

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ปริญญานิพนธ์
ของ
นันท์นภัส หงษ์เวียงจันทร์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา
เมษายน 2546
ลิขสิทธิ์เป็นของ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

363.1
441721
จ. 4

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ
ของ
นันทน์ภัส หงษ์เวียงจันทร์

- 4 11.8. 2546

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
เมษายน 2546

จ. 3

นันท์นภัส หงษ์เวียงจันทร์. (2546). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. ปรินญาณพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม : รองศาสตราจารย์ จุฬามาต เทพชัยศรี , ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วินัส ปัทมภาสพงษ์.*

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษา และเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว อาชีพ สถานภาพสมรส สภาพการเป็นอยู่ปัจจุบัน อุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน และประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร 8 โรงพยาบาล จำนวน 368 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบค่าที ทดสอบค่าเอฟ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน โดยใช้โปรแกรมประมวลผลสำเร็จรูป

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านอยู่ในระดับดี
2. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว สภาพการเป็นอยู่ปัจจุบัน และประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้านต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านไม่แตกต่างกัน
3. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่มีอาชีพ สถานภาพสมรส และอุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุในบ้านต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน
5. ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6. ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานครไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน
อุบัติเหตุในบ้าน

7. แรงสนับสนุนทางสังคม ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการ
แพทย์ กรุงเทพมหานคร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน อย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**FACTORS RELATING TO HOME ACCIDENT PREVENTIVE BEHAVIOR OF THE
ELDERS IN SENIOR CITIZEN CLUBS IN HOSPITALS UNDER
THE DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES,
BANGKOK METROPOLITAN ADMINISTRATION**

AN ABSTRACT

BY

NUNNAPHAS HONGWEANGCHAN

**Presented in partial fulfillment of the requirements
for the Master of Science degree in Health Education
at Srinakharinwirot University**

April 2003

Nunnaphas Hongweangchan. (2003). *Factor Relating to Home Accident Preventive Behavior of the Elders in Senior Citizen Clubs in Hospitals under the Department of Medical Services, Bangkok Metropolitan Administration*. Master thesis, M.S. (Health Education). Bangkok : Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee : