใจ ผู้วิจัยจะยุติการสัมภาษณ์ชั่วคราวและเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลหลักได้ระบายหรือแสดงออกถึงความรู้สึกอย่างเต็มที่ โดยรับฟังอย่างตั้งใจแสดง ความเห็นใจ และนั่งเป็นเพื่อน หลังจากผู้ให้ข้อมูลหลักได้ระบายความรู้สึกแล้ว ผู้วิจัยจะถามความ พร้อมของผู้ให้ข้อมูลหลักที่จะสนทนากับผู้วิจัยต่อหรือไม่ ซึ่งในการสัมภาษณ์ครั้งนี้ มีผู้ให้ข้อมูลหลักแสดงอารมณ์ เช่น เสียใจ น้อยใจกับคำพูดและพฤติกรรมแสดงออกของบุคคลใน ครอบครัว จำนวน 2 ราย ผู้วิจัยจึงหยุดการสัมภาษณ์ชั่วคราว รับฟังปัญหาด้วยท่าทีที่สงบ ปลอดภัยและให้กำลังใจ จนผู้ให้ข้อมูลหลักอารมณ์ผ่อนคลายก็สามารถดำเนินการสัมภาษณ์ ต่อไปได้

3) ในขณะที่สัมภาษณ์แต่ละครั้ง ผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อ บันทึกการสัมภาษณ์โดยใช้เทปบันทึกเสียงร่วมกับการจดบันทึก และปิดการสัมภาษณ์ตามเวลาที่ ได้ชี้แจงแก่ผู้ให้ข้อมูลหลักไว้ โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งประมาณ 60-90 นาที

## 5.3 ภายหลังเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยปฏิบัติดังนี้

1) ผู้วิจัยปิดการสัมภาษณ์ เมื่อครบตามกำหนดเวลาที่ได้ชี้แจงแก่ผู้ให้ ข้อมูลหลัก หรือเมื่อสังเกตเห็นพฤติกรรมที่แสดงถึงความไม่พร้อมให้สัมภาษณ์ต่อไป เช่น แสดง อាកาโรเห็น้อยหรือไม่สบาย กระสับกระส่าย ผู้วิจัยยุติการสัมภาษณ์และให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ให้ ข้อมูลหลัก ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่สามารถให้สัมภาษณ์จนครบเวลาที่ กำหนดไว้

2) ผู้วิจัยได้กล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลหลักที่ได้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่



ผู้วิจัยและอธิบายถึงการบันทึกเทปในการสัมภาษณ์ครั้งนี้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับและจะทำการลบข้อมูลในส่วนที่เป็นเทปเมื่อการศึกษาวิจัยสิ้นสุดลง ภายใน 1 เดือน ผู้วิจัยได้นัดผู้ให้ข้อมูลหลักในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป โดยผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ 1 ครั้งจำนวน 7 ราย และอีก 3 รายทำการสัมภาษณ์ 2 ครั้ง ใช้เวลาในการสัมภาษณ์อยู่ระหว่าง 60-90 นาที นอกจากนี้ผู้วิจัยได้มอบของที่ระลึกเป็นกล่องสำหรับบรรจยา สำหรับผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 10 ราย

3) ภายหลังจากสัมภาษณ์ยุติลง มีการซักถามในเรื่องที่ผู้ให้ข้อมูลหลักสนใจหรือมีปัญหาต้องการได้รับความช่วยเหลือ เช่น อาการเจ็บป่วย การปฏิบัติตนของผู้ป่วยเบาหวาน ปัญหาในการรับประทานยาของผู้สูงอายุ การทำกายภาพบำบัด ผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำและช่วยเหลือเบื้องต้น แล้วส่งต่อให้เจ้าหน้าที่ของศูนย์บริการสาธารณสุข 35 ช่วยติดตามต่อไป

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีวิจัยจนข้อมูลเกิดการอิ่มตัว คือข้อมูลเริ่มซ้ำๆ กัน ไม่มีประเด็นใหม่เกิดขึ้น ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมจำนวนผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งสิ้น 10 ราย ตลอดระยะเวลาที่อยู่ในสนามการวิจัย คือช่วงเดือนมีนาคม – มิถุนายน 2553 ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 12 ราย แต่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักที่ผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกทั้งสิ้น 10 ราย เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลหลัก 1 รายเสียชีวิตก่อนวันนัดสัมภาษณ์และอีก 1 รายย้ายไปอยู่ต่างจังหวัด

สำหรับสถานที่ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 10 ราย ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ภายในบริเวณบ้านของผู้ให้ข้อมูลหลัก เนื่องจากผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้เลือกสถานที่ในการสัมภาษณ์โดยคำนึงถึงความสะดวก และความพึงพอใจของผู้ให้ข้อมูลเป็นหลัก นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 10 รายมีความกลัวการหกล้มทำให้ไม่กล้าออกนอกบ้าน ดังนั้นบ้านจึงเป็นสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลหลักคุ้นเคยและรู้สึกปลอดภัยมากกว่า

ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษานี้ มีลักษณะดังนี้ เป็นเพศหญิง 9 ราย เพศชาย 1 ราย มีอายุระหว่าง 62-83 ปี (อายุเฉลี่ย 72.5 ปี) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีเพียง 3 รายนับถือศาสนาอิสลาม สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นหม้าย ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ประวัติโรคประจำตัวผู้ให้ข้อมูลหลักจะมีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 2 โรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน มีเพียง 1 รายที่ปฏิเสธโรคประจำตัว โดยจำแนกในแต่ละรายดังแสดงในตารางที่ 3.1 ซึ่งผู้วิจัยใช้รหัส ID แทนการระบุชื่อในการอ้างอิงถึงผู้ให้ข้อมูลหลัก



ตารางที่ 3.1 ข้อมูลโดยทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลักจำแนกแต่ละราย

Case ID	เพศ	อายุ (ปี)	ศาสนา	สถานภาพ สมรส	ระดับการศึกษา	โรคประจำตัว	จำนวนครั้งของ การหกล้มใน รอบ 6 เดือน
1	หญิง	68	อิสลาม	หม้าย	ประถมศึกษา 4	กระเพาะอาหาร กระดูกสันหลังเคลื่อน	3
2	หญิง	73	พุทธ	หม้าย	ไม่ได้รับการศึกษา	โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภูมิแพ้	2
3	หญิง	78	อิสลาม	หม้าย	ประถมศึกษา 4	โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง	4
4	หญิง	81	พุทธ	คู่	มัธยมศึกษา 6	โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง กระดูก พรุน	4
5	หญิง	72	พุทธ	หม้าย	ไม่ได้รับการศึกษา	โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันใน เลือดสูง	2
6	หญิง	70	พุทธ	คู่	ประถมศึกษา 4	โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจโต	2
7	หญิง	70	พุทธ	หม้าย	ประถมศึกษา 4	-	1
8	หญิง	62	พุทธ	แยกกันอยู่	ประถมศึกษา 4	โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไต	2
9	ชาย	83	พุทธ	หม้าย	ประถมศึกษา 4	โรคความดันโลหิตสูง เส้นเลือดในสมองตีบ	4
10	หญิง	68	อิสลาม	คู่	ประถมศึกษา 4	ไชมันในเลือดสูง	2

ตารางที่ 3.2 แสดงคะแนนระดับความเชื่อมั่นในการทำกิจกรรม 10 อย่าง โดยไม่หกล้มของผู้ให้ข้อมูลหลักจำแนกแต่ละราย

กิจกรรม	คะแนน										คะแนนเฉลี่ย
	ID	ID	ID	ID	ID	ID	ID	ID	ID	ID	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
อาบน้ำ	6	10	10	9	10	10	9	9	9	9	9.1
เช็ดมเหยิบของในตู้ติดผนัง / ชั้นวางของ	10	5	6	9	10	10	8	9	8	8	8.3
เดินรอบบ้าน	8	5	10	10	9	10	9	10	9	9	8.9
เตรียมอาหารง่ายๆ (ไม่รวมยกของหนักหรือของร้อน)	7	8	6	8	9	10	7	9	10	8	8.2
ลงนอน / ลุกขึ้นจากเตียง	7	8	10	8	10	2	7	6	6	5	6.9
เดินไปเปิดประตู หรือ รับโทรศัพท์	6	8	10	8	10	2	7	6	6	7	7.0
นั่ง / ลุกขึ้นจากเก้าอี้	7	8	10	8	10	10	8	6	6	7	8.0
สวมใส่ / ถอดเสื้อผ้า	6	8	6	3	8	10	6	6	6	5	6.4
ทำกิจวัตรส่วนตัว (เช่น ล้างหน้า)	7	8	6	3	10	10	7	3	6	5	6.5
ใช้ห้องสุขา	7	8	6	9	10	10	7	9	9	9	8.4
<b>คะแนนรวม</b>	<b>71</b>	<b>76</b>	<b>80</b>	<b>75</b>	<b>96</b>	<b>84</b>	<b>75</b>	<b>73</b>	<b>75</b>	<b>72</b>	<b>77.7</b>

\*\*ในแต่ละข้อจะมีคะแนน 1-10 โดยที่ 1 หมายถึง มีความมั่นใจเต็มที่  
10 หมายถึง ไม่มีความมั่นใจ

\*\*\* คะแนนรวม >70 คะแนนแสดงให้เห็นว่าบุคคลนั้นมีความกลัวการหกล้ม

จากตารางที่ 3.2 แสดงถึงการประเมินโดยใช้ Falls Efficacy Scale as a Measure of Fear of Falling ของ Tinetti, Richman and Powell (1990) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ใช้วัดระดับความเชื่อมั่นในการทำกิจกรรม 10 อย่างโดยไม่มีอาการหกล้ม พบว่าผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 10 รายมีความกลัวการหกล้มโดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 77.7 คะแนน เมื่อจำแนกตามกิจกรรมจะเห็นได้ว่ากิจกรรมที่ผู้ให้ข้อมูลหลักไม่มีความมั่นใจในการทำกิจกรรมโดยไม่เกิดการหกล้ม 3 อันดับแรก คือ อาบน้ำ (คะแนนเฉลี่ย 9.1 คะแนน) เดินรอบบ้าน (คะแนนเฉลี่ย 8.9 คะแนน) และการใช้ห้องสุขา (คะแนนเฉลี่ย 8.4 คะแนน)

ส่วนระดับความรุนแรงของความกลัวการหกล้ม ซึ่งมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-10 คะแนน พบว่าผู้ให้ข้อมูลหลักมีระดับความรุนแรงของความกลัวมากที่สุด คือ 8 คะแนน จำนวน 4 ราย รองลงมา 7 คะแนน จำนวน 2 ราย และ 5 คะแนน จำนวน 4 ราย

ทั้งนี้เพื่อให้เห็นภาพรายละเอียดของการหกล้มของผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 10 รายจึงขอเสนอรายละเอียดของเหตุการณ์และผลของการหกล้มของผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละรายดังนี้

**รายที่ 1 :** ครั้งที่ 1 ประมาณเดือน มกราคม 2552 เวลา 06.00 น. ผู้สูงอายุตื่นนอนตอนเช้า ขณะกำลังลุกจากที่นอน มีอาการมึนงง เวียนศีรษะ จึงล้มลงไปบนที่นอน ภายหลังหกล้มไม่มีอาการบาดเจ็บ

ครั้งที่ 2 เดือนกุมภาพันธ์ 2552 ช่วงกลางวันเหตุเกิดที่บ้านของหลานสาว ขณะที่ผู้สูงอายุกำลังลุกขึ้นยืน เกิดเสียหลัก มีอาการเซ จึงล้มลงกระแทกกับเส้า ภายหลังหกล้มมีอาการบาดเจ็บเล็กน้อย คือมีรอยฟกช้ำและเจ็บบริเวณแขนซ้าย

ครั้งที่ 3 กลางเดือนมิถุนายน 2552 ขณะที่ผู้สูงอายุเดินไปซื้อของที่ร้านค้าริมคลอง ผู้สูงอายุเล่าว่ารู้สึกตัวตนเองสะดุดแต่ไม่แน่ใจว่าสะดุดอะไร ทำให้ล้มลงหน้าคว่ำไปกับพื้น ภายหลังหกล้มมีอาการเจ็บที่ไหล่ทั้ง 2 ข้าง และมีรอยช้ำที่หัวเข่า

**รายที่ 2 :** ครั้งที่ 1 วันที่ 20 มิถุนายน 2552 ขณะกำลังลุกขึ้นยืนในบ้าน พื้นบ้านซึ่งเปียกน้ำจากบุตรกำลังถูบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุลื่น ล้มลง สะโพกกระแทกพื้น ภายหลังหกล้มมีอาการเจ็บที่สะโพก

ครั้งที่ 2 วันที่ 24 พฤศจิกายน 2552 ขณะที่ผู้สูงอายุกำลังจะเดินไปตากปลานอกบ้าน หัวแม่เท้าสะดุดพื้นต่างระดับเนื่องจากยกเท้าไม่พินพินบริเวณถนนหน้าบ้าน ทำให้ล้มหงายหลังลง ภายหลังหกล้มไม่มีอาการบาดเจ็บ

**รายที่ 3 :** ครั้งที่ 1 ประมาณเดือนเมษายน 2552 บริเวณสวนข้างบ้าน ช่วงกลางวันผู้สูงอายุไปตัดกิ่งต้นตะขบ พอดีแล้วกิ่งตะขบหล่นลงมาใส่จึงล้มก้นกระแทกกับพื้นอย่างแรง ภายหลังหกล้มมีอาการเจ็บที่ก้นกบ ผลเอ็กซเรย์พบว่ามีการกระดูกก้นกบงอแต่ไม่หัก

ครั้งที่ 2 ประมาณกลางเดือนเมษายน 2552 เวลาประมาณ 16.00 น. ผู้สูงอายุหกล้มในห้องน้ำเนื่องจากพื้นห้องน้ำเปียก ทำให้ลื่นล้ม บริเวณชายโครงด้านขวากระแทกโองน้ำ ภายหลังหกล้มมีอาการบาดเจ็บเป็นรอยช้ำที่ชายโครงขวา

ครั้งที่ 3 ประมาณเดือนกรกฎาคม 2552 เวลาประมาณ 16.00-17.00 น. ขณะเดินอยู่บริเวณหน้าบ้าน เนื่องจากมีพื้นที่ไม่เสมอกัน ผู้สูงอายุยกขาก้าวไม่พ้น จึงสะดุดหกล้ม หน้าอกกระแทกกับเก้าอี้ ภายหลังหกล้มไม่มีอาการบาดเจ็บ

ครั้งที่ 4 ประมาณเดือนธันวาคม 2552 เวลาประมาณ 15.00 น. ขณะกำลังทำกับข้าวสำหรับมื้อเย็นอยู่ในครัว ผู้สูงอายุรู้สึก أنهاไม่มีแรงจึงทรุดตัวลงก้นกระแทกกับพื้น บริเวณแก้มข้างซ้ายกระแทกกับตู้เย็น ภายหลังหกล้มมีอาการบาดเจ็บเป็นรอยช้ำที่แก้มซ้าย

**รายชื่อ 4 :** ครั้งที่ 1 ขณะกำลังเดินอยู่บนบ้าน ผู้สูงอายุรู้สึกมีอาการวูบจึงล้มลงกับพื้นบ้านภายหลังหกล้มไม่มีอาการบาดเจ็บ

ครั้งที่ 2 เดือนมีนาคม 2552 ช่วงเช้าผู้สูงอายุเดินสะดุดเชือกผูกสุนัข ล้มลงคุกเข่ากับพื้นบ้านที่เป็นปูน ภายหลังหกล้มมีอาการบาดเจ็บเป็นรอยช้ำที่หัวเข่า 2 ข้าง

ครั้งที่ 3 เดือนสิงหาคม 2552 ช่วงเช้าผู้สูงอายุเดินสะดุดเชือกผูกสุนัข ล้มลงคุกเข่ากับพื้นบ้านที่เป็นปูน ภายหลังหกล้มมีอาการบาดเจ็บเป็นรอยช้ำที่หัวเข่า 2 ข้าง

ครั้งที่ 4 เดือนตุลาคม 2552 ประมาณ 09.00 น. ขณะกวาดลานหน้าบ้าน ฝนตกทำให้พื้นเปียก ผู้สูงอายุจึงลื่นล้มคุกเข่าลงกับพื้นปูน ภายหลังหกล้มมีอาการบาดเจ็บเป็นแผลถลอกที่หัวเข่าซ้าย

**รายชื่อ 5 :** ครั้งที่ 1 ประมาณเดือนพฤษภาคม 2552 ช่วงกลางวัน ขณะที่ผู้สูงอายุกำลังลุกขึ้นยืนบริเวณหน้าบ้าน รู้สึกว่าขาไม่มีแรง ทรงตัวไม่อยู่ จึงล้มลงก้นกระแทกกับพื้นปูนซีเมนต์ ภายหลังหกล้มไม่มีอาการบาดเจ็บ

ครั้งที่ 2 ผู้สูงอายุเดินออกมาจากห้องน้ำ มีอาการเซ ทรงตัวไม่อยู่ จึงล้มลงก้นกระแทกกับพื้นในบ้าน ภายหลังหกล้มไม่มีอาการบาดเจ็บ

ครั้งที่ 3 หลังดูละครจบแล้ว ผู้สูงอายุจึงลุกขึ้นเพื่อไปปิดโทรทัศน์และจะเดินไปเข้านอน รู้สึกว่าขาอ่อนแรง ทรงตัวไม่อยู่ ฝืนตัวเองไม่ได้แล้ว จึงทรุดตัวลงก้นกระแทกกับพื้นบ้าน ภายหลังหกล้มไม่มีอาการบาดเจ็บ

**รายชื่อ 6 :** ครั้งที่ 1 ประมาณต้นๆ ปี 2552 ช่วงตอนเย็น ผู้สูงอายุเดินไปเก็บผ้าที่หลังบ้าน รู้สึกว่าขาไม่มีแรง จึงทรุดตัวลงไปกับพื้น แต่ไม่มีอาการเวียนศีรษะหรือหน้ามืด ภายหลังหกล้มมีอาการบาดเจ็บเป็นรอยช้ำที่ก้น

ครั้งที่ 2 ประมาณปลายๆ ปี 2552 ช่วงเวลากลางวัน ผู้สูงอายุลุกจากเก้าอี้เพื่อเดินไปเปิดไฟที่หน้าบ้าน รู้สึกว่าขาไม่มีแรง จึงทรุดตัวลงกับพื้น ภายหลังหกล้มมีอาการบาดเจ็บเป็นรอยช้ำที่หัวเข่า 2 ข้าง

**รายที่ 7 :** ครั้งที่ 1 ประมาณเดือนกรกฎาคม 2552 ผู้สูงอายุคลุกข้าวเพื่อจะนำไปเลี้ยงสุนัขที่บริเวณหลังบ้าน เดินสะดุดพื้นต่างระดับทำให้หกล้ม ตกเข่าลงกับพื้นปูน ภายหลังหกล้มไม่มีอาการบาดเจ็บ

**รายที่ 8 :** ครั้งที่ 1 ประมาณเดือนพฤษภาคม 2552 ช่วงบ่ายขณะนั่งรับประทานอาหารบริเวณหน้าโทรทัศน์ ผู้สูงอายุบอกว่ารู้สึกมีอาการวูบ จึงล้มหน้าคว่ำลงกับพื้นไม่ทราบเวลาที่แน่นอน เนื่องจากอยู่คนเดียว ภายหลังรู้สึกตัวผู้สูงอายุสามารถลุกขึ้นได้เอง ภายหลังหกล้มไม่มีอาการบาดเจ็บ

ครั้งที่ 2 ประมาณเดือนพฤษภาคม 2552 ช่วงกลางวันผู้สูงอายุนั่งอยู่บนเตียงนอน มีเสียงโทรศัพท์ดังขึ้น จึงลุกขึ้นเพื่อจะเดินไปรับโทรศัพท์ ขณะลุกขึ้นยืนมีอาการวูบ ล้มลง บริเวณหน้าอกตรงบริเวณที่ใส่สายฟอกเลือดกระแทกกับหัวมุมเตียง ภายหลังหกล้มมีอาการกล้ามเนื้อบริเวณหน้าอกอักเสบ

**รายที่ 9 :** ครั้งที่ 1 เดือนมิถุนายน 2552 ช่วงกลางวัน ขณะที่ผู้สูงอายุกำลังลุกขึ้นยืนเพื่อจะเดินไปห้องน้ำซึ่งอยู่ภายในตัวบ้าน มีอาการขาอ่อนแรงข้างซ้าย จึงทรุดตัวลง ก้นกระแทกกับพื้น ภายหลังหกล้มไม่มีอาการบาดเจ็บ

ครั้งที่ 2 วันที่ 18 กรกฎาคม 2552 ช่วงกลางวัน ภายจากรับประทานอาหารกลางวันแล้ว ผู้สูงอายุลุกขึ้นเดินเพื่อจะไปนั่งเอนหลังที่โซฟา รู้สึกมีอาการขาอ่อนแรงข้างซ้าย จึงทรุดตัวลง ก้นกระแทกกับพื้น ภายหลังหกล้มไม่มีอาการบาดเจ็บ

ครั้งที่ 3 ต้นเดือนพฤศจิกายน 2552 ช่วงบ่าย ขณะที่ผู้สูงอายุกำลังลุกขึ้นยืนเพื่อจะเดินไปห้องน้ำซึ่งอยู่ภายในตัวบ้าน มีอาการขาอ่อนแรงข้างซ้าย จึงทรุดตัวลง ก้นกระแทกกับพื้น ภายหลังหกล้มไม่มีอาการบาดเจ็บ

ครั้งที่ 4 กลางเดือนพฤศจิกายน 2552 ช่วงบ่าย ขณะที่ผู้สูงอายุลุกขึ้นเดินไป-มาในบ้านหลังรับประทานอาหารของว่าง รู้สึกมีอาการอ่อนแรงที่ขาข้างซ้าย จึงทรุดตัวลง ก้นกระแทกกับพื้น ภายหลังหกล้มไม่มีอาการบาดเจ็บ

**รายที่ 10 :** ครั้งที่ 1 ต้นเดือนมกราคม 52 เวลาประมาณ 09.00 น. ผู้สูงอายุเล่าให้ฟังว่าขณะอุ้มแมวเดินลงบันได โดยคิดว่าถึงบันไดขั้นสุดท้ายแล้ว จึงก้าวพลาด ล้มลงหัวเข่ากระแทกกับพื้น ภายหลังหกล้มมีอาการบาดเจ็บเป็นรอยช้ำที่หัวเข่าเล็กน้อย



ครั้งที่ 2 เดือนตุลาคม 2552 เวลาประมาณ 09.00 น. ผู้สูงอายุกำลังล้างพื้นบริเวณทางลาดหลังบ้าน เนื่องจากฝนตกแล้วมีตะไคร่น้ำเกาะ จึงลื่นล้มเอาสะพานโซ่ข้างซ้ายลงกระแทกพื้นปูน ภายหลังมีอาการเจ็บบริเวณสะพานโซ่ข้างเล็กน้อย

## 6. การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) การวิเคราะห์ข้อมูลจะกระทำไปพร้อมๆกับการเก็บรวบรวมข้อมูลและใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยผู้วิจัยมีได้อ้างอิงของผู้ใดเป็นหลักเนื่องจากขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลของทุกท่านมีความคล้ายคลึงกัน คือ การถอดความบทสนทนา การจัดกลุ่มข้อมูล การกำหนดความหมาย การลดทอนข้อมูล รวมทั้งการนำเสนอผลการวิจัยที่ได้้อย่างละเอียด ซึ่งการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เพื่อบรรยายประสบการณ์การล้มตามมุมมองของผู้สูงอายุที่เคยล้มเกี่ยวกับความรู้สึก สาเหตุ ลักษณะ ผลกระทบที่เกิดขึ้น การดำเนินชีวิตและการปรับตัวของผู้สูงอายุที่มีความล้ม การล้ม โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

6.1 หลังจากทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละราย ผู้วิจัยจะนำเทปบันทึกเสียงการสนทนาของผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละรายมาถอดความแบบคำต่อคำ (verbatim) ออกมาเป็นบทสนทนาที่เป็นตัวอักษร (transcript) และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้ง โดยการฟังเทปบันทึกการสนทนาซ้ำร่วมกับการอ่านบทสนทนา และนำข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้มาวิเคราะห์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งมีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพ

6.2 พยายามจับประเด็นคำสนทนาให้เป็นหมวดหมู่ และดึงประโยคหรือข้อความสำคัญๆ ที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกนึกคิด สาเหตุ ลักษณะ ผลกระทบที่เกิดขึ้น การดำเนินชีวิตและการปรับตัวของผู้สูงอายุที่มีความล้ม การล้ม โดยการขีดเส้นใต้ และเขียนแยกข้อความสำคัญนั้นไว้

6.3 นำข้อความหรือประโยคสำคัญที่ทำการแยกไว้มากำหนดความหมายในแต่ละข้อความ ประโยค เพื่อใช้ในการจัดหมวดหมู่ของข้อความ

6.4 นำข้อความ หรือประโยคที่กำหนดความหมายแล้ว มาจัดกลุ่มตามประเภทหรือลักษณะความหมายที่เป็นทำนองเดียวกัน โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการถอดรหัสข้อความ (coding) ไว้ด้านข้างของบทสนทนา และพิจารณาคำต่างๆที่ถอดรหัสออกมา และนำมาจัดหมวดหมู่ (category) หรือจัดเป็นประเด็นย่อย (sub-theme) สรุปประเด็นย่อยที่มีเนื้อหาอยู่ในกลุ่มเดียวกันไว้ด้วยกันเป็นประเด็นหลัก (theme) และนำผลการถอดรหัส การจัดหมวดหมู่ การจัดประเด็นย่อยต่างๆ ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบอีกครั้ง

6.5 นำประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่ได้มาเขียนเป็นแผนภูมิ เพื่อแสดงข้อมูลที่ได้ตามประเด็นหลัก (theme) และประเด็นย่อย (sub-theme) ที่ค้นพบ เพื่อสื่อสารถึงผลการวิจัยที่ชัดเจนมากขึ้น

6.6 ทำการคัดเลือกบทสนทนาจากการสัมภาษณ์เชิงลึกที่คิดว่าให้รายละเอียดของวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดีที่สุด โดยการตัดบทสนทนาพร้อมอ้างอิงหมายเลขของผู้ให้ข้อมูลหลัก และบรรทัดที่อ้างอิงไว้ตอนท้ายของบทสนทนาที่คัดเลือกมา

6.7 ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อสรุปของปรากฏการณ์ ซึ่งเป็นประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยนำข้อสรุปของปรากฏการณ์ที่ได้ไปให้ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 2 รายที่สามารถสื่อสาร อธิบายหรือให้ข้อมูลที่หลากหลาย (informative case) ซึ่งเป็นการตรวจสอบว่าข้อสรุปที่ได้เป็นความจริงตามที่อธิบายไว้หรือไม่ (Member checking) เพื่อให้ได้ข้อสรุปสุดท้ายที่สมบูรณ์และตรงตามประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูลหลัก นอกจากนี้ผู้วิจัยได้นำผลสรุปทั้งหมดมาให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบและให้คำแนะนำอีกครั้ง เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

## 7. ความเชื่อถือได้ของงานวิจัย (Trustworthiness)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีการควบคุมคุณภาพงานวิจัยโดยการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลกับความเป็นจริงตามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น โดยสามารถพิจารณาความน่าเชื่อถือของการวิจัยเชิงคุณภาพได้ดังนี้ (Guba and Lincoln, 1989)

7.1 ความเชื่อถือได้ (Credibility) เพื่อให้ข้อมูลมีความตรงเชื่อถือได้ผู้วิจัยกระทำดังนี้ คือ การเข้าไปสร้างความคุ้นเคย สร้างความไว้วางใจกับผู้ให้ข้อมูลหลักก่อนจะเข้าประเด็นในการสนทนา มีการทำวิจัยอย่างมีขั้นตอน คือ ก่อนการวิเคราะห์และแปลความผู้วิจัยทำการถอดเทปแบบคำต่อคำ และมีการตรวจสอบความถูกต้องของบทสัมภาษณ์อีกครั้งโดยการฟังเทปซ้ำ รวมทั้งรวบรวมบันทึกที่ผู้วิจัยกระทำภายหลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง นอกจากนี้ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ที่ได้กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 2 รายที่สามารถสื่อสาร อธิบายหรือให้ข้อมูลที่หลากหลาย (informative case) ช่วยตรวจสอบความถูกต้องและเข้ากันได้กับประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก (Member checking) นอกจากนี้ผู้วิจัยได้นำข้อสรุปที่ได้ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งมีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพตรวจสอบอีกครั้ง

7.2 ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) คือ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัย

เป็น 3 ประเด็นหลักที่มีความเฉพาะเจาะจงแสดงให้เห็นถึงปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างละเอียด โดยผู้อ่านงานวิจัยสามารถตัดสินใจและพิจารณาถึงความเฉพาะเจาะจงของปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้ด้วยตนเอง

7.3 ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) ผู้วิจัยใช้หลากหลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูล (Multiple methods of data collection) ซึ่งมีการเชื่อมโยงข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสังเกตเข้าไว้ด้วยกัน เพื่อให้เข้าใจถึงปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลการวิจัยอย่างละเอียด ถูกต้อง ครบถ้วน เพื่อช่วยให้ผู้อ่านสามารถติดตามกระบวนการในการวิเคราะห์ข้อมูลได้โดยเฉพาะขั้นตอนการถอดรหัส และการตรวจซ้ำที่ทำให้ได้มาซึ่งประเด็นหลัก ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบกับพยาบาลที่จบปริญญาโทด้านผู้สูงอายุจำนวน 2 ราย และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งมีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพ

7.4 ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability) โดยผู้วิจัยได้ทำการจัดการบันทึกข้อมูลไว้อย่างเป็นระบบ สามารถตรวจสอบได้ (Audit trail) ทั้งการบันทึกเทป การถอดเทปแบบคำต่อคำ (Verbatim) มีการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนโดยการฟังเทปซ้ำ และมีการอ้างอิงคำพูดของผู้ให้ข้อมูลหลักในการนำเสนอข้อมูล และมีการนำข้อสรุปของประเด็นการ Code, Category ต่างๆ มาปรึกษาและทบทวนกับอาจารย์ที่ปรึกษาตลอดการดำเนินการวิจัย

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เพื่อบรรยายประสบการณ์ความกลัวต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ เป็นผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีประวัติหกล้มอันส่งผลให้เกิดประสบการณ์กลัวการหกล้ม อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ทำการศึกษาผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ แขวงคลองจั่นและหัวหมาก จำนวน 10 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) และทำการวิเคราะห์ข้อมูล (Content Analysis) ตามขั้นตอน ผลการวิจัยเสนอตามลำดับได้ดังนี้

#### ผลการวิจัย

ผลการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ความกลัวต่อการหกล้มของผู้สูงอายุจำนวน 10 ราย โดยผู้วิจัยขอเสนอผลการศึกษา โดยแบ่งเป็นประเด็นหลัก 2 ประเด็น ดังนี้

#### 1. กลัวหกล้มซ้ำ

เป็นความรู้สึกแรกๆที่ผู้ให้ข้อมูลหลักนึกถึงเนื่องจากยังคงมีความรู้สึกฝังใจเกี่ยวกับเหตุการณ์หกล้มที่ผ่านมา โดยผู้สูงอายุมองว่าการหกล้มเป็นเหตุการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ ไม่สามารถคาดเดาได้ถึงแม้ว่าจะพยายามระวังอย่างที่สุดแล้ว และมองว่าตนเองอาจเกิดการหกล้มซ้ำได้อีก โดยคิดว่าเป็นเพราะสภาพร่างกายของตนเองในปัจจุบันที่มีข้อจำกัดในหลายๆด้าน ประกอบกับอายุที่สูงวัยขึ้น ซึ่งมีประเด็นที่เกี่ยวข้อง 4 ประเด็น ได้แก่ 1) กลัวไม่มีใครเห็นเวลาล้ม 2) กลัวเจ็บป่วยมากขึ้น 3) กลัวว่าจะเป็นภาระคนอื่น 4) กลัวว่าล้มแล้วอาจเสียชีวิต ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**1.1 กลัวไม่มีใครเห็นเวลาล้ม** ผู้ให้ข้อมูลหลักมองว่าถ้าหากมีการหกล้มเกิดขึ้นแล้ว ไม่มีบุคคลอื่นอยู่ในสถานการณ์นั้นด้วย หรือเป็นบุคคลอื่นที่ตนเองไม่รู้จักรู้จัก ไม่คุ้นเคย หรือไม่สนิทสนมด้วย จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลหลักเกิดความรู้สึกกลัวว่าตนเองจะไม่ได้รับการช่วยเหลือหลังจากเกิดการหกล้มขึ้น

ผู้สูงอายุรายหนึ่งเล่าถึงความรู้สึกกลัวหากเวลาเดินไปแล้วหกล้มแต่ไม่มีใครเห็น หรือมีคนเห็นแต่เป็นคนที่ไม่รู้จัก ไม่เคยสนิทสนมด้วยอาจทำให้ตนเองไม่ได้รับการช่วยเหลือ โดยมอง

จากเหตุการณ์หกล้มครั้งก่อน ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณเองหกล้มอย่างแรง รู้สึกเจ็บอยู่เป็นเวลานาน ไม่สามารถที่จะช่วยตนเองให้ลุกขึ้นได้ ต้องมีคนมาช่วยพยุงลุกขึ้น และเนื่องจากสภาพชุมชนมีคลองไหลผ่าน ทางออกสู่ถนนใหญ่จึงต้องอาศัยทางเดินที่เป็นสะพานปูนเรียบคลอง ขนาดกว้างประมาณ 1 เมตรแต่ไม่มีราวจับ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกกลัว ไม่กล้าที่จะเดินข้ามสะพานข้ามคลอง กลัวว่าหกล้มแล้วไม่มีใครเห็น หากตกลงไปในน้ำก็จะเป็นอันตรายถึงชีวิต ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“กลัวเดินไปล้มแล้วไม่มีใครเห็นแล้วเรา จะเป็นยังไง ถ้าเดินไปล้มตรงนั้นที่เค้าไม่รู้จักเรา เค้าจะช่วยเราไหม ถ้าเค้าไม่ช่วยอะไรจะเกิดขึ้น แล้วเราจะต้องคว่าอยู่ตรงนั้นใช้ไหม พยายามเดิน ระวังมาก (เน้นเสียง) กลัวจะล้ม กลัวตรงนี้แหละ กลัวเดินไปเป็นจังหวะปลอดภัยคนไม่มีคนเห็น (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:120-125) ก็ก่อนนั้นมันไม่เป็นอะไรมาก แต่ครั้งหลังเนี่ย มันล้มแรงนะ เจ็บอยู่นานเลย มันขึ้นตัวไม่ได้ ยืนไม่ขึ้นเลย ถ้าไม่มีใครมาช่วยต้องแย่งแน่เลย แล้วตรงที่เราล้มนะเฉียดเสาไปนิดเดียว ถ้าล้มโดนเสาคงต้องเย็บหลายเข็มแน่ๆ เลย.....ทุกวันนี้เวลานี้ก็ถึงยังกลัวอยู่เลย เราก็เลยกลัว...ไม่กล้าเดินออกไปไหน ถ้าเดินไปแล้วล้ม ไม่มีใครเห็น ตกน้ำไปก็คงหมดโอกาสเลยละ” (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L:49-56)

“ก็เสียวๆ กลัวจะไปล้มนั่นสิ ไม่มีใครเห็น ต้องมีเพื่อนไปด้วย ไปคนเดียวไม่ไปหรอก (ID 10 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:110-111) เดินได้ แต่...ต้องมีเพื่อน ไปหลายคน ไปไหนจะไม่ไปคนเดียว ตาก็ไม่ค่อยดี ต้องใส่แว่น กลางคืนก็จะไม่ออก ตอนนี่เค้าทำราวให้เกาะ แต่ไปไกลๆ ไม่ไปนะ กลัวล้ม...เดี่ยวไม่มีใครเห็น” (ID 10 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:193-196)

“ที่แย่งคือเดินไม่ไหว...จะซื้อ อะไรออกไปไม่ได้ ถามใครมีใครเดินออกไปไหม ผ่ากซื้อหน่อย เราก็รู้ตัวเราไม่ไหวจะตะแบงไป ไม่ได้เลย กว่าจะลุกได้ต้องเกาะ เวลาเข้าห้องน้ำน้ำกลัวจะลื่น เป็นกระเบื้อง เสียว....ต้องเกาะให้ดี เลย ถ้าไม่เกาะก็ไม่แน่ใจเหมือนกัน ถ้าล้มไปไม่มีใครอยู่ ลุกไม่ได้เลย”(ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:137-143)

ในกรณีของผู้สูงอายุรายนี้ ลักษณะบ้านสำหรับชุมชนนี้จะอยู่ค่อนข้างห่างกัน หน้าบ้านติดถนนในซอยซึ่งมีรถขับผ่านไปมาตลอดเวลาทั้งรถยนต์ รถมอเตอร์ไซด์รับจ้าง และในเวลากลางวันผู้สูงอายุจะอยู่บ้านเพียงคนเดียวเนื่องจากสมาชิกในครอบครัวออกไปทำงานกันหมด ซึ่งผู้สูงอายุรู้สึกถึงความมีอันตรายที่อยู่รอบๆ ตัว ทำให้ใช้ความระมัดระวังมากขึ้นในการเดิน



พยายามที่จะไม่ออกไปนอกบ้าน เนื่องจากกลัวว่าหากเกิดหกล้มแล้วจะไม่มีใครเห็น ไม่มีใครช่วย หรืออาจจะถูกรถเฉี่ยวชนได้ ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“ก็ต้องค่อยๆ เดิน พยายามระวัง ไม่ออกไป นอกบ้านเลย กลัวไปล้ม.... ไม่มีใครเห็น เดี่ยวไม่มีใครช่วย ถนนรถก็เยอะ” (ID 6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:56-58)

**1.2 กลัวเจ็บป่วยมากขึ้น** คือ การที่ผู้สูงอายุรับรู้และมองเห็นผลที่จะเกิดขึ้นตามมาจากการหกล้มว่ามีความรุนแรง จะบั่นทอนให้สุขภาพร่างกายของตนเองแยกลง ทำให้เกิดการเจ็บป่วยมากขึ้น กลัวว่าล้มแล้วจะเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต กลัวว่าจะพิการ ซึ่งผู้สูงอายุหญิงทั้ง 4 รายนี้เล่าถึงความรู้สึกของการกลัวเจ็บป่วยมากขึ้นซึ่งมีความคล้ายคลึงกัน โดยผู้สูงอายุทั้ง 4 รายนี้มองเห็นผลกระทบที่เกิดขึ้นตามมาจากการหกล้ม คือ หกล้มแล้วเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เดินไม่ได้ต้องทำกายภาพบำบัด ต้องมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการรักษาตัว โดยผลกระทบดังกล่าวเป็นเหตุการณ์จริงที่เกิดขึ้นกับบุคคลใกล้เคียงตัว เช่น เพื่อนบ้าน น้องสาว น้องเขย เป็นเหตุการณ์ที่ผู้สูงอายุได้รู้ ได้เห็นและได้สัมผัสด้วยตนเอง ทำให้ตนเองเกิดความรู้สึกกลัวที่จะเป็นเหมือนกับคนเหล่านั้น และยังคงเป็นภาพที่จดจำอยู่ในใจตลอดเวลา ขออย่าให้เป็นแบบนี้เลย ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“มันรุนแรง เพราะถ้าเราล้มแล้วจะมีโอกาสเป็น อัมพาตใหม่ อัมพฤกษ์ใหม่” (ID 1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:141-142) เปลี่ยนเยอะ เพราะเราไปทำอะไรก็ไม่ถนัด แข็งขาเราก็ไม่ถนัดไปเลย นิ้วเท้าเรายังงอเลยเนี่ย มือนี้ก็เป็นอย่างนี้จากหกล้ม(ยกมือให้ดู) มันล็อคแบบนี้ มือก็ไม่ค่อยมีแรง (ID 1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:194-197) กลัวขนาดแบบว่ากลัวจะพิการ กลัวจะหยิบไม่ได้ กลัวมือจะเป็นอย่างนี้(ทำท่าให้ดู) ทำอะไรไม่ได้ เห็นคนอื่นเค้าล้มกันมาแล้วเค้าเป็นกันมาแบบนี้ อย่าให้เป็นแบบนี้เลย” (ID 1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:257-260)

“ป่า...นี่หกล้มแล้วเป็นอัมพาต เค้าขับรถไปอยู่รยาก็ถูกลูก พอลงจากรถล้มฟูไปกับรถ เค้าพาไปส่งโรงพยาบาลเวชธานี แล้วเค้าให้ไปโรงพยาบาลทหารเรือ แต่ไปไม่ทันเค้าช่วยไม่ทัน เป็นอัมพาตมา 20 กว่าปีแล้ว (ID 4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:166-170) คนน้องที่หกล้มแล้วเป็นอัมพาต ยายก็กลัวล้มแล้วเป็นเหมือนเค้า กลัวล้มแล้วเป็นอัมพาต....”(ID 4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:174-175)

“ป่ากลัวมากเลย...กลัวล้มแล้วเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต กลัว...เพราะป่าทำอะไรไม่ค่อยไหว ถ้าเป็นอย่างนี้แย่มาก เคยเห็นคนเค้าล้มแล้วเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต คนในชุมชนนี้แหละ อายุ

อ่อนกว่าป่าอีก ถึง 50 หรือยังไม่รู้ คำทำแกงขายอยู่ๆ ล้มพับลงไป เป็นอัมพาตเลย ตอนนั้นก็ยังไม่เดินไม่ได้ ปากล้นเป็นเหมือนเค้า.....” (ID 8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:221-218)

“ก็เคยนะ...น้องเขยเนี่ยหกล้มแล้วเป็นอัมพฤกษ์เลย เดินเตาะเตาะๆบนบ้าน เป็นหลายเดือนแล้ว หมอกายภาพเค้ามาทำให้วันละ 800 หมดไปหลายตั้งค์แล้ว เนี่ยยังไม่ดีขึ้นเลย ต้องจูงเข้า- ออกในห้อง ปล่อยมือไม่ได้เลย ไต่ก๊กล้วนละ กลัวล้มแล้วเป็นเหมือนเค้าเนี่ย... ล้มแล้วขา- แขนงเป็นอัมพฤกษ์/ อัมพาต ต้องเป็นภาระคนอื่น.....” (ID 10 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:157-163)

**1.3 กลัวเป็นภาระคนอื่น** การที่ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาคนในครอบครัวทำให้บุคคลภายในครอบครัวต้องมารับภาระในการช่วยเหลือด้านต่างๆ ต้องคอยเฝ้าดู และคอยเป็นห่วงเป็นใย ทำให้ผู้สูงอายุคิดว่าตนเองเป็นภาระ รู้สึกอึดอัดกับภาระในครอบครัว รู้สึกเหมือนตนเองเป็นตัวถ่วง บางครั้งคิดว่าหากตายไปหรือหายไปจากบ้านอาจดีกว่าสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

ผู้สูงอายุหญิงรายนี้เล่าถึงความรู้สึกกลัวที่จะต้องเป็นภาระของคนอื่นด้วยน้ำเสียงที่สั่นเครือ มีน้ำตาคลอๆ ซึ่งผู้สูงอายุมีการรับรู้ถึงผลที่เกี่ยวข้องเนื่องมาจากการหกล้ม เช่น หกล้มแล้วเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต ทำอะไรด้วยตนเองไม่ได้ แม้กระทั่งกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ กินข้าวเอง กินยาเอง ก็ยังต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวทุกอย่าง ผู้สูงอายุยอมรับกับสภาพของตนเองที่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ ก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นทุกข์อยู่ในใจที่ต้องทนอยู่กับสภาพเช่นนี้ โดยผู้สูงอายุเปรียบเทียบความรู้สึกดังกล่าวเหมือนกับน้ำที่มันเต็มแก้วมากๆ สักวันก็ต้องเทออกบ้าง จนกระทั่งเคยคิดที่จะหนีออกจากบ้านไปโดยคลานออกไปขึ้นแท็กซี่ในขณะที่ไม่มีใครรู้ใครเห็น คิดเสียว่าจะไปให้พ้นๆ จากตรงนี้ ทุกคนในบ้านก็คงจะสบายใจขึ้น

“มันรุนแรง เพราะถ้าเราล้มแล้วจะมีโอกาสเป็นอัมพาตใหม่ อัมพฤกษ์ใหม่ แล้วคนที่อยู่ในบ้านเค้าต้องเดือดร้อนเพราะเราใหม่ กลัวเค้าเดือดร้อนด้วย ถ้าเราไปไม่ได้ก็ต้องเค้าอีกแหละ อาบน้ำ ป้อนข้าว ป้อนยาทุกอย่าง ภาระของเค้าตั้งเยอะ นี่ก็อย่างนี้ อย่าเป็นเลย” (ID 1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:141-146)

“บางครั้งก็ต้องยอมรับเพราะเราทำอะไรไม่ได้แล้ว อาศัยเค้า ทนเอา ถ้ามันถึงที่สุดก็ต้องหยุดกันไปข้าง ถ้าเค้าหยุดไม่ได้เดี่ยวเราหยุดตัวเอง เก็บเสื้อผ้าแล้วคลานออกไปขึ้นแท็กซี่เค้าก็ไม่รู้หรือกว่าเราไปไหน.....ทนอยู่ตรงนี้มา 17 ปีแล้ว แต่กว่าจะถึงสิ้นปีจะอยู่ได้ หรือเปล่าไม่รู้ น้ำมันเต็มมากๆ ก็ต้องเทออกบ้าง ถ้าเทไม่หมดก็โยนทิ้งไป ทนทุกอย่าง.....ถ้าเราไปจากตรงนี้

ก็คงไม่มีใครรู้ คิดนะถ้าออกจากบ้านตั้งแต่ตี 4 ทุกคนจะได้ไม่รู้ไม่เห็นเค้าจะได้สบายใจกัน” (ID 1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:335-343)

“ก็รู้สึกว่่าเค้าก็เป็น เราก็คือเป็น ไม่ใช่เราเป็นคนเดียว อายุก็มากแล้ว ทำอะไรต้องระวัง กลัวล้มไปแล้วเป็นเหมือนเค้า เดินไม่ไหว ทำอะไรไม่ได้ ต้องเป็นภาระของลูก ลำบาก...สงสารเค้า (ID 3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:126-129) ลูกหลานเค้าก็มาคอยดู คอยจูงเข้าห้องน้ำ แต่เราก็คงใจ ไม่อยากเป็นภาระ เค้าต้องทำงาน เรายังพอไหว ทำเองได้ก็ทำ” (ID 3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:153-155)

“อย่างว่่าแหละนะสมัยนี้ลูกเค้าจะมาดูแลเหมือนคนสมัยก่อนมันไม่มีแล้ว ก็ต้องระวัง ลูกสาวก็บอกว่าแม่ระวังตัวนะ รักษาตัวนะ ลูกเค้าก็อยู่กับคนละทิศละทาง เราก็คืออย่างว่่าจะมาเป็น ภาระให้เค้า ยายคิดมากนะ...” (ID 7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:42-56)

ส่วนผู้สูงอายุชายรายนี้บอกเล่าถึงความรู้สึกให้ฟังว่่า จากเดิมที่ตนเองเคยมีบทบาท เป็นหัวหน้าครอบครัว เคยมีตำแหน่งเป็นถึงหัวหน้าคุมคนงาน เคยทำงานหาเลี้ยงครอบครัวได้ แต่เมื่อกลายมาเป็นอย่างนี้แล้ว (ผู้สูงอายุท่านนี้เป็นโรคเส้นเลือดในสมองตีบ มีอาการอ่อนแรงที่ขา ข้างซ้ายและมีประวัติหกล้มบ่อย) ทำให้เดินไม่ค่อยถนัด ไปไหนมาไหนลำบาก จึงไม่ยอกที่จะ ออกไปนอกบ้านเนื่องจากไม่ยอกจะเป็นภาระของบุตรที่จะต้องมาคอยห่วงใย มาคอยรับ-ส่ง จึง เลือกที่จะอยู่กับบ้านดีกว่า

“ไม่ไปเลย ปีใหม่นี้ก็ไม่ได้ไป เป็นอย่างนี้เลยไม่ได้ไป มันลำบาก ไปกับเค้าไปได้ แต่ช้ก็เกียจไปลำบากเค้า ไม่ยอกเป็นภาระเค้า ไม่ยอกเป็นภาระลูก” (ID 9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:113-116)

**1.4 กลัวว่าล้มแล้วอาจเสียชีวิต** คือการที่ผู้สูงอายุมีการรับรู้และมองเห็นถึงอันตราย ที่จะเกิดตามมาจากกรหกล้มที่จะส่งผลต่อชีวิตจากข้อมูลข่าวสารทางโทรทัศน์ บุคลากรทาง การแพทย์ ค่าเตือนของบุคคลในครอบครัว หรือจากการเห็นตัวอย่างจริงของบุคคลที่อยู่ใกล้ตัวซึ่ง เคยหกล้มแล้วส่งผลกระทบต่อขั้นเสียชีวิต จึงทำให้เกิดความรู้สึกกลัว ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักถ่ายทอด ถึงเรื่องราวของสภาพแวดล้อมรอบตัวที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม เช่น สภาพบ้านที่อยู่ติดคลอง ร้านค้าและแผงขายของอูริมชายคลอง สะพานข้ามคลองที่ไม่มีราวจับ ดังแสดงในภาพที่ 4.1 จึง เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุพยายามที่จะหลีกเลี่ยงไม่เข้าใกล้บริเวณที่คิดว่าอาจจะเป็นอันตราย

และไม่กล้าที่จะเดินข้ามสะพานข้ามคลอง ไม่กล้าที่จะเดินไปคนเดียวต้องหาเพื่อนไปด้วยตลอด เพราะคิดว่าหากเกิดการหกล้มแล้วเป็นจังหวะที่ไม่มีใครเห็น กลัวว่าหกล้มแล้วจะตกลงไปในน้ำหมดโอกาสที่จะไขว่คว้าหาคนช่วยเหลือ ซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ โดยน้ำเสียงที่กล่าวออกมา นั้นบ่งบอกถึงความแน่วแน่ที่จะไม่เข้าไปใกล้บริเวณที่รู้สึกว่ามีอันตราย ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“กลัวเดินไปเป็นจังหวะปลอดภัยคนไม่มีคนเห็น เพราะเราไม่มีโอกาสแล้ว เดินสะพาน ขายคลอง เห็นมียี่ไม่กล้าเดินเลยเพราะความที่กลัว ถ้ากระตุกแม่บ่หล่นตุ้มเลยนะ(เน้นเสียง) (ID 1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:124-128) แต่ตัวเองก็จะหวาดระแวงอยู่เรื่อยๆไปตรงนี้แล้วจะเป็นอย่างนี้ จะเห็นอย่างนี้ จะถามตัวเองว่าจะเป็นอย่างอื่นไหม จะต้องไม่ไปตรงนั้น ถ้าไปต้องมีเพื่อนไปด้วย ถ้าไปคนเดียวไม่ไป เช่น เวลาเดินไปสะพาน ล้มปุ๊บจะคว้าอะไรไม่ได้แล้วลงไปเลย” (ID 1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:251-255)



ภาพที่ 4.1 แสดงตัวอย่างของสภาพทางเดินในชุมชนที่ไม่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

สำหรับผู้สูงอายุชายท่านนี้มีการรับรู้ถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการหกล้มว่ามีความรุนแรง อาจส่งผลให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ ซึ่งผู้สูงอายุรับรู้ข้อมูลผ่านทางสื่อโทรทัศน์ คำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ และคำเตือนของบุตร ส่วนหนึ่งผู้สูงอายุยอมรับว่าตนเองมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้การทำกิจกรรมต่างๆ ลำบากขึ้นกว่าเดิม ต้องใช้ความระมัดระวังมากขึ้น เนื่องจากมีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่าคนอื่น โดยเฉพาะถ้าหากหกล้มแล้วศีรษะฟาดพื้นก็จะหมดโอกาสที่จะตื่นลืมตามาดูโลกได้อีกเลย



“สักครั้งหนึ่ง ที่กลัวเนี่ย....กลัวล้มหายหลัง กลัวล้มฟาดแล้วหัวน็อคพื้นไปเลย หหมดโอกาสที่จะตื่นขึ้นมาอีกเลย.....” (ID 9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:122-123)

2. **กลัวจนมีผลต่อการดำเนินชีวิต** ความกลัวเป็นความรู้สึกไม่มั่นคงทางอารมณ์ ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้กับผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ความกลัวจะส่งผลเสียแก่บุคคล เช่น ทำให้สูญเสียความเชื่อมั่นในตนเองหรือทำให้เสียบุคลิกภาพ ถ้าความกลัวที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับที่เหมาะสม ก็จะมีประโยชน์ทำให้บุคคลมีความระมัดระวังต่ออันตรายหรืออุบัติเหตุมากขึ้น แต่ถ้าหากความกลัวที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง และเป็นความกลัวที่ไม่สมเหตุสมผล จะทำให้บุคคลนั้นพยายามทำทุกวิถีทางเพื่อหลีกเลี่ยงการเผชิญกับสิ่งที่ตนเองกลัว จนกระทั่งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตปกติของผู้สูงอายุ ซึ่งผลจากการศึกษาครั้งนี้พบประเด็นที่เกี่ยวข้อง 3 ประเด็น คือ 1) คิดว่าตนเองมีข้อจำกัด 2) ไม่กล้าดำเนินชีวิตปกติ 3) การปรับการดำเนินชีวิต โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 **คิดว่าตนเองมีข้อจำกัด** เป็นความรู้สึกถึงข้อจำกัดทางร่างกายของผู้สูงอายุทั้งที่ทั้งที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงที่เสื่อมถอยลงจากวัยที่สูงอายุขึ้น การเจ็บป่วยและพยาธิสภาพของโรค การเปลี่ยนแปลงทางด้านสภาพจิตใจและอารมณ์ที่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมได้ช้าลง ประกอบกับผลกระทบที่เกิดตามมาจากการหกล้มเช่น การบาดเจ็บ ความกลัว ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจหรือลังเลที่จะกระทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 ประเด็นย่อย คือ 1) เบื่อหน่าย/ท้อแท้ 2) คิดว่าตนเองทำอะไรไม่ได้แล้ว ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1.1 **เบื่อหน่าย/ท้อแท้** เป็นความรู้สึกที่ผู้สูงอายุมีต่อสภาพร่างกายของตนเองที่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ ทำอะไรได้ไม่คล่องแคล่วเหมือนเดิม ต้องคอยพึ่งพาผู้ดูแลในครอบครัว ทำให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย/ท้อแท้ เนื่องจากรู้สึกว่าไม่หายเป็นปกติเสียที หหมดกำลังใจ บางครั้งไม่อยากจะพูดคุยกับใคร ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“บางครั้งก็เจดี บางครั้งก็ท้อแท้ เหนื่อยใจตัวเองมากกว่า เราทำอะไรก็ได้ เราใช้ไปกินไปวันๆ หนึ่ง แล้วกว่าจะได้มาอีก กว่าที่จะถึงวันนั้นอีก โถ...มันเหนื่อยนะ ถ้าเป็นอย่างหนูก็ต้องเหนื่อยใช่ไหม? ก็ต้องทนเอา (น้ำตาคลอ)” (ID 1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:199-203)

“บ่ายโมง บ่ายสอง ถึงจะขึ้นบ้านก็นั่ง นอน อยู่บนบ้านแล้ว อยู่ตรงไหนก็อยู่ตรงนั้น ไม่อยากลุกบ่อยๆ เวลาลุกมันรู้สึกลำบากมาก นั่งแล้วนั่งเลย ถ้าขึ้นบ้านแล้วก็ไม่ลงแล้ว มันลง



ลำบากมากเลย ต้องหาที่เกาะ มันท้อตอนที่ลุกขึ้น-ลุกลง นั่งแล้วก็แล้วกัน 3-4 ชั่วโมงก็นั่งอยู่  
อย่างนี้” (ID 5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:294-299)

“เวลาลุกก็โง่งโคงเหมือนเด็ก ตั้งไข่นั้นแหละ ต้องยกเอากันขึ้นก่อนค่อยลุกขึ้น ไปด้วยก็  
ไม่กล้านั่งข้างหน้า เราก็นั่งท้ายๆ เค้า บางทีก็ท้อนะ เกรงใจด้วยเวลาลุกมันลำบาก แต่ถ้ามีเก้าอี้ก็  
นั่งเก้าอี้ได้ ถ้านั่งพื้นอย่างชาวบ้านเค้า นั่ง เราไม่กล้า..... กลัว.....” (ID 7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:182-  
186)

**2.1.2 คิดว่าตนเองทำอะไรไม่ได้แล้ว** หมายถึง การที่ผู้สูงอายุรับรู้ถึงการมีข้อ  
จำกัดทางร่างกายที่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ ผู้สูงอายุบางรายอาจต้อง  
เปลี่ยนบทบาทของตนเองมาเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองทำอะไรไม่ได้แล้ว  
ไม่มีความสามารถที่จะร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ได้เหมือนเดิม ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“ไม่ไปเลยเพราะเรารู้ตัวว่าทำอะไรไม่ได้แล้ว ไปแล้วก็ไม่มีความสามารถ เค้ามาประชุม  
สอนทำโน่นนี่ อยากรไปแต่เราไปแล้วก็ทำอะไรไม่ได้ ก็เลยไม่ไปดีกว่า” (ID 1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1  
L:290-292)

“ไม่ไป...ไม่อยากรไป แขน-ขาเราไม่ค่อยมีแรง กลัวจะไปล้ม อีกรอย่างเราแก่แล้วไปก็คง  
ทำอะไรไม่ได้ กลัวจะไปลำบากคนอื่นเค้ามากกว่า” (ID 6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:99-101)

“สัก 2-3 ปีก่อน ไปประชุม ไปอสส.(อาสาสมัครสาธารณสุข) คนเดียวทั้งนั้น หลังจาก  
ที่ป่วย ไม่ไป...มันเหนื่อยนะ เราไม่ค่อยมีแรง ทำอะไรไม่ค่อยไหว เดินไม่ค่อยทันเค้าหรอก ขึ้น  
บันได 2 ชั้นขึ้นไม่ได้ ไปเดอะมอลล์ เพื่อนฝูงพาไป เค้าเดินไปไหนกันแล้ว นี่ยังเดินอยู่คนเดียว มัน  
เหนื่อย เดินไม่ทัน ก็เลยไม่ไปดีกว่า” (ID 8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:96-100)

**2.2 ไม่กล้าดำเนินชีวิตปกติ** เป็นระยะที่ผู้สูงอายุรับรู้ถึงสุขภาพของตนเองที่มีการ  
เปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากอาการเจ็บป่วยที่สัมพันธ์กับการหกล้ม เกิดความรู้สึกไม่มั่นใจที่จะ  
ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองอย่างอิสระ มีความรู้สึกว่าจะต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวหรือ  
อุปกรณ์ช่วยเหลือ เพื่อสร้างความมั่นใจ และความรู้สึกปลอดภัยต่อชีวิต ซึ่งผู้สูงอายุจะรับรู้ว่า  
ตนเองต้องการดำเนินชีวิตอยู่โดยการพึ่งพาการดูแลจากบุคคลในครอบครัวในเรื่องต่างๆ ได้แก่  
การพึ่งพาทางกาย การพึ่งพาทางจิตสังคม การพึ่งพาทางสิ่งแวดล้อม การพึ่งพาทางการเงินที่อาจ

มากหรือน้อยแตกต่างกันตามระดับของการพึ่งพา ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 ประเด็นย่อย คือ 1) จำกัดกิจกรรม 2) การลด/งดการมีกิจกรรมทางสังคม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

**2.2.1 จำกัดกิจกรรม** เมื่อผู้สูงอายุรับรู้ถึงภาวะสุขภาพของตนเองทั้งที่เป็นการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากอาการเจ็บป่วยที่สัมพันธ์กับการหกล้ม และการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เสื่อมถอยไปตามวัย ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงความมีข้อจำกัดทางด้านร่างกายในการทำกิจกรรมต่างๆ ประกอบกับความรู้สึกกลัว ความรู้สึกไม่มั่นใจ ความรู้สึกถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นตามมาจากการหกล้ม ทำให้ผู้สูงอายุพยายามที่จะจำกัดการเคลื่อนไหวให้น้อยลง ลดกิจกรรมที่คิดว่าไม่จำเป็น หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่รู้สึกว่าจะเกิดอันตราย เช่น การขึ้น-ลงบันไดบ่อยๆ การไม่เดินเข้าไปในบริเวณที่พื้นเปียกน้ำ ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 4 รายดังนี้

“บ่าวันนี้ก็ทานข้าวแล้ว จะทานอีกทีก็ห่าโมงกว่าหกโมง ละหมาดเสร็จแล้วก็ลงมากินกล้วยใบหนึ่ง กินน้ำ กินยาจบ อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟันแล้วก็ขึ้นเลยไม่ลงแล้ว ขึ้น-ลงบ่อยๆ ไม่ได้ ถ้าสองทุ่มขึ้นแล้วไม่ลงแล้ว เราไม่แน่ว่าจะวิบตอนไหนไม่รู้ มันกลัว เราไม่กล้าขึ้น เรามีโอกาสสวิบได้ ร่วงเลย... คำว่าอะไรก็ได้ไม่ได้แล้ว (ID 1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:281-287) ทำแล้ว ลองทำแล้ว เเซแทบคว่ำราวไม่ทัน ถ้าคว่ำไม่ทัน ก็หัวฟาดโขกชกโครกนั่มแหละ ตั้งแต่นั้นเลยไม่ยืนแล้ว นั่งมาตลอด ก็รู้แล้วว่าจะเป็นอย่างนั้นก็เลยไม่ทำแล้ว ไม่เอาแล้ว นั่งดีกว่า เสียเวลาหน่อยก็ช่างมันเถอะ (ID 1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:276-279)

“อันไหนไม่จำเป็นก็ไม่ลุก ใช้หลานเอา ตักน้ำให้หน่อย คัดข้าวให้หน่อย ถ้าไม่มีใครอยู่จริงๆก็ต้องฝืน อืด....กว่าจะลุกขึ้นมาได้ก็ต้องหาที่เกาะ (ID 5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:158-160) บ่ายโมง บ่ายสอง ถึงจะขึ้นบ้านก็นั่ง นอน อยู่บนบ้านแล้ว อยู่ตรงไหนก็อยู่ตรงนั้น ไม่อยากลุกบ่อยๆ เวลาลุกมันรู้สึกลำบากมาก นั่งแล้วนั่งเลย ถ้าขึ้นบ้านแล้วก็ไม่ลงแล้ว มันลงลำบากมากเลย ต้องหาที่เกาะ มันท้อตอนที่ลุกขึ้น-ลุกลง นั่งแล้วก็แล้วกัน 3-4 ชั่วโมงก็นั่งอยู่อย่างนี้” (ID 5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:294-299)

“บ้าน 2 ชั้น ข้างบนไม่ได้ขึ้นเลยเป็นปีแล้ว ขึ้นไม่ไหว กลัวเสียหลักหกล้มลงมาเหนื่อยด้วย ป้าไม่ขึ้นสะพานลอยมาตั้งหลายปีแล้ว ขึ้นบันไดไม่ไหว มันหอบ มันเหนื่อย นอนตรงนี้ตลอด มันก็ต้องคลานไป เกาะไป ขึ้นอย่างคนอื่นเค้าไม่ได้ ถ้าไม่จำเป็นไม่ขึ้น” (ID 8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:138-144)

“บันไดเตี้ยวันนี้ไม่ค่อยขึ้น ลงมาอยู่ชั้นล่างแทน....นานๆ ขึ้นทีหนึ่ง มันขึ้น- ลง ลำบาก... เหนื่อย ปวดเข่า แล้วก็กลัวจะหกล้มอีก...ก็เลยไม่ขึ้น (ID 10 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:95-99) กับข้าวก็นั่งทำเอา เตาแก๊สตั้งกับพื้นข้างล่างเลย ยืนไม่ไหว ไม่เอาเลย.... หันไป- หันมากลัวจะล้มที่ล้างจานก็อยู่ใกล้กัน อยู่ในบ้านเลย” (ID 10 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:120-122)

**2.2.2 การลด/งดการมีกิจกรรมทางสังคม** หมายถึงการที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองนั้นมีข้อจำกัดทางร่างกาย ในผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาที่เป็นผลตามมาจากการหกล้ม ความรู้สึกกลัว ความรู้สึกไม่มั่นใจ รู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถในการร่วมทำกิจกรรม จึงพยายามลดบทบาทตนเองทางสังคมลง ลดกิจกรรมที่ต้องมีการพบปะกันในหมู่เพื่อนฝูง เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมของศูนย์สุขภาพชุมชน การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“ไม่ไปเลยเพราะเรารู้ตัวว่าทำอะไรไม่ได้แล้ว ไปแล้วก็ไม่มีความสามารถ คำมาประชุมสอนทำโน่นนี่ อยากไปแต่เราไปแล้วก็ทำอะไรไม่ได้ ก็เลยไม่ไปดีกว่า ทางบ้านก็จะไม่ได้ไม่ต้องเป็นห่วงไป พอเราไปก็จะห่วงหน้า ห่วงหลังว่าจะไปถึงไหน เป็นอะไร หกล้ม ตกน้ำตกท่าหรือเปล่า รถชนหรือเปล่า ถ้าไปก็ต้องมีเพื่อนที่แข็งแรงไปด้วยเค้าจะได้หมดห่วงตรงนี้” (ID 1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:290-296)

“ไม่เคยไปบ้านใครอีกแหละ ไม่กล้าออกไปไหน ถ้าคุยก็จะคุยกับน้อง นิ่งตรงนี้ (ชี้ให้ดู) เข้าใส่บาตรก็นั่งตรงนี้ (ID 2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:92-93) ตั้งแต่ล้มนี้ ไม่เคยไปวัดเลย แต่นั่งใส่บาตรที่หน้าบ้าน (ID 2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:118) ไม่เคยไปร่วมกิจกรรม มีแต่คำมาบอก เพราะไปไม่ได้ ก่อนนี้ไปได้ เดียวนี้ถ้าไม่จงไปไม่ได้ ถ้าจูงก็ไปไกลไม่ไหว เดี่ยวต้องนั่งแล้ว” (ID 2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:120-123)

ผู้สูงอายุหญิงรายหนึ่งบอกเล่าให้ฟังว่าก่อนการหกล้มนั้นผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ สามารถออกไปทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับเพื่อนๆ ได้ เช่น การไปช่วยงานที่สุเหร่า แต่หลังจากหกล้มชีวิตเปลี่ยนแปลงไป เพราะผู้สูงอายุรู้สึกถึงข้อจำกัดของตนเองจากการเดินไม่ค่อยถนัด ความรู้สึกกลัวการหกล้มที่ยังคงนี้ถึงอยู่ตลอดเวลา และกลัวว่าตนเองจะต้องเป็นภาระให้แก่บุตร จึงเลือกพยายามลดกิจกรรมภายนอกบ้านลง ซึ่งรายนี้บอกเล่าให้ฟังว่าเป็นเวลาถึง 9 เดือนแล้วที่ไม่เคยออกไปไหนเลย ยกเว้นการไปพบแพทย์ตามนัดเดือนละ 1 ครั้ง

“ไม่ออกไปไหนเลย 9 เดือนแล้ว ไม่กล้าออกไปไหน มันเดินไม่ค่อยถนัด กลัวไปล้ม... เลยไม่อยากออกไปไหน (ID 3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:101-104) เมื่อก่อนไปจังเลย เดียวนี้ไปไม่ไหว ลูกชายเค้าชวนเรื่อยแหละ เค้าจะเอารถมารับก็ไม่ไป มันไปลำบากเค้า” (ID 3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:162-163)

ส่วนผู้สูงอายุหญิงรายนี้นับถือศาสนาพุทธ เมื่อก่อนสามารถไปร่วมทำกิจกรรมทางศาสนาที่วัดได้ แต่หลังจากหกล้ม ผู้สูงอายุมีการประเมินตนเองว่ารู้ตัวเองว่าลุกไม่ไหว เดินไม่ไหว คิดอยู่เสมอว่าตัวเองจะต้องล้ม หากต้องถือไม้เท้าหนึ่งมือ ส่วนอีกมือถือปิ่นโต พอนึกถึงสภาพนั้น ผู้สูงอายุบอกว่ามันไปไม่ได้จริงๆ ถ้าหากจะไปก็จะต้องมีคนจูงไปทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงการที่จะต้องเป็นภาระของลูกหลาน จึงเลือกที่จะลดการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา

“2 ปีแล้ว...ไปวัดไม่ได้เลย ถือไม้สั๊กกะเท้ามือ ปิ่นโตมือ ไปไม่ได้ ตักบาตรก็ต้องไปสามแยก ลุกไม่ไหว... ลูกมาต้องประคองตัวก่อนนะเดี๋ยวหัวทิ่มหัวต่า (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:121-125) มันไม่ไหว เดินไม่ไหว แล้วอีกอย่างมันจะต้องล้ม เรารู้ตัว เราไม่ไหวเราก็ไม่ไป ถ้าไปก็ต้องไปเดินจูงกัน ลำบากเค้าอีก ก็ไม่ไป” (ID 5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:130-132)

“วัด...ไม่ไปเลย ปีใหม่นี้ก็ไม่ได้ไป เป็นอย่างนี้เลยไม่ได้ไป มันลำบาก ไปกับเค้าไปได้ แต่ที่เกียจไปลำบากเค้า ไม่อยากเป็นภาระเค้า ไม่อยากเป็นภาระลูก” (ID 9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:113-116)

**2.3 การปรับการดำเนินชีวิต** เป็นระยะที่ผู้สูงอายุมีการรับรู้ถึงสุขภาพของตนเองว่ามีการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจาก อาการเจ็บป่วยที่สัมพันธ์กับการหกล้ม ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องปรับพฤติกรรมตนเอง ปรับความรู้สึกรู้สึกคิด ปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อเผชิญสิ่งที่มากระทบ รวมถึงการแสวงหาวิธีการต่างๆ เพื่อสามารถดำรงชีวิตต่อไปได้ ทั้งนี้การดำเนินชีวิตและการปรับตัวมีรายละเอียดแบ่งเป็น 4 ประเด็นย่อยดังนี้คือ 1) ทำใจยอมรับสภาพ 2) ใช้ศาสนาเป็นที่พึ่ง 3) พยายามช่วยเหลือตนเอง 4) ครอบครัวยุติธรรมและร่วมกันช่วยเหลือ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**2.3.1 การทำใจยอมรับสภาพ** หมายถึง การที่ผู้สูงอายุนำเอาหลักธรรม คำสอนทางศาสนามาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ยอมรับว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองเกิดจากผลกรรมที่ได้กระทำมาและการยอมรับกับสภาพร่างกายที่ไม่แน่นอนของตนเอง เพื่อให้จิตใจเกิดความสงบ การ

ทำใจยอมรับสภาพแบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย คือ 1) เป็นเรื่องของบุญ-กรรม 2) การยอมรับกับสภาพร่างกายที่ไม่แน่นอน

**1) เป็นเรื่องของบุญ-กรรม**คือการที่ผู้สูงอายุทำใจยอมรับกับสภาพภายหลังการหกล้มโดยมีความเชื่อในเรื่องกรรม ยอมรับว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองเกิดเนื่องจากผลกรรมที่ตนเองได้กระทำไว้และตนเองต้องมาชดใช้กรรมในครั้งนี้ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“โต๊ะก็คิดได้อย่างหนึ่งว่ามันเป็นบาปกรรมของเราหรือเปล่า ถ้าเป็นบาปเป็นกรรมก็ละหมาดแล้วขอ ก็เหมือนกับหนูนั่นแหละที่สวดมนต์ขอพร ขอให้หนักเป็นเบา อย่าให้หนักไปกว่านี้เลย เจ็บขนาดนี้ก็พอแล้ว ขนาดนี้ก็สาหัสสาครรจ์พอแล้ว ละหมาดขอทุกวัน” (ID 1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:304-309)

ผู้สูงอายุอิสลามรายหนึ่งมีความเชื่อว่าการที่ต้องมาปวดกระดูก ปวดขา และเดินลำบากเช่นนี้เป็นผลที่เกิดมาจากการหกล้มเมื่อครั้งที่ไปตัดกิ่งต้นตะขบ โดยมีความเชื่อว่าพระอัลเลาะห์ไม่ได้ให้ไปตัดกิ่งไม้แต่ผู้สูงอายุก็ไปตัด ทำให้เค้ารู้สึกเจ็บ รู้สึกปวด จึงยอมรับว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นผลกรรมที่ตนเองได้กระทำไว้ทำให้ต้องมาชดใช้ในครั้งนี้ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“บางทีก็คิดนะที่เราเป็นอย่างนี้ กระดูก...กระดูก...มันเกี่ยวกับล้ม ทำให้เราเป็นอย่างนี้ มันเกี่ยวกับตะเบ๊ะ เค้าก็ไม่ได้ใช้ให้ไปตัดเราก็ไปตัด ก็คล้ายๆ กับเป็นบาปเป็นกรรมนั่นแหละ” (ID 3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:113-117)

“ก็ไม่ว่าจะทำอย่างไร ก็อยู่อย่างนี้ ก็เป็นอย่างนี้ เดียวไปหาหมอ เดียวไปโรงพยาบาล คนเราทุกคนก็ต้องมีเวรมีกรรมกันทั้งนั้นแหละนะ ก็ยังดี ยังภูมิใจว่าเรายังพอนั่งได้ อะไรได้ ถ้าเราเดินไม่ได้ นั่งไม่ได้ก็จะลำบาก ยังพอช่วยเหลือตนเองได้อยู่” (ID 5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:281-285)

ในกรณีของผู้สูงอายุรายนี้เมื่อพูดถึงเรื่องของเวรกรรม จะหวนรำลึกไปว่าเมื่อชาติที่แล้วคงก่อกรรมทำเข็ญไว้มาก ไม่ได้สะสมบุญบารมีมาต่อในชาตินี้ ทำให้ต้องมารับผลกรรมที่ตนเคยทำไว้ในชาติที่แล้ว ส่งผลให้มีร่างกายที่ไม่แข็งแรง ต้องเจ็บป่วยหลายโรค และยังมีมาหกล้มอีกทำให้ทำอะไรได้ไม่ค่อยถนัด เปรียบเทียบจากก่อนล้มที่สามารถไปได้ถึงไหนถึงกัน เวลาที่มีเพื่อนบ้านมา



เยี่ยมก็ตกใจว่าเป็นขนาดนี้เลยหรือจากคนที่เคยเดินได้ ทำงานได้ แต่เราก็สวดมนต์ให้พระนะ คือทำแล้วรู้สึกสบายใจกับตัวเอง ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

“เราก็คิดว่าเป็นเวรเป็นกรรมของเราด้วยนะ จะไปไหนก็ไปกะเค้าไม่ไหว ก็คิดเหมือนกัน แต่ก่อนถึงไหนถึงกันไปได้ พอมาล้มกระทันหัน ใครมาเยี่ยมก็ตกใจ เราก็สวดมนต์ให้พระนะ(ID8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:219-222)

“เรื่องของบุญ-กรรมนะก็มีส่วน แต่โຕ้ะไม่คิดอะไรมากนะ เวลาละหมาดเราก็ขอไปนะ ขอให้พระเจ้าคุ้มครอง ขอทั้ง 5 เวลาเลยนะ ขอทุกเรื่องเลย อย่าให้เราเป็นอะไรไป เพราะถ้าล้มแล้วจะลำบาก เดียวทำอะไรเองไม่ได้ ต้องเป็นภาระคนอื่นอีก” (ID 10 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:181-186)

**2) การยอมรับกับสภาพร่างกายที่ไม่แน่นอน** คือ การที่ผู้สูงอายุยอมรับกับสภาพความจริงที่เป็นอยู่ว่าสังขารย่อมเปลี่ยนแปลงไปตามวัย ยิ่งอายุมากขึ้นก็ยิ่งมีแต่ความเสื่อม ไม่มีความแน่นอนกับร่างกายของตนเอง โดยการทำจิตใจให้สบาย ไม่เครียด ไม่วิตกกังวล และคิดว่าชีวิตของตนเองได้มาสู่ช่วงวัยสุดท้ายของชีวิตแล้ว ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“อยู่ได้ทุกวันนี้เพราะพระอัลเลาะห์ช่วย สิ่งที่ทำทุกวัน ขออยู่ทุกวัน สิ่งโຕ้ะทำอยู่ทุกวัน 5 เวลาช่วยได้เยอะ เคยคิดบ้าง บอๆ มาหลายครั้ง แต่พอทำตรงนี้แล้วก็ใครจะทำอะไรทำไปเถอะ ปล่อยไปตามเรื่อง เหมือนที่หนูสวดมนต์ขอแหละโຕ้ะก็อ่านหนังสือขอไป (ID 1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:352-356) โຕ้ะเคยบอกใครอย่ามาเป็นอย่างโຕ้ะเลย ทนได้ก็ดีไป แต่ถ้าทนไม่ได้เกิดฆ่าตัวตาย จริงๆ นะโຕ้ะเคยคิดอะไรจะเกิดก็ต้องเกิดปล่อยไปเถอะ สักวันคงเป็นของเรา ถึงจะหนักจะเหนื่อยก็ต้องทนเอา เหนื่อยกายดีกว่า เหนื่อยใจหนูว่ามี เหนื่อยกายเดี๋ยวก็นหายแต่เหนื่อยใจไม่มีวันหยุด ใครคุยก็คุยด้วยหัวเราะกันทุกวัน เรื่องไหนเก็บก็เก็บไป เรื่องไหนคนอื่นไม่ควรรู้ก็คุยกันเรื่องอื่นไปหัวเราะกันไป เฮฮากันไป” (ID 1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:362-369)

ในกรณีของผู้สูงอายุหญิงรายนี้มองความตายเป็นเรื่องธรรมดา เป็นสังขารของชีวิตที่ต้องเกิด แก่ เจ็บ และตายไปตามกาลเวลา เนื่องจากผู้สูงอายุได้ผ่านภาพของเหตุการณ์ความตายมาหลายครั้งแล้วตั้งแต่ พ่อ แม่ และสามี มองร่างที่สิ้นลมหายใจแล้วก็ปลง จึงรู้สึกว่าจะไม่กลัวตาย แต่กลัวว่าถ้ายังชีวิตอยู่แต่ต้องอยู่ในสภาพที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ก็จะไปสร้างความลำบากให้กับลูกๆ มากกว่า

“ก็ปลงนะ คิดว่าถ้าถึงคราวก็ไปไม่ถึงคราวก็ยังมีอยู่ เราแก่แล้ว อย่าให้เป็นอย่างเค้าแล้วกัน อย่าเอาแม่ไปทิ้งแล้วกัน ฉันคิดว่าคนนี่เค้าห้ามแก่แล้ว แต่แก่ไม่ฟัง แก่ไปเก็บขยะในถังแล้วโดนรถเฉี่ยวหกล้ม ก็ถึงคราวที่แก่ไปสบายแล้ว เราอยู่นี่ดีลำบาก แต่ที่กลัวนะ กลัวล้มแล้วกระตุกหัก เข้าห้องน้ำ ห้องทำไม่ได้ เดินไม่ได้ ต้องลำบากลูก...แต่ความตายไม่กลัวนะ ปลงแล้ว ... พ่อ, แม่, สามีนี่ ก็ตายอยู่ตรงนี้ เราดูแล้วเราก็ปลง” (ID 2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L:73-80)

ผู้สูงอายุหญิงรายนี้บอกเล่าด้วยน้ำเสียงที่ราบเรียบ ไม่มีอาการแสดงออกของความรู้สึกเศร้าหรือเสียใจ ซึ่งลักษณะของชุมชนนี้จะเป็นบ้านที่ปลูกเอง แบ่งออกเป็นหลายซอย บ้านแต่ละหลังอยู่ค่อนข้างห่างกัน ซึ่งผู้สูงอายุบอกว่าในซอยนี้มียายคนเดียวที่เป็นผู้สูงอายุ เมื่อมองถึงการเปลี่ยนแปลงไปตามวัยที่มีลักษณะของการเสื่อมถอยลง ท่านจึงเปรียบได้กับผลไม้ที่รอวันหลุดจากขั้วเท่านั้นเอง ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“แถวซอยนี้คนแก่มียายคนเดียว ส่วนใหญ่เค้าก็มีลูกมีหลานคอยดูแลอย่างญาติพี่น้องเนี่ย เค้าก็ระวังตัว นอกจากแก่มากๆ แล้วก็เหมือนผลไม้ขั้วหลุดแค่นั้นเอง....ยายปลงแล้วละ” (ID 7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:100-103)

**2.3.2 การใช้ศาสนาเป็นที่พึ่ง** คือ การที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าจะต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานกับสภาพที่เป็นอยู่ ก่อให้เกิดความหวาดกลัว เกิดความวิตกกังวล เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ซึ่งถ้าหากไม่มีการจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกเหล่านี้ให้ดี ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การมีที่พึ่งทางใจ หรือมีสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ โดยเฉพาะการนำเรื่องของศาสนามาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต จะสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุได้คิดหาหนทางแก้ไขปัญหา โดยยึดหลักธรรมคำสอนของแต่ละศาสนามาเป็นกรอบของการปฏิบัติ หรือเป็นที่พึ่งทางใจเพื่อต่อสู้กับเหตุการณ์ต่างๆ ที่ไม่สามารถควบคุมหรือคาดหมายได้ล่วงหน้า ได้แก่ การสวดมนต์ภาวนา การทำบุญ และการบริจาคทาน เพื่อช่วยให้จิตใจสงบ และผู้สูงอายุเชื่อว่าผลบุญที่ทำจะส่งผลให้ร่างกายและจิตใจรู้สึกสบายขึ้น

ดังนั้นศาสนาจึงเปรียบเสมือนที่พึ่งทางใจของบุคคล ซึ่งไม่ว่าจะนับถือศาสนาใดก็ตาม ย่อมมีหลักคำสอนที่ใช้เป็นกลไกควบคุมมิให้บุคคลประพฤติผิดทั้งทางกาย วาจา และจิตใจ โดยผู้สูงอายุสามารถนำมาประพฤติปฏิบัติเป็นบรรทัดฐานในการดำเนินชีวิต รวมถึงเป็นแนวทางให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักและเข้าใจว่าควรปฏิบัติตนอย่างไรจึงจะเกิดความสุขทั้งต่อตนเอง และครอบครัว ทั้งนี้เพื่อสร้างความสมดุลทางจิตใจให้เกิดขึ้นแก่บุคคลและสังคม

ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักในงานวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ มีเพียง 3 รายที่นับถือ

ศาสนาอิสลามแต่หลักคำสอนในทุกศาสนาก็มีความคล้ายคลึงกัน ซึ่งกิจกรรมทางศาสนาที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้ง่ายๆ คือ การสวดมนต์ภาวนา การละหมาด การทำบุญและการบริจาค โดยผู้สูงอายุมีความเชื่อว่าผลบุญที่ทำในชาตินี้จะช่วยลดความทุกข์ในใจ และส่งผลให้ร่างกายและจิตใจสบายขึ้น จึงพยายามที่จะน้อมนำเอาหลักธรรม คำสอนมาปฏิบัติอยู่เป็นประจำ ดังคำกล่าวของผู้สูงอายุหญิง 5 รายดังนี้

“ละหมาดทุกวัน ก็สบายใจไปอย่างเป็นหลักยึดตรงนี้ ถ้าไม่มีตรงนี้เห็นอะไรก็จะหงุดหงิดไปหมด รกหู รกตาไปหมด (ID 1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:298-301) อยู่ได้ทุกวันนี้เพราะพระอัลเลาะห์ช่วย สิ่งที่ทำทุกวัน ขออยู่ทุกวัน สิ่งที่ได้ะทำอยู่ทุกวัน 5 เวลาช่วยได้เยอะ” (ID 1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:352-353)

“สวดมนต์ทุกคืนเลย วันไหนแย่มันเหนื่อย มันเพลีย ก็นอนสวดเอา ทุกวันนี้ก็พยายาม อยากถือศีลก็ไปไม่ได้ 2 ปีแล้ว ไปไม่ไหว มีสตางค์ก็ฝากเค้าไปใส่ตู้ ติดก้นที่เทศน์บ้าง ทำแล้วเรารู้สึกดี” (ID 5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:204-207)

“ไปวัดไม่ไหว...พระไม่มีมาบิณฑบาตร เราก็ได้แต่สวดมนต์เอา สวดกับหมอน ก็ขอไปเรื่อยนะ อย่าให้เราเป็นอะไร อย่าไปล้มเดียวเดินไม่ได้ ทำอะไรไม่ได้ จะลำบากลูกๆ” (ID 6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:72-75)

“ก่อนนอนต้องสวดซิคะ ก็ไม่มาก ไม่แกง เราก็สวดเท่าที่จำได้ ที่เราทำเป็น เห็นคนยากจน ขอทานเราก็ให้บ้าง 5 บาท 10 บาท ทำบุญ เราทำแล้วสบายใจ” (ID 7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:127-130)

“ขอให้พระเจ้าคุ้มครอง ขอทั้ง 5 เวลาเลยนะ ขอทุกเรื่องเลย อย่าให้เราเป็นอะไรไป เพราะถ้าล้มแล้วจะลำบาก เดี่ยวทำอะไรเองไม่ได้ ต้องเป็นภาระคนอื่นอีก” (ID 10 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:184-186)

**2.3.3 การพยายามช่วยเหลือตนเอง** คือการที่ผู้สูงอายุทุกรายมีความหวังที่จะหายเป็นปกติ หรือมีสภาพที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากยิ่งขึ้น สภาพที่ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง การที่ต้องดำรงบทบาทของผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกหงุดหงิด ไม่พอใจกับสภาพของตนเอง และอยากจะพ้นจากสภาพที่เป็นอยู่ ดังนั้นผู้สูงอายุจึง

พยายามช่วยเหลือตนเองเท่าที่สามารถทำได้ เพื่อลดหรือช่วยแบ่งเบาภาระของคนในครอบครัว ซึ่งต่างคนก็มีหน้าที่รับผิดชอบและยังต้องดิ้นรนในการหาเลี้ยงครอบครัว

ตัวอย่างของผู้สูงอายุหญิงรายหนึ่งเล่าให้ฟังถึงความพยายามที่จะช่วยเหลือตนเองเท่าที่จะสามารถทำได้ เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระของคนในครอบครัว บางครั้งก็รู้สึกถึงความยากลำบากแต่ก็พยายามฝืนที่จะทำเอง เนื่องจากผู้สูงอายุนี้มีความกลัวการหกล้มจนไม่กล้าที่จะยืน/เดินเอง จึงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ตนเองสามารถที่จะช่วยตนเองได้ เช่น เวลาขับถ่ายก็จะนั่งราบบลงไปกับโถส้วมเลย อาบน้ำก็จะนั่งที่เก้าอี้ ทำกับข้าวก็จะนั่งทำกับพื้นโดยการนำเครื่องครัวมาวางไว้ที่พื้น เสื้อผ้าก็ใส่ถึงซักแต่จะขอให้หลานสาวช่วยตากให้เนื่องจากราวตากผ้าอยู่นอกบ้าน ส่วนเรื่องรายได้บุตรส่งเสียให้เดือนละ 2,000 บาทซึ่งไม่เพียงพอจากการที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับครอบครัวของพี่สาว มีรายจ่ายที่ต้องช่วยกัน จึงพยายามหารายได้เสริมโดยการรับจ้างทำดอกไม้ประดิษฐ์

“อะไรที่ทำได้ก็ฝืนไปเถอะทำเอง (ID 1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:146) ก็นั่งราบบลงไปเลย เอาน้ำล้างให้เกลี้ยง เอาแปรงขัดแล้วก็นั่งลงไปเลย เวลาลุกก็ต้องเกาะถ่วงน้ำแล้วก็โหนอีกมือหนึ่ง เวลาอาบน้ำก็นั่งตรงถึงดำเนินแหละ มีเก้าอี้ก็นั่งอยู่ค่อยๆ หย่อนกันลงไปนั่ง ถ้าไม่อย่างนั้นก็ไม่ได้ ยืนอาบไม่ได้ ถ้ายืนต้องล้มแน่เลย (ID 1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:270-274) เวลาทำกับข้าวก็นั่งทำยังสามารถขยับ ลูกเข้าหยิบอะไรได้ ค่อยๆ ทำ ไม่ทำอะไรเยอะหรอก (ID 1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:280-281) เท่าที่ทำได้ เสื้อผ้าก็ซักเองหมดอาศัยเค้าตากให้ นั่งซักไม่ได้ ก็ใส่เครื่อง แล้วก็บอกว่าตากให้ทีสิ เค้าก็เอาไปตากให้ (หลานสาวคนโต)” (ID 1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:331-333) ตอนนี้ไม่ได้ปอกหอมแล้ว เค้าไม่ได้เอามาให้ ตอนนี้ทำดอกไม้แทน ดอกไม้ประดิษฐ์ ทำเข้าซ้อ เค้าเอามาส่งให้ที่บ้าน บางทีถ้างานเร่งๆ ก็ทำดีกหน่อย ก็พอมีรายได้บ้าง ดีกว่าอยู่เฉยๆ เบื่อตัวเองเปล่าๆ (ID 1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L:65-69)

ในกรณีของผู้สูงอายุนี้นี้หลังจากที่หกล้ม ทำให้มีปัญหาในเรื่องของความกลัวหกล้มจนกลายเป็นภาระของบุตรสาวที่ต้องมาดูแล แต่ด้วยความเกรงใจ และอยากช่วยแบ่งเบาภาระของบุตรสาวที่ต้องทำงาน ต้องดูแลครอบครัวตนเอง แล้วยังต้องแบ่งเวลามาดูแลแม่อีก ผู้สูงอายุจึงหันมามองตนเองว่ายังพอที่จะช่วยเหลือตนเองได้ จึงบอกให้ลูกสาวย้ายครวมาไว้ที่หน้าบ้านซึ่งตั้งอยู่ที่พื้น ใช้วิธีนั่งทำกับข้าวแทน (ดังแสดงในภาพที่ 4.2)



“กินนอนพัก หุงข้าวตอนเย็น กับข้าวที่ซื้อไว้ก็อุ่นเอา นั่งทำนะ....เย็นทำไม่ได้...คือว่าเย็น  
ทำแล้วมันจะลึ่ม มันเซ....ตอนแรกครัวอยู่หลังบ้าน ลูกสาวเค้าย้ายมาให้ บอกลูกสาวว่าเอาเตามา  
ตั้งหน้าบ้านเถอะลูก แม่พอจะช่วยได้บ้าง ก่อนนี้ลูกสาวเค้ามาทำให้ทุกเย็นๆ ตั้ง 2 ปีแน่ะ นึกขึ้น  
ได้แม่พอทำได้นะลูก เอาเตามาตั้งไว้หน้าบ้าน สายยางก็ต่อไว้ให้ สงสารเค้า กลับจากงานก็มาทำ  
ให้เรา เสร็จก็ต้องไปทำที่บ้านเค้าอีก ไหนจะรดเสื้อผ้านักเรียนให้ลูกหลานอีก” (ID 2 สัมภาษณ์  
ครั้งที่ 2 L:39-47)



ภาพที่ 4.2 แสดงตัวอย่างของครัวที่ถูกย้ายมาไว้หน้าบ้าน  
และตั้งอยู่กับพื้นเพื่อความสะดวกของผู้สูงอายุ

“เค้าก็มาคอยดู คอยจูงเข้าห้องน้ำ แต่เราก็เกรงใจ ไม่อยากเป็นภาระ เค้าต้องทำงาน  
เรายังพอไหว ทำเองได้ก็ทำ อยู่เฉยๆ ก็ไม่ดี อะไรทำได้ก็ทำ ซักผ้าก็ขยำๆ เอา น้ำมันคอยจะลืดอก  
ต้องออกกำลัง” (ID 3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:153-156)

สำหรับผู้สูงอายุหญิงรายนี้เล่าให้ฟังถึงความพยายามที่จะช่วยเหลือตนเองว่า เรายัง  
รู้สึกภูมิใจที่ยังพอนั่งได้ เดินได้ถึงจะไม่ค่อยสะดวกนัก แต่ก็ยังพอที่จะช่วยเหลือตนเองได้ เวลานั่ง  
ทำกับข้าวก็จะต้องนั่งทำเพราะยืนนานๆ ไม่ได้ เครื่องปรุก็วานให้หลานช่วยหยิบมาวางใกล้ๆ  
เตาแก๊สก็ให้ลูกช่วยตัดขาออกให้เตี้ยลง (ดังแสดงในภาพที่ 4.3) ดังคำกล่าวที่ว่า



“ก็ยั้งดี ยั้งภูมิใจว่าเรายังพอนั่งได้ อะไรได้ ถ้าเราเดินไม่ได้ นั่งไม่ได้ก็จะลำบาก ยังพอช่วยเหลือตนเองได้อยู่ (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:284-286) เวลาทำกับข้าว มีหลานช่วยตำน้ำพริกปรุงเอง ทำเอง ก็นั่งทำเอา ยืนไม่ได้หรอก เตาแก๊สเนี่ยตัดขาออกไปครึ่งหนึ่งให้มันเตี้ย ให้หลานล้างผักให้ หยิบโน่นหยิบนี่มาวางใกล้ๆ ล้างจานหลานก็ล้างให้” (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:287-292)



ภาพที่ 4.3 แสดงตัวอย่างของเครื่องครัวและเตาแก๊สที่ถูกตัดขาให้สั้นลง

“ตื่นตั้งแต่ตี 5 อาบน้ำ กินข้าว ลูกเค้าหาไว้ให้แล้วเค้าก็ไปทำงาน ยายกินเองได้ แล้วก็มานั่งอยู่ตรงนี้ ชายของ ลูกเค้ามาเค้าก็หยิบเอง เราก็รอเก็บตังค์ ก็เป็นคนแถวๆ นี้แหละ กลางวันลูกเค้าก็แวะเอาข้าวมาให้ (ID 6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:116-119) ยาก็กินเอง...จำได้ อะไรที่พอทำได้ก็ทำเอง ไม่อยากเป็นภาระให้ลูกๆ เค้าทำงานก็เหนื่อยแล้ว” (ID 6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:126-127)

ส่วนผู้สูงอายุชายรายนี้เล่าให้ฟังถึงวิธีที่พยายามช่วยตนเอง เช่น เวลาขึ้นบันไดหากมีราวจับก็จะโหนตัวขึ้นได้ แต่ถ้าไม่มีราวจับก็จะใช้วิธีนั่งลงแล้วเอาก้นถัดขึ้นบันได และเนื่องจากผู้สูงอายุมีอาการอ่อนแรงที่ขาข้างซ้ายจากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองและมีประวัติหกล้มบ่อยครั้ง จึงพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองมาเป็นการนั่งทำกิจกรรมต่างๆ แทนเพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม เช่นเวลาอาบน้ำก็จะนั่งเก้าอี้พลาสติกมีพนักพิง เวลาใส่เสื้อผ้าก็จะนั่งลงกับเตียงนอนแล้วพยายามที่จะใส่เสื้อผ้าเอง ดังตัวอย่างคำกล่าวที่ว่า

“ถ้ามีราวจับขึ้นได้ แต่ถ้าไม่มีราวจับก็เดินมาแล้วก็นั่ง เขากันถัดขึ้นมา....(ID 9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:91-92) อาบน้ำเอง นั่งอาบ พยายามทำเอง เสื้อผ้าใส่เอง ก็นั่งใส่เอา นั่งกับเตียงนอนแล้วก็สวมขึ้นมา” (ID 9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:94-95)

**2.3.4 ครอบครัวยุติธรรมและร่วมกันช่วยเหลือ** คือ การที่ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักได้ถ่ายทอดหรือบอกเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับประสบการณ์การหกล้ม สภาพความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ หรือเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นตามมาจากการหกล้มให้แก่บุคคลภายในครอบครัวได้รับรู้ ได้แก่ คู่ชีวิต บุตร หลาน ญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน เมื่อเจ็บป่วยผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแล ต้องการพึ่งพาให้บุตรหลานช่วยเหลือในการพาไปรักษาในสถานบริการสาธารณสุข เป็นธุระช่วยจัดการในสิ่งต่างๆ ที่แพทย์หรือบุคลากรทางสาธารณสุขวินิจฉัยว่ามีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เช่น แนวทางการรักษา การจัดหาไม้เท้า รถเข็น การทำราวให้ผู้สูงอายุเกาะเดิน บุคคลในครอบครัวจึงเป็นผู้ที่รับรู้ปัญหาต่างๆ ร่วมกับผู้สูงอายุ และมีบทบาทสำคัญในการค้นหาและร่วมกันวางแผนทางการช่วยเหลือผู้สูงอายุให้ปลอดภัย ลดความทุกข์ทรมานจากสภาพที่เป็นอยู่ และดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“เข้าห้องน้ำก็พยายามระวังนะ มีราวให้เกาะ ก็พยายามเกาะเดินกลัวล้มถ้าไม่มีต้องล้มแน่เพราะเราเกาะอะไรไม่ได้ ก็พยายามนะ กลัวล้มในห้องน้ำ ถ้าล้มในห้องน้ำก็หมดโอกาส ให้หลานทำราวเกาะในห้องน้ำ เดินไปไหนก็ต้องเกาะ พี่เขยก็ต้องเกาะจนกระทั่งพี่เขยเสียไปแล้วปึกว่าแล้ว” (ID 1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:219-226)

ผู้สูงอายุหญิงรายนี้เล่าให้ฟังถึงแนวทางในการป้องกันการหกล้มที่บุตรพยายามหาทางออกไว้ให้ เช่น การทำคานไม้เป็นแนวยาวไว้ที่ได้ถุนบ้านเพื่อให้ผู้สูงอายุได้เกาะเดิน (ดังแสดงในภาพที่ 4.4) และผู้สูงอายุยังมีความกลัวการหกล้มอยู่โดยเฉพาะกลัวล้มในห้องน้ำเวลากลางคืนซึ่งบุตรก็ได้นำเอาถาดน้ำพลาสติกมาประยุกต์เป็นที่รองรับปัสสาวะของผู้สูงอายุในเวลากลางคืน เพื่อเป็นการช่วยลดความเสี่ยงต่อการหกล้มด้วย (ดังแสดงในภาพที่ 4.5) ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“เวลาเดินไปห้องน้ำ ลูกเค้าทำราวไว้ให้เกาะ (ชี้ให้ดู) เนี่ยก็เกาะแล้วค่อยๆเดินไป ส้วมก็อยู่สูงนั่งลงไปเลย เวลาลุกในห้องน้ำก็มีโถ่ง เราก็อะแล้วค่อยๆลุกขึ้น(ID 2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L:81-84) ปวดฉี่ พอพลิกตัวปั๊บปวดฉี่ ก็ต้องลุกขึ้นมา นั่งถึงฉี่ ไม่กล้าเข้าห้องน้ำตอนกลางคืน

กลัวลื่นล้ม กลางคืนลุกๆ เค้าก็ดู... แต่เค้าไม่ให้ลูกเข้าห้องน้ำ เค้าให้ฉี่ในถัง เค้าเอามาไว้ให้ที่  
ปลายเท้า(ID 2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:153-158)



ภาพที่ 4.4 แสดงให้เห็นคนไม่เป็นแนวยาวที่บุตรทำไว้ให้ผู้สูงอายุเกาะเดิน



ภาพที่ 4.5 แสดงถึงน้ำที่ประยุกต์เป็นที่รองรับปัสสาวะเพื่อลดความเสี่ยง  
ในการเข้าห้องน้ำของผู้สูงอายุเวลากลางคืน

“เวลาไปหาหมอไป ลูกเค้าจับกันไป ลุงกันไป ซ้ำมสะพาน ก่อนล้มเดินได้ แต่หลังล้มไม่ได้ ต้องเกาะเค้าไป สะพานหน้าบ้านยังไม่ได้ทำ ไม่มีที่เกาะ บางทีก็เดินไปอาศัยข้ามสะพานตรงบ้านทรงไทย บ้านพี่-น้องกัน เค้ามีที่เกาะ เราก็เกาะราวเดินไปขึ้นแท็กซี่ มีลูกไปด้วย(ID 3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:142-149) ลูกหลานเค้าก็มาคอยดู คอยจูงเข้าห้องน้ำ แต่เราก็เกรงใจ ไม่อยากเป็นภาระ เค้าต้องทำงาน เรายังพอไหว ทำเองได้ก็ทำ”(ID 3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:153-155)

ในกรณีของผู้สูงอายุหญิงอีกรายหนึ่งเล่าให้ฟังถึงวิธีการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ ซึ่งมีปัญหาในเรื่องของความยากลำบากในการนั่งส้วมแบบยongๆ แต่เนื่องจากบ้านที่อาศัยอยู่เป็นบ้านเช่า บุตรชายเคยไปขออนุญาตเจ้าของบ้านเพื่อจะปรับเปลี่ยนส้วมให้เป็นแบบชักโครกแต่เจ้าของบ้านไม่ยินยอม บุตรสาวจึงจัดหาเก้าอี้สำหรับนั่งถ่ายมาครอบโถส้วมให้ (ดังแสดงในภาพที่ 4.6) นอกจากนี้ผู้สูงอายุรายนี้ยังมีประวัติของหกล้มบ่อยด้วยสาเหตุของอาการวูบ บุตรชายจึงลาออกจากงานมาอยู่เป็นทำให้อุบัติการณ์ของหกล้มมากขึ้น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“นั่งส้วมไม่ได้ เคยขอเจ้าของบ้าน น้องชายเค้าจะซื้อชักโครกให้ เจ้าของบ้านว่ามันลำบาก ฉันทักบอกว่าเวลาไปฉันทักก็ไม้อาไปหรอก กบ (ลูกสาว) เค้าก็เลยซื้อโถะครอบที่วางกับส้วมซื้อจากร้านหมอ ก็ดีไม่ต้องนั่งยongๆ ไม่ต้องร้องโอย...โอย...เวลานั่ง”(ID 4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:92-97) ลูกเค้าเห็นยายล้มบ่อยๆ เค้าเลยลาออกจากงานมาอยู่เป็นเพื่อนตลอด ช่วยงานแม่ที่บ้าน”(ID 4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:141-143)

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาพที่ 4.6 แสดงถึงเก้าอี้นั่งถ่ายสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อครอบกับโถส้วม เนื่องจากเจ้าของบ้านเช่าไม่ให้ปรับเปลี่ยนเป็นชักโครก

#### สรุป : ประสบการณ์ความกลัวต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเกี่ยวกับประสบการณ์ความกลัวต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ จำนวน 10 ราย สามารถสรุปได้เป็น 2 ประเด็นหลักดังนี้

ประเด็นที่ 1 กลัวหกล้มซ้ำ เป็นความรู้สึกแรกๆ ที่ผู้ให้ข้อมูลหลักนึกถึงเนื่องจากยังคงมีความรู้สึกฝังใจเกี่ยวกับเหตุการณ์หกล้มที่ผ่านมา โดยผู้สูงอายุมองว่าการหกล้มเป็นเหตุการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ ไม่สามารถคาดเดาได้ถึงแม้ว่าจะพยายามระวังอย่างที่สุดแล้ว และมองว่าตนเองอาจเกิดการหกล้มซ้ำได้อีก โดยคิดว่าเป็นเพราะสภาพร่างกายของตนเองในปัจจุบันที่มีข้อจำกัดในหลายๆ ด้าน ประกอบกับอายุที่สูงวัยขึ้น ซึ่งมีประเด็นที่เกี่ยวข้อง 4 ประเด็น ได้แก่ 1) กลัวไม่มีใครเห็นเวลาล้ม 2) กลัวเจ็บป่วยมากขึ้น 3) กลัวว่าจะเป็นภาระคนอื่น 4) กลัวว่าล้มแล้วอาจเสียชีวิต

ประเด็นที่ 2 กลัวจนมีผลต่อการดำเนินชีวิต ความกลัวเป็นความรู้สึกไม่มั่นคงทางอารมณ์ ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้กับผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ความกลัวจะส่งผลเสียแก่บุคคล เช่น ทำให้สูญเสียความเชื่อมั่นในตนเองหรือทำให้เสียบุคลิกภาพ ถ้าความกลัวที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับที่เหมาะสม ก็จะมีประโยชน์ทำให้บุคคลมีความระมัดระวังต่ออันตรายหรืออุบัติเหตุมากขึ้น แต่ถ้าหากความกลัวที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง และเป็นความกลัวที่ไม่สมเหตุสมผล จะทำให้บุคคลนั้น



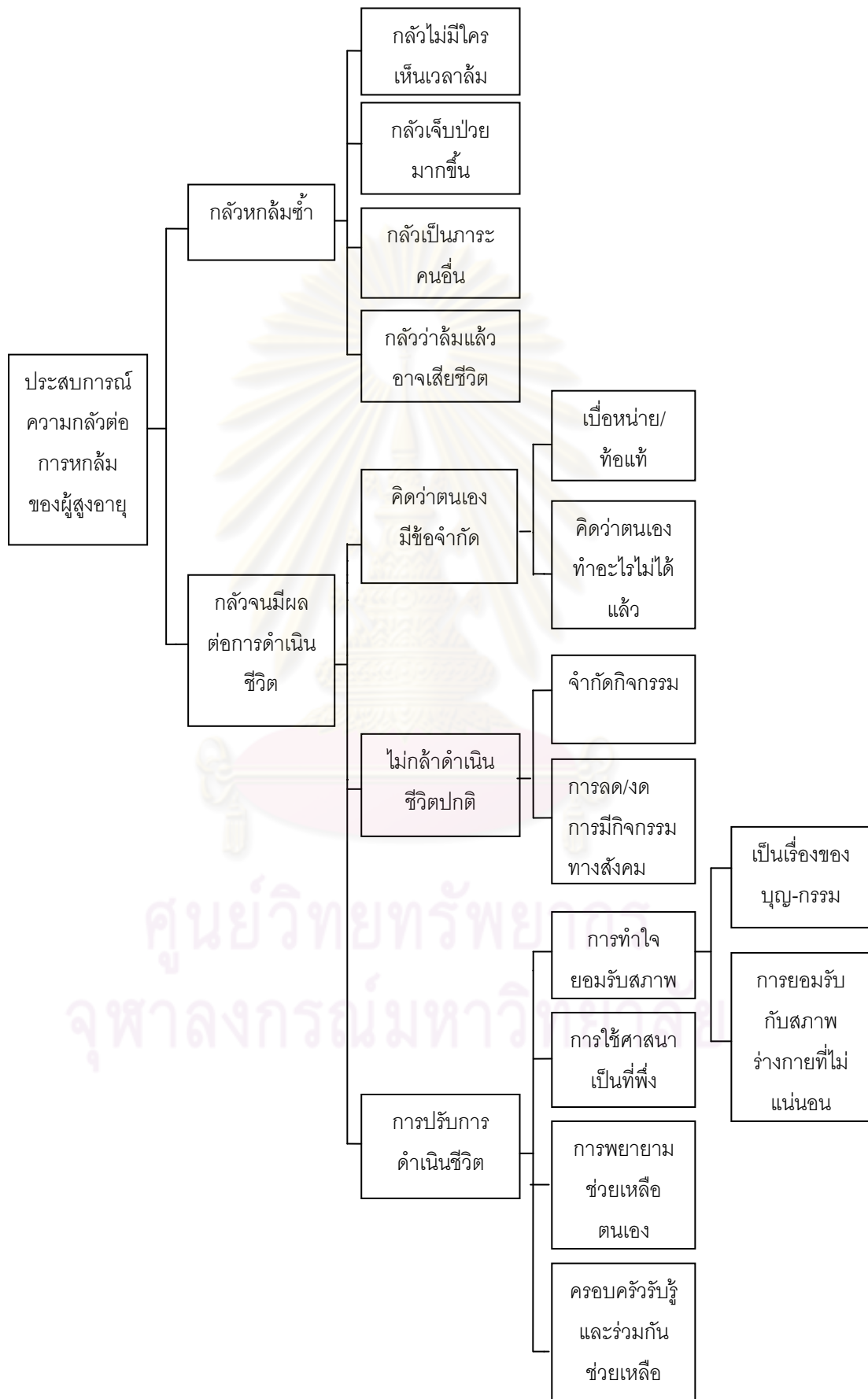
พยายามทำทุกวิถีทางเพื่อหลีกเลี่ยงการเผชิญกับสิ่งที่ตนเองกลัว จนกระทั่งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตปกติของผู้สูงอายุ ซึ่งมีประเด็นที่เกี่ยวข้อง 3 ประเด็น คือ 1) คิดว่าตนเองมีข้อจำกัด 2) ไม่กล้าดำเนินชีวิตปกติ 3) การปรับการดำเนินชีวิต

ผลสรุปเกี่ยวกับการศึกษาปรากฏการณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ความกลัวต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ ดังแสดงใน แผนภาพที่ 4.7



ศูนย์วิทยพัชร์พยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภาพที่ 4.7 ประสบการณ์ความกลัวต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เพื่อบรรยายประสบการณ์ความกลัวต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) และแนวคำถาม (Interview guideline) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยกำหนดข้อคำถามตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ได้ถ่ายทอดเรื่องราวประสบการณ์กลัวการหกล้มที่เกิดขึ้นตามความรู้สึกอย่างแท้จริง ทั้งนี้ในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้กระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลหลักบอกเล่า อธิบาย ขยายความ และสะท้อนความรู้สึก โดยใช้คำถามปลายเปิดเพื่อความกระจ่างของข้อมูล และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลหลักตอบโดยอิสระและเป็นธรรมชาติ ไม่มีการแนะนำหรือชี้นำเกี่ยวกับเรื่องที่ศึกษา

สำหรับการได้มาของข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีประวัติหกล้มอันส่งผลให้เกิดประสบการณ์กลัวการหกล้ม พำนักอาศัยอยู่ในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ แขวงคลองจั่นและห้วยหมาก ทั้งนี้การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพจะเน้นในเรื่องของการศึกษาข้อมูลจากผู้ที่มีคุณสมบัติตรง มีประสบการณ์ในเรื่องที่กำลังศึกษาและสามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน ตรงตามปรากฏการณ์ที่อยู่ในความสนใจ ดังนั้นในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวนผู้ให้ข้อมูลหลักรวมทั้งสิ้น 10 ราย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ร่วมกับการบันทึกเทป การสังเกต และการบันทึกภาคสนาม แล้วนำข้อมูลที่ได้มาทำการถอดเทปแบบคำต่อคำ (Verbatim) นำมาวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำเสนอประสบการณ์กลัวการหกล้มของผู้สูงอายุได้เป็น 2 ประเด็นหลัก และ 7 ประเด็นย่อยดังนี้

ประเด็นที่ 1 กลัวหกล้มซ้ำ เป็นความรู้สึกที่ยังฝังใจผู้สูงอายุเกี่ยวกับเหตุการณ์หกล้มที่ผ่านมา โดยผู้สูงอายุมองว่าการหกล้มเป็นเหตุการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ ไม่สามารถคาดเดาได้ถึงแม้จะพยายามระวังอย่างที่สุด จึงเกิดความรู้สึกกลัวที่จะเกิดการหกล้มซ้ำอีก โดยแบ่งออกได้เป็น 4 ประเด็นย่อยดังนี้

1.1 กลัวไม่มีใครเห็นเวลาล้ม เป็นความรู้สึกกลัวของผู้สูงอายุจากการรับรู้ว่าจะหากมีการหกล้มเกิดขึ้นแล้วไม่มีบุคคลอื่นอยู่ในสถานการณ้นั้นด้วย หรือเป็นบุคคลที่ตนเองไม่รู้จัก ไม่สนิทสนม จึงทำให้เกิดความรู้สึกกลัวว่าจะไม่ได้รับการช่วยเหลือ

1.2 กลัวเจ็บป่วยมากขึ้น คือ การที่ผู้สูงอายุรับรู้และมองเห็นผลที่จะเกิดขึ้นตามมาจากการหกล้มว่ามีความรุนแรง จะบั่นทอนให้สุขภาพร่างกายของตนเองแย่ลง ทำให้เกิดการเจ็บป่วยมากขึ้น

1.3 กลัวเป็นภาระคนอื่น คือ การที่ผู้สูงอายุรับรู้ถึงสุขภาพของตนเองว่ามีการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากผลกระทบจากการหกล้ม ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงต้องเปลี่ยนบทบาทมาอยู่ในฐานะของผู้ที่ต้องคอยรับความช่วยเหลือจากผู้อื่นตลอดเวลา ทำให้เกิดความรู้สึกกลัวที่จะต้องตกเป็นภาระของบุคคลในครอบครัว

1.4 กลัวว่าล้มแล้วอาจเสียชีวิต เป็นความกลัวที่เกิดขึ้นจากการได้รับรู้ถึงผลกระทบที่รุนแรงจากการหกล้มจากข้อมูลข่าวสาร บุคลากรทางการแพทย์ คำเตือนของบุคคลในครอบครัว หรือบางรายได้เห็นเหตุการณ์จริงจากบุคคลรอบข้างที่เคยหกล้มและมีผลกระทบรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต

ประเด็นที่ 2 กลัวจนมีผลต่อการดำเนินชีวิต ความกลัวเป็นความรู้สึกไม่มั่นคงทางอารมณ์ ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้กับผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ความกลัวจะส่งผลเสียแก่บุคคล เช่น ทำให้สูญเสียความเชื่อมั่นในตนเองหรือทำให้เสียบุคลิกภาพ ถ้าความกลัวที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับที่เหมาะสม ก็จะมีประโยชน์ทำให้บุคคลมีความระมัดระวังต่ออันตรายหรืออุบัติเหตุมากขึ้น แต่ถ้าหากความกลัวที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง และเป็นความกลัวที่ไม่สมเหตุสมผล จะทำให้บุคคลนั้นพยายามทำทุกวิถีทางเพื่อหลีกเลี่ยงการเผชิญกับสิ่งที่ตนเองกลัว จนกระทั่งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตปกติของผู้สูงอายุ ซึ่งมีประเด็นที่เกี่ยวข้อง 3 ประเด็น คือ

2.1 คิดว่าตนเองมีข้อจำกัด คือ การที่ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีข้อจำกัดทางด้านร่างกายทั้งที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงที่เสื่อมถอยลงจากวัยที่สูงอายุขึ้น การเจ็บป่วยและพยาธิสภาพของโรค การเปลี่ยนแปลงทางด้านสภาพจิตใจ ประกอบกับผลกระทบที่เกิดตามมาจากการหกล้ม เช่น การบาดเจ็บ ความกลัว ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจหรือลังเลที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง

2.2 ไม่กล้าดำเนินชีวิตปกติจากการที่ผู้สูงอายุรับรู้ถึงภาวะสุขภาพของตนเองที่เปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากอาการเจ็บป่วยที่สัมพันธ์กับการหกล้ม ทำให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นใจที่จะทำกิจกรรมประจำวันด้วยตนเองอย่างอิสระ มีความรู้สึกว่าต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวหรืออุปกรณ์ช่วยเหลือ เพื่อสร้างความมั่นใจและความรู้สึกปลอดภัยในชีวิต

2.3 การปรับการดำเนินชีวิต เป็นระยะที่ผู้สูงอายุมีการรับรู้ถึงสุขภาพของตนเองว่ามีการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจาก อาการเจ็บป่วยที่สัมพันธ์กับการหกล้ม ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องปรับพฤติกรรมตนเอง ปรับความรู้สึกนึกคิด ปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อเผชิญสิ่งที่มา

กระทบ รวมถึงการแสวงหาวิธีการต่างๆ เพื่อสามารถดำรงชีวิตต่อไปได้ ซึ่งแบ่งเป็นประเด็นย่อย 4 ประเด็น ได้แก่

1) การทำใจยอมรับสภาพ คือ การที่ผู้สูงอายุโน้มมนำเอาหลักธรรมคำสอนทางศาสนามาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ทำให้เกิดการยอมรับได้ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองเกิดเนื่องจากผลกรรมที่ตนเองได้กระทำมา และยอมรับว่าสภาพร่างกายของตนเองไม่มีความแน่นอน รอวันมาถึงช่วงวาระสุดท้ายเท่านั้นเอง

2) การใช้ศาสนาเป็นที่พึ่ง หมายถึงการที่ผู้สูงอายุนำเรื่องของศาสนามาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้คิดหาหนทางออกในการแก้ปัญหา โดยการยึดหลักธรรมคำสอนของแต่ละศาสนาเป็นกรอบปฏิบัติ หรือเป็นที่พึ่งทางใจเพื่อต่อสู้กับเหตุการณ์ต่างๆ ที่ไม่สามารถควบคุมหรือคาดหมายล่วงหน้าได้ เพื่อช่วยให้จิตใจสงบ

3) การพยายามช่วยเหลือตนเอง เนื่องจากสภาพร่างกายที่ไม่สามารถกระทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง การที่ต้องดำรงบทบาทของผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกหงุดหงิดและอยากจะพ้นจากสภาพที่เป็นอยู่ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงพยายามช่วยเหลือตนเองเท่าที่จะสามารถทำได้ เพื่อลดหรือช่วยแบ่งเบาภาระของคนในครอบครัว ซึ่งต่างก็มีหน้าที่รับผิดชอบของตนเอง

4) ครอบครัวรับรู้และร่วมกันช่วยเหลือ คือ การที่บุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนรับรู้ปัญหาต่างๆ ร่วมกับผู้สูงอายุ และเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการค้นหาและร่วมกันวางแผนแนวทางในการช่วยเหลือผู้สูงอายุให้ปลอดภัย ลดความทุกข์ทรมานจากสภาพที่เป็นอยู่ และสามารถดำเนินชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างมีความสุข

### อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเกี่ยวกับประสบการณ์ความกลัวต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ แสดงถึงเหตุการณ์หรือเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับการหกล้ม ความรู้สึก ตลอดจนการดำเนินชีวิต และการเผชิญปัญหาภายหลังจากการหกล้มของผู้สูงอายุ ซึ่งผลการวิจัยแบ่งเป็นประเด็นใหญ่ได้ 2 ประเด็น ดังนี้

#### ประเด็นที่ 1 กลัวหกล้มซ้ำ

ข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาพบว่า กลัวหกล้มซ้ำ เป็นความรู้สึกแรกๆ ที่ผู้ให้ข้อมูลนึกถึง ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Walker and Howland (1990) พบว่า ร้อยละ 25 ของผู้สูงอายุจะมีความกลัวการหกล้มมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับความกลัวต่อสิ่งอื่นๆ เช่น ปัญหา



อาชญากรรม ปัญหาทางเศรษฐกิจ เนื่องจากยังคงมีความรู้สึกผองใจเกี่ยวกับเหตุการณ์หกล้มที่ผ่านมา และมองว่าตนเองอาจเกิดการหกล้มซ้ำได้อีก โดยคิดว่าเป็นเพราะสภาพร่างกายของตนเองในปัจจุบันที่มีข้อจำกัดในหลายๆ ด้าน ประกอบกับอายุที่สูงวัยขึ้น ดังจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัย และการหกล้มซึ่งเป็นอุบัติเหตุที่สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ไม่สามารถคาดเดาได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tideiksaar (1998) พบว่า ภายหลังจากการหกล้มผู้สูงอายุมักเกิดความวิตกกังวล ขาดความมั่นใจในตนเองเนื่องจากการหกล้มซ้ำ และจากการศึกษาของ Kressing และคณะ (2001) พบว่าประมาณร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์หกล้มมักมีความกลัวต่อการหกล้มซ้ำ

ถึงแม้บางครั้งการหกล้มจะไม่ส่งผลต่อการบาดเจ็บทางด้านร่างกายก็ตาม แต่จากการศึกษาพบว่าร้อยละ 25 ของผู้สูงอายุที่เคยหกล้มจะไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ และแยกตัวออกจากสังคม เนื่องจากผู้สูงอายุจะเกิดความกลัวการหกล้ม (Fear of fall) การหกล้มจะนำไปสู่วงจรอันตรายทำให้ผู้สูงอายุกลัวการหกล้มซ้ำ เริ่มหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรม เมื่อผู้สูงอายุไม่ค่อยเคลื่อนไหวจะส่งผลทำให้สูญเสียความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เกิดข้อยึดติด เกิดความไม่มั่นใจในการเดินหรือการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง นำไปสู่การหกล้มซ้ำได้อีกหรืออาจนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อน เกิดภาวะพึ่งพา และอาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้ในที่สุด (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2548) นอกจากนี้ยังมีรายงานว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับท่าทางการเดินและการทรงตัว ถึงแม้ว่าจะไม่เคยมีประวัติหกล้มมาก่อน ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะมีความกลัวเกี่ยวกับการที่จะไม่สามารถลุกขึ้นได้เองภายหลังหกล้ม กลัวการบาดเจ็บ กลัวการต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือต้องเข้าไปอยู่ในสถานพยาบาล ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุพยายามที่จะทำกิจกรรมที่อาจเสี่ยงต่อการหกล้ม พวกเขาจะมีความกลัวการหกล้ม (Fallaphobia) มีความวิตกกังวล ซึ่งจะแสดงออกโดยมีอาการใจสั่น ตาลาย และรู้สึกถึงความมีอันตราย (Tideiksaar and Silvertown, 1989) ซึ่งความกลัวหกล้มซ้ำประกอบด้วย 4 ประเด็นย่อย คือ 1) กลัวไม่มีใครเห็นเวลาล้ม 2) กลัวเจ็บป่วยมากขึ้น 3) กลัวเป็นภาระคนอื่น 4) กลัวว่าล้มแล้วอาจเสียชีวิต

### 1. กลัวไม่มีใครเห็นเวลาล้ม

ผู้สูงอายุมองว่าถ้าหากมีการหกล้มเกิดขึ้นแล้วไม่มีบุคคลอื่นอยู่ในสถานการณ์นั้นด้วย หรือบุคคลที่อยู่ในเหตุการณ์ขณะนั้นไม่รู้จักรัน ประกอบกับสภาพแวดล้อมที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม เช่น ทางเดินเรียบคล่องที่ไม่มีราวจับ ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกกลัวว่าตนเองจะไม่สามารถช่วยเหลือ กลัวว่าจะไม่สามารถลุกขึ้นได้เองภายหลังการหกล้ม และจากข้อค้นพบที่ได้จากงานวิจัยพบว่าผู้สูงอายุบางรายเคยมีประสบการณ์ตรงที่เคยหกล้มแล้วไม่สามารถพุงตัวเองให้ลุกขึ้นได้ ต้องมีการร้องขอให้ผู้อื่นมาช่วย จึงเป็นภาพเหตุการณ์ที่ติดตรึงอยู่ในใจ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Nevitte และคณะ (1989) พบว่าระยะเวลา 5 นาทีที่ผู้สูงอายุหกล้มแล้วต้องนอน

อยู่ที่พื้นโดยไม่สามารถช่วยตนเองให้ลุกขึ้นได้มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มตามมา และการมีประสบการณ์ที่ยากลำบากในการที่พยายามจะลุกขึ้นภายหลังการหกล้มหรือต้องรอคอยความช่วยเหลือก็เป็นสาเหตุที่สำคัญอีกประการหนึ่ง (Porter, 1999) ที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความกลัวการหกล้ม

จากข้อค้นพบดังกล่าวยังมีงานวิจัยที่มีความสอดคล้องกันในประเด็นของกลัวไม่มีใครเห็นเวลาล้ม ซึ่ง Kong และคณะ (2002) ค้นพบในประเด็นของความกลัว (Fear) คือ ผู้สูงอายุจะมีความกลัวในเรื่องของกลัวหกล้มซ้ำ กลัวว่าจะช่วยเหลือตนเองไม่ได้ กลัวว่าหกล้มแล้วจะลุกขึ้นเองไม่ได้ กลัวการต้องนอนโรงพยาบาล กลัวขาดอิสระภาพ และกลัวตาย

## 2. กลัวเจ็บป่วยมากขึ้น

ส่วนประเด็นกลัวเจ็บป่วยมากขึ้น คือ การที่ผู้สูงอายุมองเห็นผลที่เกิดขึ้นจากการหกล้มว่ามั่นคงแข็งแรง ทำให้สุขภาพร่างกายของตนเองแยลง ทำให้เกิดการเจ็บป่วยมากขึ้น กลัวว่าล้มแล้วจะเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต กลัวว่าจะพิการ เป็นภาพที่ผู้สูงอายุมองเห็นได้ชัดเจน เนื่องจากเป็นเหตุการณ์จริงที่เกิดขึ้นกับบุคคลใกล้ตัว เช่น เพื่อนบ้าน น้องสาว น้องเขย ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกกลัวหากต้องเป็นเหมือนบุคคลเหล่านั้น ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาที่ว่าเมื่อผู้สูงอายุหกล้มจะนำไปสู่การบาดเจ็บ โดยร้อยละ 5-15 ของการบาดเจ็บทั้งหมดเป็นการบาดเจ็บรุนแรง เช่น ศีรษะได้รับการกระทบกระเทือน กระดูกหัก ข้อเคล็ดอื่น แผลฉีกขาด (Koski et al., 1996; Saari et al., 2006) ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางรายมีความกลัวต่อการหกล้มซ้ำรุนแรงจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้มีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอื่นๆ ตามมา เช่น การเกิดแผลกดทับ กล้ามเนื้ออ่อนแรงและลีบ อากาเรื้อรัง ข้อติดแข็ง จนเกิดเป็นภาวะทุพพลภาพทำให้มีความเสี่ยงต่อการหกล้มเพิ่มขึ้นอีก (Friedman et al., 2002)

## 3. กลัวเป็นภาระคนอื่น

ผลจากการหกล้มทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ร่างกายได้รับบาดเจ็บ เกิดภาวะทุพพลภาพหรืออาจทำให้เสียชีวิตได้ ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุอาจสามารถผ่านพ้นวิกฤติมาได้ แต่ผู้สูงอายุก็ยังคงต้องเผชิญกับปัญหาในการฟื้นฟูสภาพ ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นเวลานาน เนื่องจากไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ และบางรายอาจต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำซากด้วยปัญหาภาวะแทรกซ้อน นอกจากการหกล้มจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกายแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้สูญเสียความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากกลัวการหกล้ม ต้องกลายเป็นภาระของครอบครัวในการดูแลตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจนถึงระยะยาว

จากผลกระทบดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการพึ่งพาบุคคลในครอบครัว ซึ่งการตกอยู่ในภาวะพึ่งพาเป็นการเปลี่ยนแปลงบทบาทที่หนักสำหรับผู้สูงอายุ กล่าวคือเป็นการเปลี่ยนแปลงบทบาทจากผู้ที่มีอิสระในการทำกิจกรรมต่างๆ ตามความต้องการของตนเอง มาเป็นผู้ที่ต้องคอยรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ซึ่งเป็นบทบาทที่ยากจะยอมรับได้ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกอับอายคิดว่าตนเองเป็นตัวปัญหาหรือเป็นภาระแก่ผู้อื่น (ปรีชา อุปโยคิน และคณะ, 2541)

นอกจากนี้ยังมีผลการวิจัยที่เห็นสอดคล้องกันของ Schmid and Rittman (2009) ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับผลจากการหกล้มของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายใน 6 เดือนแรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบประเด็นที่น่าสนใจ คือ ผลจากการหกล้มจะเป็นการเพิ่มภาวะพึ่งพา (Increasing dependence) ให้กับผู้ดูแล และผู้ป่วยเหล่านี้ยังต้องพึ่งอุปกรณ์ในการช่วยเดิน เช่น ไม้เท้า คอก 4 ขา หรือรถเข็นนั่ง บางรายจะใช้วิธียึดหรือเกาะผนังหรือเฟอร์นิเจอร์ เพื่อช่วยลดปัญหาในเรื่องการหกล้มและยังทำให้รู้สึกปลอดภัยมากขึ้น

#### 4. กลัวว่าล้มแล้วอาจเสียชีวิต

ผลการวิจัยยังชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุมองเห็นถึงอันตรายของการหกล้มที่อาจส่งผลกระทบต่อชีวิต ซึ่งผู้ให้ข้อมูลได้ถ่ายทอดถึงเรื่องราวของสภาพแวดล้อมรอบตัวที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม เช่น สภาพบ้านที่อยู่ติดคลอง ร้านค้าและแผงขายของอยู่ริมชายคลอง ทางเดินเรียบคลองที่ไม่มีราวจับ จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่กล้าที่จะเดินข้ามสะพานข้ามคลอง และพยายามที่จะหลีกเลี่ยงไม่เข้าใกล้บริเวณที่คิดว่าอาจจะเป็นอันตราย ซึ่งจะเห็นได้ว่าเมื่อบุคคลเกิดความกลัวจะพยายามทำทุกวิถีทางเพื่อหลีกเลี่ยงการเผชิญกับสิ่งที่ตนเองกลัว (วิญญา วัฒน, 2551)

นอกจากนี้ข้อค้นพบที่ได้ยังมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Kong และคณะ (2002) ทำการศึกษาเรื่องผลกระทบทางจิตสังคมที่เกิดตามมาจากการหกล้มประเด็นหนึ่งคือความกลัวในเรื่องของกลัวหกล้มซ้ำ กลัวว่าจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองไม่ได้ กลัวว่าหกล้มแล้วจะลุกขึ้นเองไม่ได้ กลัวการต้องนอนโรงพยาบาล กลัวขาดอิสระภาพ และกลัวตาย

#### ประเด็นที่ 2 กลัวจนมีผลต่อการดำเนินชีวิต

ความกลัวเป็นความรู้สึกไม่มั่นคงทางอารมณ์ ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้กับผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ความกลัวจะส่งผลเสียแก่บุคคล เช่น ทำให้สูญเสียความเชื่อมั่นในตนเองหรือทำให้เสียบุคลิกภาพ ถ้าความกลัวที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับที่เหมาะสม ก็จะมีประโยชน์ทำให้บุคคลมีความระมัดระวังต่ออันตรายหรืออุบัติเหตุมากขึ้น แต่ถ้าหากความกลัวที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง และเป็น

ความกลัวที่ไม่สมเหตุสมผล จะทำให้บุคคลนั้นพยายามทำทุกวิถีทางเพื่อหลีกเลี่ยงการเผชิญกับสิ่งที่ตนเองกลัว ซึ่งประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ดังนี้

### 1. คิดว่าตนเองมีข้อจำกัด

จากผลการวิจัยผู้สูงอายุรับรู้ถึงข้อจำกัดของตนเอง เช่น อายุมากแล้ว ร่างกายเราไม่ค่อยไหว ปวดเข่า ขาอ่อนแรง ยืนนานไม่ได้ ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือทำได้แต่ไม่สะดวก ไม่คล่องแคล่วเหมือนแต่ก่อน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tideiksaar and Silverton (1989) พบว่า การหกล้มจะนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยลง ความเป็นอิสระโดยไม่ต้องพึ่งพาลดลง ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของตนเองอ่อนแอ ไร้ค่า สูญเสียการควบคุมตนเอง และมีความวิตกกังวล

ผู้สูงอายุจึงต้องตกอยู่ในฐานะผู้รับการดูแลจากคนในครอบครัว จึงก่อให้เกิดสภาพอารมณ์ที่เบื่อหน่าย ท้อแท้กับสภาพร่างกายของตนเองที่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ เนื่องจากรู้สึกว่าไม่หายเป็นปกติเสียที หหมดกำลังใจ รู้สึกว่าตนเองกลายเป็นบุคคลที่ไร้ค่า ไร้ความสามารถ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของยุพิน ถนัดวณิชย์ และพรชัย จุลเมตต์ (2546) พบว่าภาวะสุขภาพทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุสตรีที่มีภาวะข้อสะโพกหักขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงไปในด้านลบ โดยผู้สูงอายุจะมีการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองไม่มีความสามารถ กลายเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีความไม่มั่นใจกับสภาพร่างกายของตนเอง และกลัวการหกล้มซ้ำ ทั้งยังมีความรู้สึกสับสน อ้างว้าง เหงา เบื่อหน่าย รู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของคุณค่า ไม่มีความสุข และเกิดความเครียด

นอกจากนี้ยังพบว่ามีความสอดคล้องกับข้อค้นพบจากการศึกษาของ Convey (1993) ที่พบว่าการหกล้มจะส่งผลให้สภาพจิตใจของผู้สูงอายุแย่ลง และภายหลังการหกล้มผู้สูงอายุจะประเมินตนเองว่าเป็นบุคคลไร้ค่า หหมดความสามารถ ไม่สามารถกระทำการกิจกรรมเหมือนก่อนที่เคยทำได้

### 2. ไม่กล้าดำเนินชีวิตปกติ

ความรู้สึกในด้านลบทั้งหลายที่วนเวียนอยู่ในความคิดของผู้สูงอายุจึงเป็นตัวการหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นใจ ไม่กล้าที่จะใช้ชีวิตตามปกติเหมือนก่อนที่เคยทำเนื่องจากกลัวหกล้ม ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงเลือกที่จะลด/จำกัดการทำการกิจกรรมลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Nelson and Amin (1990) ที่พบว่าความกลัวการหกล้มเป็นผลที่เกิดตามมาจากการหกล้ม จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นต้องจำกัดการเคลื่อนไหว การทำหน้าที่ของร่างกายเสื่อมถอยลง และแยกตัวออกจากสังคมในที่สุด นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่เห็นสอดคล้องกันของ Delbaere และคณะ (2004) ซึ่งทำการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวที่ส่งผลให้หลีกเลี่ยงการทำการกิจกรรมกับความอ่อนแอ



ทางร่างกายของผู้สูงอายุในประเทศเบลเยียม พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ความกลัวการหกล้ม การหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมและความอ่อนแอทางร่างกายยังร่วมกันทำนายการหกล้มในอีก 1 ปีต่อมาอีกด้วย เช่นเดียวกับ Zijlstra และคณะ (2007) ที่ทำการศึกษาอุบัติการณ์ของความกลัวการหกล้มและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการหกล้มกับการหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรม รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ทำการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 54.3 ของกลุ่มตัวอย่างมีความกลัวการหกล้ม และร้อยละ 37.9 พยายามหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรม

นอกจากนี้ข้อค้นพบจากงานวิจัยยังชี้ให้เห็นถึงประเด็นการลด/งดการมีกิจกรรมทางสังคม กล่าวคือ เมื่อผู้สูงอายุรับรู้ถึงการมีข้อจำกัดทางร่างกาย รู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถในการร่วมทำกิจกรรม จึงลดบทบาทตนเองทางสังคมลง หลีกเลี่ยงการพบปะกับบุคคลอื่น ลดการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา การไปร่วมงานบุญ งานกุศลต่างๆ ซึ่งเป็นผลอันเนื่องมาจากกลัวเป็นภาระคนในครอบครัว ต้องไปเป็นเพื่อน ต้องคอยเฝ้าดู และเป็นห่วงเป็นใยว่าจะไปหกล้ม กลัวเกิดอันตรายเมื่อออกไปร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุบางรายที่เคยมีบทบาทในสังคม เช่น เป็นอาสาสมัครของชุมชน เป็นหัวหน้าคุมงาน ต้องลดบทบาทของตนเองลงโดยการลาออก เนื่องจากผู้สูงอายุรับรู้ข้อจำกัดของตนเอง การมีภาวะสุขภาพไม่สมบูรณ์แข็งแรงเหมือนแต่ก่อน จึงมองว่าการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ จะเป็นการสร้างภาระให้แก่ตนเองและครอบครัวมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tideiksaar (1998) ที่พบว่าภายหลังจากการหกล้มผู้สูงอายุมักเกิดความวิตกกังวล ขาดความมั่นใจในตนเองเนื่องจากกลัวการหกล้มซ้ำ ทำให้หลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น แยกตนเอง และไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

เช่นเดียวกับการศึกษาของยุพิน ถนัดวิชย์ และพรชัย จุลเมตต์ (2546) พบว่าภาวะสุขภาพทางด้านสังคมของผู้สูงอายุสตรีที่มีภาวะข้อสะโพกหักขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีการเปลี่ยนแปลงไปในด้านลบ ผู้สูงอายุจะมีการรับรู้ว่าตนเองไม่สามารถติดต่อกับเครือข่ายทางสังคมได้เหมือนเดิม ส่งผลให้การปฏิบัติกิจกรรมหรือบทบาทหน้าที่ในสังคมลดลง เกิดความรู้สึกสูญเสียชั่วคราวเกี่ยวกับความสัมพันธ์ใกล้ชิด

**3. การปรับการดำเนินชีวิต** เป็นระยะที่ผู้สูงอายุมีการรับรู้ถึงสุขภาพของตนเองว่ามีการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจาก อาการเจ็บป่วยที่สัมพันธ์กับการหกล้ม ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องปรับพฤติกรรมตนเอง ปรับความรู้สึกนึกคิด ปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อเผชิญสิ่งที่มากระทบ รวมถึงการแสวงหาวิธีการต่างๆ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตต่อไปได้ ซึ่งมีประเด็นที่เกี่ยวข้อง 4 ประเด็น ได้แก่

### 3.1 การทำใจยอมรับสภาพ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุปรับตัว ปรับใจให้ยอมรับ



กับสภาพของตนเอง โดยการนำหลักคำสอนมาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ โดยยอมรับว่า การเกิดการแก่ การเจ็บ และการตายเป็นสัจธรรมของชีวิต เป็นสิ่งที่ทุกคนไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้พ้น และมีความเชื่อว่าอาการเจ็บป่วยที่สัมพันธ์กับการหกล้มที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นผลเนื่องมาจากผลกรรมที่ตนเองได้กระทำไว้จึงต้องมาชดใช้กรรมในครั้งนี้ การที่ผู้สูงอายุมีความเชื่อเช่นนี้จึงทำให้ผู้สูงอายุทำใจยอมรับสภาพของตนเองได้ด้วยใจที่สงบ โดยมีประเด็นที่เกี่ยวข้อง 2 ประเด็น ได้แก่ 1) เป็นเรื่องของบุญ-กรรม 2) การยอมรับกับสภาพร่างกายที่ไม่แน่นอน

จะเห็นได้ว่าการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีเพียง 3 รายที่นับถือศาสนาอิสลาม แต่ด้วยแนวคิดที่มีความคล้ายคลึงกันสอนให้บุคคลยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้นสอนให้ใช้ชีวิตด้วยความไม่ประมาท และการใช้ความเชื่อเรื่องกฎแห่งกรรมเพื่ออธิบายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของปริชา อุบโยคิน และคณะ (2541) พบว่าการปรับตัวจากวัยแรงงานไปสู่วัยสูงอายุ มีการปรับตัวทางด้านจิตใจ โดยการฝึกการควบคุมระบบความคิด ไม่ฟุ้งซ่าน พยายามปล่อยวางไม่ยึดถือว่าตนเองทำได้ เมื่อรู้สึกอึดอัดที่ทำได้ไม่ดังใจ การทำใจของผู้สูงอายุนั้น คือ การพยายามลดความโกรธ ไม่ฟุ้งซ่าน และไม่โลภ นอกจากนี้ความเชื่อเรื่องกรรม ทำให้ผู้สูงอายุยอมรับสภาพตนเองได้ โดยเชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นเพราะกรรม และยอมรับความจริงของสังขารว่าเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นเรื่องปกติธรรมดา

**3.2 การใช้ศาสนาเป็นที่พึ่ง** หมายถึง การที่ผู้สูงอายุรับรู้ถึงภาวะสุขภาพที่เป็นผลตามมาจากการหกล้ม ความกลัว ความรู้สึกไม่มั่นใจ ความเบื่อหน่าย ท้อแท้ ดังนั้นเพื่อให้ตนเองสามารถเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น โดยยึดเอาศาสนาเป็นที่พึ่ง มีการปฏิบัติตามความเชื่อของศาสนาที่ตนนับถือ ได้แก่ การทำสมาธิ การสวดมนต์ภาวนา การละหมาด การทำบุญ การบริจาคทาน โดยมีความเชื่อว่าจะช่วยให้จิตใจเกิดความสงบ และเชื่อว่าผลบุญที่ทำจะส่งผลให้ร่างกายตัวเองเกิดความสุขสบาย ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Reyes-Ortiz et al. (2006) พบว่าความถี่ของการไปโบสถ์มีความสัมพันธ์กับการลดลงของความกลัวการหกล้มเนื่องจากศาสนาถือเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับกลไกทางจิตกลับมาสู่ภาวะปกติ ช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และยังช่วยลดปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุอีกด้วย

ดังนั้นการปรับอารมณ์และการดูแลความรู้สึกของตนเอง โดยการหาที่พึ่งหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ จึงเป็นอีกองค์ประกอบหนึ่งที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถผ่านพ้นวิกฤติในช่วงหนึ่งของชีวิตไปได้ สิ่งเหล่านี้จึงเปรียบเสมือนแรงเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีกำลังใจและกายที่จะฝ่าฟันกับอุปสรรคต่างๆ เพื่อนำมาซึ่งความผาสุกและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาที่เหลืออยู่

**3.3 การพยายามช่วยเหลือตนเอง** เมื่อผู้สูงอายุต้องเผชิญกับภาวะพึ่งพาอัน

นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงของชีวิต ผู้สูงอายุจึงมีการเรียนรู้ที่จะยอมปรับเปลี่ยน ปรับตัวในด้านต่างๆ เพื่อให้การดำเนินชีวิตเกิดความสมดุลทั้งต่อตัวผู้สูงอายุเอง และการอยู่ร่วมกับครอบครัวในบทบาทใหม่ ผู้สูงอายุทุกรายหวังที่จะหายเป็นปกติหรือมีสภาพที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากยิ่งขึ้น สภาพที่ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง การที่ต้องดำรงบทบาทของผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกหงุดหงิด ไม่พอใจกับสภาพของตนเอง อยากจะพ้นจากสภาพที่เป็นอยู่ ประกอบกับการที่เห็นว่าคนในครอบครัวมีภาระมากมายที่ต้องรับผิดชอบ จึงเป็นแรงผลักดันให้ผู้สูงอายุพยายามช่วยเหลือตนเองเท่าที่สามารถทำได้ เพื่อลดหรือช่วยแบ่งเบาภาระของคนในครอบครัว ซึ่งก็ต่างคนก็มีหน้าที่รับผิดชอบและยังต้องดิ้นรนในการหาเลี้ยงครอบครัว

ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Convey (1993) ที่ทำการศึกษาประสบการณ์กลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่เคยหกล้ม ในประเด็นของการเชื่อมโยงประสบการณ์กลัวการหกล้มเข้ากับชีวิตประจำวัน (Integrating the meaning of the experience of their fear of falling into daily living) เป็นกระบวนการที่ผู้สูงอายุพยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการรู้คิดของตนเองให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้กับความรู้สึกลัว เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ผู้สูงอายุเกิดความไม่มั่นใจ หรืออยู่ในสภาพแวดล้อมที่คิดว่าไม่ปลอดภัย เช่น การเคลื่อนไหวร่างกาย การที่ต้องเดินออกไปนอกบ้าน ผู้สูงอายุจะมีการเพิ่มความระมัดระวังมากขึ้นเพื่อป้องกันการหกล้ม บางรายจะต้องมีเพื่อนเดินไปด้วยเพื่อความปลอดภัย นอกจากนี้ผู้สูงอายุจะปรับเปลี่ยนการรู้คิดของตนเองเพื่อที่จะรักษาความเป็นตัวตนของตนเองไว้ โดยใช้กลยุทธ์ในการคิดและมองโลกในแง่บวก โดยการมองตนเองและเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นที่แย่กว่าตนทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า มีพลังที่จะใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ต่อไป

**3.4 ครอบครัวรับรู้และร่วมกันช่วยเหลือ** คือ การที่ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักได้ถ่ายทอดหรือบอกเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับประสบการณ์การหกล้ม สภาพความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ หรือเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นตามมาจากการหกล้มให้แก่บุคคลภายในครอบครัวได้รับรู้ ได้แก่ คู่ชีวิต บุตร หลาน ญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน เมื่อเจ็บป่วยผู้สูงอายุจึงต้องการการดูแล ต้องการพึ่งพาให้บุตรหลานช่วยเหลือในการพาไปรักษาในสถานบริการสาธารณสุข เป็นฐานะช่วยจัดการในสิ่งต่างๆ ที่แพทย์หรือบุคลากรทางสาธารณสุขวินิจฉัยว่ามีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เช่น แนวทางการรักษา การจัดหาไม้เท้า รถเข็น การทำราวให้ผู้สูงอายุเกาะเดิน บุคคลในครอบครัวจึงเป็นผู้ที่รับรู้ปัญหาต่างๆ ร่วมกับผู้สูงอายุ และมีบทบาทสำคัญในการค้นหาและร่วมกันวางแนวทางในการช่วยเหลือผู้สูงอายุให้ปลอดภัย ลดความทุกข์ทรมานจากสภาพที่เป็นอยู่ และดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับสถานภาพและบทบาทผู้สูงอายุไทย (ปรีชา อุบโยคินและคณะ, 2541) พบว่าเนื่องจากผู้สูงอายุเคยเป็นบุคคลที่รับผิดชอบครอบครัว เป็นเสาหลักของครอบครัวมาอย่างยาวนาน ลูกหลานให้ความ

เคารพยกย่อง ประกอบกับในสังคมไทยความกตัญญูรู้คุณบิดามารดาเป็นสิ่งที่สังคมไทยยึดถือปฏิบัติสืบต่อกันมาอย่างยาวนาน จนกลายเป็นบรรทัดฐานของสังคม จึงแสดงออกด้วยการที่ลูกหลานต้องปรนนิบัติเลี้ยงดูพ่อแม่ เมื่อยามแก่เฒ่าหรือเจ็บป่วย

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกันของงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาถึงผลกระทบทางจิตสังคมที่เกิดตามมาจากการหกล้ม ในประเด็นของความต้องการการดูแล (Seeking care) คือผู้สูงอายุจะต้องการการดูแลและเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่นเป็นที่รักเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น ต้องการให้บุตรหลานมาเยี่ยม รู้สึกดีเมื่อบุตรหลานซื้อ/ปรุงอาหารมาให้รับประทาน (Kong et.al, 2002)

ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าครอบครัวถือว่าเป็นสถาบันที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความกลัวการหกล้ม การที่ผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้น ปัจจัยที่สำคัญคือ การช่วยเหลือและสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน มีการเกื้อหนุน มีการช่วยเหลือพึ่งพาอาศัยกัน ล้วนเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่ที่ดีตามมา

## ข้อเสนอแนะ

### การนำผลการวิจัยไปใช้

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจในประสบการณ์กลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยใช้วิธีการศึกษาตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพยาบาลได้ดังนี้

### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์แก่บุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ที่มีความเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติหกล้ม ซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งในประเมินความกลัวการหกล้ม เนื่องจากความกลัวการหกล้มส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก

2. ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนำมาช่วยในการวางแผน แก้ไข และช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติหกล้มอันส่งผลให้เกิดความกลัวการหกล้มตามมา โดยพยาบาลวิชาชีพควรมีบทบาทในการให้คำปรึกษา สอนแนะการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและปลอดภัย รวมทั้งการหาวิธีเพื่อเพิ่มความ

เชื่อมั่นและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีความกลัวการหกล้มนั้นเกิดความมั่นใจ และสามารถกลับมาดำรงชีวิตปกติได้

3. ข้อค้นพบที่ได้จากงานวิจัยครั้งนี้ พบว่ากิจกรรมที่ผู้สูงอายุไม่มีความมั่นใจที่จะกระทำโดยไม่เกิดการหกล้ม 3 อันดับแรก คือ อาบน้ำ เดินรอบบ้าน และการใช้ห้องสุขา ซึ่งพยาบาลวิชาชีพควรมีบทบาทในการดูแลและให้ความสำคัญกับจิตใจ จะต้องส่งเสริมให้กำลังใจให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า เกิดความมั่นใจในตนเอง พร้อมทั้งจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างถูกต้องเหมาะสม นอกจากนี้พยาบาลจำเป็นต้องเป็นผู้ประเมินและเป็นผู้ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม (Environment modifier) ช่วยปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสมกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เช่น การปรับพื้นทางเดินให้ปลอดภัย การทำราวให้ยึดเกาะ มีเก้าอี้สำหรับนั่งอาบน้ำ การปรับระดับโถส้วมให้เหมาะสม รวมถึงการใช้แหล่งสนับสนุนจากครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้

#### ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. ควรมีการศึกษาถึงประสพการณ์กลัวการหกล้มของผู้สูงอายุในกลุ่มที่ยังไม่เคยหกล้มว่ามีข้อค้นพบอย่างไร
2. นำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางการสร้างและพัฒนาเครื่องมือประเมินความกลัวการหกล้มที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุไทย

ศูนย์วิทยพัชการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- จิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2548). การหกล้มในผู้สูงอายุ. เอกสารประกอบคำสอนรายวิชาการ  
**พยาบาลผู้สูงอายุขั้นสูง 1**. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราภรณ์ ตังกิตติภากรณ์. (2532). **จิตวิทยาเบื้องต้น**. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2541). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**. นนทบุรี: ยุทธินทร์การพิมพ์.
- ชาย โพธิ์ลีตา. (2552). **ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 4.  
กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ดุษฎี ปาลฤทธิ. (2544). **ผลของโปรแกรมการป้องกันอุบัติเหตุลัดตกหกล้มในบริเวณ  
บ้านสำหรับผู้สูงอายุอำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- แดนเนาวรัตน์ จามรจันทร์ และคณะ. (2548). **โครงการ:การศึกษาเรื่องการทรงตัวและหกล้ม  
ในผู้สูงอายุไทย**. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัยและสำนักงานกองทุนสร้างเสริม  
สุขภาพ.
- แดนเนาวรัตน์ จามรจันทร์. (2550). **รายงานการประชุมวิชาการเรื่อง: Falls and  
Environmental in Older Persons**. โรงแรมวันนารามาตา: กรุงเทพมหานคร.
- ไตรรัตน์ จารุทัศน์, จิราพร เกศพิชญวัฒนา, ศรัณยา หล่อมณีรัตน์ และกิตติกร ชาลปติ.  
(2548). **โครงการศึกษามาตรฐานขั้นต่ำสำหรับที่พักอาศัยและสภาพแวดล้อม  
ของผู้สูงอายุ**. รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์.
- นงนุช วรโอสง. (2551). **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยอยู่ใน  
ชุมชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นิตา ชูโต. (2548). **การวิจัยเชิงคุณภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: แมทส์ปอยท์.
- บริษัท ซีเอ็ดดูเคชั่น จำกัด(มหาชน). (2543). **พจนานุกรมไทย ฉบับทันสมัย**. กรุงเทพมหานคร:  
เอ็ม เอ เอช พริ้นติ้ง จำกัด
- บรรลุ ศิริพานิช. (2542). **ผู้สูงอายุไทย: ผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรสังคม**. พิมพ์ครั้งที่ 2.  
กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
- ปรีชา อุปโยคิน และคณะ. (2541). **ไม้ใกล้ฝั่ง : สถานภาพและบทบาทผู้สูงอายุไทย**.  
กรุงเทพมหานคร: เจริญดีการพิมพ์.
- เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล และคณะ. (2543). **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลจากการหกล้มในผู้สูงอายุ**.  
**วารสารพฤกษศาสตร์และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 1 :16 -21.**



ยูพิน ถนัดวณิชย์ และพรชัย จุลเมตต์. (2546). การเปลี่ยนผ่านในชีวิตของผู้สูงอายุสตรีภายหลังที่

มีภาวะข้อสะโพกหัก ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. **วารสารคณะพยาบาล**

**ศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา** 11(2) : 1-17.

ลัดดา เกียมวงศ์. (2544). ปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน. **วารสาร**

**พุดชาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ** 2 (เมษายน – มิถุนายน): 46 – 54.

วิทย์ญา วัฒนโณ. (2551). โรคกั้ว. **วารสาร มจก. วิชาการ** (กรกฎาคม-ธันวาคม): 64-77.

วิภาวี กิจกำแหง. (2549). ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน. **วารสารวิชาการ**

**สาธารณสุข** 15(5): 787 – 798.

ศิริไชย หงษ์สงวนศรี. (2545). **ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น**. กรุงเทพมหานคร:

ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.

ศิริพร พรพุทธา. (2542). **ความรู้ ทักษะ ทักษะ พฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ**.

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2541). **หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 1.

กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). **หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 3.

กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). **หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 3.

กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุภาวดี จันทร์วานิช. (2543). **วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย.

สุภาวดี พุฒิน้อย และคณะ. (2548). **ผู้สูงอายุกับกิจกรรมบำบัด**. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะเทคนิคการแพทย์ ภาควิชากิจกรรมบำบัด.

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

2550. กลุ่มสถิติ 4 สำนักงานสถิติเศรษฐกิจสังคมและประชาชาติ 1 สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2549). **การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 1.

กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

## ภาษาอังกฤษ

Abdelhafiz, A.H., Austin, C.A. (2003). Visual factors should be assessed in older people presenting with falls or hip fracture. **Age and Ageing** 32: 26-30.

- Apikomkon, H. (2003). **Fear of Falling and Fall Circumstances in Thailand**. Master of science (Occupational Therapy). Curtin University. [online]. Available from: <http://www.adt.curtin.edu.au/theses/> [2009, July 8].
- Arfken, C.L., Lach, H.W., Birge, S.J. and Miller, J.P. (1994). The Prevalence and Correlates of Fear of Falling in Elderly Persons Living in the Community. **American Journal Public Health** 84(4): 565-570.
- Bhala, R.P., O'Donnell, J. and Thoppil, E. (1982). Ptophobia:Phobia fear of falling and its clinical management. **Phys Ther** 62(2): 187-190.
- Blain, H., Blain, A., Trechot, P. and Jeandel, C. (2000). The role of drugs in falls in the elderly. **Presse medicale** 29(12): 673-680.
- Boyd, R. and Stevens, J. (2009). Falls and fear of falling: burden, beliefs and behaviors. **Age and Ageing** pp.1-6.
- Campbell, A., Robertson, M., Gardner, M. (1995). Elderly people who fall: identifying and managing the causes. **Br J Hosp Med** 54: 520-523.
- Carlson, J.G. and Hatfield, E. (1992). **Psychology of emotion**. Florida: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.
- Carey, B.J., Potter, J.F. (2001). Cardiovascular causes of falls. **Age and Ageing** 30-S4: 19-24.
- Chandler, et al. (1996). The fear of falling syndrome: relationship to fall, physical performance and activity of daily living in frail older persons. **Topic in Geriatric Rehabilitation** 11:55-63.
- Chaiyawat, W. (2000). Psychometric Properties of the Thai version of state-trait anxiety inventory for children and child medical fear scale. **Research in Nursing & Health** 23: 406-414.
- Convey, M.G. (1993). **Fear of Falling: The Experience of Elderly Individuals Who Have Previously Fallen**. Master of Science in Nursing.The University of British Columbia.[online]. Available from: [http://www.library.ubc.ca/archives/retro\\_theses/](http://www.library.ubc.ca/archives/retro_theses/) [2009, July 8].
- Cumming, R.G., Salkeld, G. and Thomas, M. (2000). Prospective study of the impact of fear of falling on activity of daily living. **Journal of Gerontology** 55 : 299- 305.

- Delbaere, K., Crombez, G., Vanderstraeten, G., Willems, T. and Cambier D. (2004).  
Fear-related avoidance of activities, falls and physical frailty. A prospective  
community-based cohort study. **Age and Ageing** 33: 368-373.
- Deshpande, N., Metter, E.J., Bandinelli, S., Lauretani, F., Windham, B.G. and Ferrucci, L.  
(2008). Psychological, Physical and Sensory Correlates of Fear of Falling and  
Consequent Activity Restriction in the Elderly: The In CHIANTI Study. **Am J  
Phys Med Rehabil** 87(5): 354-362.
- Ebersole, H., Hess, P. and Luggen, A.S. (2004). **Toward Healthy Aging**. 6<sup>th</sup> ed. USA:  
Mosby Inc.
- Eldelman, R.J. (1992). **Anxiety: Theory, Research, and intervention in clinical and health  
psychology**. New York: John Wiley & Sons.
- Fletcher, P.C. and Hirdes, J.P. (2004). Restriction in activity associated with fear of  
falling among community-based seniors using home care services. **Age and  
Ageing** 33: 273-279.
- Friedman, S.M., Munoz, B., West, S.K., et al. (2002). Falls and Fear of falling: which  
comes first? A longitudinal prediction model suggests strategies for primary  
and secondary prevention. **JAGS** 50: 1329-1335.
- Graziano, A.M., Degiovanni, I.S. and Garcia, K.A. (1979). Behavioral treatment of  
children's fears: A review. **Psychological Bulletin** 86: 804-830.
- Gullone, E., King, N.J. and Ollendick, T.H. (2000). The development and psychometric  
evaluation of the Fear Experiences Questionnaire: An attempt to disentangle the  
fear and anxiety constructs. **Clinical Psychology and Psychotherapy** 7: 61-75.
- Howland, J., Peterson, L., Levin, W., Fried, L., Pordon, D. and Bak S. (1993). Fear of  
falling among the community-dwelling elderly. **Journal of Aging Health**  
5: 229-243.
- Howland, J., Lachman, M.E., Peterson, E.W., Cote, J., Kasten, L. and Jette A. (1998).  
Covariates of Fear of Falling and Associated Activity Curtailment. **Gerontologist**  
38(5): 549-555.
- Hurlock, E.B. (1978). **Child development**. 6<sup>th</sup> ed. Auckland: McGraw Hill.
- Jitapunkul, S., et al. (1998). Falls and their associated factors : A national survey of the  
thai elderly. **Journal Medical Association of Thailand** 81(4): 233-242.

- Kelly, K.D., et al. (2003). Medication use and falls in community-dwelling older persons. **Age and Ageing** 32: 503-509.
- Koch, T. (1995). Interpretive approaches in nursing research: The influence of Husserl and Heidegger. **Journal of Advance Nursing** 21(5): 827-836.
- Kong, K.S., Lee, F., Mackenzie, A.N. and Lee, D.T.F. (2002). Psychosocial consequences of falling: The perspective of Older Hong Kong Chinese who had experienced recent falls. **Journal of Advanced Nursing** 37(3): 234-242.
- Koski, K., Luukinen, H., Laippala, P. and Kivela, S. (1996). Risk factor for major injurious falls among the home-dwelling elderly by function abilities. **Gerontology** 44: 232-238.
- Kressing, R.W., et al. (2001). Association of demographic, functional, and behavioral characteristics with activity-related fear of falling among adults transitioning to frailty. **Journal of the American Geriatrics Society** 49: 1456-1462.
- Kumar, S., Vendhan, G.V., Awasthi, S., Tiwari, M. and Sharma V.P. (2008). Relationship Between Fear of Falling, Balance Impairment and Functional Mobility in Community Dwelling Elderly. **IJPMR** 19(2): 48-52.
- 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.
- Lawrence, J., et al. (1998). Intensity and Correlates of fear of falling and Hurting Oneself in the Next Year. **Journal of Ageing and Health** 10(3): 267-286.
- Lazarus, R.S. (1991). **Emotion and Adaptation**. London. Oxford University Press.
- Lee, J.S.W., et al. (2006). Medical illness are more important than medications as risk factors of falls in older community dwellers? A cross-sectional study. **Age and Ageing** 35: 246-251.
- Liddle, J. and Gilleard, C. (1995). The emotional consequence of falls for older people and their families. **Clinical Rehabilitation** 9: 110-114.
- Lincoln, S.Y. and Guba, G.E. (1989). **Naturalistic Inquiry**. London: SAGE Publications.
- Lord, S.R., Sherrington, C. and Menz., H.B. (2001). **Falls in older people: risk factors and strategies for prevention**. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lord, S.R. (2006). Visual risk factors for falls in older people. **Age and Ageing** 35-S2: ii42-ii45.

- Maki, B.E., Holliday, P.J., Topper, A.K. (1991). Fear of falling and postural performance in the elderly. *J Geronto A Biol Sci Med Sci* 46: M123-M131.
- 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.
- Moore, A. (1987). Frightened of fear. *Nursing Times* April (1): 34-38.
- Murphy, S.L., Dubin, J.A. and Gill, T.M. (2003). The Development of Fear of Falling Among Community-Living Older Woman: Predisposing Factors and Subsequent Fall Events. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 58A(10): 943-947.
- Murphy, S.L., Williams, C.S. and Gill, T.M. (2002). Characteristics associated with fear of falling and activity restriction in community-living older persons. *Journal of the American Geriatrics Society* 50: 516-520.
- Nelson, R.C. and Amin, M.A. (1990). Falls in the elderly. *Emergency Medicine Clinics of North America* 8(2): 309-324.
- Nevitte, M., et al. (1989). Risk factor for recurrent nonsyncopal falls. *Journal of the American Medical Association* 261(18): 2663-2668.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative interviewing: In Qualitative Research and Evaluation Methods*. 3<sup>rd</sup> edition. pp. 339 – 427. California: Sage Publications.
- Porter, E.G. (1999). Getting up from Frail older woman's experience after falling. *Rehabilitation Nursing* 24(5): 201-206.
- Powell, L.E. and Myers, A.M. (1995). The activities specific balance confidence (ABC) scale. *Journal of Gerontology* 50: 28-34.
- Reyes-Ortiz, C.A., Ayele, H., Mulligan, T., Espino, D.V., Berges, I.M. and Markides K.S. (2006). Higher church attendance predicts lower fear of falling in older Mexican-Americans. *Ageing & Mental Health* 10(1): 13–18.
- Saari, P., Heikkinen, E., Sakari, et al. (2006). Fall-related injury among initially 75-and-80-year old people during a 10-year follow up. *Gerontology & Geriatrics International* 9: 855-863.
- Scheffer, A.C., Schuurmans, M.J., Dijk, N.V., Hooft, T.V.D. and Rooij, S.E. (2008). Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequence among older persons. *Age and Ageing* 37: 19-24.



- Schmid, A.A. and Rittman, M. (2009). Consequence of Poststroke Falls : Activity Limitation, Increase Dependence, and the Development of Fear of Falling. **The American Journal of Occupational Therapy** 63(3): 310-316.
- Stel, V.S., Smit, J.H., Pluijm, S.M.F. and 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: 58-65.
- Streubert, H.J. and Carpenter, D.R. (2003). **Qualitative research for nurse: Advancing the humanistic imperative**. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: Lippincott.
- Tideksaar, R. and Silverton, R. (1989). Psychological characteristics of older people who fall. **Clinical Gerontologist** 80-82.
- Tideksaar, R. (1998). **Falls in Older Persons: Prevention and Management**. 2<sup>nd</sup> ed. Baltimore: Health Profession Press, Inc.
- Tinetti, M., Richman, D. and Powell, L. (1990). Falls efficacy as a measure of fear of falling. **Journal of Gerontology** 45(6): 239-243.
- 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.
- Walker, J.E., and Howland, J. (1990). Fall and fear of falling among elderly persons living in the community : Occupational therapy intervention. **The American journal of Occupational Therapy** 45(2): 119-122.
- Zijlstra, G.A.R., Haastregt, J.C.M., Rossum, E.V., Eijk, J.Th.M., Yardley, L. and Kempen, G.I.J.M. (2007). Interventions to Reduce Fear of Falling in Community-Living Older People: A Systematic Review. **JAGS** 55: 603-615.
- Zijlstra, G.A.R., Haastregt, J.C.M., Eijk, J.Th.M., Rossum, E.V., Stalenhoef, P.A. and Kempen, G.I.J.M. (2007). Prevalence and correlates of fear of falling, and associated avoidance of activity in the general population of community-living older people. **Age and Ageing** 36: 304-309.



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

1. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
2. ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
3. ใบรับรองโครงการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อ โครงการวิจัย ประสพการณ์กัลวการหกล้มของผู้สูงอายุ

ชื่อผู้วิจัย นางสาวลักษณา มะรังกา

ที่อยู่ติดต่อ 30/38 หมู่ 2 ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10900

โทรศัพท์ 081-5134961 E-mail: lux-sana@hotmail.com

สถานที่ทำงาน หอผู้ป่วยสวัสดิ์-ล้อมฯ 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โทรศัพท์ 02-2564500, 02-2564512

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมให้สัมภาษณ์เชิงลึก เกี่ยวกับประสพการณ์กัลวการหกล้มของผู้สูงอายุ

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อการได้รับการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้า ได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย



เลขที่โครงการวิจัย ..... ๐๐๙. 1/53

วันที่รับรอง ..... 17 ส.ค. 2553

วันหมดอายุ ..... 16 ส.ค. 2554

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน



### ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อ โครงการวิจัย ประสบการณ์ก้นการหกล้มของผู้สูงอายุ

ชื่อผู้วิจัย นางสาวลักขณา มะรังกา ตำแหน่ง นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย(ที่ทำงาน) หอผู้ป่วยสวัสดิ์-ล้อมฯ 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

(ที่บ้าน) 30/38 หมู่ 2 ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10900

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-2564500, 02-2564512 โทรศัพท์ที่บ้าน .....-.....

โทรศัพท์มือถือ 081-5134961 E-mail : lux-sana@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลก่อนไปนี่ยังละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เป็นการศึกษา ประสบการณ์ก้นการหกล้มของผู้สูงอายุ

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาประสบการณ์ก้นการหกล้มของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นข้อมูลคุณภาพเชิงลึกเกี่ยวกับเหตุการณ์ ความรู้สึก ผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ตลอดจนการดำเนินชีวิต และการเผชิญปัญหาภายหลังการหกล้ม

4. ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

4.1 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยดังนี้

1) เป็นผู้สูงอายุไทยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง

2) เคยมีประวัติหกล้มและได้รับการประเมินว่ามีความก้นการหกล้ม โดยใช้แบบประเมินความก้นการหกล้ม (Falls Efficacy Scale) โดยมีคะแนนมากกว่า 70 คะแนน

3) เป็นผู้ที่ไม่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ การได้ยินปกติ สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ก้นการหกล้มได้

4) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยตลอดระยะเวลาการวิจัย

4.2 พื้นที่ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษาผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ เขตคลองจั่นและเขตห้วยหมาก โดยใช้วิธีการติดต่อประสานงานการเข้าถึงผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยผ่านศูนย์บริการสาธารณสุข 35 ผู้วิจัยจะทำการเลือกพื้นที่ในชุมชนสำหรับการรวบรวมข้อมูลที่คาดว่าจะมีผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ก้นการหกล้ม โดยไม่ได้ยึดเกณฑ์พื้นที่เป็นประเด็นหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการกำหนดลักษณะของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย แต่งานวิจัยนี้จะมุ่งสนใจที่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่มีประสบการณ์ตรงในประเด็นที่ต้องการศึกษา และมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเกี่ยวกับเหตุการณ์ ความรู้สึก ผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ตลอดจนการดำเนินชีวิต และการเผชิญปัญหาภายหลังการหกล้ม ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ที่บ้านของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยนัดวัน เวลา ตามความสะดวกและความสมัครใจของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย



เลขที่โครงการวิจัย ..... 889.9/53  
วันที่รับรอง ..... 17 ส.ค. 2553  
วันหมดอายุ ..... 16 ส.ค. 2554



ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้คาดว่าจะทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดประมาณ 10-15 ราย โดยขึ้นอยู่กับกำกับการอ้อมตัวของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งการสัมภาษณ์แต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที และจำนวนครั้งของการสัมภาษณ์ไม่เกิน 2 ครั้งเพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจ

5. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งจะมีการบันทึกเทปเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์ โดยผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทราบทุกครั้งเกี่ยวกับการขอบันทึกเทป ซึ่งผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีสิทธิปฏิเสธการบันทึกเทปได้ทุกขณะอย่างไม่มีเงื่อนไข และเทปที่บันทึกทั้งหมดจะถูกทำลายทันทีหลังเสร็จสิ้นการวิจัย รวมทั้งอาจมีการขออนุญาตทำการสัมภาษณ์ซ้ำหากข้อมูลที่ได้ยังไม่อ้อมตัว โดยผู้วิจัยจะสอบถามความสะดวกและความสมัครใจในการให้สัมภาษณ์ซ้ำทุกครั้ง เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้ตัดสินใจและสามารถปฏิเสธการสัมภาษณ์ได้ทุกขณะอย่างไม่มีเงื่อนไข นอกจากนี้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยสามารถแสดงความคิดเห็น และบอกเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับประสบการณ์การหกล้มได้อย่างอิสระ โดยระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้จะไม่ก่อให้เกิดความรู้สึกทางลบหรือทำให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเกิดความรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ ซึ่งผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีความยินดีและยินยอมในการให้ข้อมูลต่อผู้วิจัย โดยมีการลงนามยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

6. ในการคัดกรองผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยใช้วิธีการติดต่อประสานงานกับศูนย์บริการสาธารณสุข 35 ในการขอข้อมูลของผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติหกล้ม และขอความอนุเคราะห์ในการลงพื้นที่ร่วมกับพนักงานสุขภาพชุมชนเพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง เมื่อพบกับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์เบื้องต้น คือ มีประวัติเคยหกล้ม ผู้วิจัยขออนุญาตทำการตรวจสอบคุณสมบัติเฉพาะเจาะจง โดยใช้แบบประเมินความถี่การหกล้ม หากพบว่ามีคะแนนมากกว่า 70 คะแนน ถือว่าผู้สูงอายุมีความถี่การหกล้ม ซึ่งตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจะให้รายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย และการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามผู้วิจัยในขณะทำการติดต่อได้อย่างอิสระ โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลที่เปิดเผย เป็นความจริง ผู้วิจัยมีความตระหนักและเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองอย่างอิสระ และหากพบว่าผู้ไม่อยู่ในเกณฑ์หรือไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะอธิบายถึงวัตถุประสงค์ในการวิจัยและประโยชน์ของการวิจัยในครั้งนี้ และกล่าวขอบคุณผู้ร่วมวิจัยที่สละเวลามาให้ข้อมูลเบื้องต้น และถ้าเกิดปัญหาหรือมีการเจ็บป่วย ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ จะรับฟังปัญหา ให้คำแนะนำ ให้การช่วยเหลือเบื้องต้น หากปัญหามีความรุนแรงต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วน ผู้วิจัยจะส่งต่อไปยังบุคลากร หรือแหล่งบริการสาธารณสุขในเขตที่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอาศัยอยู่ในการให้ความช่วยเหลือโดยตรง

7. ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ทำการสรุปและแปลความหมายกลับไปหาผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทุกราย เพื่อให้ตรวจสอบผลการวิจัยตามความเป็นจริงของข้อมูลที่ได้ ซึ่งไม่ก่อให้เกิดจากความคิดเห็นของผู้วิจัยแต่แสดงถึงข้อมูลที่ได้จากความคิดเห็นหรือประสบการณ์ของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยแท้จริง โดยจะนำไปให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยตรวจสอบหลังสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละครั้งที่บ้านของผู้มีส่วนร่วมในการ

เลขที่โครงการวิจัย ..... ๐๐๑. 1/53  
วันที่รับรอง ..... 17 ส.ค. 2553  
วันหมดอายุ ..... 16 ส.ค. 2554





วิจัย โดยทำการนัดหมายวัน เวลา ตามที่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยสะดวก ทั้งนี้ผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดต่อนัดหมายพร้อมบอกระยะเวลาในการพูดคุยก่อนเสมอเพื่อไม่ให้เป็นการรบกวนเวลาพักผ่อน ซึ่งการตรวจสอบและยืนยันความถูกต้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นผู้อ่านเอง หากกรณีผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอ่าน/เขียนหนังสือไม่ได้ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านให้ฟัง

8. ความไม่สะดวกหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือ อาจมีอาการอ่อนเพลีย หรือไม่มีสมาธิในการสนทนาได้ตามระยะเวลาที่กำหนด เนื่องจากสภาพร่างกายที่อายุสูงวัยขึ้นของผู้ให้ข้อมูล การเจ็บป่วย หรืออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ง่ายกว่าวัยอื่น ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะขออนุญาตทำการนัดหมาย วัน เวลา ตามความสะดวกและตามความสมัครใจของผู้ให้ข้อมูลเป็นหลัก และในระหว่างการสัมภาษณ์ หากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเกิดอาการกลัวหรือวิตกกังวลสูง ผู้วิจัยจะยุติการสัมภาษณ์ชั่วคราว เปลี่ยนประเด็นการสนทนาเพื่อลดระดับอารมณ์และความรู้สึกให้กลับสู่ปกติ อยู่เป็นเพื่อน รับฟังปัญหา ให้คำแนะนำ และให้การช่วยเหลือเบื้องต้น หากปัญหามีความรุนแรงต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วน ผู้วิจัยจะส่งต่อไปยังบุคลากร หรือแหล่งบริการสาธารณสุขในเขตที่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอาศัยอยู่ในการให้ความช่วยเหลือโดยตรง

9. การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้จะไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนใดๆ รวมทั้งผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ แต่ผู้วิจัยจะมีของที่ระลึกเป็นกล่องพลาสติกสำหรับบรรจุยา ราคา 20 บาท/ชิ้น มอบให้เพื่อเป็นการขอบคุณที่สละเวลาเข้ามาเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

10. ผู้วิจัยแจ้งแก่ผู้เข้าร่วมเป็นประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในโครงการวิจัย ซึ่งเป็น โดยสมัครใจ โดยผลการวิจัยครั้งนี้จะช่วยให้เกิดความเข้าใจ เกี่ยวกับประสบการณ์กลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ รวมทั้งเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติการพยาบาลและการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถกลับมาดำเนินชีวิตในสังคมได้ รวมทั้งเป็นแนวทางในการประเมินและวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีความกลัวการหกล้มในอนาคตได้อย่างเป็นองค์รวมมากยิ่งขึ้น ซึ่งผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย สามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ รวมทั้งข้อมูลที่ได้ทุกอย่างจากผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถือเป็นความลับ และจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

11. หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีปัญหาหรือข้อสงสัยสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมและติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่ บ้านเลขที่ 30/38 หมู่ 2 ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10900 โทรศัพท์ 081-5134961 E-mail: lux-sana@hotmail.com และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่ รวมทั้งหากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพหลโยธิน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eocn@chula.ac.th



เลขที่โครงการวิจัย ..... 009. 1/53  
วันที่รับรอง ..... 17 ส.ค. 2553  
วันหมดอายุ ..... 16 ส.ค. 2554



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 038/2553

## ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 009.1/53 : ประสพการณ์ก้นการหกล้มของผู้สูงอายุ  
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวลักษณา มะรังกา นิสิตระดับมหาบัณฑิต  
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice  
(ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....  
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทักสนประดิษฐ)  
ประธาน

ลงนาม.....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)  
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 17 มีนาคม 2553

วันหมดอายุ : 16 มีนาคม 2554

## เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบสอบถาม



เลขที่โครงการวิจัย ..... 009.1/53  
วันที่รับรอง ..... 17 ส.ค. 2553  
วันหมดอายุ ..... 16 ส.ค. 2554

## เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการคิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น แล้วส่งสำเนาใบแรกที่ใช้เอกสารดังกล่าวมาที่คณะกรรมการ
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-11) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น



### ภาคผนวก ข

1. แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก
2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
3. แบบบันทึกภาคสนาม
4. แบบประเมิน Falls Efficacy Scale
5. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย
6. ตารางแสดงข้อมูลการหกล้มและการประเมินภายหลังการหกล้ม

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



**แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก  
ประสบการณ์กัลลวการหกล้มของผู้สูงอายุ**

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสบการณ์กัลลวการหกล้มของผู้สูงอายุ  
ผู้ให้สัมภาษณ์ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีประวัติหกล้มอันส่งผลให้เกิดประสบการณ์กัลลวการหกล้ม อายุ 60 ปีขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ การได้ยินปกติ สามารถพูดหรือเข้าใจภาษาไทยได้ดีและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ ในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครโดยใช้วิธีการติดต่อประสานงานการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลหลักผ่านศูนย์บริการสาธารณสุขสุขภาพได้สังกัดกรุงเทพมหานคร

**1. ทำความรู้จักและทำความคุ้นเคยกับผู้ให้สัมภาษณ์**

“สวัสดีค่ะ ดิฉันนางสาวลักษณา มะรังกา นิสิตปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ก่อนอื่นต้องขอขอบคุณท่านเป็นอย่างสูงที่สละเวลามาสนทนาด้วย ดิฉันกำลังทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ประสบการณ์กัลลวการหกล้มของผู้สูงอายุ จุดประสงค์เพื่อศึกษาถึงเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการหกล้ม ความรู้สึก ตลอดจนการดำเนินชีวิต การเผชิญปัญหาภายหลังจากการหกล้ม หากท่านยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย ดิฉันจะขอสัมภาษณ์ท่าน โดยการสัมภาษณ์จะกระทำในสถานที่ที่ท่านสะดวก/ท่านตัดสินใจเลือก ในระหว่างการสัมภาษณ์ดิฉันจะขออนุญาตอัดเทปเพื่อความสมบูรณ์ถูกต้องของข้อมูลตรงตามที่ท่านเล่า และคาดว่าจะใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที แต่ในระหว่างที่สัมภาษณ์ หากมีคำถามที่ทำให้ท่านลำบากใจในการตอบ ท่านไม่จำเป็นต้องตอบ หรืออาจขอยุติการสัมภาษณ์เมื่อใดก็ได้ และขอเรียนว่าข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยหรือนำไปอ้างว่า ได้มาจากท่าน ดิฉันจะสนใจเฉพาะความคิดเห็นของท่านที่มีต่อข้อคำถามเท่านั้น”

**2. แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก**

แนวคำถามในการเก็บข้อมูลสร้างจากวัตถุประสงค์และแนวคิดในการวิจัย เป็นแนวคำถามที่กว้าง สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์และข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล โดยมีแนวคำถามดังนี้

1. ขึ้นเริ่มการสนทนา ผู้วิจัยเริ่มจากการสัมภาษณ์เรื่องทั่วไป โดยมีแนวคำถามดังนี้
  - 1) สมาชิกในครอบครัวมีทั้งหมดกี่คน
  - 2) สุขภาพโดยรวมของท่านเป็นอย่างไร
  - 3) ท่านมีโรคประจำตัวอะไรบ้าง
  - 4) ท่านต้องรับประทานยาประจำหรือไม่..... อะไรบ้าง.....
2. ขึ้นเข้าสู่ประเด็นที่ต้องการศึกษา ผู้วิจัยใช้แนวคำถามแบบกว้างๆ ในประเด็นที่สนใจศึกษา



เลขที่โครงการวิจัย ..... ๐๐๙. 1/53  
วันที่รับรอง ..... 17 ส.ค. 2553  
วันหมดอายุ ..... 16 ส.ค. 2554



มีแนวคำถามดังนี้

- 1) คิดค้นทราบว่าท่านเคยมีประวัติหกล้ม อยากให้ท่านเล่าถึง.....
  - สถานที่
  - เวลา
  - กิจกรรมที่ทำก่อนการหกล้ม
  - สาเหตุของการหกล้ม
- 2) ท่านหกล้มกี่ครั้งในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา
- 3) ครั้งล่าสุดท่านหกล้มเมื่อใด
- 4) มีการบาดเจ็บหรือไม่
- 5) รักษาอย่างไร.....ที่ไหน.....

ผู้วิจัยใช้คำถามแนวเจาะลึกในประเด็นที่สนใจศึกษามีแนวคำถามดังนี้

- 1) ภายหลังจากการหกล้มชีวิตของท่านเป็นอย่างไรบ้าง
- 2) สิ่งที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตหรือไม่.....อย่างไร.....
- 3) อยากให้ท่านลองเล่าถึงความรู้สึกหลังจากหกล้ม

Probe ต่อในเรื่องต่อไปนี้

### 3.1) ด้านร่างกาย

- ท่านคิดว่าหลังจากหกล้มสุขภาพของท่านเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหรือไม่.....อย่างไร.....
- ภายหลังจากการหกล้มท่านมีการเปลี่ยนแปลงการทำกิจวัตรประจำวันหรือไม่.....อย่างไร.....

### 3.2) ด้านจิตใจ

- ท่านมีความรู้สึกต่อการหกล้มอย่างไร
- ความรู้สึกดังกล่าวส่งผลต่อตัวท่านอย่างไร
- ท่านมีความรู้สึกดังกล่าวเกิดขึ้นจากการหกล้มครั้งใด
- ท่านคิดว่าความรู้สึกดังกล่าวจะอยู่กับท่านนานเท่าใด
- มีวิธีการใดบ้างที่จะช่วยให้ความรู้สึกดังกล่าวหายไปและทำให้ท่านใช้ชีวิตเป็นปกติได้ดังเดิม

### 3.3) ด้านสังคม

- บุคคลในครอบครัวมีการปฏิบัติต่อท่านอย่างไรภายหลังจากหกล้ม
- เพื่อนบ้าน/คนในชุมชนรู้ไหมว่าท่านได้รับอุบัติเหตุจากการการหกล้ม มีการพูดคุยอะไรกันบ้าง.....



๐๐๙. 1/53  
 เลขที่โครงการวิจัย .....  
 วันที่รับรอง ..... 17 ส.ค. 2553  
 วันหมดอายุ ..... 16 ส.ค. 2554

- ท่านยังคงพบปะเพื่อนบ้าน/เข้าร่วมกิจกรรมเหมือนเดิมหรือไม่.....
- ถ้าไม่ เพราะอะไร.....

### 3.3) ด้านเศรษฐกิจ

- หลังจากหกล้มท่านต้องเสียค่าใช้จ่ายในเรื่องใดบ้าง
- ท่านมีแหล่งสนับสนุนเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายหรือไม่ .....จากใครบ้าง.....

### 4) ท่านเคยเกิดความรู้สึกลัวที่จะหกล้มอีกไหม

3. **ขั้นปิดการสนทนา** ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามหรือกล่าวในสิ่งที่ต้องการเล่าเพิ่มเติม

- 1) มีอะไรอีกหรือไม่ที่ท่านยังไม่ได้เล่าหรืออยากเล่าเพิ่มเติม
- 2) ท่านมีอะไรที่อยากซักถามหรือไม่

“ขอขอบคุณท่านเป็นอย่างมากที่ให้ความร่วมมือในการตอบข้อซักถาม แสดงความคิดเห็น ตลอดจนเล่าประสบการณ์ของตัวท่านเอง ซึ่งเรื่องราวต่างๆ ที่ได้จากการพูดคุยในวันนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการศึกษา เพราะจะทำให้เข้าใจชีวิต และความรู้สึกลึกซึ้งของผู้สูงอายุเกี่ยวกับประสบการณ์การหกล้ม ตลอดจนข้อคิดเห็นต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ในการป้องกันการเกิดภาวะดังกล่าว วันนี้ดิฉันของจบการสัมภาษณ์เพียงเท่านี้ และขออนุญาตนัดหมายการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป วันที่.....”



เลขที่โครงการวิจัย ..... ๐๐๙.๑/๕๓  
 วันที่รับรอง ..... 17 ส.ค. 2553  
 16 ส.ค. 2554  
 วันหมดอายุ .....

ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

หมายเลขรหัสผู้ให้ข้อมูล(ID) .....

การสัมภาษณ์ครั้งที่.....วัน/เดือน/ปีที่สัมภาษณ์.....

เวลาที่สัมภาษณ์.....สถานที่สัมภาษณ์.....

เพศ .....อายุ.....

ศาสนา.....สถานภาพสมรส.....

ระดับการศึกษา.....อาชีพปัจจุบัน.....

ความพอเพียงของรายได้.....ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ.....

จำนวนบุตร.....จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....

จำนวนครั้งของการหกล้ม.....

ประวัติส่วนตัว

ชีวิตครอบครัว

.....

.....

.....

การเจ็บป่วย

.....

.....

.....

ประวัติการหกล้ม

.....

.....

.....

การประเมินโดยใช้ Assessment Tools

.....

.....

.....

สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

.....

.....

.....



### Falls Efficacy Scale

Name \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

On a scale from 1 to 10, with 1 being very confident and 10 being not confident at all, how confident are you that you do the following activities without falling?

Activity	Score
	1 very confident 10 not confident at all
Take a bath or shower	
Reach into cabinets or closets	
Walk around the house	
Prepare meals not requiring carrying heavy or hot objects	
Get in and out of bed	
Answer the door or telephone	
Get in and out of a chair	
Getting dressed and undressed	
Personal grooming (i.e. washing your face)	
Getting on and off of the toilet	
Total Score	

*A total score of greater than 70 indicates that the person has a fear of falling*

Source: Tinetti, M., Richman, D., Powell, L. (1990). Falls Efficacy as a Measure of Fear of Falling. *Journal of Gerontology*. 45;239



## Falls Efficacy Scale

ชื่อ-สกุล \_\_\_\_\_

วันที่ \_\_\_\_\_

ในแต่ละข้อจะมีคะแนน 1-10 โดยที่ 1 หมายถึง มีความมั่นใจเต็มที่

10 หมายถึง ไม่มีความมั่นใจ

คุณมีความมั่นใจเพียงใดในการทำกิจกรรมแต่ละอย่างต่อไปนี้โดยไม่มีการล้ม?

กิจกรรม	คะแนน 1 มีความมั่นใจเต็มที่ 10 ไม่มีความมั่นใจ
1. อาบน้ำ	
2. เอื้อมหยิบของในตู้ติดผนัง/ชั้นวางของ	
3. เดินรอบบ้าน	
4. เตรียมอาหารง่ายๆ(ไม่รวมยกของหนักหรือของร้อน)	
5. ลงนอน/ลุกขึ้นจากเตียง	
6. เดินไปเปิดประตูหรือรับโทรศัพท์	
7. นั่ง/ลุกขึ้นจากเก้าอี้	
8. สวมใส่-ถอดเสื้อผ้า	
9. ทำกิจวัตรส่วนตัว (เช่น ล้างหน้า)	
10. ใช้ห้องสุขา	
<b>คะแนนรวม</b>	

\*\*\* คะแนนรวม &gt; 70 คะแนนแสดงให้เห็นว่าคุณคนนั้นมีความกลัวการหกล้ม

ที่มา : Tinetti et al.,1990. Falls Efficacy Scale as a Measure of Fear of Falling. Journal of Gerontology 45:239.

## ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละราย

CASE ID 1

สัมภาษณ์วันที่ 16 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553

เวลา 14.05 - 15.15 น.

### ประวัติส่วนตัว

ผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 68 ปี นับทือศาสนาอิสลาม สถานภาพสมรสหม้าย จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 3 ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ รายรับได้จากเงินที่บุตรส่งเสียให้เดือนละ 2,000 บาท ผู้สูงอายุรับจ้างเข้าช่อดอกไม้ประดิษฐ์ มีรายได้ 500-1,000 บาท/เดือน ซึ่งยังไม่ค่อยเพียงพอในการใช้จ่าย

### ชีวิตครอบครัว

ผู้สูงอายุมีบุตร 3 คน แต่งงานแยกครอบครัวไปแล้ว มีบุตรสาวคนเล็กที่อาศัยอยู่ละแวกใกล้เคียง บุตรจะมาเยี่ยมเป็นครั้งคราว สามีเสียชีวิต 17 ปีแล้ว ปัจจุบันอาศัยอยู่กับพี่สาว เป็นครอบครัวขยาย สมาชิกในครัวเรือน 18 คนซึ่งเป็นครอบครัวของพี่สาว เวลาเจ็บป่วยบุตรสาวคนเล็กจะมาช่วยเหลือและพาไปโรงพยาบาล

### การเจ็บป่วย

ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว คือ โรคกระเพาะอาหารและกระดูกสันหลังเคลื่อนทับกัน จะมีอาการปวดหลัง ปวดขา มีการเคลื่อนไหวลำบาก ซึ่งผู้สูงอายุคิดว่าเป็นผลมาจากการที่ถูกรถมอเตอร์ไซด์ชนเมื่อ 5 ปีก่อนและเป็นผลมาจากการหกล้ม ยาที่ใช้ประจำคือ C-vultin (300) 1xhs , Amitrip (10) 1x2, T-neuromet (500) 2x3 , Tramacap 1x1 , Tramal 1x3

### ประวัติการหกล้ม

ครั้งที่ 1 ประมาณเดือน มกราคม 2552 เวลา 06.00 น. ผู้สูงอายุตื่นนอนตอนเช้า ขณะกำลังลุกจากที่นอน มีอาการมึนงง เวียนศีรษะ ล้มลงบนที่นอน ไม่ได้รับบาดเจ็บ

ครั้งที่ 2 เดือนกุมภาพันธ์ 2552 ช่วงกลางวันที่บ้านของหลานสาว ขณะผู้สูงอายุกำลังลุกขึ้นยืน เกิดเสียหลัก มีอาการเซ จึงล้มลงกระแทกกับเสา มีรอยช้ำและเจ็บที่แขนซ้าย ไปร.พ.เกษมราษฎร์ได้ยามารับประทาน ผู้สูงอายู้รู้สึกเคลื่อนไหวได้ไม่คล่อง เวลาเดินต้องเกาะ

ครั้งที่ 3 กลางเดือนมิถุนายน 2552 ขณะที่ผู้สูงอายุเดินไปซื้อของที่ร้านค้าริมคลอง มือข้างหนึ่งถือถุงใส่ปลา ส่วนมืออีกข้างกำโทรศัพท์ที่กระเป๋าสี้อไว้ รู้สึกว่าตนเองสะดุดแต่ไม่แน่ใจว่าสะดุดอะไร ทำให้ล้มลงหน้าคว่ำไปกับพื้น ใช้มือยันพื้นไว้ หัวเข่ากระแทกพื้น เจ็บบริเวณหัวไหล่ทั้งสองข้าง หัวเข่ามีรอยช้ำ ทำให้ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวลำบากและเกิดความไม่มั่นใจที่จะลุกขึ้นหรือเดิน

### การประเมินโดยใช้ Assessment Tools

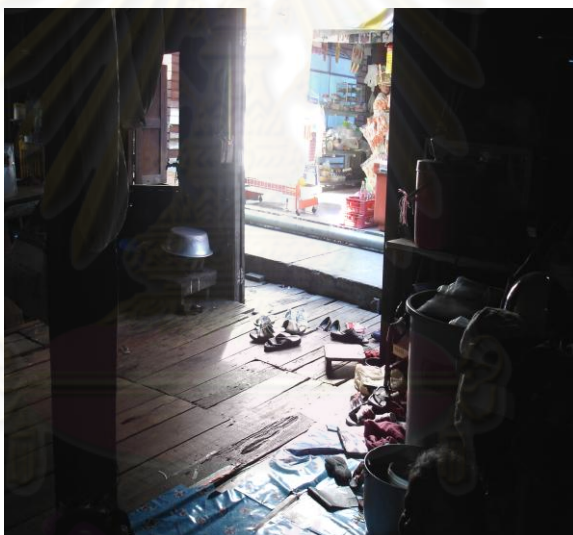
พบว่าผู้ให้ข้อมูลรายนี้มีภาวะพึ่งพา (Chula ADL Index= 4 คะแนน) มีภาวะซึมเศร้าระดับสูง (GDS= 10 คะแนน) ระดับเซเวียร์ปัญญาปกติ (Chula Mental Test= 19 คะแนน) มีความกลัวการหกล้ม (Falls Efficacy Scale= 71 คะแนน) และมีความบกพร่องในการเคลื่อนไหวเนื่องจากไม่กล้าลุกยืนหรือเดินเองได้ (Timed "Up & Go" Test ไม่สามารถทำได้ , Berg Balance Score = 8) Thai-FRAT= 10 มีความเสี่ยงสูงต่อการหกล้ม

### สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

เป็นชุมชนอิสลาม การเดินทางสะดวกเนื่องจากอยู่ไม่ไกลจากถนนใหญ่ มีรถประจำทางผ่านหลายสาย มีคลองผ่านในชุมชน มีสะพานทางเดินเป็นปูนซีเมนต์กว้างประมาณ 1 เมตร ไม่มีราวจับ ลักษณะบ้านของผู้สูงอายุเป็นบ้านไม้ 2 ชั้น พื้นบ้านเป็นไม้ปูด้วยเสื่อน้ำมัน ลักษณะพื้นไม้สม่ำเสมอ มีสิ่งของและสายไฟระเกะระกะที่พื้น มีการผูกเปลผ้าขาวม้าสำหรับเด็กไว้กลางบ้าน ห้องครัวอยู่ในบริเวณบ้านติดกับบันไดขึ้นชั้นบน เครื่องครัว เต่าแก๊สจะถูกจัดวางไว้ที่พื้นเนื่องจากผู้สูงอายุมีความลำบากในการลุกยืนหรือเดิน ส่วนบันไดเป็นบันไดไม้ประมาณ 10 ขั้น มีราวจับ 1 ข้างซึ่งผู้สูงอายุใช้โหนตัวขึ้น-ลง ห้องนอนของผู้สูงอายุอยู่ชั้นบน แสงสว่างเพียงพอ อากาศถ่ายเทได้ดี ส่วนห้องน้ำและห้องส้วมเป็นห้องเดียวกันอยู่ติดกับตัวบ้าน พื้นเป็นปูนแบบหยาบ มีก๊อกน้ำเตี้ยๆ และถังสำหรับใส่น้ำตั้งอยู่ที่พื้น มีเก้าอี้พลาสติกสำหรับนั่งอาบน้ำ ส้วมเป็นแบบนั่งยองซึ่งผู้สูงอายุจะนั่งราบลงไปกับโถส้วมเวลาขับถ่าย



สภาพแวดล้อมภายนอกบ้านของผู้สูงอายุ



ศูนย์วิจัยทรัพยากร  
สภาพแวดล้อมภายในบ้านของผู้สูงอายุ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



สภาพห้องน้ำของผู้สูงอายุ

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## CASE ID 2

สัมภาษณ์วันที่ 19 มีนาคม พ.ศ. 2553

เวลา 15.30 – 16.30 น.

**ประวัติส่วนตัว**

ผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 73 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสหม้าย ไม่ได้เรียนหนังสือ ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ รายรับได้จากเงินที่บุตรส่งเสียให้ประมาณ 6,000 บาท/เดือน

**ชีวิตครอบครัว**

ผู้สูงอายุมีบุตร 4 คน แต่งงานแยกครอบครัวไปแล้ว บุตรจะแวะมาเยี่ยมเป็นครั้งคราว ปัจจุบันอาศัยอยู่กับบุตรชายคนโตและหลาน มีสมาชิกในบ้าน 4 คน สามีเสียชีวิตไป 8 ปีแล้ว มีน้องชายและน้องสะใภ้อาศัยอยู่ในละแวกเดียวกัน น้องสะใภ้จะคอยช่วยเหลือเวลาไปโรงพยาบาล

**การเจ็บป่วย**

ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว คือ โรคภูมิแพ้ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มีอาการปวดหลัง ปวดขา มีการเคลื่อนไหวลำบาก ซึ่งผู้สูงอายุคิดว่ามีส่วนมาจากการหกล้ม ยาที่ใช้ประจำคือ Metformin (500) 1x2 , Gliben (5) 1x2 ac , Simvas (40) 1x1 pc เย็น , ASA (81) 1x1 , B<sub>1-6-12</sub> 1x2 , Atenolol (50) 1x1 , Enalapril (5) 1x1

**ประวัติการหกล้ม**

ครั้งที่ 1 20 มิถุนายน 2552 ขณะกำลังลุกขึ้นยืนในบ้าน ซึ่งพื้นบ้านเปียกน้ำจากการถูบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุลื่น ล้มลง สะโพกกระแทกพื้น เจ็บบริเวณสะโพก ทำให้เดินไม่สะดวก

ครั้งที่ 2 24 พฤศจิกายน 2552 ผู้สูงอายุกำลังจะเดินไปตากปลานอกบ้าน หัวแม่เท้าสะดุดพื้นต่างระดับเนื่องจากยกเท้าไม่พ้นพื้นบริเวณถนนหน้าบ้าน ทำให้ล้มหงายหลังลง แต่ศีรษะไม่พาดพื้น มีเพื่อนบ้านมาช่วยพยุงลุกขึ้น

**การประเมินโดยใช้ Assessment Tools**

พบว่าผู้ให้ข้อมูลรายนี้มีภาวะพึ่งพาในด้านของการเดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้านและการเดินทางโดยขนส่งสาธารณะ (Chula ADL Index= 7 คะแนน) ไม่มีภาวะซึมเศร้า (GDS= 4 คะแนน) ระดับเชาวิปัญญาปกติ (Chula Mental Test= 16 คะแนน) มีความกลัวการหกล้ม (Falls Efficacy Scale= 76 คะแนน) และมีความบกพร่องในการเคลื่อนไหว (Timed "Up & Go" Test > 29 วินาที , Berg Balance Score = 14) Thai-FRAT= 10 มีความเสี่ยงสูงต่อการหกล้ม

**สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย**

บ้านของผู้สูงอายุอยู่ในซอยลึกจากถนนใหญ่ หน้าบ้านติดถนนในซอย การเดินทางต้องนั่งมอเตอร์ไซด์รับจ้างออกไปที่ถนนใหญ่ซึ่งมีรถประจำทางผ่านหลายสาย ลักษณะบ้านเป็นบ้านไม้ 2

ชั้น ชั้นล่างเปิดโล่ง พื้นบ้านปูด้วยเศษกระเบื้องสลับกับเสื่อน้ำมัน ลักษณะพื้นหน้าบ้านค่อนข้าง ลื่นถ้าเปียกน้ำ มีสิ่งของวางระเกะระกะที่พื้น เนื่องจากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวบุตรจึง จัดที่นอนไว้ให้มุมหนึ่งบริเวณหน้าบ้าน ที่ทำครัวอยู่ในบริเวณใกล้กับเตียงนอน เครื่องครัว เต่าแก๊ส จะถูกจัดวางไว้ที่พื้นเนื่องจากผู้สูงอายุมีความลำบากในการลุกขึ้นหรือเดิน ทางเดินภายในตัวบ้าน บุตรชายทำคานไม้เป็นแนวยาวไว้ให้สำหรับเกาะเดิน ส่วนบันไดบ้านเป็นบันไดไม้สูงประมาณ 10 ชั้น มีราวจับ 1 ข้างซึ่งผู้สูงอายุใช้โหนตัวขึ้น-ลง หากต้องขึ้นบนบ้าน ห้องน้ำและห้องส้วมเป็นห้อง เดียวกันอยู่ในตัวบ้าน พื้นเป็นกระเบื้องหยาบ มีโถงใส่น้ำ มีเก้าอี้พลาสติกสำหรับนั่งอาบน้ำ ส้วม เป็นแบบนั่งยองยกระดับสูงขึ้นเล็กน้อยโดยผู้สูงอายุจะนั่งราบลงไปกับโถส้วมเลย ส่วนในตอน กลางคืนผู้สูงอายุจะปัสสาวะใส่ในถังพลาสติกซึ่งจะวางไว้ที่ปลายเตียง ซึ่งผู้สูงอายุจะนั่งยังสามารถนั่งขับถ่ายได้ บริเวณบ้านมีสัตว์เลี้ยงเป็นสุนัข 2 ตัวแต่ไม่ได้จัดบริเวณไว้ให้เป็นสัดส่วน



สภาพทางเดินภายในบ้าน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



สภาพครัวซึ่งอยู่ด้านหน้าของตัวบ้าน



สภาพที่นอนของผู้สูงอายุ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



คานไม้เป็นแนวยาวที่บุตรทำไว้ให้ผู้สูงอายุเกาะเดิน



สภาพห้องน้ำและห้องส้วม



## CASE ID 3

สัมภาษณ์วันที่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2553

เวลา 13.30 – 14.30 น.

**ประวัติส่วนตัว**

ผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 78 ปี นับถือศาสนาอิสลาม สถานภาพสมรสหม้าย จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ รายรับได้จากเงินที่บุตรส่งเสียให้ประมาณ 5,000 บาท/เดือนซึ่งเพียงพอค่าใช้จ่าย

**ชีวิตครอบครัว**

ผู้สูงอายุมีบุตร 3 คน แต่งงานแล้วแต่ยังอาศัยอยู่รวมกันเป็นครอบครัวขยาย รวมมีสมาชิกในบ้าน 7 คน สามีเสียชีวิตไปหลายปีแล้ว

**การเจ็บป่วย**

ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน กระดูกพรุน มีอาการปวดขา มีการเคลื่อนไหวลำบาก ซึ่งผู้สูงอายุคิดว่ามีส่วนมาจากการหกล้ม ยาที่ใช้ประจำคือ One-alpha (0.25) 1x1 , Mydocalm 1x3 , Calvin (600) 1x2 , Mucosta (100) 1x2 , B<sub>1-6-12</sub> 1x3 , HCTZ (50) 1/2x1 , Lexemin(100) 1x2 , Amaryl (2) 1x1 ac , Neurontin (600) 1x1 , Gabapentin (300) 1xhs , MFM (500) 1x2 , Enalapril (20) 1x2

**ประวัติการหกล้ม**

ครั้งที่ 1 ประมาณเดือน เมษายน 2552 บริเวณสวนข้างบ้าน ช่วงกลางวันผู้สูงอายุไปตัดกิ่งต้นตะขบ พอดัดแล้วกิ่งไม้หล่นลงมาใส่จึงล้มก้นกระแทกกับพื้นอย่างแรง มีอาการปวดหลังและขา แต่ไม่ได้ไปพบแพทย์ในทันที เนื่องจากมีนัดพบแพทย์เบาหวานในวันที่ 30 เม.ย. 2552 และผู้สูงอายุได้ถูกส่งต่อไปพบแพทย์เอ็กซเรย์พบว่ามีการกระดูกก้นบองแต่ไม่หัก แพทย์ให้ยากลับมารับประทานจึงช่วยบรรเทาอาการปวดได้

ครั้งที่ 2 ประมาณกลางเดือนเมษายน 2552 เวลาประมาณ 16.00 น. หกล้มในห้องน้ำเนื่องจากพื้นห้องน้ำเปียก ทำให้ลื่นล้ม บริเวณซี่โครงด้านขวากระแทกโองน้ำ เป็นรอยเขียวช้ำ ไปพบแพทย์ที่คลินิก ได้ยามารับประทาน

ครั้งที่ 3 ประมาณเดือนกรกฎาคม 2552 เวลาประมาณ 16.00-17.00 น. ขณะเดินอยู่บริเวณหน้าบ้าน เนื่องจากมีพื้นที่ไม่เสมอกัน ผู้สูงอายุยกขาก้าวไม่พ้น จึงสะดุดหกล้ม หน้าอกกระแทกกับเก้าอี้ แต่ไม่เป็นอะไรมาก จึงไม่ได้ไปพบแพทย์



ครั้งที่ 4 ประมาณเดือนธันวาคม 2552 เวลาประมาณ 15.00 น. ขณะกำลังทำกับข้าว สำหรับมือเย็นอยู่ในครัว รู้สึกว่าขาไม่มีแรงจึงทรุดตัวลง ก้นกระแทกกับพื้น บริเวณแก้มข้างซ้าย กระแทกกับตู้เย็น มีรอยช้ำนิดหน่อย ซึ่พยายามทาเอง

#### การประเมินโดยใช้ Assessment Tools

พบว่าผู้ให้ข้อมูลรายนี้มีภาวะพึ่งพาในด้านของการเดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้านและการเดินทางโดยขนส่งสาธารณะ (Chula ADL Index= 6 คะแนน) ไม่มีภาวะซึมเศร้า (GDS= 1 คะแนน) ระดับเซา์ปัญญาปกติ (Chula Mental Test= 18 คะแนน) มีความกลัวการหกล้ม (Falls Efficacy Scale= 80 คะแนน) และมีความบกพร่องในการเคลื่อนไหว (Timed "Up & Go" Test ไม่สามารถทำได้เนื่องจากผู้สูงอายุไม่สามารถทรงตัวได้ , Berg Balance Score = 8) Thai-FRAT= 11 มีความเสี่ยงสูงต่อการหกล้ม

#### สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

เป็นชุมชนอิสลาม บ้านของผู้สูงอายุอยู่ลึกเข้าไปจากถนนซอย หน้าบ้านติดคลองมีทางเดินเป็นสะพานปูนซีเมนต์กว้างประมาณ 1 เมตรแต่ไม่มีราวจับ ซึ่งหน้าบ้านของผู้สูงอายุได้ทำสะพานไม้ข้ามคลองกว้างประมาณ 1 เมตรสำหรับเดินข้ามไปอีกฝั่งคลองที่รถยนต์สามารถเข้าถึงได้ แต่ไม่ได้ทำราวจับเช่นเดียวกัน ลักษณะบ้านเป็นบ้านไม้ 2 ชั้น พื้นบ้านปูด้วยไม้ ลักษณะพื้นหน้าบ้านเป็นพื้นปูนซีเมนต์และมีความต่างระดับเป็นบางช่วง มีสิ่งของวางระเกะระกะที่พื้น ที่ทำครัวอยู่ในบริเวณตัวบ้าน ส่วนห้องนอนของผู้สูงอายุอยู่ชั้นบน มีเตียงนอนระดับพอเหมาะ แสงสว่างส่องถึง อากาศถ่ายเทสะดวกบันไดบ้านเป็นบันไดไม้สูงประมาณ 10 ชั้น มีราวจับ 1 ข้างซึ่งผู้สูงอายุใช้โหนตัวขึ้น-ลงแต่ในปัจจุบัน จะใช้วิธีการถัดถอยหลังขึ้น ห้องน้ำและห้องส้วมเป็นห้องเดียวกันอยู่ในตัวบ้าน พื้นเป็นกระเบื้องหยาบ มีโถงใส่น้ำ มีเก้าอี้พลาสติกสำหรับนั่งอาบน้ำ ส้วมเป็นแบบนั่งยองยกระดับสูงขึ้นเล็กน้อยโดยผู้สูงอายุจะนั่งราบลงไปกับโถส้วมเลย บริเวณด้านข้างเป็นสวนมีต้นไม้ใหญ่และพืชสวนครัวทำให้บ้านดูร่มรื่นขึ้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



สภาพทางเดินในชุมชน



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## CASE ID 4

สัมภาษณ์วันที่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2553

เวลา 10.30 – 11.40 น.

