

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ (Correlation Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน จังหวัดกาญจนบุรี ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีสาระสำคัญในหัวข้อต่าง ๆ ตามลำดับดังต่อไปนี้

1. การหกล้มในผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของการหกล้ม
 - 1.2 อุบัติการณ์ของการหกล้มในผู้สูงอายุ
 - 1.3 ปัจจัยของการหกล้มในผู้สูงอายุ
 - 1.4 ผลกระทบของการหกล้ม
2. ความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ
 - 2.1 ความหมายของความกลัวการหกล้ม
 - 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความกลัวการหกล้ม
 - 2.3 การประเมินความกลัวการหกล้ม
 - 2.4 ผลกระทบของความกลัวการหกล้ม
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ
 - 3.1 เพศ
 - 3.2 จำนวน โรคเรื้อรัง
 - 3.3 ประสบการณ์การหกล้ม
 - 3.4 ภาวะซึมเศร้า
 - 3.5 ความสามารถในการทรงตัว
 - 3.6 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

การหกล้มในผู้สูงอายุ

ความหมายของการหกล้ม

คำจำกัดความของการหกล้มนั้นแตกต่างกันออกไปตามการให้ความหมายของแต่ละบุคคล หรือแตกต่างกันตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้ คือ

การหกล้ม หมายถึง การล้มลง ทรวดตัวลงเพราะเสียการทรงตัว (พจนานุกรมไทยฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2542)

การหกล้ม หมายถึง การล้มลงที่พื้นหรือระดับที่ต่ำกว่าเดิม โดยไม่ได้ตั้งใจ โดยที่ยังมีสติหรือหมดสติ ทั้งที่บาดเจ็บหรือไม่มีการบาดเจ็บ (Rubenstein, Robbins, Josephson, Schulman, & Osterweil, 1990)

การหกล้ม หมายถึง เหตุการณ์ที่ทำให้บุคคลทรวดตัวลงกับพื้น หรือระดับที่ต่ำกว่าเดิม โดยไม่ได้ตั้งใจ ทั้งที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บหรือไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บของร่างกาย แต่ไม่รวมการหกล้มอันเกิดจากแรงกระทำภายนอก หรือการหกล้มที่เกิดจากการเจ็บป่วย เช่น การเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรือการเป็นลม (Piphatvanittha, 2006)

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

การหกล้ม หมายถึง การที่บุคคลสูญเสียการทรงตัวโดยไม่ได้ตั้งใจ และไม่ได้เกิดจากแรงกระทำจากภายนอก โดยทำให้ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย ได้แก่ แขน-ขา ก้น หรือร่างกายทั้งตัวสัมผัสกับพื้น (ลัดดา เทียมวงศ์, สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และลัทธิญา ปัญญาชีวิน, 2547)

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยให้นิยามของการหกล้ม คือ การสูญเสียการทรงตัวโดยไม่ได้ตั้งใจทำให้ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย หรือร่างกายทั้งตัวสัมผัสกับพื้น ซึ่งไม่ได้เกิดจากแรงกระทำภายนอก โดยไม่รวมการหกล้มอันเกิดจากการเป็นลมหรือการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

อุบัติการณ์ของการหกล้มในผู้สูงอายุ

ข้อมูลที่รวบรวมโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2551 พบว่า การบาดเจ็บของผู้สูงอายุไทยมีสาเหตุอันดับหนึ่งมาจากการหกล้ม คิดเป็นร้อยละ 40.4 และจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2 พบว่าในช่วงระยะเวลา 6 เดือนก่อนการสำรวจผู้สูงอายุหกล้มร้อยละ 18.5 และมักพบในเพศหญิงสูงกว่าเพศชายเกือบ 1 เท่า โดยผู้สูงอายุชายหกล้ม ร้อยละ 14.4 และผู้สูงอายุหญิงหกล้ม ร้อยละ 21.9 ส่วนความถี่ของการเกิดการหกล้มนั้นพบว่า ผู้สูงอายุเกิดการหกล้ม 1 ครั้ง ร้อยละ 55.6 หกล้ม 2 ครั้ง ร้อยละ 23.7 และหกล้มมากกว่า 2 ครั้ง ร้อยละ 20.7 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีหกล้มนอกบริเวณบ้าน ซึ่งสถานที่ที่พบมากที่สุดคือ ที่ทำงาน

ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าอุบัติการณ์การหกล้มของผู้สูงอายุค่อนข้างสูง โดยเฉพาะผู้สูงอายุเพศหญิง

ปัจจัยของการหกล้มในผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยของการหกล้มสามารถจำแนกได้ดังต่อไปนี้

ปัจจัยภายในร่างกาย (Intrinsic Factor) หมายถึง สภาวะร่างกายหรือการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการหกล้ม ซึ่งสามารถจำแนกได้ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงตามวัย

กระบวนการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกาย เริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์จนเจริญเติบโตเป็นทารก เมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่เซลล์จะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสริมสร้างการเจริญเติบโต แต่เมื่อพ้นวัยผู้ใหญ่แล้วจะมีการสลายของเซลล์มากกว่าการสร้าง ทำให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกายของผู้สูงอายุเสื่อมลง (บรรลุ ศิริพานิช, 2543) เกิดพยาธิสภาพตามมา ผู้สูงอายุจึงมีการเปลี่ยนแปลงแบบเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกายและจิตใจทำให้เกิดการหกล้มได้ง่าย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุที่ทำให้โอกาสการหกล้มเพิ่มสูงขึ้น คือ

1.1 การเปลี่ยนแปลงในระบบประสาท

เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นความไวในการรับรู้ความรู้สึก การรับรู้ตำแหน่ง การรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ลดต่ำลง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีการเสื่อมลงของระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมร่างกายให้อยู่ในภาวะสมดุล (Homeostasis) โดยพบว่าจำนวนประสาทซิมพาเทติก และอัตราการนำพลังของเส้นประสาทลดลง ร้อยละ 10-15 (บรรลุ ศิริพานิช, 2543) เป็นผลให้ผู้สูงอายุมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าเชื่องช้า มีภาวะความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า (Postural Hypotension) ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการหน้ามืด วิงเวียนศีรษะ และเกิดการหกล้มตามมาได้

1.2 ความเสื่อมของการมองเห็น

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงของดวงตาและสายตา คือ เลนส์ตาหนาตัว ขุ่นมัวและแข็ง ลานสายตาแคบลง ทำให้ความชัดเจนและการรับรู้ความตื้นลึกของภาพลดต่ำลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุสะดุดและหกล้มได้ง่าย โดยเฉพาะขณะขึ้นลงบันได นอกจากนี้ความสามารถในการแยกสีของผู้สูงอายุก็ลดต่ำลง ทำให้เกิดการรับรู้ภาพ พื้นหรือห้องที่มีสีสันทันและลวดลายไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุผิดพลาด จนทำให้เกิดปัญหาการหกล้มตามมา (Miller, 2009)

1.3 การเปลี่ยนแปลงของระบบ โครงสร้างและกล้ามเนื้อ

มวลกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุมีการลดลง การหดตัวและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อก็ลดลง และหากมีการสูญเสียน้ำออกจากร่างกายเป็นจำนวนมากหรือมีภาวะขาดสารอาหารร่วมด้วย จะทำให้เกิดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อซึ่งส่งผลต่อการทรงตัว การเปลี่ยนแปลงของกระดูกในวัย

ผู้สูงอายุจะมีเส้นผ่านศูนย์กลางกว้างขึ้น เนื่องจากการทำลายเนื้อกระดูกบริเวณแนวกลางจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย และการลดต่ำลงของระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนในวัยหมดประจำเดือน ทำให้การเคลื่อนย้ายแคลเซียมออกจากกระดูกเพิ่มมากขึ้น ความแข็งแรงของกระดูกจึงลดต่ำลงตามวัยที่เพิ่มมากขึ้น และยังพบว่าการที่กระดูกต้องรับน้ำหนักตัวเป็นเวลานานทำให้ความยืดหยุ่นของข้อลดต่ำลง และหากน้ำหนักตัวมากก็ยิ่งส่งผลให้เกิดความเสื่อมได้มากยิ่งขึ้น (Miller, 2009) ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อของผู้สูงอายุ จึงส่งผลให้ความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุลดต่ำลง และเกิดการหกล้มได้ง่าย

1.4 การเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินปัสสาวะ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับการกลั้นปัสสาวะ ผู้สูงอายุไทยกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ร้อยละ 16 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย [มส.ผส.], 2552) ทั้งนี้เนื่องจากความเสื่อมในการยืดหยุ่นกล้ามเนื้อของอวัยวะในระบบทางเดินปัสสาวะ ปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องเข้าห้องน้ำบ่อยครั้งและต้องเร่งรีบเพื่อเข้าห้องน้ำให้ทัน ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย มีการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการหกล้มมีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ร้อยละ 37.3 (นงนุช วรโธสง, 2551)

2. ความผิดปกติหรือพยาธิสภาพของโรค

2.1 ความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด

ระบบไหลเวียนโลหิตมีความสำคัญอย่างมากต่อกลไกการทรงตัว ความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือด เช่น การตีบแคบของหลอดเลือด การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย และการเต้นผิดปกติของหัวใจ ล้วนมีผลให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจน้อยลง ทำให้ความดันโลหิตลดต่ำลง ประกอบกับความสามารถในการชดเชยการลดระดับของความดันโลหิต ด้วยการเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ และการหดตัวของหลอดเลือดในวัยผู้สูงอายุทำได้ไม่ดีเช่นเดิม ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองจึงลดลง และเมื่อถึงขีดจำกัดสูงสุดของภาวะขาดเลือดในสมอง จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดอาการหน้ามืด เป็นลม และเกิดการหกล้มตามมา (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

2.2 ความผิดปกติของระบบประสาท

ผู้สูงอายุมักมีการรับรู้สึกของระบบประสาทและสมองผิดปกติ ทั้งนี้เนื่องมาจากภาวะสมองเสื่อม เนื้อสมองตาย โรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคพาร์กินสัน ซึ่งเป็นโรคและความผิดปกติที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุ ทำให้ระบบการควบคุมสมองส่วนกลางผิดปกติ อวัยวะต่าง ๆ ทำงานไม่ประสานกัน สูญเสียความสามารถในการรักษาสมดุลของร่างกาย ผู้สูงอายุจึงเกิดการหกล้มได้ง่าย นอกจากนี้อาการ

วิงเวียนศีรษะ (Vertigo) ซึ่งพบบ่อยในวัยสูงอายุก็มักเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการหกล้ม (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

2.3 ความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูก

ปัญหาและความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่พบบ่อยในวัยสูงอายุ คือ ข้ออักเสบ ข้อเสื่อม ภาวะกระดูกพรุน กระดูกหัก การตัดขา (Amputation) และภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง ซึ่งความผิดปกติเหล่านี้ทำให้ความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุลดต่ำลง นอกจากนี้ การเจ็บป่วยเฉียบพลันในระบบกล้ามเนื้อและกระดูก เช่น การปวดตึงกล้ามเนื้อก็อาจเป็นสาเหตุของการหกล้มได้ (Cotter & Strumpf, 2002) ความผิดปกติของเท้า เช่น ตาปลา หูดขนาดใหญ่ หรือการผิดรูปของข้อนิ้วเท้า ก็ทำให้เกิดการหกล้มได้เช่นกัน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

3. สภาวะด้านจิตใจและอารมณ์

สภาวะจิตใจ (Mental State) และการรู้คิด (Cognitive) เป็นตัวประสานระหว่างสิ่งแวดล้อมกับกระบวนการเดินและการทรงตัว หากมีความบกพร่องทางด้านจิตใจและการรู้คิด เช่น กลัวการหกล้ม วิตกกังวล ซึมเศร้า หรือมีภาวะสมองเสื่อม จะทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้มเพิ่มมากขึ้น (Cotter & Strumpf, 2002) มีการศึกษาเป็นจำนวนมากที่ระบุไว้อย่างชัดเจนว่า ความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุเป็นภาวะด้านจิตใจที่สัมพันธ์กับการหกล้ม (แดนเนาวรัตน์ จามรจันทร์ และคณะ, 2548; เปรมกมล ขวนขวาย, 2550; พิมวรินทร์ ลิ้มสุขสันต์, 2551; Leung, Chi, Lou, & Chan, 2010) การศึกษาที่ติดตามกลุ่มผู้สูงอายุที่กลัวการหกล้มไปเป็นระยะเวลา 20 เดือน พบว่า ความกลัวการหกล้มนี้สามารถทำนายการเกิดการหกล้มของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Friedman et al., 2002) ความกลัวทำให้เกิดความลังเลไม่มั่นใจในก้าวเดิน ประสิทธิภาพการก้าวเท้าลดลง ก้าวเท้าได้ช้าและสั้นลง ซึ่งรูปแบบการก้าวเดินลักษณะนี้ทำให้เกิดความไม่มั่นคงของศีรษะ ลำตัว โอนเออนล้มง่ายขึ้น (Menz et al., 2007) และนอกจากนี้ยังพบว่า การตอบสนองของกล้ามเนื้อขา การควบคุมการทรงตัว ความแข็งแรงของข้อสะโพกและข้อเข่าของผู้สูงอายุที่กลัวการหกล้มมีความไวและความแข็งแรงต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่กลัวการหกล้ม (แดนเนาวรัตน์ จามรจันทร์ และคณะ, 2548; Gillespie & Friedman, 2007) ดังนั้น ผู้สูงอายุที่กลัวการหกล้มจึงมีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่กลัวการหกล้มถึง 3.73 เท่า (เปรมกมล ขวนขวาย, 2550)

ปัจจัยภายนอกร่างกาย (Extrinsic Risk Factor) หมายถึง ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม สถานการณ์ภายนอกร่างกาย และการได้รับยา ซึ่งส่งผลต่อการทรงตัวและเป็นสาเหตุของการหกล้ม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. สิ่งแวดล้อม

แสงสว่างที่ไม่เพียงพอ พื้นทีลื่น ขรุขระ มีสิ่งกีดขวาง เช่น สายไฟฟ้า ของเล่น พรหมที่ ย่นพับ โต๊ะหรือเก้าอี้ที่ไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ห้องสุขาที่ไม่ปลอดภัยขนาดที่ยึดเกาะ บันไดที่มีวัสดุ สิ่งของวางเกะกะหรือขาดราวยึดจับ รวมถึงสัตว์เลี้ยงภายในบ้าน ล้วนเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุ เกิดการหกล้ม (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) รายงานภาวะสุขภาพประชาชนไทย พ.ศ. 2551-2 ของ สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พบว่า สาเหตุการหกล้มของผู้สูงอายุ 2 อันดับแรกเกิดจาก สาเหตุภายนอก คือ พื้นลื่น และการสะดุดสิ่งกีดขวาง นอกจากนี้ยังมีสาเหตุอื่น ๆ อีก ได้แก่ การถูก กระแทกกระทั้น และการตกบันได คิดเป็นร้อยละ 3.1- 5.6

2. การใช้ยา

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่พบอุบัติการณ์ของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยามากที่สุด โดยมีสาเหตุมาจากการใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน และการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาจากความชรา ที่มีต่อเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ รวมถึงผลจากความผิดพลาดในการใช้ยาของผู้สูงอายุ หรือการขาดความรอบคอบของแพทย์ที่สั่งยา การศึกษาแบบ Meta-analysis พบว่า ยาที่มีกึ่งเป็น ปัจจัยเสี่ยงของการหกล้ม ได้แก่ ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ยารักษาภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ยาขับปัสสาวะ ยานอนหลับ และยาด้านภาวะซึมเศร้า ส่วนยาที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหัก จากการหกล้ม ได้แก่ ยานอนหลับ และยากลายกึ่งวอล ซึ่งค่าครึ่งชีวิต (Half Life) ของยากลุ่มนี้ใน ผู้สูงอายุมีค่ายาวนาน ดังนั้น หากจำเป็นต้องใช้ยาเหล่านี้ควรเลือกชนิดที่มีระยะครึ่งชีวิตสั้นและควร ใช้ยาในขนาดต่ำที่สุดก่อนเสมอ อย่างไรก็ตามยาทุกชนิดที่ผู้สูงอายุกำลังรับประทานอยู่อาจเป็น สาเหตุของการหกล้มได้เสมอ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

จะเห็นได้ว่าการหกล้มของผู้สูงอายุมีสาเหตุมากมาย ทั้งจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย โรคและความผิดปกติของร่างกาย การใช้ยา รวมถึงสิ่งแวดล้อมที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ นอกจากนี้ ความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุก็เป็นสาเหตุหนึ่งของการหกล้ม จึงควรมีการศึกษาเกี่ยวกับ ความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพราะความกลัวการหกล้มเป็นสภาวะทางจิตใจที่ต้องใช้ ความละเอียดรอบคอบหรือเครื่องมือเฉพาะในการประเมิน ต่างกับปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม ความผิดปกติของอวัยวะร่างกาย หรือการใช้ยาของผู้สูงอายุ ซึ่งประเมินได้ง่ายและสามารถมองเห็น ได้อย่างชัดเจน การประเมินความกลัวการหกล้มจะช่วยเพิ่มความชัดเจนเกี่ยวกับระดับความเสี่ยง ของการเกิดการหกล้มของผู้สูงอายุได้ และจากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นพบว่า การเจ็บป่วย การใช้ยา ภาวะจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุมีผลต่อความสามารถในการทรงตัว ทำให้ผู้สูงอายุ เสี่ยงต่อการหกล้ม ดังนั้น ปัจจัยเหล่านี้อาจมีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุได้

ผลกระทบของการหกล้ม

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีลักษณะของความเปราะบางมากกว่าวัยอื่น ๆ หากเกิดการหกล้มขึ้น จะทำให้เกิดผลกระทบได้มาก การฟื้นหายจากการบาดเจ็บก็ต้องใช้ระยะเวลามาก หรือรักษาไม่หาย เกิดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพขึ้น ซึ่งผลกระทบของการหกล้มสามารถสรุปได้ ดังนี้

1. ผลกระทบต่อสุขภาพกาย

การหกล้มก่อให้เกิดการบาดเจ็บตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงขั้นรุนแรง เช่น ฟกช้ำ ถลอก ตามร่างกาย ซึ่งการบาดเจ็บเล็กน้อยนี้สามารถพบได้ประมาณครึ่งหนึ่งของการบาดเจ็บจากการหกล้มทั้งหมด การบาดเจ็บเหล่านี้อาจไม่ก่อให้เกิดผลกระทบมากนัก แต่หากเป็นการบาดเจ็บที่สร้างความเจ็บปวดเรื้อรังหรือการบาดเจ็บรุนแรง จะก่อให้เกิดผลกระทบอย่างมากทั้งต่อตัวผู้สูงอายุ และครอบครัว ผู้สูงอายุในชุมชนที่หกล้มประมาณร้อยละ 5-10 มีการบาดเจ็บที่รุนแรง เช่น กระดูกหัก การบาดเจ็บที่สมองและผิวหนังอย่างรุนแรง โดยร้อยละ 3.5-6 ของการหกล้มจะทำให้เกิดกระดูกหัก (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) บริเวณที่พบการเกิดกระดูกบ่ย คือ กระดูกข้อสะโพก (Steinweg, 1997 อ้างถึงใน แคนเนาวรัตน์ จามรจันทร์ และคณะ, 2548) เมื่อติดตามกลุ่มผู้สูงอายุที่หกล้มและมีกระดูกข้อสะโพกหักไปเป็นระยะเวลา 1 ปี พบว่า มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง ร้อยละ 20-30 และร้อยละ 25-75 ของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ มีการสูญเสียความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน (Magaziner et al., 1990 อ้างถึงใน ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะพึ่งพาเร็วขึ้น

2. ผลกระทบต่อจิตใจ

ผู้สูงอายุที่หกล้มมักมีปัญหาในการลุกเดิน ต้องมีคนคอยช่วยเหลืออยู่ตลอดเวลา ทั้งที่ไม่มีความผิดปกติของระบบประสาทหรือข้อกระดูกใด ๆ กลุ่มอาการนี้ เรียกว่า “กลุ่มอาการภายหลังการหกล้ม” (Post-falls Syndrome) อาการนี้จะพบมากในผู้ที่มีอายุค่อนข้างมาก ซึ่งสามารถรักษาให้ดีขึ้นได้ด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพ ร่วมกับการส่งเสริมสถานะด้านจิตใจให้มีความเชื่อมั่นในตนเอง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ประมาณร้อยละ 50-60 ของผู้สูงอายุที่เคยหกล้มจะเกิดความกลัวการหกล้มและไม่มั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรม (Hadjistavropoulos, Delbaere, & Fitzgerald, 2010) ผู้สูงอายุที่เกิดการบาดเจ็บที่รุนแรงจะต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานกว่าวัยอื่น ๆ และหลังจากได้รับการรักษาพยาบาลแล้ว มักไม่สามารถกลับไปทำงานหรือดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด วิตกกังวล ขาดความมั่นใจในตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ เนื่องจากต้องพึ่งพามุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ และกลัวการหกล้มซ้ำอีก การหกล้มและภาวะทุพพลภาพจากการหกล้มยังส่งผลให้เกิดความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย วิธีการดำเนินชีวิตประจำวันและกิจกรรมทางสังคมถูกจำกัด ทำให้ผู้สูงอายุต้องถูกแยกออกจากสังคมเกิดปัญหา

ทางด้านจิตใจและจิตสังคมตามมา ซึ่งทั้งหมดมีผลสืบเนื่องต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Suzuki et al., 2002)

3. ผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม

การหกล้มและการเกิดกระดูกหักนอกจากจะนำมาซึ่งความเจ็บปวด หรือความทุกข์ทรมานของผู้สูงอายุแล้ว ยังทำให้เกิดการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาลขณะอยู่ในโรงพยาบาล การสูญเสียเวลาการทำงานของญาติ และการดูแลในระยะยาวเมื่อเกิดความพิการ เป็นต้น มีการคาดประมาณผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจจากการหกล้มในผู้สูงอายุที่ฮ่องกง พบว่ามีการสูญเสียถึง 71 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี (Chu, Chiu, & Chi, 2008 อ้างถึงใน ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) การศึกษาในสหรัฐอเมริกาปี ค.ศ.2000 พบผู้สูงอายุที่เสียชีวิตจากการหกล้มจำนวน 10,300 ราย สูญเสียค่ารักษาพยาบาลเป็นจำนวน 200 ล้านดอลลาร์สหรัฐ และผู้สูงอายุที่หกล้มแต่ไม่เสียชีวิตมีจำนวน 2.6 ล้านราย สูญเสียค่ารักษาพยาบาลเป็นจำนวน 19,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐ (Steven, Corso, Finkestein, & Miller, 2006 อ้างถึงใน ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

จะเห็นได้ว่าปัญหาการหกล้มนั้นก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุและครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม คุณภาพชีวิต และภาวะเศรษฐกิจ ดังนั้น ปัญหาเกี่ยวกับการหกล้มของผู้สูงอายุจึงควรได้รับการศึกษา ความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุเป็นประเด็นหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มและยังไม่มีการศึกษา ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับระดับของความกลัวการหกล้ม และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความกลัวการหกล้ม ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาค้างนี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการวางแผนพัฒนาแนวปฏิบัติกรพยาบาล เพื่อลดระดับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ ซึ่งจะส่งผลสืบเนื่องให้ความเสี่ยงของการหกล้มนั้นลดต่ำลง

ความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ

ความหมาย

ความกลัวเป็นความรู้สึกไม่อยากประสบสิ่งที่ไม่ดีแก่ตัว เช่น กลัวบาป กลัวถูกติเตียน รู้สึกหวาด เพราะคาดว่าจะประสบภัย เช่น กลัวเสือ กลัวไฟไหม้ (พจนานุกรมไทยฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542)

ความกลัวเป็นความรู้สึกไม่สบายใจ ไม่แน่ใจ หวาดกลัว เป็นการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่รับรู้ว่าคุณคามหรือเป็นอันตรายต่อตนเอง (สาริกิ กาญจนาโรจน์พันธ์, 2548)

ความกลัวจึงเป็นการตอบสนองทางด้านความคิดต่อสิ่งที่คาดว่าจะอันตราย หรือเกิดผลไม่ดีกับตัวเอง จนเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ไม่แน่ใจ ปั่นป่วนใจ ทำให้ร่างกายพร้อมที่จะหลบหรือหลีกเลี่ยงสิ่งเหล่านั้น

ความกลัวการหกล้ม หมายถึง ความไม่กล้าที่จะขึ้นหรือเดิน เนื่องจากกลัวผลที่อาจเกิดขึ้น (Bhala et al., 1982)

ความกลัวการหกล้ม หมายถึง การขาดความมั่นใจหรือไม่เชื่อในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่เกิดการหกล้ม (Tinetti et al., 1990)

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

ความกลัวการหกล้ม หมายถึง ความรู้สึกกลัวหรือไม่มั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยปราศจากการหกล้ม (พิมวรินทร์ ลิ้มสุขสันต์, 2551)

สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยให้คำจำกัดความของความกลัวการหกล้ม คือ การรับรู้ระดับของความมั่นใจของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างปลอดภัยโดยไม่หกล้ม

โรคกลัว

ความกลัวเป็นอารมณ์หนึ่งของบุคคล ซึ่งหากมีระดับเพิ่มมากขึ้นโดยไม่มีเหตุผลและไม่เหมาะสมกับสิ่งที่มากระตุ้น จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตที่เรียกว่า โรคกลัว (Phobia) ซึ่งสามารถจำแนกได้ดังนี้ (รัตนสาวยานิชย์ และ สุวรรณิ พุทธิศรี, 2548)

1. โรคกลัวสถานที่หรือสถานการณ์ (Agoraphobia) คือ กลัวสถานที่หรือเหตุการณ์ซึ่งตนเองคิดว่าอาจไม่มีคนช่วยเหลือ หรืออึดอัดใจมากเมื่อตนเองอยู่ในลักษณะที่ช่วยตนเองไม่ได้ เช่น กลัวการออกนอกบ้านคนเดียวหรืออยู่บ้านคนเดียว กลัวการไปในที่ชุมชน ศูนย์การค้า หรือการขึ้นรถประจำทาง จึงต้องมีคนไปด้วยเสมอ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2545) ทำให้เกิดความวิตกกังวล หลีกเลียงสถานที่หรือสถานการณ์ที่คาดว่า การหนีและการขอความช่วยเหลือกระทำได้ยาก หรือไม่สามารถกระทำได้ (วุฒิชัย บุญยฤทธิ และมานิต ศรีสุรภานนท์, 2542) สาเหตุของภาวะนี้เกิดจากความต้องการพึ่งพาคนอื่นซึ่งซ่อนไว้ในส่วนที่เป็นจิตไร้สำนึก แม้ว่าภายนอกจะดูเข้มแข็งแต่จิตใจก็ต้องการความช่วยเหลือ โรคกลัวนี้มักเป็นผลมาจากประสบการณ์ในวัยเด็กที่ขาดความอบอุ่นหรือถูกปกป้องมากเกินไป (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2545)

2. โรคกลัวสังคม (Social Phobia) คือ กลัวสถานการณ์ที่ตนเองตกเป็นเป้าสายตาของผู้อื่น หรือกลัวว่าจะทำอะไรที่ทำให้ตนเองต้องเสียหน้า เช่น กลัวการพูดในที่ประชุม กลัวคนมอง เวลาเขียนหนังสือจนเกิดอาการมือสั่น สาเหตุของโรคกลัวนี้เกิดจากประสบการณ์วัยเด็กที่มีความบกพร่องด้านสัมพันธภาพกับพ่อแม่และบุคคลอื่น เป็นผลให้บุคลิกภาพมีพัฒนาการบางอย่างไม่มั่นคง และขาดประสบการณ์ด้านสังคม (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2545)

3. โรคกลัวเฉพาะอย่าง (Specific Phobia) เดิมเรียกว่า Simple Phobia มีลักษณะพิเศษคือ มีความกลัวที่รุนแรง ไม่มีเหตุผลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง กิจกรรมหรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ผู้ที่

กลัวเฉพาะอย่างมักจะเกิดความวิตกกังวลล่วงหน้าต่อสิ่งที่จะต้องเผชิญ และจะพยายามหลีกเลี่ยงทุกอย่างเพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งที่กลัว โรคกลัวเฉพาะอย่างที่พบบ่อย คือ กลัวสัตว์ เช่น กลัวสุนัข งู แมลง หรือกลัวหนู กลัวสถานการณ์บางอย่าง เช่น การอยู่ในที่แคบ กลัวการเดินทางโดยเครื่องบิน และกลัวสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ เช่น กลัวพายุ กลัวความสูง หรือกลัวน้ำ (มาโนช หล่อตระกูล, 2546) สาเหตุเกิดจากปัจจัยด้านจิตใจ ทฤษฎีการเรียนรู้ (Cognitive Theory) เชื่อว่า ความกลัวนี้มีความสัมพันธ์กับเหตุการณ์ที่รุนแรง (Traumatic Events) เช่น กลัวที่สูง เพราะเคยตกจากที่สูง แต่ทฤษฎีการเรียนรู้ยังไม่สามารถอธิบายความกลัวได้ทุกอย่าง ส่วนสาเหตุทางด้านชีวภาพเชื่อว่า คนที่กลัวอาจจะมีการหลั่งของนอร์อิพิเนพริน (Norepinephrine) หรืออิพิเนพริน (Epinephrine) มากกว่าคนปกติ นอกจากนี้สาร โดปามีน (Dopamine) ก็อาจเป็นสาเหตุของโรคนี้ได้ (รัตนสาขายพันธ์ และสุวรรณิ พุทธิศรี, 2548)

ดังนั้น ความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุจึงควรได้รับการประเมินและจัดการแก้ไขให้ลดระดับลง เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคกลัวที่อาจตามมา

อุบัติการณ์ของความกลัวการหกล้ม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการหกล้มพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีอัตราของความกลัวการหกล้มค่อนข้างสูง กล่าวคือ ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบผู้สูงอายุเพศหญิงกลัวการหกล้มร้อยละ 36.2 (Boyd & Stevens, 2009) ประเทศเนเธอร์แลนด์พบผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปกลัวการหกล้ม ร้อยละ 54.3 (Zijlstra et al., 2007) ประเทศจีนพบผู้ที่มีอายุระหว่าง 65-70 ปีกลัวการหกล้ม ร้อยละ 29.6 (Rochat et al., 2010) ประเทศโคลัมเบียพบผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปกลัวการหกล้ม ร้อยละ 83.3 (Curcio et al., 2009) และในประเทศอิตาลีพบผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปกลัวการหกล้มเกือบร้อยละ 50 (Deshpande et al., 2008) ส่วนในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ แต่ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนจังหวัดปทุมธานี พบว่าผู้สูงอายุกลัวการหกล้ม ร้อยละ 10.67 โดยร้อยละ 62.5 ของผู้สูงอายุที่กลัวการหกล้มเป็นผู้ที่เคยหกล้มมาก่อน (พิมวรินทร์ ลิ้มสุขสันต์, 2551) และมีอีกหนึ่งผลงานที่ศึกษาผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นการศึกษาย้อนหลังจากเวาระเบียนร่วมกับการสัมภาษณ์ในชุมชน โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยว่าหกล้มกับกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคอื่น ๆ ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีความกลัวการหกล้มค่อนข้างสูง คือ ร้อยละ 95 ในกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยว่าหกล้ม และร้อยละ 84.4 ในกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยอื่น (เปรมกมล ขวนขวาย, 2550)

จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีสถิติของความกลัวการหกล้มสูง โดยเฉพาะกลุ่มที่มีประวัติการหกล้มมาก่อน ซึ่งสถิติในแต่ละประเทศก็มีความแตกต่างกันออกไปตามบริบท

ทางสังคมที่แตกต่างกัน ดังนั้น สถิติและข้อมูลเกี่ยวกับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนของประเทศไทย จึงควรได้รับการศึกษา

แนวคิดเกี่ยวกับความกลัวการหกล้ม

แนวคิดของบาลา (Bhala)

ความกลัวการหกล้มได้รับความสนใจและกล่าวถึงเป็นครั้งแรกโดย Bhala et al. (1982) โดยพบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 6 รายในช่วงเวลา 2 ปีที่เข้ารับบริการในแผนกกายภาพบำบัดของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกา กลัวการขึ้นหรือเดินหึ่ง ๆ ที่ไม่มีความผิดปกติด้านการเดิน และเมื่อประเมินความผิดปกติทางจิตพบว่า บุคคลเหล่านี้ไม่มีความผิดปกติทางจิตแต่อย่างใด เขาจึงสรุปไว้ว่าความกลัวการหกล้มนี้เป็นเพียงอารมณ์หนึ่ง ซึ่งเป็นการตอบสนองต่อสิ่งที่เป็นอันตรายหรือคิดว่าเป็นอันตรายต่อชีวิต โดยมีอาการแสดง คือ หัวใจเต้นเร็ว ตัวสั่น หน้าซีด เหงื่อออกตัวเย็น รูม่านตาขยาย ความดันโลหิตสูง หายใจเร็ว และอาจมีปัสสาวะหรืออุจจาระราด นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี คือ กรดไขมันในเลือดมีความเข้มข้นขึ้น การหลั่งอะดรีนาลีน (Adrenaline) และนอร์อะดรีนาลีน (Nor-adrenaline) เพิ่มสูงขึ้น

ความกลัวการหกล้ม (Ptophobia) มีรากศัพท์มาจากภาษากรีก โดยเติมคำว่า Pto หน้าคำว่า Phobia ซึ่งคำว่า Pto หมายถึง การหกล้ม (Ptosis) ส่วนคำว่า Phobia หมายถึง โรคกลัว ความกลัวการหกล้ม (Ptophobia) จึงหมายถึง ปฏิกิริยาการกลัวต่อการขึ้นหรือการเดิน ซึ่ง Bhala et al. (1982) เชื่อว่า ความกลัวการหกล้มนี้เป็นเพียงอารมณ์หนึ่งซึ่งไม่ใช่โรคกลัว สามารถปรับแก้และลดได้ด้วยวิธีกายภาพบำบัด เขาจึงสรุปข้อแตกต่างระหว่างโรคกลัวกับความกลัวการหกล้มไว้ดังตารางที่ 2-1

ตารางที่ 2-1 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างโรคกลัวกับความกลัวการหกล้ม

	โรคกลัว (Agoraphobia)	ความกลัวการหกล้ม (Ptophobia)
คำจำกัดความ	โรคกลัวสถานที่ สถานการณ์ หรือฝูงชน	ภาวะกลัวการหกล้มเมื่อต้องยืน หรือเดิน
อุบัติการณ์	พบได้ทั่วไป แต่พบมากในเพศหญิง	ไม่สามารถระบุความแตกต่างระหว่างเพศได้
ช่วงอายุที่พบ	พบมากในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น หรือช่วงอายุ 18-35 ปี	เกิดได้ทุกช่วงวัย แต่พบมากในวัยผู้สูงอายุ
สาเหตุ	เป็นความผิดปกติทางจิตที่ไม่สามารถระบุสาเหตุได้อย่างชัดเจน แต่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต และอุปนิสัยส่วนบุคคล	เป็นปฏิกิริยาความกลัวโดยทั่วไป สัมพันธ์กับประสบการณ์การหกล้ม และเงื่อนไขที่บุคคลสร้างขึ้น
อาการ	มีอาการแสดงที่หลากหลายแตกต่างกัน โดยมีอาการแสดงทางจิตประสาท เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า และมีความผิดปกติของบุคลิกภาพส่วนบุคคล	ไม่มีอาการแสดงรุนแรงทางจิตประสาท
การรักษา	ใช้เวลายาวนาน และมักไม่ค่อยเห็นผลสำเร็จชัดเจน	ช่วงระยะเวลาหนึ่งและประสบผลสำเร็จได้ง่าย
การพยากรณ์โรค	กลับเป็นซ้ำได้ง่าย	ไม่สามารถระบุได้

แนวคิดของตินเนตติ (Tinetti)

Tinetti et al. (1990) เป็นผู้พัฒนาเครื่องมือในการวัดความกลัวการหกล้ม (Fall Efficacy Scale, FES) โดยให้ความหมายว่าบุคคลที่กลัวการหกล้ม หมายถึง บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ หรือไม่เชื่อในความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงการหกล้มขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปกติ และกิจกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ซึ่งแนวคิดนี้มีรากฐานมาจากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ อัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) เครื่องมือนี้ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในปัจจุบัน และนิยมนำไปใช้เป็นตัวแบบในการปรับปรุงพัฒนาเครื่องมือวัดความกลัวการหกล้ม (Moore & Ellis, 2008)

ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) เชื่อว่า ความคาดหวังความสามารถของตนเอง (Efficacy Expectation) เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งความคาดหวังนี้ เรียกว่า “การรับรู้ความสามารถของตนเอง” (Perceived Self-efficacy) ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเอง คือ การตัดสินใจหรือความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ บุคคลสองคนที่มีความสามารถไม่ต่างกันอาจแสดงออกในพฤติกรรมที่มีคุณภาพแตกต่างกันได้ หากบุคคลสองคนนี้มี การรับรู้ความสามารถของตนเองที่แตกต่างกัน ในคนคนเดียวก็เช่นกันถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกัน ก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกัน การรับรู้ความสามารถของคนเรานั้น ไม่ตายตัวหากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้น สิ่งที่จะกำหนดประสิทธิภาพของการแสดงพฤติกรรม จึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาวะนั้น ๆ นั่นเอง กล่าวคือ บุคคลที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถก็จะพยายามแสดงความสามารถนั้นออกมาอย่างเต็มที่ ไม่ท้อถอยง่าย ๆ จนประสบความสำเร็จในที่สุด

การรับรู้ความสามารถของตนเองของบุคคล

การรับรู้ความสามารถของบุคคลนั้นจะมีความแตกต่างกันออกไป โดยขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้ (Bandura, 1997)

1. ความยากง่ายของพฤติกรรม (Level)

ความยากง่ายของพฤติกรรม หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อความยากง่ายของพฤติกรรมที่จะปฏิบัติ บุคคลใดที่คิดว่าพฤติกรรมนั้นเป็นสิ่งที่ง่ายและตนเองมีความสามารถที่จะกระทำได้ จะส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม แต่หากบุคคลคิดว่าพฤติกรรมนั้นเป็นสิ่งที่ยากและเกินกว่าความสามารถของตนเอง จะทำให้บุคคลนั้นขาดความมั่นใจ และหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว

2. ความแข็งแกร่งของบุคคล (Strength)

ความแข็งแกร่งของบุคคล เป็นการประเมินกำลังความสามารถของตนเอง หากบุคคลคิดว่าตนเองมีความสมบูรณ์แข็งแรง จะเกิดความเชื่อมั่นว่าตนสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ได้ และหากบุคคลประเมินว่าพฤติกรรมหรือสถานการณ์นั้นไม่ยากเกินกว่าความสามารถของตนเอง บุคคลนั้นจะเกิดความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมเหล่านั้นอย่างเต็มความสามารถ

3. ความเชื่อมโยงประสบการณ์ (Generality)

เมื่อบุคคลประสบกับประสบการณ์ใหม่ ๆ ที่มีความคล้ายคลึงกับประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จในอดีตมาก่อน จะทำให้บุคคลพยายามเชื่อมโยงประสบการณ์และทักษะเดิม

ที่มีอยู่เพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรมในประสบการณ์ใหม่นั้น และจะเกิดมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ

แหล่งที่มาและการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองของบุคคลมีแหล่งที่มาและการพัฒนามาจากสิ่งต่าง ๆ ดังนี้ (Bandura, 1997)

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Enactive Mastery Experience)

หมายถึง ประสบการณ์โดยตรงของบุคคลที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตนเอง การกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองหลาย ๆ ครั้ง จะส่งผลให้บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้น ทำให้บุคคลมีความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ แม้จะต้องพบกับอุปสรรคหรือความล้มเหลวในบางครั้ง แต่ก็จะไม่มองว่าความล้มเหลวนั้นเกิดจากตนเองไม่มีความสามารถ แต่คิดว่าอาจเกิดมาจากปัจจัยอื่น ๆ เช่น ความพยายามไม่เพียงพอหรือสถานการณ์ไม่เอื้ออำนวย ซึ่งต่างกับบุคคลที่ประสบความล้มเหลวในการกระทำกิจกรรมอยู่เสมอ บุคคลเหล่านี้จะมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำหรือลดลง อย่างไรก็ตามบุคคลสามารถพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองได้ โดยการส่งเสริมและฝึกให้บุคคลมีทักษะที่เพียงพอในการกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จ ร่วมกับการทำให้บุคคลรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ เพื่อให้เกิดความพยายามที่จะทำงานและไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคจนประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย ซึ่งการประสบความสำเร็จนั้นอาจเกี่ยวข้องกับ

1.1 ความรู้พื้นฐานของบุคคล (Preexisting Self-knowledge Structures)

ความรู้ทำให้เกิดความสามารถในการเผชิญกับสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ต่าง ๆ และช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ สังเกตประสบการณ์เพื่อใช้ในการจัดการสถานการณ์ ความรู้จึงมีส่วนเกี่ยวข้องกับความสำเร็จของบุคคล

1.2 การประเมินความยากของเหตุการณ์ (Difficulty and Contextual Factors in the Diagnosticity of Performance Information)

ความรู้สึกว่าประสบความสำเร็จนั้นขึ้นอยู่กับ การประเมินค่าความยากง่ายของเหตุการณ์ของแต่ละบุคคล หากบุคคลคิดว่าเหตุการณ์ที่ประสบอยู่นั้นเป็นเรื่องง่าย ๆ ใคร ๆ ก็ทำได้ เมื่อสามารถกระทำได้เสร็จสิ้นลงก็อาจไม่รู้สึกว่าจะประสบความสำเร็จ ในทางตรงกันข้ามหากคิดว่าเหตุการณ์นั้นยากลำบากเมื่อตนเองสามารถกระทำได้ จะเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถและรู้สึกประสบความสำเร็จในเหตุการณ์นั้น ๆ

1.3 การใช้ความพยายาม (Effort Expenditure)

การใช้ความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมอนุมานได้ว่า เหตุการณ์นั้นมีความยากลำบากต่อการปฏิบัติ ในเด็กเล็กความพยายามหมายถึงการต้องใช้ความสามารถมาก ๆ แต่ในผู้ใหญ่การใช้ความพยายาม หมายถึง การต้องออกแรงมากในการปฏิบัติเพื่อที่จะประสบความสำเร็จ โดยไม่ต้องใช้ความสามารถมากนัก ความสามารถและความพยายามมีผลร่วมกันต่อการตัดสินใจ กระทำของบุคคล หลายคนเชื่อว่าความพยายามช่วยทำให้ความสามารถเพิ่มขึ้น และบางคนก็เชื่อว่าความพยายามเป็นตัวชดเชยข้อจำกัดของความสามารถ ดังนั้น การใช้ความพยายามจึงมีส่วนเกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเองตามแนวคิดของแต่ละบุคคล

1.4 การเลือกจดจำความสำเร็จหรือความล้มเหลว (Selective Self-monitoring and Reconstruction of Enactive Experiences) การจดจำความสำเร็จจะทำให้เกิดความภาคภูมิใจ และมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง

2. การเห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experience)

การสังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้รับผลที่พึงพอใจ จะทำให้ผู้ที่สังเกตฝึกความรู้สึกว่าตนเองก็สามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ถ้าพยายามจริงและไม่ย่อท้อ การให้ดูตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเอง จะสามารถช่วยลดความกลัวในการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลได้ ตัวแบบมี 2 ประเภท คือ

2.1 ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (Self-modeling) เป็นตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกต และมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง ลักษณะของตัวแบบควรเป็นบุคคลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกต เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ฐานะเศรษฐกิจและสังคม นอกจากนี้ควรมีทัศนคติ ความสามารถใกล้เคียงกับผู้สังเกต เพราะจะทำให้ผู้สังเกตเกิดความมั่นใจว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงนั้นมีความเหมาะสม และตนเองสามารถที่จะกระทำได้นี้เนื่องจากมีความคล้ายคลึงกับตนเอง

2.2 ตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic Modeling) เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุทัศน์ และการ์ตูน เป็นต้น การเสนอตัวแบบด้วยวิธีนี้จะสามารถเตรียมเรื่องราวของตัวแบบได้ สามารถเน้นจุดสำคัญของพฤติกรรมที่ต้องการได้ สามารถนำไปใช้กับกลุ่มบุคคลจำนวนมากและในสถานที่ต่าง ๆ ได้

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion)

เป็นการบอกด้วยคำพูดว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ เป็นวิธีการที่ง่ายใช้กันทั่วไป คำพูดที่ใช้จะเป็นลักษณะที่ชักจูง แนะนำ อธิบาย และชื่นชม ทำให้เกิดกำลังใจ แต่การใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยจะได้ผลนักหรือมีผลในระยะสั้น ๆ ต่อการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ถ้าจะให้ได้ผลดีควรจะใช้ร่วมกับวิธีการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของ

ความสำเร็จ ซึ่งอาจต้องค่อย ๆ สร้างความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไป จนเกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอนพร้อมทั้งใช้คำพูดชักจูงร่วมด้วย

4. สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and Affective State)

สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง บุคคลที่มีภาวะสุขภาพดี ร่างกายแข็งแรงจะมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง หากบุคคลมีร่างกายที่อ่อนแอหรือมีการเจ็บป่วย ปวด เหนื่อยล้า หรือไม่สุขสบาย จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง ส่วนสภาวะทางด้านอารมณ์นั้น อารมณ์ทางด้านบวก เช่น ความพึงพอใจ ความสุขใจ ความมีคุณค่าในตนเอง จะส่งผลให้บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น ในทางตรงกันข้ามอารมณ์ทางด้านลบ เช่น ความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล จะมีผลให้การรับรู้ความสามารถตนเองลดลง หรือทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรม

จากแนวคิดเกี่ยวกับความกลัวการหกล้มของ Bhalala et al. (1982) และ Tinetti et al. (1990) สรุปได้ว่า ความกลัวการหกล้มเป็นอารมณ์หนึ่งที่ไม่กล้ายืนหรือเดิน เพราะคิดว่าเป็นสิ่งอันตรายต่อตนเอง มักพบมากในวัยผู้สูงอายุที่เคยเกิดการหกล้มมาก่อน ซึ่งความกลัวการหกล้มนี้ไม่ใช่ภาวะโรคจิตแต่อย่างใด และสามารถปรับแก้หรือลดความกลัวได้ด้วยวิธีการฟื้นฟูสภาพบำบัด ส่วนการประเมินความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุนั้น ทำได้โดยประเมินระดับการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้สูงอายุ ในการหลีกเลี่ยงการหกล้มขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปกติและกิจกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ซึ่งความกลัวในเรื่องใด ๆ ของบุคคล หากมีระดับที่สูงและไม่สัมพันธ์กับสิ่งที่มากระตุ้น จะเกิดเป็นโรคกลัวและเกิดพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสิ่งที่ยกเว้น ความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุจึงควรได้รับการประเมินเพื่อวางแผนป้องกันการจำกัดพฤติกรรม และส่งเสริมความมั่นใจของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

การประเมินความกลัวการหกล้ม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความกลัวการหกล้มสามารถประเมินได้จากการสัมภาษณ์และแบบประเมินต่าง ๆ ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

1. การสอบถามโดยตรง (Silvertown & Tideiksaar, 1989 cited in Jung, 2008)

เป็นการประเมินความกลัวการหกล้ม โดยสอบถามความรู้สึกของผู้ตอบโดยตรงว่า “กลัวหรือไม่กลัวการหกล้ม” ซึ่งข้อดีของการประเมินด้วยวิธีนี้ คือ สะดวก รวดเร็ว และใช้เวลาน้อย ในการประเมิน แบ่งออกเป็น 2 ชนิดย่อยตามลักษณะของคำตอบ ได้แก่

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

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

2. แบบประเมิน Falls-efficacy Scale (FES)

เป็นการประเมินความกลัวการหกล้ม ของ Tinetti et al. (1990) ซึ่งมีแนวคิดมาจากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) ซึ่งให้คำจำกัดความของความกลัวการหกล้มไว้ว่า บุคคลที่กลัวการหกล้ม หมายถึง บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ หรือไม่เชื่อในความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงการหกล้มขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปกติ และกิจกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม แบบประเมินนี้ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ ซึ่งสอบถามเกี่ยวกับระดับความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันอย่างปลอดภัยไม่เกิดการหกล้ม กิจกรรมที่สอบถามนั้นเป็นกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน 10 กิจกรรม ตัวอย่างเช่น การอาบน้ำ การหยิบของที่อยู่เหนือระดับศีรษะ การเดินรอบ ๆ บ้าน การเตรียมอาหาร การลุกจากเตียง การปิดเปิดประตู การรับโทรศัพท์ และการลุกนั่งจากเก้าอี้ เป็นต้น แต่ละข้อคำถามมีระดับของคำตอบเริ่มจาก 1-10 โดย 1 หมายถึง มีความมั่นใจมาก และ 10 หมายถึง มีความมั่นใจน้อย ตามลำดับ คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 10-100 คะแนน การแปลผลคะแนน คือ ค่าคะแนนที่มาก หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับต่ำ หากประเมินแล้วได้คะแนนรวมสูงกว่า 70 คะแนน ถือว่า บุคคลนั้นกลัวการหกล้ม (Tinetti et al., 1990)

Tinetti และคณะ ได้นำแบบประเมินนี้ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่การรับรู้ปกติ และมีความสามารถในการดูแลตนเองพบว่า คุณภาพของเครื่องมือนี้มีค่าความเที่ยง (Reliability) จากการตรวจสอบด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ .90 และค่าความคงที่ (Stability) จากการตรวจสอบด้วยวิธีการวัดซ้ำ (Test-retest Method) พบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ .71 แบบประเมินนี้ได้รับการยอมรับอย่างมากในปัจจุบัน และนิยมนำไปใช้เป็นต้นแบบในการปรับปรุงพัฒนาเครื่องมือวัดความกลัวการหกล้ม (Moore & Ellis, 2008)

3. Amended Falls-efficacy Scale (amFES)

เป็นแบบประเมินความกลัวการหกล้มที่ Buchner et al. (1993) ดัดแปลงมาจากแบบประเมิน FES ของ Tinetti et al. (1990) แบบประเมินนี้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการศึกษาผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและมีลักษณะของความเปราะบาง โดยเปลี่ยนข้อความของคำถาม จากคำว่า “มั่นใจเพียงใด” (How Confident) มาเป็นคำว่า “กลัวการหกล้มมากเพียงใด” (How Concerned) ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรมภายในบ้าน เช่น การลุกนั่งจากเก้าอี้ การเตรียมอาหารอย่างง่าย ๆ เป็นต้น ส่วนคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ 1-4 เรียงลำดับจากน้อย

ไปมาก เหมาะสำหรับผู้สูงอายุเพราะง่ายต่อการตอบและการให้คะแนน แตกต่างจากแบบประเมิน ต้นฉบับที่มีการให้คะแนนคำตอบมากถึง 10 ระดับ ความหมายของระดับคะแนน คือ คะแนน 1 หมายถึง ไม่กลัวการหกล้มเลย คะแนน 2 หมายถึง กลัวการหกล้มเล็กน้อย คะแนน 3 หมายถึง กลัวการหกล้มปานกลาง และคะแนน 4 หมายถึง กลัวการหกล้มมาก จากการทบทวนงานวิจัย อย่างเป็นระบบของ Moore and Ellis (2008) ในเรื่องเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความกลัว การหกล้ม พบว่า นับตั้งแต่เดือนตุลาคม ค.ศ. 2006 เป็นต้นมา ไม่มีการศึกษาใดเลยที่นำแบบ ประเมินนี้ไปใช้และไม่ได้ชี้แจงเหตุผลใดไว้

4. Revised Falls-efficacy Scale (rFES)

เป็นแบบประเมินที่ดัดแปลงจาก FES ฉบับเดิม (Tinetti et al., 1990) ลักษณะข้อคำถาม เป็นการถามความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเช่นเดิม ระดับของคะแนนคำตอบเริ่มต้นที่ 0 คือ ไม่มั่นใจเลย จนกระทั่งถึง 10 คือ มั่นใจมากที่สุด ตามลำดับ ซึ่งการให้คะแนนนี้ต่างกับ FES ฉบับเดิม กล่าวคือ ระดับคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความมั่นใจมากที่จะปฏิบัติกิจกรรมโดยไม่เกิด การหกล้มหรือไม่กลัวการหกล้ม ในขณะที่คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความมั่นใจน้อยในการปฏิบัติ กิจกรรมโดยไม่เกิดการหกล้มหรือกลัวการหกล้มนั่นเอง พบมีการศึกษาจำนวนน้อยที่นำแบบ ประเมินนี้ไปใช้ (Moore & Ellis, 2008)

5. The Modified Falls Efficacy Scale (MFES)

เป็นแบบประเมินความกลัวการหกล้มที่ Hill et al. (1996) ได้ดัดแปลงมาจาก FES โดย เพิ่มข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ เพื่อให้ครอบคลุมกิจวัตรประจำวันภายนอกบ้านของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจมี ผลต่อระดับความกลัวการหกล้ม ได้แก่ กิจกรรมการใช้บริการขนส่งสาธารณะ การข้ามถนน การทำสวนเล็ก ๆ น้อย ๆ และการใช้บันไดภายในบริเวณบ้าน ส่วนระดับคะแนนคำตอบมี 10 ระดับ และเป็นแผนภาพแสดงระดับ (Visual Analog) โดยเริ่มจาก 0 คือ ไม่มั่นใจ 5 คือ มั่นใจปานกลาง และ 10 คือ มั่นใจมากที่สุด ตามลำดับ ลักษณะที่แตกต่างจากแบบประเมิน FES คือ การแปลผล คะแนน กล่าวคือ หากคะแนนสูง หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการป้องกัน การหกล้มสูงหรือกลัวการหกล้มน้อย ส่วนคะแนนต่ำ หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ หรือกลัวการหกล้มสูงนั่นเอง แบบประเมินนี้ได้นำไปทดลองใช้กับ กลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน (Moore & Ellis, 2008) และสมาคมการวิจัยผู้สูงอายุแห่งสหประชาชาติ (The National Ageing Research Institute, 2005) ได้จัดทำแนวทางการใช้แบบประเมินนี้ไว้ ดังนี้ แบบประเมินมีทั้งหมด 14 ข้อ ใช้เวลาในการประเมิน 5-15 นาที การคิดคะแนน คือ คะแนนเฉลี่ย ซึ่งคะแนนเต็มคือ 10 คะแนน ค่าปกติ คือ 9.2-10 คะแนน

แบบประเมินนี้มีค่า Skew ต่ำกว่า FES เล็กน้อย คือ MFES = -2.4, FES = - 3.3 แต่กระนั้น MFES ก็มีการนำไปใช้ใน โปรแกรมการป้องกันการหกล้มอย่างแพร่หลาย โดยได้รับการยอมรับจากสมาคมป้องกันการหกล้มแห่งยุโรปว่า เป็นเครื่องมือที่ได้มาตรฐานและเหมาะสมต่อการนำไปใช้ (Moore & Ellis, 2008) ดังจะเห็นได้จากการรวบรวมเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความกลัวการหกล้ม พบว่าทั้งค่าความเที่ยงและค่าความตรงของเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ดี คือ ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคมากกว่าหรือเท่ากับ .90 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation Coefficient or Intra-class Correlation Coefficient, ICC) มากกว่าหรือเท่ากับ .7 และค่าความเที่ยงของการวัด (Interrater Reliability) มากกว่าหรือเท่ากับ .9 (Scheffer et al., 2008; Jostad, Hauer, Becker, & Lamb, 2005)

6. Falls Efficacy Scale-international (FES-I)

เป็นแบบประเมินความกลัวการหกล้มที่สร้างและพัฒนาโดยสมาคมป้องกันการหกล้มแห่งยุโรป (ProFaNE, 2006) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินความกลัวการหกล้มที่เป็นสากลในระดับนานาชาติ โดยจัดทำเป็นภาษาอังกฤษ เครื่องมือนี้ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย มีค่าความตรง (Validity) เท่ากับ .96 และค่าความเที่ยง เท่ากับ .96 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากการทดสอบซ้ำเท่ากับ .96 (Yardley et al., 2005) ถือได้ว่าคุณภาพของเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ที่ดีมาก และมีการตรวจสอบความแตกต่างเมื่อนำไปใช้กับผู้สูงอายุในชุมชนที่แตกต่างกันทางชนชาติ วัฒนธรรม และภาษา โดยแปลเครื่องมือนี้เป็นภาษาต่าง ๆ และนำไปใช้ในประเทศเยอรมัน เนเธอร์แลนด์ และอังกฤษ ซึ่งสามารถใช้วัดได้ดีไม่แตกต่างกัน (Kempen et al., 2007) แบบประเมินนี้มีมีการแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back Translation โดย ลัดดา เกียมวงศ์ (2554) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือประเมินอาการกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุไทย ซึ่งทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความตรงเชิงโครงสร้างด้วยวิธี Principal Component Analysis พบค่า Factor Loading มากกว่า .40 ขึ้นไป และความเชื่อมั่นสอดคล้องภายในของเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .95 แบบประเมินนี้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับระดับความกลัวการหกล้มเมื่อต้องปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งหมด 16 กิจกรรม ประกอบด้วย กิจกรรมทางกายและกิจกรรมทางสังคม ทั้งที่ง่ายและยาก ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จาก 1-4 โดย คะแนน 1 หมายถึง ไม่กลัวการหกล้มเลย คะแนน 2 หมายถึง กลัวการหกล้มเล็กน้อย คะแนน 3 หมายถึง กลัวการหกล้มมาก และคะแนน 4 หมายถึง กลัวการหกล้มมากที่สุด คะแนนรวมของแบบประเมินอยู่ระหว่าง 16-64 คะแนน ระดับคะแนนน้อย หมายถึง ไม่กลัวการหกล้มหรือมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรม ส่วนระดับคะแนนมาก หมายถึง กลัวการหกล้มหรือไม่มั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรม เกณฑ์การแปลผลคะแนน คือ คะแนนตั้งแต่ 16-21 คะแนน แสดงว่า ไม่กลัวการหกล้ม

คะแนนตั้งแต่ 22-27 คะแนน แสดงว่า กลัวการหกล้มเล็กน้อยถึงปานกลาง และคะแนนตั้งแต่ 28-64 คะแนน แสดงว่า กลัวการหกล้มมาก (ลัดดา เทียมวงศ์, 2554)

7. The Activities-specific Balance Confidence Scale (ABC)

แบบประเมินนี้ใช้แนวคิดของการรับรู้ความสามารถตนเองเช่นกัน เป็นการประเมินความมั่นใจในการทรงตัวของร่างกายขณะปฏิบัติกิจกรรม (Powell & Myers, 1995 cited in Moore & Ellis, 2008) แบบประเมินนี้สามารถบอกแนวโน้มของการหลีกเลี่ยงการปฏิบัติกิจกรรมได้ จึงมักนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่ตัดขา (Amputation Population) หรืองานกายภาพบำบัด เพื่อระดับความกลัวและแนวโน้มการหลีกเลี่ยงการปฏิบัติกิจกรรม (Miller, 2003) ประกอบด้วย 16 กิจกรรม ส่วนคำตอบเป็นการให้คะแนนความมั่นใจในการทรงตัวเพื่อปฏิบัติกิจกรรม ตั้งแต่ 0-100 % โดย 0 % หมายถึง ไม่มั่นใจเลย และ 100 % หมายถึง มั่นใจมาก ผู้สูงอายุที่ปกติและมีความพร้อมในการปฏิบัติกิจกรรมต้องได้คะแนน ABC มากกว่า 88 % ขึ้นไป (Powell & Myers, 1995 cited in Miller, 2003) ค่าความเที่ยงของเครื่องมือนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .96 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากการทดสอบซ้ำ เท่ากับ .92 (Moore & Ellis, 2008)

นอกจากนี้ยังมีแบบประเมินอีกมากที่ใช้ในการประเมินความกลัวการหกล้ม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแบบประเมินที่ปรับปรุงดัดแปลงจากแบบประเมินหลัก คือ FES และ ABC ซึ่งใช้หลักการของ Falls-efficacy Scale และ Balance Confidence เป็นแนวคิดพื้นฐานเพื่อนำไปประยุกต์ใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุเฉพาะกลุ่มต่าง ๆ เช่น Survey of Activities and Fear of Falling in the Elderly (SAFE), Modified Version of SAFE (MSAFE), Modified ABC และ ABC-6 เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบมีการใช้เครื่องมือในการประเมินความกลัวการหกล้ม ดังนี้ การสอบถามด้วยคำถามเดียวว่า “กลัวการหกล้มหรือไม่” ของ เปรมกมล ขวนขาว (2550) แบบประเมิน MFES ของ Hill et al. (1996) โดยแดนเนาวรัตน์ จามรจันทร์ และคณะ (2548) และแบบประเมิน FES ของ Tinetti et al. (1990) โดยพิมาวรินทร์ ลิ้มสุขสันต์ (2551) และเริ่มมีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุไทย โดยการนำแบบประเมิน FES-I มาแปลเป็นภาษาไทย (Thai FES-I) โดย ลัดดา เทียมวงศ์ (2554) เมื่อพิจารณาแล้วผู้วิจัยเห็นสมควรนำแบบประเมิน Thai FES-I มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เพราะเป็นแบบประเมินฉบับนานาชาติ ได้รับการพัฒนาและผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุในประเทศไทย

ผลกระทบของความกลัวการหกล้ม

ความกลัวการหกล้มมีผลกระทบต่อสภาพร่างกาย จิตใจ และภาวะจิตสังคมของผู้สูงอายุอย่างมาก ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

ผลกระทบด้านร่างกาย

ความกลัวความไม่มั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้สูงอายุจำกัดการปฏิบัติกิจกรรมของตนเองลงเพื่อป้องกันการหกล้ม ซึ่งส่งผลกระทบตามมา ได้แก่

1. เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการไม่เคลื่อนไหวร่างกาย (Immobilization Syndrome)

ผู้สูงอายุที่กลัวการหกล้มประมาณร้อยละ 50-83 พยายามหลีกเลี่ยงหรือจำกัดตนเองในการปฏิบัติกิจกรรม (Deshpande et al., 2008; Gillespie & Friedman, 2007; Hellstrom et al., 2009; Peterson, Cho, & Finlayson, 2007) ด้วยหวังว่าจะช่วยป้องกันตนเองจากการหกล้ม แต่ผลระยะยาวทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

ด้านสรีรวิทยา ได้แก่ อัตราการเต้นของชีพจรลดลง การขยายของทรวงอกและการระบายอากาศลดลง มีการสูญเสียมวลกระดูก (Demineralization of Bones) ทำให้กระดูก หักง่าย การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้ลดลง ขบวนการเมตาบอลิซึม (Metabolism) และการไหลเวียนน้ำเหลืองลดลง ผลจากการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา ดังกล่าวนี้นำให้เกิดปัญหาด้านร่างกายขึ้น คือ ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า (Postural Hypotension) ปอดอักเสบที่เกิดจากไม่เคลื่อนไหว (Hypostatic Pneumonia) แผลกดทับ เบื่ออาหาร โรคอ้วน ท้องผูก อุจจาระแข็ง (Fecal Impaction) ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะไม่ได้ (Incontinence) นั้วในไต ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ข้อติดแข็ง การเคลื่อนไหวของข้อต่อต่าง ๆ ทำได้ไม่เต็มที่ (Limited Range of Motion) (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงควรระวังและเฝ้าระวังป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยมีดังนี้

1.1 แผลกดทับ

1.2 ภาวะแทรกซ้อนในระบบไหลเวียนโลหิต ได้แก่ Postural Hypotension, Deep Vein Thrombosis และ Pulmonary Embolism เป็นต้น

1.3 ภาวะแทรกซ้อนในระบบกระดูก ข้อต่อ และกล้ามเนื้อ ได้แก่ Muscle Disuse/ Atrophy, Joint Stiffness/ Contracture และ Osteoporosis เป็นต้น

1.4 ภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ Constipation/ Fecal Impaction, Spurious Diarrhea และ Incontinence

1.5 โรคติดเชื้อ ได้แก่ Urinary Tract Infection, Aspiration Pneumonia และ Infected Pressure Ulcer

1.6 ภาวะแทรกซ้อนในด้านเมตาบอลิซึม ได้แก่ Anorexia & Malnutrition, Impaired Glucose Tolerance, Negative Nitrogen Balance และ Sick Euthyroid Syndrome เป็นต้น

นอกจากนี้การไม่เคลื่อนไหวร่างกายหรือการจำกัดการปฏิบัติกิจกรรมยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพจิตได้ เช่น Sensory Deprivation, Delirium, Depression และยังมีผลกระทบต่ออารมณ์และอัตมโนทัศน์ เช่น เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ หรือการเข้าสังคมลดต่ำลง เป็นต้น (วลัยพร นันทศุภวัฒน์, 2552)

2. เกิดความเสื่อมสมรรถภาพของอวัยวะร่างกายเร็วขึ้นกว่าความเสื่อมตามวัยปกติ โดยพบว่า เกิดการลดลงของความแข็งแรง ความยืดหยุ่นและการทำงานของกล้ามเนื้อ และข้อต่อต่าง ๆ ในร่างกาย (Lach, 2002; Yardley & Smith, 2002) มีการศึกษาที่ติดตามดูระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุที่ถลันการหกล้มไปเป็นเวลา 1 ปี พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีการลดลงของความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Cumming et al., 2000)

3. ความเสี่ยงต่อการเกิดการหกล้มเพิ่มสูงขึ้น ความถลันการหกล้มทำให้ความสามารถในการก้าวเดินลดลง ก้าวเท้าช้าและสั้นลง (Chamberlin, Fulwider, Sanders, & Medeiros, 2005) ซึ่งรูปแบบการก้าวเดินลักษณะนี้ทำให้ความมั่นคงของศีรษะลดลง ลำตัวโอนเอนล้มง่ายขึ้น (Menz et al., 2007) การตอบสนองของกล้ามเนื้อขา การควบคุมการทรงตัว ความแข็งแรงของข้อสะโพก และข้อเข่าของผู้สูงอายุที่ถลันการหกล้ม มีการตอบสนองที่ช้าและมีความสามารถต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ถลันการหกล้ม (แดนเนวารัตน์ จามรจันทร์ และคณะ, 2548; Gillespie & Friedman, 2007) จึงมีการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ถลันการหกล้มมีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มได้มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ถลันการหกล้มถึง 3.73 เท่า (เปรมกมล ขวนขวย, 2550)

ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์

ความถลันเป็นอารมณ์ทางด้านลบซึ่งไม่เป็นที่พึงประสงค์ของคนทุกเพศทุกวัย เป็นการตอบสนองต่อสิ่งที่เป็นที่บุคคลคิดว่าจะก่อให้เกิดอันตรายหรือคุกคามชีวิต ความถลันทำให้เกิดอาการตื่นเต้นหรือกังวลเมื่อต้องเผชิญกับสิ่งที่ถลัน และอาจเกิดการหลีกเลี่ยง ไม่ยอมเจอกับสิ่งนั้น ๆ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2545) ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงตามวัยในด้านจิตสังคมจากการสูญเสียบทบาทและความเสื่อมของร่างกายอยู่แล้ว หากเกิดความถลันการหกล้มร่วมด้วย จะทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความวิตกกังวล ลังเลไม่แน่ใจในการก้าวเดินเพื่อปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ต้องคอยพึ่งพาบุตรหลาน จนเกิดความรู้สึกด้อยค่าไร้ความสามารถและเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา มีการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ถลันการหกล้มมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ถลันการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Gillespie & Friedman, 2007; Hellstrom et al., 2009) ความถลันการหกล้มยังทำให้เกิด

การจำกัดวิถีการดำเนินชีวิตหรือจำกัดกิจกรรมทางสังคม เนื่องจากไม่กล้าไปไหนคนเดียว และไม่กล้าเข้าสังคม เพราะกลัวว่าจะต้องไปพบกับสิ่งแวดล้อมหรือฝูงชนที่จะทำให้ตนเองเกิดการหกล้ม (Cumming et al., 2000)

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม

ผู้สูงอายุที่ไม่กล้าก้าวเดินพยายามหาอุปกรณ์มาช่วยในการเดิน โดยมากกว่าร้อยละ 70 จับจ่ายซื้อหามาใช้เองไม่ได้ปรึกษาแพทย์ ลักษณะและวิธีการใช้อุปกรณ์จึงไม่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งการกระทำเช่นนี้ก่อให้เกิดปัญหาการหกล้มตามมา (Liu, Grando, Zabel, & Nolen, 2009) นอกจากนี้การจัดหาอุปกรณ์ช่วยเดินมาใช้เองโดยไม่ได้รับการฝึกทักษะการใช้งานที่ถูกต้อง เป็นการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายของครอบครัวที่ไร้ประโยชน์ เพราะแม้จะใช้อุปกรณ์ช่วยเดินแล้วแต่ยังมีความกลัวการหกล้มหรือขาดความมั่นใจในการก้าวเดิน ก็ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการหกล้มได้เช่นเดิม ส่วนผู้สูงอายุที่เลือกวิธีการจำกัดตนเองจากกิจกรรมเพื่อป้องกันการหกล้ม ก็มีความจำเป็นต้องอาศัยบุคคลอื่นช่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้ครอบครัวต้องคอยให้การดูแลในเรื่องเหล่านี้ ไม่สามารถไปทำงานหารายได้ตามปกติได้ หรือต้องจ้างบุคคลอื่นมาคอยช่วยเหลือดูแล หรือต้องใช้วัสดุอุปกรณ์ช่วยอำนวยความสะดวกในการคงไว้ซึ่งกิจวัตรประจำวัน เช่น ผ้าอ้อมสำเร็จรูปสำหรับผู้ใหญ่ ทำให้เกิดการสิ้นเปลือง สูญเสียรายได้ และอาจเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ เช่น แผลที่เกิดจากการเสียดสีและอับชื้น หรือติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีกลัวการหกล้มจะเกิดการจำกัดหรือหลีกเลี่ยงการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพของอวัยวะร่างกายเร็วขึ้น อัตราการพึ่งพา และการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เพิ่มสูงขึ้น การมีกิจกรรมทางสังคมลดลง จนทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาทางด้านจิตใจและจิตสังคมตามมา และยังมีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจและคุณภาพชีวิตของบุคคลในครอบครัวด้วย ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีความกลัวการหกล้มจึงควรได้รับการประเมินระดับของความกลัวการหกล้ม เพื่อปรับแก้และลดระดับของความกลัวการหกล้มลง ซึ่งจะช่วยป้องกันผลกระทบจากความกลัวการหกล้มดังกล่าวข้างต้น

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ

ความกลัวมีสาเหตุมาจากเงื่อนไขหรืออิทธิพลหลาย ๆ อย่างร่วมกัน ซึ่งอาจไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจน ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มแล้วส่วนใหญ่จะเกิดความกลัวการหกล้ม แต่ความกลัวนี้ก็ไม่ได้เกิดเฉพาะผู้สูงอายุที่เคยหกล้มเท่านั้น ผู้ที่ไม่เคยหกล้มมาก่อนก็พบว่ามีความกลัวการหกล้ม ผลการศึกษาโดยการทบทวนการวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) โดย Scheffer et al. (2008) พบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุที่กลัวการหกล้มไม่เคยมีประวัติการหกล้มมาก่อน

ดังนั้น นอกจากประสบการณ์การหกล้มแล้ว น่าจะต้องมีปัจจัยอื่นที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความกลัวการหกล้ม จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงการหกล้มของผู้สูงอายุ ดังนี้

เพศ

เพศ หมายถึง สภาวะทางชีววิทยาของผู้สูงอายุที่ถูกกำหนดขึ้นโดยธรรมชาติให้แสดงลักษณะหญิงหรือลักษณะชายซึ่งเปลี่ยนแปลงไม่ได้ แบ่งออกเป็น 2 เพศ คือ เพศชายและเพศหญิง โรคกลัวมักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2 เท่า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549) สังคมโดยทั่วไปมีการกำหนดบทบาทของเพศชายและเพศหญิงแตกต่างกัน โดยเพศชายถูกคาดหวังถึงความเข้มแข็งกล้าหาญ ไม่แสดงความอ่อนแอออกมาให้เห็นโดยง่าย ตรงกันข้ามกับเพศหญิงที่มีความอ่อนแอ บอบบาง และสามารถแสดงออกถึงความกลัวและอารมณ์ในด้านต่าง ๆ ได้อย่างอิสระมากกว่าเพศชาย (สุรางค์ ไคว้ตระกูล, 2553) เพศหญิงมีปริมาณเนื้อกระดูกสะสมน้อยกว่าเพศชาย และมีการสลายแคลเซียมออกจากกระดูกในอัตราที่เร็วกว่าเพศชาย เนื่องมาจากการลดลงของฮอร์โมน เอสโตรเจน (Estrogen) ในวัยหมดประจำเดือน ทำให้ความแข็งแรงของโครงกระดูกของผู้สูงอายุเพศหญิงต่ำกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ผู้สูงอายุเพศหญิงจึงกลัวการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย การศึกษาในช่วง 10 ปีย้อนหลัง พบมี 8 การศึกษาที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนของประเทศอิตาลี อินเดีย แคนาดา สหรัฐอเมริกา และเนเธอร์แลนด์ (Deshpande et al., 2008; Filiatrault et al., 2009; Fletcher & Hirdes, 2004; Friedman et al., 2002; Kempen et al., 2009; Lach, 2005; Murphy et al., 2002; Zijlstra et al., 2007) ซึ่งทั้งหมดสรุปตรงกันว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงกลัวการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย

แต่ทั้งนี้ความแตกต่างทางด้านสังคมวัฒนธรรมอาจทำให้เพศและความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุไทย มีความสัมพันธ์ในลักษณะที่แตกต่างกับการศึกษาในต่างประเทศก็เป็นได้ ดังนั้น จึงควรทำการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ

จำนวนโรคเรื้อรัง

โรคเรื้อรัง หมายถึง ภาวะบกพร่องหรือภาวะที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ ซึ่งอาจมีลักษณะอาการเหล่านี้ 1 อาการหรือมากกว่า คือ การเปลี่ยนแปลงแบบถาวร ภาวะทุพพลภาพ อาการเปลี่ยนแปลงที่ไม่สามารถกลับคืนดังเดิมได้ ผู้ป่วยต้องการการฝึกปฏิบัติแบบพิเศษเพื่อฟื้นฟูสภาพ และต้องติดตามสังเกตอาการหรือดูแลในระยะยาว (The Commission on Chronic Illness, 1953 อ้างถึงใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549)

โรคเรื้อรัง หมายถึง ภาวะเจ็บป่วยที่ยาวนาน ไม่สามารถแก้ไขได้โดยทันทีและมีโอกาสรักษาหายได้น้อยมาก (Center for Disease Control and Prevention, 1998 อ้างถึงใน ศิริพันธุ์ สาสัคย์, 2549)

โรคเรื้อรัง หมายถึง การเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดภาวะบกพร่องนานกว่า 3 เดือน (Garrison, 2000 อ้างถึงใน ศิริพันธุ์ สาสัคย์, 2549)

โรคเรื้อรัง หมายถึง อาการทางด้านร่างกายหรือจิตใจ ที่ต้องการการติดตามและหรือการจัดการเพื่อควบคุมอาการในระยะยาว มากกว่า 6 เดือน (Adelman, 2001 อ้างถึงใน ศิริพันธุ์ สาสัคย์, 2549)

โรคเรื้อรัง หมายถึง อาการทางด้านร่างกาย และจิตใจ ที่ต้องการการติดตามดูแล และจัดการกับอาการในระยะยาวนานมากกว่า 6 เดือน (Corbin, 2001 อ้างถึงใน ศิริพันธุ์ สาสัคย์, 2549)

โรคเรื้อรัง หมายถึง การเจ็บป่วยที่มีพยาธิสภาพเกิดขึ้นนานเกินกว่า 3 เดือน และหรือเป็นพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างถาวร ก่อให้เกิดความพิการหรือข้อจำกัดของอวัยวะที่มีพยาธิสภาพ ไม่สามารถแก้ไขหรือรักษาให้หายกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ (ชมนาด สุ่มเงิน และนารีรัตน์ สัจจวรรณพิणा, 2549)

การศึกษานี้ให้นิยามของโรคเรื้อรัง คือ ภาวะเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มีระยะเวลาดำเนินโรคหรือต้องติดตามจัดการกับอาการยาวนานมากกว่า 6 เดือน ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ โรคไขมันในเลือดสูง โรคอัมพฤกษ์อัมพาต เป็นต้น

โรคเรื้อรังที่มักพบในผู้สูงอายุ ได้แก่ กลุ่มอาการปวดข้อ ปวดหลังเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด โรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง โรคอัมพาตหลอดเลือดสมองแตกหรือตีบตัน และโรคหัวใจและหลอดเลือด อาการเจ็บป่วยเหล่านี้ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีระดับการช่วยเหลือตนเองลดลงตามความรุนแรงและการดำเนินของโรค (ศิริพันธุ์ สาสัคย์, 2549) การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นจำนวนมากจะยิ่งส่งผลให้ร่างกายและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดต่ำลงมากยิ่งขึ้น ด้วยระยะเวลาดำเนินโรคที่ยาวนานและการรักษาที่ไม่หายขาด ทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาทางด้านจิตใจตามมา คือ ความรู้สึกมีคุณค่าหรือความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองลดต่ำลง เมื่อต้องปฏิบัติกิจกรรมผู้สูงอายุเหล่านี้จะเกิดความวิตกกังวล ไม่มั่นใจว่าตนเองจะสามารถปฏิบัติได้อย่างปลอดภัยโดยไม่เกิดการหกล้ม มีการศึกษาที่พบว่าจำนวนโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้ม (Kempen et al., 2009; Murphy et al., 2002) โรคที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้ม คือ โรคความดันโลหิตสูง (Curcio et al., 2009; Martin et al., 2005) โรคกระดูกพรุน (Curcio et al., 2009; Fletcher & Hirdes,

2004) โรคข้ออักเสบ (Curcio et al., 2009; Fletcher & Hirdes, 2004; Martin et al., 2005) โรคเบาหวาน (Curcio et al., 2009) และโรคต่อกระฉากหรือโรคต่อหิน (Fletcher & Hirdes, 2004) แต่มีการศึกษาที่พบว่าจำนวนโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนไม่สัมพันธ์กับความถี่ของการหกล้ม (Mann et al., 2006; Murphy et al., 2003) และการศึกษาของ Filiatrault et al. (2009) พบว่าโรคข้ออักเสบ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วน และโรคหัวใจไม่มีความสัมพันธ์กับความถี่ของการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน การศึกษาของ Friedman et al. (2002) พบว่าโรคข้ออักเสบ โรคพาร์กินสัน และการเกิดกระดูกข้อสะโพกหักจากการหกล้มไม่สามารถทำนายความถี่ของการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนได้ ยกเว้น โรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น พบวรรณกรรมทั้งที่สนับสนุนและไม่สนับสนุนว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับความถี่ของการหกล้มของผู้สูงอายุ ดังนั้น ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุกับความถี่ของการหกล้มจึงควรได้รับการศึกษา

ประสบการณ์การหกล้ม

ประสบการณ์การหกล้ม หมายถึง การเคยเกิดเหตุการณ์การสูญเสียการทรงตัวโดยไม่ได้ตั้งใจของผู้สูงอายุ ทำให้ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายหรือร่างกายทั้งตัวของผู้สูงอายุสัมผัสกับพื้นซึ่งไม่ได้เกิดจากแรงกระทำภายนอก โดยไม่รวมการหกล้มอันเกิดจากการเป็นลมหรือการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มส่วนใหญ่จะเกิดความถี่ของการหกล้ม ทั้งนี้เพราะความถี่ในเรื่องใดก็ตามสัมพันธ์กับประสบการณ์ที่ไม่ดีในเรื่องนั้น ๆ (รัตน สหายพานิชย์ และสุวรรณ พิสุทธิศรี, 2548) การศึกษาในประเทศโคลัมเบียพบว่า ความถี่ของการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (Curcio et al., 2009) ระดับความรุนแรงของประสบการณ์ที่ไม่ดีนั้นจะทำให้ระดับของความถี่เพิ่มมากยิ่งขึ้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542) ประสบการณ์การเกิดกระดูกหักจากการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนสามารถทำนายความถี่ของการหกล้มได้ (Lach, 2005; Mann et al., 2006) ประสบการณ์การหกล้มในระยะเวลา 3 เดือน (Fletcher & Hirdes, 2004) 6 เดือน (Kempen et al., 2009; Zijlstra et al., 2007) หรือ 1 ปีที่ผ่านมา (Deshpande et al., 2008; Filiatrault et al., 2009; Martin et al., 2005; Murphy et al., 2002; Murphy et al., 2003; Suzuki et al., 2002) ล้วนมีความสัมพันธ์กับความถี่ของการหกล้มของผู้สูงอายุทั้งสิ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความถี่ของการหกล้มนี้ไม่ได้เกิดเฉพาะผู้สูงอายุที่เคยหกล้มเท่านั้น ผลการศึกษาโดยการทบทวนการวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) โดย Scheffer et al. (2008) พบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุที่กล้วการหกล้มไม่เคยมีประวัติ

การหกล้มมาก่อน ดังนั้น ประสิทธิภาพการหกล้มจึงอาจไม่ใช่ปัจจัยของความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุเสมอไป ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการหกล้มกับประสิทธิภาพการหกล้มในช่วงระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ด้วยเห็นว่าเป็นช่วงเวลาที่ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดการหกล้ม และสามารถจดจำประสบการณ์เหล่านั้นได้

ภาวะซึมเศร้า

ความหมายของภาวะซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ (Long-man, 1978; Webster, 1995 อ้างถึงใน สายฝน เอกวารงกูร, 2553)

กลุ่มที่ 1 ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความรู้สึกเศร้า และสูญเสียความหวังในอนาคต

กลุ่มที่ 2 ภาวะซึมเศร้า หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำที่แสดงออกถึงความสามารถหรือประสิทธิภาพในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันลดลง

กลุ่มที่ 3 ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อารมณ์ ประกอบด้วยอารมณ์เศร้า หดหู่ เหงา วันห่วย ขาดความสุข และกังวล

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หมายถึง กลุ่มอาการซึ่งมีอาการแสดงจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา อารมณ์และสติปัญญา รวมทั้งความผิดปกติด้านอารมณ์จากสาเหตุต่าง ๆ แสดงโดยมีอารมณ์เศร้า รู้สึกหมดหวัง ไม่มีค่า อ่อนเปลี้ย ขาดความสนใจ หรือไม่มีความสุขในกิจกรรมเกือบทั้งหมด นานอย่างน้อย 2 สัปดาห์ (Buck & Piven, 1999 อ้างถึงใน ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2552)

การศึกษานี้ให้นิยามของภาวะซึมเศร้า คือ ภาวะผิดปกติทางอารมณ์ของผู้สูงอายุ โดยมีความรู้สึกเศร้า หดหู่ เหงา วันห่วย ขาดความสุข วิตกกังวล และสูญเสียความหวังในอนาคต หมดพลังอ่อนล้า ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง เชื่อว่า สภาวะทางด้านอารมณ์นั้นมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของบุคคล กล่าวคือ อารมณ์ทางด้านบวก เช่น ความพึงพอใจ ความสุขใจ จะส่งผลให้บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น ในทางตรงกันข้ามอารมณ์ทางด้านลบ เช่น ความซึมเศร้า ความเครียด และความวิตกกังวล จะส่งผลให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดต่ำลง นอกจากนี้ตามความหมายและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าดังกล่าวข้างต้นพบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักสูญเสียความหวังในอนาคต ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม อ่อนล้า หมดพลังความสามารถและประสิทธิภาพในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดต่ำลง ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจึงกลัวการหกล้ม และคิดว่าตนเองไม่มีความสามารถเพียงพอที่จะปฏิบัติกิจกรรมได้ และจากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาที่สรุปว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนมีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้ม (Kempen et al., 2009; Lach, 2005; Murphy et al., 2003)

และการศึกษาของ Deshpande et al. (2008) และ Murphy et al. (2002) พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการจำกัดการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุเนื่องจากกลัวการหกล้ม

การทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังมีการศึกษาที่สรุปว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุหญิงในสหรัฐอเมริกาไม่สัมพันธ์กับความกลัวการหกล้ม (Murphy et al., 2003) ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความกลัวการหกล้มในการศึกษาครั้งนี้

ความสามารถในการทรงตัว

ความสามารถในการทรงตัว หมายถึง ความสามารถในการรักษาจุดศูนย์กลางมวล (Center of Mass) หรือจุดศูนย์กลาง (Center of Gravity) ของร่างกายให้คงอยู่บนฐานที่รองรับร่างกาย (แดนเนาวรัตน์ จามรจันทร์ และคณะ, 2548)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาเป็นจำนวนมาก ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการหกล้มกับความสามารถในการควบคุมสมดุลร่างกายของผู้สูงอายุ ทั้งขณะอยู่นิ่งและขณะเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งการทดสอบความสามารถด้านนี้มีหลากหลายวิธี คือ การทดสอบด้วยการยืนขาเดียว (Murphy et al., 2003) การหมุนตัว การเอื้อมมือ (Kressig et al., 2001) การเดินในระยะ 4 เมตร (Lach, 2005) และการลุกขึ้นยืนจากเก้าอี้ (Deshpande et al., 2008; Mann et al., 2006) ซึ่งผลของการศึกษาทั้งหมดสรุปว่า ความสามารถในการทดสอบดังกล่าวของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้ม สามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงตามวัย คือ มวลกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุมีขนาดเล็กลงและมีการสะสมของไขมัน ข้อต่อและกระดูกอ่อน (Cartilage) มีการสะสมของแคลเซียมและมีโครงสร้างที่เปลี่ยนแปลงไปจากความเสื่อมหรือรอยโรค นอกจากนี้เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (Connective Tissue) ก็มีความยืดหยุ่นลดลง ระบบประสาทตาหู และการรับรู้รู้สึกก็มีประสิทธิภาพต่ำลงจากความเสื่อมตามวัย ทำให้ความไวในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุช้าลง (Miller, 2009) ผู้สูงอายุจึงเกิดการหกล้มได้ง่ายหรือต้องใช้ความพยายามอย่างมากเพื่อควบคุมตนเองไม่ให้เกิดการหกล้ม ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการทรงตัวต่ำหรือมีลักษณะการก้าวเดินที่ผิดปกติ เมื่อเคลื่อนไหวร่างกายจะเกิดการสั่นเซไม่มั่นคง ผู้สูงอายุเหล่านี้จึงไม่มั่นใจว่าตนเองจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างปลอดภัยโดยไม่เกิดการหกล้ม มีการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีลักษณะการเดินที่ผิดปกติ คือ เดินส่ายไปส่ายมา เดินตะกุกตะกัก และเดินลากเท้า มีการจำกัดกิจกรรมนอกบ้านเพราะกลัวการหกล้ม (Fletcher & Hirdes, 2004)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ

หมายถึง ความคิดความเข้าใจของตนเองต่อการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพ เป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกและความคิดเห็นต่อภาพรวมของสุขภาพตนเอง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

ตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง เชื่อว่า ระดับการรับรู้ความสามารถของบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับการประเมินความยากง่ายของเหตุการณ์ของแต่ละบุคคล หากบุคคลคิดว่าเหตุการณ์ที่ประสบอยู่นั้นยากเกินที่ตนจะสามารถปฏิบัติได้ จะเกิดการรับรู้ที่ตนเองมีความสามารถต่ำ กลัวไม่กล้าที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ดังนั้น ผู้สูงอายุที่คิดว่าตนเองมีภาวะสุขภาพไม่ดีจึงกลัวการหกล้ม นอกจากนี้การคิดว่าตนเองมีภาวะสุขภาพไม่ดีเป็นการมองตนเองในด้านลบ ซึ่งมีผลโดยตรงต่อการลดระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาเป็นจำนวนมากที่สนับสนุนเหตุผลดังกล่าว ได้แก่ การศึกษาของ Kempen et al. (2009) และ Mann et al. (2006) ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่รับรู้ที่ตนเองมีภาวะสุขภาพไม่ดีกลัวการหกล้ม การศึกษาของ Zijlstra et al. (2007) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่รับรู้ที่ตนเองมีภาวะสุขภาพไม่ดีกลัวหกล้มมากกว่าผู้ที่รับรู้ภาวะสุขภาพดี 6.93 เท่า และการศึกษาของ Fletcher and Hirdes (2004) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่รับรู้ที่ตนเองมีภาวะสุขภาพไม่ดี จำกัดการปฏิบัติกิจกรรมเนื่องจากกลัวหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่รับรู้ที่ตนเองมีภาวะสุขภาพดี 1.82 เท่า

จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบมีการศึกษาของ Filiatrault et al. (2009) ที่สรุปว่าระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนไม่สัมพันธ์กับความกลัวการหกล้ม ผู้วิจัยจึงสนใจเลือกศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกับความกลัวการหกล้ม การทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น สามารถคัดสรรปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อทำการศึกษาได้ดังนี้ คือ เพศ จำนวน โรคเรื้อรัง ประสบการณ์การหกล้ม ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการทรงตัว และการรับรู้ภาวะสุขภาพ