**ประวัติส่วนตัว**

ผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 81 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ รายรับได้จากเงินบำนาญของสามีและเงินที่บุตรสาวบุญธรรมส่งให้เดือนละประมาณ 10,000 บาท เพียงพอกับค่าใช้จ่าย

**ชีวิตครอบครัว**

ผู้สูงอายุมีบุตรชาย 2 คน แต่เสียชีวิตไป 1 คน มีบุตรสาวบุญธรรมที่รับเลี้ยงไว้ตั้งแต่เด็ก 1 คน ปัจจุบันเข้าบ้านอยู่กับสามี และบุตรชาย มีสมาชิกในครัวเรือน 3 คน ส่วนบุตรบุญธรรมแยกไปอยู่ต่างหาก จะแวะมาเยี่ยมเป็นครั้งคราว เวลาเจ็บป่วยบุตรชายจะคอยดูแลและพาไปโรงพยาบาล

**การเจ็บป่วย**

ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง กระดูกพรุน เบาหวาน ซึ่งจะมีปัญหาเรื่องควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เนื่องจากผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมอาหารได้ ชอบรับประทานอาหารรสหวานและขนมหวานประเภททองหยิบ ทองหยอด ยาที่ใช้ประจำคือ Norgesic 1x1 , Chalkcap 1x1 , Controloc 1x1, Folic 1x1, Losartan 1/2x1, Cinnarizine 1x1, Metformin (500) 1x1, Miacalcic nasal spray 1 ครั้ง OD

**ประวัติการหกล้ม**

ครั้งที่ 1 จำวันที่ไม่ได้ เวลากลางคืน ขณะกำลังเดินอยู่บนบ้าน มีอาการวูบ ล้มลงบนกับพื้นบ้าน ไม่ได้รับบาดเจ็บใดๆ ลูกชายมาช่วยจับลุกขึ้น

ครั้งที่ 2 เดือนมีนาคม 2552 ช่วงเช้าเดินสะดุดเชือกผูกสุนัข ล้มลงกับพื้นบ้านที่เป็นปูน มีรอยฟกช้ำที่หัวเข่าเล็กน้อย

ครั้งที่ 3 เดือนสิงหาคม 2552 ช่วงเช้าเดินสะดุดเชือกผูกสุนัข ล้มลงกับพื้นบ้านที่เป็นปูน มีรอยฟกช้ำที่หัวเข่าเล็กน้อย

ครั้งที่ 4 เดือนตุลาคม 2552 ประมาณ 09.00 น. ขณะกวาดลานหน้าบ้าน ฝนตกทำให้พื้นเปียก ลื่นล้มคุกเข่าลงกับพื้น มีแผลถลอกที่เข่าซ้าย

การประเมินโดยใช้ Assessment Tools

พบว่าผู้ให้ข้อมูลรายนี้พึ่งพาตนเองได้ดี (Chula ADL Index= 9 คะแนน) ไม่มีภาวะซึมเศร้า (GDS= 1 คะแนน) ระดับเซาร์ปัญญาปกติ (Chula Mental Test= 19 คะแนน) มีความกลัวการหกล้ม (Falls Efficacy Scale= 75 คะแนน) และยังสามารถช่วยเหลือตนเองในการเคลื่อนไหวได้เป็นส่วนใหญ่ (Timed "Up & Go" Test= 16.33 วินาที) Berg Balance Score= 44 คะแนน Thai-FRAT= 8 มีความเสี่ยงสูงต่อการหกล้ม

### สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

เป็นชุมชนพุทธและอิสลาม การเดินทางสะดวกสามารถเดินทางได้ทั้งทางบกและทางน้ำ เนื่องจากอยู่ไม่ไกลจากถนนใหญ่ มีรถประจำทางผ่านหลายสาย มีคลองผ่านในชุมชนมีเรือโดยสารผ่าน ลักษณะเป็นห้องแถวให้เช่า 2 ชั้น พื้นบ้านเป็นปูน มีสิ่งของและสายไฟระเกะระกะที่พื้น มีการเลี้ยงสุนัขและแมวภายในบ้านโดยผูกเชือกล่ามไว้ในบ้าน ห้องครัวอยู่ในบริเวณบ้านติดกับบันไดขึ้นชั้นบน ส่วนบันไดเป็นบันไดไม้ประมาณ 10 ขั้น มีราวจับ 1 ข้าง ห้องนอนของผู้สูงอายุอยู่ชั้นบน แสงสว่างเพียงพอ อากาศถ่ายเทได้ดี ส่วนห้องน้ำและห้องส้วมเป็นห้องเดียวกันอยู่ในตัวบ้าน พื้นเป็นปูนแบบหยาบ มีก๊อกน้ำเตี้ยๆ และถังสำหรับใส่น้ำตั้งอยู่ที่พื้น ส้วมเป็นแบบนั่งยองซึ่งมีข้อจำกัดในการปรับเปลี่ยนเป็นชักโครกเนื่องจากเป็นบ้านเช่า บุตรสาวจึงซื้อโถะที่ครอบมาให้ใช้เวลาขั้บถ่าย



ภาพแสดงเก้าอ้นั่งถ่ายสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อครอบกับโถส้วม เนื่องจากเจ้าของบ้านเช่าไม่ให้ปรับเปลี่ยนเป็นชักโครก

## CASE ID 5

สัมภาษณ์วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2553

เวลา 10.30 – 11.45 น.

**ประวัติส่วนตัว**

ผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 72 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสหม้าย ไม่ได้เรียนหนังสือ ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ รายรับได้จากบุตรส่งเสียให้เดือนละประมาณ 2,000 บาท รับเบี้ยผู้สูงอายุอีกเดือนละ 500 บาท เพียงพอกับค่าใช้จ่าย (เนื่องจากค่าใช้จ่ายในบ้านบุตรจะเป็นคนออกทั้งหมด)

**ชีวิตครอบครัว**

ผู้สูงอายุมีบุตรสาว 4 คน แต่งงานหมดแล้ว แต่แยกครอบครัวออกไป 3 คน ส่วนสามีเสียชีวิตไปหลายปีแล้ว ปัจจุบันอยู่กับบุตรสาวคนที่ 3 มีสมาชิกในครัวเรือน 7 คน คือ บุตรสาว บุตรชาย และหลานอีก 4 คน

**การเจ็บป่วย**

ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเส้นเลือดสูงซึ่งจะมีปัญหาเรื่องควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เนื่องจากผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมอาหารได้ ชอบรับประทานอาหารตามใจชอบและมักจะทานข้าวในปริมาณมากเพราะรู้สึกหิวอยู่ท้อง ยาที่ใช้ประจำคือ ASA (81) 1x1 , Amlodipine 1x1 , HCTZ (50) 1x1 , Simvastatin (20) 1xhs , B<sub>1-6-12</sub> 1x3 , Miracid (20) 1x1 ac , Mixtard 20 unit เข้า-เย็น

**ประวัติการหกล้ม**

ครั้งที่ 1 ประมาณเดือนพฤษภาคม 2552 เวลาใกล้ๆ เที่ยง ขณะกำลังลุกขึ้นยืนบริเวณหน้าบ้าน รู้สึกว่าขาไม่มีแรง ทรงตัวไม่อยู่ ล้มลงก้นกระแทกกับพื้นปูนซีเมนต์ ไม่ได้รับบาดเจ็บอะไร สามารถหาที่เกาะและลุกขึ้นเองได้

ครั้งที่ 2 จำนวนที่ไม่ได้ ช่วงก่อนเที่ยง ผู้สูงอายุเดินออกมาจากห้องน้ำ มีอาการเซ ทรงตัวไม่อยู่ ล้มลงก้นกระแทกกับพื้นในบ้าน ไม่ได้รับบาดเจ็บ

ครั้งที่ 3 จำนวนที่ไม่ได้ เวลาประมาณ 22.00 น. หลังดูละครจบแล้ว จึงลุกขึ้นเพื่อไปปิดโทรทัศน์และจะเดินไปเข้านอน รู้สึกว่าขาอ่อนแรง ทรงตัวไม่อยู่ ฝืนตัวเองไม่ได้แล้ว จึงทรุดตัวลงก้นกระแทกกับพื้นบ้าน ลูกสาวมาช่วยพยุงตัวลุกขึ้น แต่ไม่ได้รับบาดเจ็บใดๆ



### การประเมินโดยใช้ Assessment Tools

พบว่าผู้ให้ข้อมูลรายนี้มีภาวะพึ่งพาในด้านการเดินหรือเคลื่อนที่ออกนอกบ้าน การปรุงหรือการเตรียมอาหาร การเดินทางโดยขนส่งสาธารณะ (Chula ADL Index= 5 คะแนน) มีภาวะซีมีเศร้าเล็กน้อย (GDS= 6 คะแนน) ระดับเซาวิปัญญาปกติ (Chula Mental Test= 17 คะแนน) มีความกลัวการหกล้ม (Falls Efficacy Scale= 96 คะแนน) มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหว (Timed "Up & Go" Test > 29 วินาที) Berg Balance Score= 14 คะแนน Thai-FRAT= 10 คะแนน ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการหกล้มอยู่ในระดับสูง

### สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

เป็นชุมชนพุทธและอิสลาม การเดินทางสะดวกสามารถเดินทางได้ทั้งทางบกและทางน้ำ เนื่องจากอยู่ไม่ไกลจากถนนใหญ่ มีรถประจำทางผ่านหลายสาย มีคลองผ่านในชุมชนมีเรือโดยสารผ่าน ลักษณะเป็นบ้านไม้ชั้นเดียวยกระดับสูงกว่าพื้นถนนเป็นบันได 1 ชั้นสูงประมาณ 20 เซนติเมตร พื้นบ้านปูด้วยเสื่อน้ำมัน ห้องครัวอยู่ในบริเวณบ้าน เครื่องครัวและเตาแก๊สถูกตัดขาให้สั้นลงตั้งอยู่กับพื้นบ้านเนื่องจากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการยืน/เดิน จึงต้องนั่งทำ ห้องนอนของผู้สูงอายุอยู่ด้านในติดกับห้องน้ำ คอนข้างมีดี การระบายอากาศถ่ายเทไม่ดีนัก ส่วนห้องน้ำและห้องส้วมเป็นห้องเดียวกันอยู่ในตัวบ้าน คอนข้างแคบ พื้นเป็นกระเบื้อง มีฝักบัวสำหรับอาบน้ำ ส้วมเป็นแบบชักโครก ไม่มีราวจับในห้องน้ำ



สภาพบริเวณทางขึ้นหน้าบ้าน



สภาพห้องนอนของผู้สูงอายุ



เครื่องครัว เต้าแก๊สที่ถูกตัดขาให้สั้นลง



สภาพห้องน้ำของผู้สูงอายุ

ศูนย์วิทยพัชร์พยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## CASE ID 6

สัมภาษณ์วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2553

เวลา 08.30 – 09.45 น.

**ประวัติส่วนตัว**

ผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 84 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ปัจจุบันประกอบอาชีพค้าขายของชำอยู่กับบ้าน รายรับได้จากขายของหักค่าใช้จ่ายแล้วก็เหลือเดือนละ 3,000-4,000 บาท

**ชีวิตครอบครัว**

ผู้สูงอายุมีบุตร 2 คน แต่งงานแล้ว 1 คน แต่ไม่ได้แยกครอบครัวออกไป มีสมาชิกในครัวเรือน 6 คน คือ สามี บุตรสาว บุตรชาย สะใภ้และหลาน

**การเจ็บป่วย**

ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจโต ยาที่ใช้ประจำคือ Isotrate (10) 1x1 ac, MTV 1x1, Simvas (20) 1xhs, Lasix (40) 1x1, Ativan (0.5) 1xhs, FBC 1x3, Omeprazole (20) 1x1 ac, Folic 1x1, ASA 1x1, Gliben (5) 1/2x2 ac, Flunarizine (5) 1xhs, Neulin SR (200) 1xhs

**ประวัติการหกล้ม**

ครั้งที่ 1 ประมาณต้นๆ ปี 2552 จำวันที่ไม่ได้ ช่วงตอนเย็น ผู้สูงอายุเดินไปเก็บผ้าที่หลังบ้าน รู้สึกว่าขาไม่มีแรง จึงทรุดตัวลงไปกับพื้น แต่ไม่มีอาการเวียนศีรษะหรือหน้ามืด เจ็บที่ก้นมีรอยขีดเล็กน้อย

ครั้งที่ 2 ประมาณปลายๆ ปี 2552 จำวันที่ไม่ได้ เวลากลางวัน ผู้สูงอายุลุกจากเก้าอี้เพื่อเดินไปเปิดไฟที่หน้าบ้าน รู้สึกว่าขาไม่มีแรง จึงทรุดตัวลงกับพื้น เจ็บที่หัวเข่า 2 ข้าง มีรอยขีดๆ ซึ่พยายามทาเอง

**การประเมินโดยใช้ Assessment Tools**

พบว่าผู้ให้ข้อมูลรายนี้มีภาวะพึ่งพาในด้านการปรุงหรือการเตรียมอาหาร การเดินทางโดยขนส่งสาธารณะ (Chula ADL Index= 5 คะแนน) มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (GDS= 6 คะแนน) ระดับเขาวัวปัญญาปกติ (Chula Mental Test= 19 คะแนน) มีความกลัวการหกล้ม (Falls Efficacy Scale= 84 คะแนน) มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหว (Timed "Up & Go" Test = 34.7 วินาที) Berg Balance Score= 19 คะแนน Thai-FRAT= 6 คะแนน ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการหกล้มอยู่ในระดับสูง

### สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

เป็นชุมชนพุทธและอิสลาม การเดินทางสะดวกสามารถเดินทางได้ทั้งทางบกและทางน้ำ เนื่องจากอยู่ไม่ไกลจากถนนใหญ่ มีรถประจำทางผ่านหลายสาย มีคลองผ่านในชุมชนมีเรือโดยสารผ่าน ลักษณะเป็นตึกแถวครึ่งตึกครึ่งไม้ 2 ชั้น เปิดเป็นร้านขายของชำ มีเก้าอี้พนักเอนพิงหลัง 1 ตัวสำหรับให้ผู้สูงอายุนั่งขายของ ส่วนใหญ่ลูกค้าจะหยิบของเองและเดินมาจ่ายเงินกับผู้สูงอายุ พื้นบ้านชั้นล่างเป็นปูนผิวเรียบ มีช่องวางเกะกะอยู่ตามทางเดิน ห้องครัวอยู่ในบริเวณบ้านแต่บุตรสาวจะเป็นคนเตรียมอาหารไว้ให้ เตียงนอนของผู้สูงอายุอยู่ชั้นล่างขนาดและความสูงพอเหมาะ อยู่ไม่ไกลจากห้องน้ำ ทางเดินไปห้องน้ำมีแสงสว่างเพียงพอ ส่วนห้องน้ำและห้องส้วมเป็นห้องเดียวกันอยู่ในตัวบ้าน พื้นเป็นกระเบื้อง มีฝักบัวสำหรับอาบน้ำ ส้วมเป็นแบบชักโครก มีราวจับเป็นไม้ในห้องน้ำซึ่งบุตรชายทำไว้ให้เกาะ ส่วนบันไดบ้านเป็นไม้สูงประมาณ 10 ชั้นมีราวจับ 1 ข้าง แต่ผู้สูงอายุหลีกเลี่ยงที่จะไม่ขึ้นบันไดนานแล้วเนื่องจากกลัวล้มตกบันได

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## CASE ID 7

สัมภาษณ์วันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2553

เวลา 14.00 – 15.15 น.

**ประวัติส่วนตัว**

ผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 70 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสหม้าย จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ รายรับได้จากเงินที่บุตรส่งเสียให้ประมาณเดือนละ 5,000 บาท ซึ่งเพียงพอต่อการใช้จ่าย

**ชีวิตครอบครัว**

ผู้สูงอายุมีบุตร 4 คน แต่งงานแยกครอบครัวไปแล้ว สามีเสียชีวิตหลายปีแล้ว ปัจจุบันอาศัยอยู่กับบุตรสาวคนที่ 4 ลักษณะเป็นครอบครัวขยาย มีสมาชิกในครัวเรือนทั้งหมด 6 คนคือ บุตรสาว บุตรชาย หลาน 2 คน ตัวผู้สูงอายุ และผู้ดูแลที่บุตรสาวจ้างมาดูแลผู้สูงอายุ สามีเสียชีวิตหลายปีแล้ว สัมพันธภาพในครอบครัวมีความอบอุ่นดี

**การเจ็บป่วย**

ผู้สูงอายุปฏิเสธโรคประจำตัว สุขภาพถือว่าอยู่ในเกณฑ์ดี แต่ผู้สูงอายุจะมีปัญหาในเรื่องของอาการท้องผูกซึ่งมีประวัติของการใช้ยาระบายเป็นประจำ และมักจะมีอาการปวดขาเมื่ออากาศเย็นๆ ยาที่ใช้ประจำ คือ Blackmores 1x1 pc, Senokot 4xs

**ประวัติการหกล้ม**

ผู้สูงอายุหกล้มเพียงครั้งเดียวในปี 2552 เมื่อประมาณเดือนกรกฎาคม ผู้สูงอายุคลุกข้าวเพื่อจะนำไปเลี้ยงสุนัข ขณะเดินถือซามข้าวออกไปที่บริเวณหลังบ้าน ผู้สูงอายุเดินสะดุดพื้นต่างระดับทำให้หกล้ม ตกเข่าลงกับพื้นปูน หัวเข่าบวมเล็กน้อย ไม่มีบาดแผล

**การประเมินโดยใช้ Assessment Tools**

พบว่าผู้ให้ข้อมูลรายนี้พึ่งพาตนเองได้ (Chula ADL Index= 7 คะแนน) ไม่มีอาการของภาวะซึมเศร้า (GDS= 1 คะแนน) ระดับเชาวน์ปัญญาปกติ (Chula Mental Test= 19 คะแนน) มีความกลัวการหกล้ม (Falls Efficacy Scale= 75 คะแนน) ผู้สูงอายุยังสามารถช่วยเหลือตนเองในการเคลื่อนไหวได้เป็นส่วนใหญ่ (Timed "Up & Go" Test = 18.33 วินาที) Berg Balance Score= 39 คะแนน ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการหกล้มอยู่ในระดับปานกลาง Thai-FRAT= 5 คะแนน

**สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย**

เป็นชุมชนพุทธ บ้านของผู้สูงอายุอยู่ในซอยค่อนข้างลึก มีรถประจำทางผ่านด้านหน้าที่เป็นถนนใหญ่ การเดินทางอาจไม่สะดวกนักหากไม่มีรถยนต์ส่วนตัว แต่สามารถใช้บริการรถรับจ้าง เช่น สามล้อ หรือรถแท็กซี่ได้ ลักษณะเป็นบ้านคล้ายบ้านจัดสรร 2 ชั้นอยู่ค่อนข้างห่างกัน

พื้นบ้านปูด้วยกระเบื้องผิวเรียบ ลักษณะลื่นหากเปียกน้ำ มีพื้นต่างระดับบริเวณประตู ข้าวของในบ้านถูกจัดไว้อย่างเป็นระเบียบ ห้องครัวแยกเป็นสัดส่วนด้านหลังอยู่ในบริเวณบ้าน ส่วนบันไดเป็นบันไดไม้ประมาณ 14 ขั้นแบ่งเป็น 2 ตอนมีขั้นสำหรับพัก มีราวจับ 1 ข้างมีการปูด้วยวัสดุกันลื่น ห้องนอนของผู้สูงอายุอยู่ชั้นล่างของตัวบ้าน ความสูงของเตียงนอนมีความเหมาะสม แสงสว่างเพียงพอ อากาศถ่ายเทได้ดี ส่วนห้องน้ำและห้องส้วมแยกห้องกันอยู่ใกล้กับห้องนอนของผู้สูงอายุ พื้นห้องน้ำเป็นกระเบื้องมีลักษณะหยาบ ไม่มีวัสดุกันลื่นในห้องน้ำ มีการจัดวางเก้าอี้หินไม่มีพนักไว้สำหรับผู้สูงอายุนั่งอาบน้ำด้วยฝักบัว ยังพบว่ามีพรมเช็ดเท้าแบบไม่ติดพื้นอยู่บริเวณหน้าห้องน้ำ ส้วมเป็นแบบชักโครกซึ่งมีความเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ แต่จากการสังเกตพบว่าจะยังไม่มีราวจับทั้งในห้องน้ำและห้องส้วม มีสัตว์เลี้ยงอยู่ในบ้านด้วยคือ แมว ส่วนสุนัขจะมีที่อยู่เป็นสัดส่วนที่หลังบ้าน



ภาพแสดงลักษณะห้องนอนของผู้สูงอายุ



ภาพแสดงลักษณะห้องส้วม



ภาพแสดงลักษณะห้องส้วม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาพแสดงบันไดบ้านซึ่งมีการปูด้วยวัสดุกันลื่น



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## CASE ID 8

สัมภาษณ์วันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2553

เวลา 13.00 – 14.15 น.

**ประวัติส่วนตัว**

ผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 62 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสแยกกันอยู่ จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ รายรับได้จากเงินที่บุตรส่งเสียให้ประมาณเดือนละ 1,500 บาท (ไม่รวมค่าใช้จ่ายในการฟอกไตซึ่งบุตรจะให้เป็นประจำไป) ซึ่งผู้สูงอายุบอกว่าไม่ค่อยเพียงพอต่อการใช้จ่าย เนื่องจากส่วนใหญ่มักจะถูกใช้จ่ายเป็นค่าแท็กซี่สำหรับไปฟอกไต

**ชีวิตครอบครัว**

ผู้สูงอายุมีบุตร 3 คน แยกครอบครัวออกไป 1 คน ปัจจุบันอาศัยอยู่กับบุตรชายคนโต ลักษณะเป็นครอบครัวขยาย มีสมาชิกในครัวเรือนทั้งหมด 4 คนคือ ตัวผู้สูงอายุ บุตรชาย บุตรสาว และหลาน 1 คน ส่วนสามีแยกทางกันไปนานแล้ว

**การเจ็บป่วย**

ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไต ซึ่งผู้สูงอายุต้องทำการฟอกไต 2 ครั้ง/สัปดาห์ (วันอาทิตย์/พุธ) ทาง catheter ที่หน้าอกขวาเป็นการชั่วคราว (ผู้สูงอายุทำ AV-shunt ที่แขนขวาแล้ว รอเส้นเลือดใช้การได้) แต่ผู้ให้ข้อมูลมีปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายในการฟอกไตครั้งละ 1,200 -1,500 บาท/ครั้ง จึงไม่ได้ไปฟอกไตตามกำหนดทุกครั้ง ทำให้ได้รับการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง ซึ่งแพทย์ผู้รักษาเคยแนะนำให้ผู้สูงอายุเปลี่ยนแผนการรักษามาล้างไตทางหน้าท้องเพื่อช่วยลดภาระในด้านค่าใช้จ่าย แต่ผู้สูงอายุมองว่าเป็นเรื่องที่ยากเพราะการล้างไตทางหน้าท้องต้องใช้เวลาแต่ละ cycle ค่อนข้างนาน ต้องใช้เทคนิคปราศจากเชื้อและไม่มีผู้ดูแลหลักที่จะมาคอยดูแลอย่างจริงจังเนื่องจากบุตรทุกคนต้องทำงาน นอกจากนี้ผู้สูงอายุมองว่าสุขภาพของตนเองแยกลง รู้สึกไม่ค่อยมีแรง และมักจะมีอาการวิงเวียนศีรษะเป็นส่วนใหญ่ ยาที่ใช้ประจำ คือ Amlodipine(10) 1x2, Furetic(500) 2x1, Simvas(40) 1xhs, Amitrip(25) 1xhs, Mixtard 15-0-12 unit, Vit B 1x2, Ferrous sulfate 2x3, Folic 1x1, Senokot 2xhs

**ประวัติการหกล้ม**

ครั้งที่ 1 ประมาณเดือนพฤษภาคม 2552 ช่วงบ่ายขณะนั่งรับประทานอาหารบริเวณหน้าโทรทัศน์ ผู้สูงอายุบอกว่ารู้สึกมีอาการวูบ จึงล้มหน้าคว่ำลงกับพื้นไม่ทราบเวลาที่แน่นอนเนื่องจากอยู่คนเดียว หลังจากรู้สึกตัวผู้สูงอายุสามารถลุกขึ้นได้เอง ไม่รู้สึกเจ็บ ไม่มีบาดแผลใดๆตามร่างกาย



ครั้งที่ 2 ประมาณเดือนพฤษภาคม 2552 ช่วงกลางวันผู้สูงอายุนั่งอยู่บนเตียงนอน มีเสียงโทรศัพท์ดังขึ้น จึงลุกขึ้นเพื่อจะไปรับโทรศัพท์ ขณะลุกขึ้นยืนมีอาการวูบ ล้มลง บริเวณหน้าอก ตรงบริเวณที่ใส่สายฟอกเลือดกระแทกกับหัวมมเตียง มีอาการเจ็บบริเวณหน้าอกและหัวไหล่ข้างขวาเล็กน้อย แต่ไม่มีบาดแผล ไม่มีรอยช้ำไปพบแพทย์ที่รพ.สิรินธร บอกว่ากล้ามเนื้ออักเสบ ให้ยามารับประทาน

### การประเมินโดยใช้ Assessment Tools

พบว่าผู้ให้ข้อมูลรายนี้พึ่งพาตนเองได้ (Chula ADL Index= 7 คะแนน) ไม่มีอาการของภาวะซึมเศร้า (GDS= 4 คะแนน) ระดับเชาวน์ปัญญาปกติ (Chula Mental Test= 16 คะแนน) มีความกลัวการหกล้ม (Falls Efficacy Scale= 73 คะแนน) ผู้สูงอายุยังสามารถช่วยเหลือตนเองในการเคลื่อนไหวได้เป็นส่วนใหญ่ (Timed "Up & Go" Test = 15 วินาที) Berg Balance Score= 52 คะแนน Thai-FRAT= 6 คะแนนถือว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการหกล้ม

### สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

เป็นชุมชนจัดสรร ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ บ้านของผู้สูงอายุอยู่ในซอยค่อนข้างลึก การเดินทางสะดวกสามารถใช้บริการรถรับจ้าง เช่น มอเตอร์ไซด์รับจ้าง สามล้อ หรือแท็กซี่ได้ ลักษณะบ้านของผู้สูงอายุเป็นบ้านไม้ 2 ชั้น มีทางต่างระดับบริเวณหน้าบ้าน พื้นบ้านปูกระเบื้องผิวเรียบ มีสภาพลื่นหากเปียกน้ำ ห้องครัวอยู่บริเวณด้านหลังในตัวบ้าน ส่วนบันไดเป็นปูนประมาณ 10 ขั้น ไม่มีราวจับ เตียงนอนของผู้สูงอายุอยู่ชั้นล่าง แสงสว่างเพียงพอ อากาศถ่ายเทได้ดี ส่วนห้องน้ำแยกกับห้องส้วมอยู่ใกล้กับเตียงนอนของผู้สูงอายุ พื้นเป็นกระเบื้องผิวเรียบเสี่ยงต่อการลื่นเมื่อเปียกน้ำ มีการจัดเก้าอี้พลาสติกมีพนักไว้สำหรับผู้สูงอายุนั่งอาบน้ำ ส้วมเป็นแบบชักโครก ไม่มีราวจับ ผู้สูงอายุจะใช้มือเกาะข้างฝาช่วยในการพยุงตัว นอกจากนี้ยังพบว่าม็พรมที่ไม่ยึดติดพื้นอยู่บริเวณหน้าห้องน้ำซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยชักนำไปสู่การหกล้มได้



สภาพเตียงนอนของผู้สูงอายุ



สภาพห้องน้ำและห้องส้วม

ศูนย์วิทยพัชรพัชการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## CASE ID 9

สัมภาษณ์วันที่ 2 พฤษภาคม พ.ศ. 2553

เวลา 16.00 – 17.00 น.

**ประวัติส่วนตัว**

ผู้สูงอายุเพศชาย อายุ 83 ปี นั้บถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสหม้าย จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ รายรับได้จากเงินที่บุตรส่งเสียให้ประมาณเดือนละ 5,000 บาท ผู้สูงอายุบอกว่าเพียงพอต่อการใช้จ่าย

**ชีวิตครอบครัว**

ผู้สูงอายุมีบุตร 2 คน ภรรยาเสียชีวิตหลายปีแล้ว ปัจจุบันอาศัยอยู่กับบุตรสาว ลักษณะเป็นครอบครัวขยาย มีสมาชิกในครัวเรือนทั้งหมด 8 คนคือ บุตรสาว 2 คน บุตรชาย 2 คน หลานสาว หลานชาย เหลนและตัวผู้สูงอายุเอง สัมพันธภาพในครอบครัวมีความอบอุ่น

**การเจ็บป่วย**

ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเส้นเลือดในสมองตีบ มีอาการอ่อนแรงที่แขน-ขาข้างซ้าย และยังมีปัญหาในเรื่องของการกลืน ส่วนใหญ่จะเป็นจำพวกอาหารเหลว น้ำดื่ม ทำให้ผู้สูงอายุไม่ค่อยยอมดื่มน้ำ จากผลการเจาะเลือดครั้งก่อน (กุมภาพันธ์ 2553) แพทย์บอกว่าเริ่มมีความผิดปกติของการทำงานของไต ยาที่ใช้ประจำ คือ Betaloc(100) 1x1, Plendil(10) 1x1, Doxaril 1x1, Plavix(75) 1x1, Simvas(10) 1/2xhs, Amitrip(20) 1xhs, Baclofen 1/2x2, Folic 1x1

**ประวัติการหกล้ม**

ครั้งที่ 1 เดือนมิถุนายน 2552 ช่วงกลางวัน ขณะที่ผู้สูงอายุกำลังลุกขึ้นยืนเพื่อจะเดินไปห้องน้ำซึ่งอยู่ภายในตัวบ้าน มีอาการขาอ่อนแรงข้างซ้าย จึงทรุดตัวลง ก้นกระแทกกับพื้น แต่ไม่ได้รับบาดเจ็บใดๆ

ครั้งที่ 2 วันที่ 18 กรกฎาคม 2552 ช่วงกลางวัน หลังจากรับประทานอาหารกลางวันแล้ว ผู้สูงอายุลุกขึ้นเดินเพื่อจะไปนั่งเอนหลังที่โซฟา รู้สึกมีอาการขาอ่อนแรงข้างซ้าย จึงทรุดตัวลง ก้นกระแทกกับพื้น แต่ไม่ได้รับบาดเจ็บใดๆ

ครั้งที่ 3 ต้นเดือนพฤศจิกายน 2552 ช่วงบ่าย ขณะที่ผู้สูงอายุกำลังลุกขึ้นยืนเพื่อจะเดินไปห้องน้ำซึ่งอยู่ภายในตัวบ้าน มีอาการขาอ่อนแรงข้างซ้าย จึงทรุดตัวลง ก้นกระแทกกับพื้น แต่ไม่ได้รับบาดเจ็บใดๆ

ครั้งที่ 4 กลางเดือนพฤศจิกายน 2552 ช่วงบ่าย ขณะที่ผู้สูงอายุลุกขึ้นเดินไปมาในบ้านหลังรับประทานของว่าง รู้สึกมีอาการอ่อนแรงที่ขาข้างซ้าย จึงทรุดตัวลง ก้นกระแทกกับพื้น แต่ไม่ได้รับบาดเจ็บใดๆ

### การประเมินโดยใช้ Assessment Tools

พบว่าผู้ให้ข้อมูลรายนี้พึ่งพาตนเองได้ (Chula ADL Index= 5 คะแนน) ไม่มีอาการของภาวะซึมเศร้า (GDS= 4 คะแนน) ระดับเชาวน์ปัญญาปกติ (Chula Mental Test= 16 คะแนน) มีความกลัวการหกล้ม (Falls Efficacy Scale= 75 คะแนน) ผู้สูงอายุมีความเปลี่ยนแปลงในการเคลื่อนไหว (Timed "Up & Go" Test = 28.33 วินาที) Berg Balance Score= 26 คะแนน Thai-FRAT= 10 คะแนนถือว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการหกล้ม

### สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

บ้านของผู้สูงอายุอยู่ในซอยค่อนข้างลึก มีรถประจำทางผ่านด้านหน้าที่เป็นถนนใหญ่ การเดินทางสะดวกสามารถใช้บริการรถรับจ้าง เช่น มอเตอร์ไซด์รับจ้าง สามล้อ หรือรถแท็กซี่ได้ ลักษณะเป็นบ้าน 2 ชั้นอยู่ติดๆ กัน มีรั้วรอบขอบชิด พื้นบ้านปูด้วยกระเบื้องผิวเรียบ ลักษณะชั้นหากเปียกน้ำ มีพื้นบ้านยกระดับสูงจากพื้นปูนหน้าบ้านเป็นบันได 2 ชั้น บริเวณหน้าบ้านมีพื้นที่ว่างสำหรับออกกำลังกาย ชาวของในบ้านถูกจัดไว้อย่างเป็นระเบียบ ห้องครัวแยกเป็นสัดส่วน ด้านหลังอยู่ในบริเวณบ้าน ส่วนบันไดเป็นบันไดไม้ประมาณ 12 ขั้นแบ่งเป็น 2 ตอนมีขั้นสำหรับพัก มีราวจับสแตนเลส 1 ข้าง ห้องนอนของผู้สูงอายุอยู่ชั้นล่างของตัวบ้าน เตียงนอนมีขนาดกว้างประมาณ 1 เมตร ความสูงของเตียงนอนมีความเหมาะสม แสงสว่างเพียงพอ อากาศถ่ายเทได้ดี ส่วนห้องน้ำและห้องส้วมแยกห้องกันอยู่ตรงข้ามกับห้องนอนของผู้สูงอายุ พื้นห้องน้ำเป็นกระเบื้องผิวหยาบ มีวัสดุกันลื่นในห้องน้ำ(ชนิดเก็บได้เมื่อไม่ใช้งาน) มีการจัดวางเก้าอี้พลาสติกมีพนักไว้สำหรับให้ผู้สูงอายุนั่งอาบน้ำ มีรองเท้าฟองน้ำสำหรับใส่ในห้องน้ำ (สังเกตว่าเริ่มหมดดอกยางแล้ว) นอกจากนี้ยังพบว่ามีพรมเช็ดเท้าแบบไม่ติดพื้นอยู่บริเวณหน้าห้องน้ำ ส้วมเป็นแบบชักโครกซึ่งมีความเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ แต่จากการสังเกตพบว่ายังไม่มีราวจับทั้งในห้องน้ำและห้องส้วม โดยผู้สูงอายุจะใช้มือเกาะข้างฝาหรืออ่างน้ำช่วยในการพยุงตัวเวลาเข้าห้องน้ำ



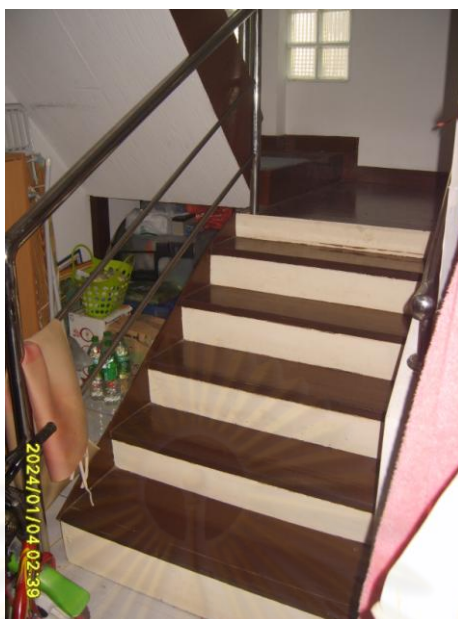
ภาพแสดงลักษณะเตียงนอนของผู้สูงอายุ



ภาพแสดงลักษณะห้องน้ำและห้องส้วม

ศูนย์วิจัยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





ภาพแสดงบันไดบ้านที่มีลักษณะพื้นผิวมันลื่น

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## CASE ID 10

สัมภาษณ์วันที่ 4 พฤษภาคม พ.ศ. 2553

เวลา 13.00 – 14.00 น.

**ประวัติส่วนตัว**

ผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 68 ปี นับถือศาสนาอิสลาม สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ รายรับได้จากเงินที่บุตรส่งเสียให้ประมาณเดือนละ 3,500 บาท (รวมเบี้ยผู้สูงอายุ 500 บาท/เดือน) ผู้สูงอายุบอกว่าเพียงพอต่อการใช้จ่าย

**ชีวิตครอบครัว**

ผู้สูงอายุมีบุตร 2 คน ปัจจุบันอาศัยอยู่กับสามีในบ้านของตนเอง ลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว มีสมาชิกในครัวเรือนทั้งหมด 3 คนคือ สามี ตัวผู้สูงอายุ และบุตรชาย ส่วนบุตรสาวอีก 1 คนทำงานเป็นครูอยู่ที่ จ.นครนายก บุตรสาวจะมาเยี่ยมทุกอาทิตย์

**การเจ็บป่วย**

ผู้สูงอายุเคยมีภาวะไขมันในเลือดสูง แต่สามารถควบคุมอาหารได้ดีจึงไม่ต้องรับประทานยา ผู้สูงอายุไปตรวจตามนัดทุกเดือน ซึ่งจากผลเลือดแพทย์บอกว่าไขมันอยู่ในเกณฑ์ปกติแล้ว ส่วนประวัติการผ่าตัดประมาณเดือนสิงหาคม 2552 ผู้สูงอายุมีเลือดประจำเดือนมาผิดปกติ จึงไปตรวจที่โรงพยาบาลเพชรเวช แพทย์สงสัยว่าจะเป็นมะเร็งจึงผ่าตัดมดลูกออก ปัจจุบันแข็งแรงดีแล้ว

**ประวัติการหกล้ม**

ครั้งที่ 1 ต้นเดือนมกราคม 2552 เวลาประมาณ 09.00 น. ผู้สูงอายุเล่าให้ฟังว่าขณะดื่มน้ำ เดินลงบันได โดยคิดว่าถึงบันไดขั้นสุดท้ายแล้ว จึงก้าวพลาด ล้มลงหัวเข้ากระแทกกับพื้น มีรอยขีดที่หัวเข้าเล็กน้อย แต่ไม่มีบาดแผลใดๆ

ครั้งที่ 2 เดือนตุลาคม 2552 เวลาประมาณ 09.00 น. ผู้สูงอายุกำลังล้างพื้นบริเวณทางลาดหลังบ้าน เนื่องจากฝนตกแล้วมีตะไคร่น้ำเกาะ จึงลื่นล้ม เอาสะโพกข้างซ้ายลงกระแทกพื้นปูน รู้สึกซัดๆ นิดหน่อย แต่ไม่มีบาดแผลใดๆ

**การประเมินโดยใช้ Assessment Tools**

พบว่าผู้ให้ข้อมูลรายนี้พึ่งพาตนเองได้ (Chula ADL Index= 9 คะแนน) ไม่มีอาการของภาวะซึมเศร้า (GDS= 2 คะแนน) ระดับเซาวิปัญญาปกติ (Chula Mental Test= 19 คะแนน) มีความกลัวการหกล้ม (Falls Efficacy Scale= 72 คะแนน) ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองในการเคลื่อนไหวได้เป็นส่วนใหญ่ (Timed “Up & Go” Test = 12.33 วินาที) Berg Balance Score= 50 คะแนน Thai-FRAT= 5 คะแนนถือว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการหกล้ม

### สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

เป็นชุมชนอิสลาม การเดินทางสะดวกเนื่องจากอยู่ไม่ไกลจากถนนใหญ่ มีรถประจำทางผ่านหลายสาย มีคลองผ่านในชุมชน ลักษณะเป็นบ้านไม้ 2 ชั้น หน้าบ้านมีพื้นที่กว้างสำหรับทำกิจกรรมต่างๆ มีการปลูกต้นไม้ในบริเวณบ้านทำให้มีบรรยากาศร่มรื่น พื้นบ้านเป็นไม้ ลักษณะพื้นผิวไม่ลื่น ห้องครัวอยู่บริเวณหลังบ้าน เครื่องครัว เตาแก๊ส และอ่างล้างจานจะถูกจัดวางไว้ใกล้ๆ กันเพื่อความสะดวกของผู้สูงอายุเนื่องจากผู้สูงอายุจะนั่งทำกับข้าว ส่วนบันไดเป็นบันไดไม้ประมาณ 10 ขั้น มีราวจับ ทั้ง 2 ข้าง ห้องนอนของผู้สูงอายุอยู่ชั้นล่าง แสงสว่างเพียงพอ อากาศถ่ายเทได้ดี ส่วนห้องน้ำและห้องส้วมเป็นห้องเดียวกันอยู่ในตัวบ้าน พื้นเป็นปูนแบบหยาบ ส้วมเป็นแบบชักโครก มีราวจับเป็นสแตนเลส นอกจากนี้ยังพบว่ามีการเลี้ยงแมวไว้ในบ้านด้วย



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3.3 ข้อมูลของการหกล้มและการประเมินภายหลังการหกล้ม

Case ID	ข้อมูลการหกล้ม	ยาที่ใช้ประจำ	การประเมินภายหลังการหกล้ม						
			Fall Efficacy Scale (FES)	Geriatric Depression Scale (GDS)	Chula ADL Index	Chula Mental Test (CMT)	Timed Up&Go Test (วินาที)	Berg Balance Score	Thai-FRAT
1	<p>ครั้งที่ 1 ประมาณเดือน มกราคม 2552 เวลา 06.00 น. ผู้สูงอายุตื่นนอนตอนเช้า ขณะกำลังลุกจากที่นอน มีอาการมึนงง เวียนศีรษะ จึงล้มลงไปกับนที่นอน ไม่ได้รับบาดเจ็บ</p> <p>ครั้งที่ 2 เดือนกุมภาพันธ์ 2552 ช่วงกลางวันที่บ้านของหลานสาว ขณะที่ผู้สูงอายุกำลังลุกขึ้นยืน เกิดเสียหลัก มีอาการเซ จึงล้มลงกระแทกกับเสา มีรอยช้ำและเจ็บที่แขนซ้าย ไปไปร.พ.เกษมราษฎร์ได้ยามารับประทาน ผู้สูงอายุรู้สึกเคลื่อนไหวได้ไม่คล่อง</p>	<p>กลุ่มยาแก้ปวด</p> <p>Tramacap 1x1</p> <p>Tramal 1x3</p>	71	10	4	19	ไม่สามารถทำได้	8	10
		<p>ยานอนหลับ/ยากล่อม</p> <p>ประสาท</p> <p>Amitrip (100) 1x2</p>							

ตารางที่ 3.3 (ต่อ) ข้อมูลของการหกล้มและการประเมินภายหลังการหกล้ม

Case ID	ข้อมูลการหกล้ม	ยาที่ใช้ประจำ	การประเมินภายหลังการหกล้ม					
			Fall Efficacy Scale (FES)	Geriatric Depression Scale (GDS)	Chula ADL Index	Chula Mental Test (CMT)	Timed Up&Go Test (วินาที)	Berg Balance Score
	ครั้งที่ 3 กลางเดือนมิถุนายน 2552 ขณะที่ผู้สูงอายุเดินไปซื้อของที่ร้านค้าริมคลองมีข้อข้างหนึ่งถือถุงใส่ปลา ส่วนมืออีกข้างกำโทรศัพท์ที่กระเป๋าเสื้อไว้ รู้สึกว่าตนเองสะดุดแต่ไม่แน่ใจว่าสะดุดอะไร ทำให้ล้มลงหน้าคว่ำไปกับพื้น ใช้นิ้วยันพื้นไว้ หัวเข่ากระแทกพื้น เจ็บบริเวณหัวไหล่ทั้งสองข้าง หัวเข่ามีรอยขีด ทำให้ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวลำบากและเกิดความไม่มั่นใจที่จะลุกยืนหรือเดิน							



ตารางที่ 3.3 (ต่อ) ข้อมูลของการหกล้มและการประเมินภายหลังการหกล้ม

Case ID	ข้อมูลการหกล้ม	ยาที่ใช้ประจำ	การประเมินภายหลังการหกล้ม						
			Fall Efficacy Scale (FES)	Geriatric Depression Scale (GDS)	Chula ADL Index	Chula Mental Test (CMT)	Timed Up&Go Test (วินาที)	Berg Balance Score	Thai-FRAT
2	<p>ครั้งที่ 1 20 มิถุนายน 2552 ขณะกำลังลุกขึ้นยืนในบ้าน ซึ่งพื้นบ้านเปียกน้ำจากการถูบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุลื่น ล้มลง สะโพกกระแทกพื้น มีอาการเจ็บบริเวณสะโพก</p> <p>ครั้งที่ 2 24 พฤศจิกายน 2552 ขณะที่ผู้สูงอายุกำลังจะเดินไปตากปลานอกบ้าน หัวแม่เท้าสะดุดพื้นต่างระดับเนื่องจากยกเท้าไม่พ้นพื้นบริเวณถนนหน้าบ้าน ทำให้ล้มหงายหลังลง แต่ศีรษะไม่ฟาดพื้น มีเพื่อนบ้านมาช่วยพยุงลุกขึ้น</p>	<p>ยารักษาเบาหวาน</p> <p>Metformin (500) 1x2</p> <p>Gliben (5) 1x2 ac</p> <p>ยาลดไขมันในเลือด</p> <p>Simvas(40) 1x1 pc</p> <p>ยาลดความดันโลหิต</p> <p>Atenolol (50) 1x1</p> <p>Enalapril (5) 1x1</p> <p>วิตามิน B<sub>1-6-12</sub> 1x2</p>	76	4	7	16	>29	14	10

ตารางที่ 3.3 (ต่อ) ข้อมูลของการหกล้มและการประเมินภายหลังการหกล้ม

Case ID	ข้อมูลการหกล้ม	ยาที่ใช้ประจำ	การประเมินภายหลังการหกล้ม						
			Fall Efficacy Scale (FES)	Geriatric Depression Scale (GDS)	Chula ADL Index	Chula Mental Test (CMT)	Timed Up&Go Test (วินาที)	Berg Balance Score	Thai-FRAT
3	<p>ครั้งที่ 1 ประมาณเดือนเมษายน 2552 บริเวณสวนข้างบ้าน ช่วงกลางวันผู้สูงอายุไปตัดกิ่งต้นตะขบ พอดีแล้วกิ่งไม้หล่นลงมาใส่จึงล้มกันกระแทกกับพื้นอย่างแรง มีอาการปวดหลังและขาแต่ไม่ได้ไปพบแพทย์ในทันที เนื่องจากมีนัดพบแพทย์เบาหวาน ในวันที่ 30 เม.ย. 2552 และผู้สูงอายุได้ถูกส่งต่อไปพบแพทย์เอกซเรย์พบว่ามีการดูกันกงข้อแต่ไม่หัก</p> <p>ครั้งที่ 2 ประมาณกลางเดือนเมษายน 2552 เวลาประมาณ 16.00 น. หกล้มในห้องน้ำ เนื่องจากพื้นห้องน้ำเปียก ทำให้ลื่นล้มบริเวณชายโครงด้านขวากระแทกโองน้ำเป็น</p>	<p>ยาลดความดันโลหิต</p> <p>Enalapril (20) 1x2</p> <p>ยาขับปัสสาวะ</p> <p>HCTZ (50) 1/2x1</p> <p>ยารักษาเบาหวาน</p> <p>MFM (500) 1x2</p> <p>ยาลดไขมันในเลือด</p> <p>Lexemin(100) 1x2</p> <p>กลุ่มยาที่มีผลต่อระบบประสาท</p> <p>Neurontin (600) 1x1</p> <p>Gabapentin (300) 1xhs</p>	80	1	6	18	ไม่สามารถทำได้	8	11

ตารางที่ 3.3 (ต่อ) ข้อมูลของการหกล้มและการประเมินภายหลังการหกล้ม

Case ID	ข้อมูลการหกล้ม	ยาที่ใช้ประจำ	การประเมินภายหลังการหกล้ม						
			Fall Efficacy Scale (FES)	Geriatric Depression Scale (GDS)	Chula ADL Index	Chula Mental Test (CMT)	Timed Up&Go Test (วินาที)	Berg Balance Score	Thai-FRAT
	<p>รอยเขียวช้ำ ไปพบแพทย์ที่คลินิก ได้ยามารับประทาน</p> <p>ครั้งที่ 3 ประมาณเดือนกรกฎาคม 2552 เวลาประมาณ 16.00-17.00 น. ขณะเดินอยู่บริเวณหน้าบ้าน เนื่องจากมีพื้นที่ไม่เสมอกัน ผู้สูงอายุยกขาก้าวไม่พ้น จึงสะดุดหกล้ม หน้าอกกระแทกกับเก้าอี้ ไม่ได้รับบาดเจ็บ</p> <p>ครั้งที่ 4 ประมาณเดือนธันวาคม 2552 เวลาประมาณ 15.00 น. ขณะกำลังทำกับข้าวสำหรับมือเย็นอยู่ในครัว รู้สึกว่าขาไม่มีแรงจึงทรุดตัวลงก้นกระแทกกับพื้น บริเวณแก้มข้างซ้ายกระแทกกับตู้เย็น มีรอยช้ำเล็กน้อย</p>	<p>ยาคลายกล้ามเนื้อ</p> <p>Mydocalm 1x3</p> <p>กลุ่มวิตามินและแคลเซียม</p> <p>One-alpha (0.25)1x1</p> <p>Calvin (600) 1x2</p> <p>B<sub>1-6-12</sub> 1x3</p>							

ตารางที่ 3.3 (ต่อ) ข้อมูลของการหกล้มและการประเมินภายหลังการหกล้ม

Case ID	ข้อมูลการหกล้ม	ยาที่ใช้ประจำ	การประเมินภายหลังการหกล้ม						
			Fall Efficacy Scale (FES)	Geriatric Depression Scale (GDS)	Chula ADL Index	Chula Mental Test (CMT)	Timed Up&Go Test (วินาที)	Berg Balance Score	Thai-FRAT
4	<p>ครั้งที่ 1 จำนวนที่ไม่ได้ เวลากลางคืน ขณะกำลังเดินอยู่บนบ้าน มีอาการเวียน ล้มลงบนกับพื้นบ้าน ไม่ได้รับบาดเจ็บใดๆ ลูกชายมาช่วยจับลุกขึ้น</p> <p>ครั้งที่ 2 เดือนมีนาคม 2552 ช่วงเช้าเดินสะดุดเชือกผูกสุนัข ล้มลงกับพื้นบ้านที่เป็นปูน มีรอยฟกช้ำที่หัวเข่าเล็กน้อย</p> <p>ครั้งที่ 3 เดือนสิงหาคม 2552 ช่วงเช้าเดินสะดุดเชือกผูกสุนัข ล้มลงกับพื้นบ้านที่เป็นปูน มีรอยฟกช้ำที่หัวเข่าเล็กน้อย</p>	<p><u>ยาลดความดันโลหิต</u></p> <p>Norgesic 1x1</p> <p>กลุ่มวิตามิน/แคลเซียม</p> <p>Chalkcap 1x1</p> <p>Folic 1x1</p> <p>Miacalcic nasal spray 1 ครั้ง OD</p> <p><u>ยาลดความดันโลหิต</u></p> <p>Losartan 1/2x1</p> <p>Cinnarizine 1x1</p>	75	1	9	19	16.33	44	8



ตารางที่ 3.3 (ต่อ) ข้อมูลของการหกล้มและการประเมินภายหลังการหกล้ม

Case ID	ข้อมูลการหกล้ม	ยาที่ใช้ประจำ	การประเมินภายหลังการหกล้ม						
			Fall Efficacy Scale (FES)	Geriatric Depression Scale (GDS)	Chula ADL Index	Chula Mental Test (CMT)	Timed Up&Go Test (วินาที)	Berg Balance Score	Thai-FRAT
	ครั้งที่ 4 เดือนตุลาคม 2552 ประมาณ 09.00 น. ขณะกวาดลานหน้าบ้าน ฝนตกทำให้พื้นเปียกจึงลื่นล้มคุกเข่าลงกับพื้น มีแผลถลอกที่เข่าซ้าย	ยารักษาเบาหวาน Metformin (500) 1x1							
5	ครั้งที่ 1 ประมาณเดือนพฤษภาคม 2552 เวลาใกล้ๆเที่ยง ขณะกำลังลุกขึ้นยืนบริเวณหน้าบ้าน รู้สึกว่าขาไม่มีแรง ทรงตัวไม่อยู่ ล้มลงกับกระแทกกับพื้นปูนซีเมนต์ ไม่ได้รับบาดเจ็บอะไร สามารถหาที่เกาะและลุกขึ้นเองได้	ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ASA (81) 1x1 ยาลดความดันโลหิต Amlodipine 1x1 ยาขับปัสสาวะ HCTZ (50) 1x1	96	6	5	17	>29	14	10



ตารางที่ 3.3 (ต่อ) ข้อมูลของการหกล้มและการประเมินภายหลังการหกล้ม

Case ID	ข้อมูลการหกล้ม	ยาที่ใช้ประจำ	การประเมินภายหลังการหกล้ม						
			Fall Efficacy Scale (FES)	Geriatric Depression Scale (GDS)	Chula ADL Index	Chula Mental Test (CMT)	Timed Up&Go Test (วินาที)	Berg Balance Score	Thai-FRAT
	<p>ครั้งที่ 2 จำวันที่ไม่ได้ ช่วงก่อนเที่ยง ผู้สูงอายุเดินออกมาจากห้องน้ำ มีอาการเซ ทรงตัวไม่อยู่ ล้มลงก้นกระแทกกับพื้นในบ้าน ไม่ได้รับบาดเจ็บใด</p> <p>ครั้งที่ 3 จำวันที่ไม่ได้ เวลาประมาณ 22.00 น. หลังดูละครจบแล้ว จึงลุกขึ้นเพื่อไปปิดโทรทัศน์และจะเดินไปเข้านอน รู้สึกว่าขาอ่อนแรง ทรงตัวไม่อยู่ ฝืนตัวเองไม่ได้แล้ว จึงทรุดตัวลงก้นกระแทกกับพื้นบ้าน ลูกสาวมาช่วยพยุงตัวลุกขึ้น แต่ไม่ได้รับบาดเจ็บ</p>	<p>ยาลดไขมันในเลือด Simvastatin(20)1xhs</p> <p>ยารักษาเบาหวาน Mixtard 20-0-20 unit</p> <p>กลุ่มวิตามิน B<sub>1-6-12</sub> 1x3</p>							

ตารางที่ 3.3 (ต่อ) ข้อมูลของการหกล้มและการประเมินภายหลังการหกล้ม

Case ID	ข้อมูลการหกล้ม	ยาที่ใช้ประจำ	การประเมินภายหลังการหกล้ม						
			Fall Efficacy Scale (FES)	Geriatric Depression Scale (GDS)	Chula ADL Index	Chula Mental Test (CMT)	Timed Up&Go Test (วินาที)	Berg Balance Score	Thai-FRAT
6	ครั้งที่ 1 ประมาณต้นๆ ปี 2552 จำนวนที่ไม่ได้ ช่วงตอนเย็น ผู้สูงอายุเดินไปเก็บผ้าที่หลังบ้าน รู้สึกว่าขาไม่มีแรง จึงทรุดตัวลงไปกับพื้น แต่ไม่มีอาการเวียนศีรษะหรือหน้ามืด เจ็บที่ก้นมีรอยข้ำเล็กน้อย	ยายายยตลอดเลือดหัวใจ Isotrate (10) 1x1 ac Flunarizine (5) 1xhs ยาด้านการแข็งตัวของเลือด ASA 1x1 ยาขับปัสสาวะ Lasix (40) 1x1 ยาลดไขมันในเลือด Simvas (20) 1xhs	84	6	5	19	34.7	19	6

ตารางที่ 3.3 (ต่อ) ข้อมูลของการหกล้มและการประเมินภายหลังการหกล้ม

Case ID	ข้อมูลการหกล้ม	ยาที่ใช้ประจำ	การประเมินภายหลังการหกล้ม						
			Fall Efficacy Scale (FES)	Geriatric Depression Scale (GDS)	Chula ADL Index	Chula Mental Test (CMT)	Timed Up&Go Test (วินาที)	Berg Balance Score	Thai-FRAT
	ครั้งที่ 2 ประมาณปลายๆ ปี 2552 จำนวนที่ไม่ได้ เวลากลางวัน ผู้สูงอายุลุกจากเก้าอี้เพื่อเดินไปเปิดไฟที่หน้าบ้าน รู้สึกว่าขาไม่มีแรง จึงทรุดตัวลงกับพื้น เจ็บที่หัวเข่า 2 ข้าง มีรอยช้ำๆ ที่ข้อมือมาทาเอง	ยารักษาเบาหวาน Gliben (5) 1/2x2 ac ยาขยายหลอดลม Neulin SR(200) 1xhs ยานอนหลับ/ยากล่อม ประสาท Ativan (0.5) 1xhs กลุ่มวิตามิน MTV 1x1 FBC 1x3 Folic 1x1	84	6	5	19	34.7	19	6

ตารางที่ 3.3 (ต่อ) ข้อมูลของการหกล้มและการประเมินภายหลังการหกล้ม

Case ID	ข้อมูลการหกล้ม	ยาที่ใช้ประจำ	การประเมินภายหลังการหกล้ม						
			Fall Efficacy Scale (FES)	Geriatric Depression Scale (GDS)	Chula ADL Index	Chula Mental Test (CMT)	Timed Up&Go Test (วินาที)	Berg Balance Score	Thai-FRAT
7	ครั้งที่ 1 ประมาณเดือนกรกฎาคม 2552 ผู้สูงอายุคุณลูกข้าวเพื่อจะนำไปเลี้ยงสุนัขที่บริเวณหลังบ้าน เดินสะดุดพื้นต่างระดับทำให้หกล้ม คุณเข่าลงกับพื้นปูน หัวเข่าบวมเล็กน้อย ไม่ได้รับบาดเจ็บ	กลุ่มวิตามิน Blackmores 1x1 pc ยาระบาย Senokot 4xhs	75	1	7	19	18.33	39	5



ตารางที่ 3.3 (ต่อ) ข้อมูลของการหกล้มและการประเมินภายหลังการหกล้ม

Case ID	ข้อมูลการหกล้ม	ยาที่ใช้ประจำ	การประเมินภายหลังการหกล้ม						
			Fall Efficacy Scale (FES)	Geriatric Depression Scale (GDS)	Chula ADL Index	Chula Mental Test (CMT)	Timed Up&Go Test (วินาที)	Berg Balance Score	Thai-FRAT
8	ครั้งที่ 1 ปี ระยะเวลาเดือนพฤษภาคม 2552 ช่วงบ่ายขณะนั่งรับประทานอาหารบริเวณ หน้าโทรทัศน์ ผู้สูงอายุบอกว่ารู้สึกมีอาการ วูบ จึงล้มหน้าคว่ำลงกับพื้นไม่ทราบเวลาที่ แน่นนอนเนื่องจากอยู่คนเดียว หลังจาก รู้สึกตัวผู้สูงอายุสามารถลุกขึ้นได้เอง ไม่ได้ รับบาดเจ็บ	<u>ยาลดความดันโลหิต</u> Amlodipine(10) 1x2 <u>ยาขับปัสสาวะ</u> Furetic(500) 2x1 <u>ยาลดไขมันในเลือด</u> Simvas(40) 1xhs <u>ยานอนหลับ/ยากล่อม</u> <u>ประสาท</u> Amitrip(25) 1xhs <u>ยารักษาเบาหวาน</u> Mixtard 15-0-12 unit	73	4	7	16	15	52	6



ตารางที่ 3.3 (ต่อ) ข้อมูลของการหกล้มและการประเมินภายหลังการหกล้ม

Case ID	ข้อมูลการหกล้ม	ยาที่ใช้ประจำ	การประเมินภายหลังการหกล้ม						
			Fall Efficacy Scale (FES)	Geriatric Depression Scale (GDS)	Chula ADL Index	Chula Mental Test (CMT)	Timed Up&Go Test (วินาที)	Berg Balance Score	Thai-FRAT
	ครั้งที่ 2 ปี ระมาณเดือนพฤษภาคม 2552 ช่วงกลางวันผู้สูงอายุนั่งอยู่บนเตียงนอน มีเสียงโทรศัพท์ดังขึ้น จึงลุกขึ้นเพื่อจะเดินไปรับโทรศัพท์ ขณะลุกขึ้นยืนมีอาการวูบ ล้มลง บริเวณหน้าอกตรงบริเวณที่ใส่สายฟอกเลือดกระแทกกับหัวมุมเตียง มีอาการเจ็บบริเวณหน้าอกและหัวไหล่ข้างขวาเล็กน้อย แต่ไม่มีบาดแผล ไม่มีรอยช้ำไปพบแพทย์ที่รพ.สิรินธร บอกว่ากล้ามเนื้ออกเสบ ให้ยามารับประทาน	กลุ่มวิตามิน Vit B 1x2 Ferrous sulfate 2x3 Folic 1x1 ยาระบาย Senokot 2xhs							

ตารางที่ 3.3 (ต่อ) ข้อมูลของการหกล้มและการประเมินภายหลังการหกล้ม

Case ID	ข้อมูลการหกล้ม	ยาที่ใช้ประจำ	การประเมินภายหลังการหกล้ม						
			Fall Efficacy Scale (FES)	Geriatric Depression Scale (GDS)	Chula ADL Index	Chula Mental Test (CMT)	Timed Up&Go Test (วินาที)	Berg Balance Score	Thai-FRAT
9	<p>ครั้งที่ 1 เดือนมิถุนายน 2552 ช่วงกลางวัน ขณะที่ผู้สูงอายุกำลังลุกขึ้นยืนเพื่อจะเดินไปห้องน้ำซึ่งอยู่ภายในตัวบ้าน มีอาการขาอ่อนแรงข้างซ้าย จึงทรุดตัวลง ก้นกระแทกกับพื้น ไม่ได้รับบาดเจ็บ</p> <p>ครั้งที่ 2 18 กรกฎาคม 2552 ช่วงกลางวัน หลังจากรับประทานอาหารกลางวันแล้ว ผู้สูงอายุลุกขึ้นเดินเพื่อจะไปนั่งเอนหลังที่โซฟา รู้สึกมีอาการขาอ่อนแรงข้างซ้าย จึงทรุดตัวลง ก้นกระแทกกับพื้น ไม่ได้รับบาดเจ็บ</p>	<p><u>ยาลดความดันโลหิต</u></p> <p>Betaloc(100) 1x1</p> <p>Plendil(10) 1x1</p> <p>Doxaril 1x1</p> <p><u>ยาต้านการแข็งตัวของเลือด</u></p> <p>Plavix(75) 1x1</p> <p><u>ยาลดไขมันในเลือด</u></p> <p>Simvas(10) 1/2xhs</p> <p><u>ยานอนหลับ/ยากล่อมประสาท</u></p> <p>Amitrip(20) 1xhs</p>	75	4	5	16	28.33	26	10

ตารางที่ 3.3 (ต่อ) ข้อมูลของการหกล้มและการประเมินภายหลังการหกล้ม

Case ID	ข้อมูลการหกล้ม	ยาที่ใช้ประจำ	การประเมินภายหลังการหกล้ม						
			Fall Efficacy Scale (FES)	Geriatric Depression Scale (GDS)	Chula ADL Index	Chula Mental Test (CMT)	Timed Up&Go Test (วินาที)	Berg Balance Score	Thai-FRAT
	<p>ครั้งที่ 3 ต้นเดือนพฤศจิกายน 2552 ช่วงบ่าย ขณะที่ผู้สูงอายุกำลังลุกขึ้นยืนเพื่อจะเดินไปห้องน้ำซึ่งอยู่ภายในตัวบ้าน มีอาการขาอ่อนแรงข้างซ้าย จึงทรุดตัวลง ก้นกระแทกกับพื้น ไม่ได้รับบาดเจ็บ</p> <p>ครั้งที่ 4 กลางเดือนพฤศจิกายน 2552 ช่วงบ่าย ขณะที่ผู้สูงอายุลุกขึ้นเดินไปมาในบ้าน หลังรับประทานของว่าง รู้สึกมีอาการอ่อนแรงที่ขาข้างซ้าย จึงทรุดตัวลง ก้นกระแทกกับพื้น ไม่ได้รับบาดเจ็บ</p>	<p>ยาคลายกล้ามเนื้อ Baclofen 1/2x2</p> <p>กลุ่มวิตามิน Folic 1x1</p>							

ตารางที่ 3.3 (ต่อ) ข้อมูลของการหกล้มและการประเมินภายหลังการหกล้ม

Case ID	ข้อมูลการหกล้ม	ยาที่ใช้ประจำ	การประเมินภายหลังการหกล้ม						
			Fall Efficacy Scale (FES)	Geriatric Depression Scale (GDS)	Chula ADL Index	Chula Mental Test (CMT)	Timed Up&Go Test (วินาที)	Berg Balance Score	Thai-FRAT
10	<p>ครั้งที่ 1 ต้นเดือนมกราคม 2552 เวลาประมาณ 09.00 น. ผู้สูงอายุเล่าให้ฟังว่า ขณะอุ้มแมวเดินลงบันได โดยคิดว่าถึงบันไดขั้นสุดท้ายแล้ว จึงก้าวพลาด ล้มลงหัวเข้ากระแทกกับพื้น มีรอยช้ำที่หัวเข่าเล็กน้อย ไม่ได้รับบาดเจ็บ</p> <p>ครั้งที่ 2 เดือนตุลาคม 2552 เวลาประมาณ 09.00 น. ผู้สูงอายุกำลังล้างพื้นบริเวณทางลาดหลังบ้าน เนื่องจากฝนตกแล้วมีตะไคร่น้ำเกาะ จึงลื่นล้ม เอาสะโพกข้างซ้ายลงกระแทกพื้นปูน รู้สึกช็อคๆ เล็กน้อย ไม่ได้รับบาดเจ็บ</p>	ไม่ได้รับประทานยา	72	2	9	19	12.33	50	5



**หมายเหตุ** \*กลุ่มยาที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ได้แก่ ยานอนหลับ/ยากล่อมประสาท ยารักษาจิตเวช ยาลดความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะ หรือได้รับยามากกว่า 4 ชนิด

\*แบบประเมิน Fall Efficacy Scale (FES) คะแนนรวม > 70 คะแนน แสดงให้เห็นว่าบุคคลนั้นมีความกลัวการหกล้ม

\*แบบประเมิน Geriatric Depression Scale (GDS) คะแนนตั้งแต่ 5 ขึ้นไปหมายถึง ผู้ป่วยน่าจะมีปัญหาซึมเศร้า

\*แบบประเมิน Chula ADL Index 0 คะแนน= ผู้ป่วยหมดสติ/ต้องพึ่งพาผู้อื่น, 1-4 คะแนน= ต้องพึ่งพาผู้อื่นบางส่วน/ต้องมีคนคอยดูแล/เฝ้าระวังเวลาปฏิบัติกิจ, 9 คะแนน = พึ่งพาตนเองได้ดี

\*แบบทดสอบสุขภาพจิตจุฬาลงกรณ์ Chula Mental Test (CMT) คะแนนที่ต่ำกว่า 15 แสดงว่าน่าจะมีการผิดปกติของ cognitive function

\*แบบประเมิน Timed Up&Go Test

เวลาเฉลี่ยเป็นวินาที	การแปลผล
< 10	สามารถเคลื่อนไหวได้อย่างอิสระ
10-19	สามารถช่วยเหลือตนเองในการเคลื่อนไหวได้เป็นส่วนใหญ่
20-29	มีความเปลี่ยนแปลงในการเคลื่อนไหว
> 29	มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหว

\*แบบประเมิน Berg Balance Score

การแปลผล 41-56 คะแนน	=	ความเสี่ยงต่อการหกล้มอยู่ในระดับต่ำ
21-40 คะแนน	=	ความเสี่ยงต่อการหกล้มอยู่ในระดับปานกลาง
0-20 คะแนน	=	ความเสี่ยงต่อการหกล้มอยู่ในระดับสูง

\*แบบประเมินการหกล้มในผู้สูงอายุไทยในชุมชน(Thai-FRAT) คะแนนรวมทั้งหมด หากมากกว่า 4 คะแนนมีความเสี่ยงสูงต่อการหกล้ม



## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวลักษณา มะรังกา เกิดวันที่ 29 มีนาคม พ.ศ. 2517 ที่จังหวัดสระบุรี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ปีการศึกษา 2538 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2551 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 หอผู้ป่วยสวัสดิ์ดิ้อมฯ 3 งานการพยาบาลอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย



ศูนย์วิทยพักร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย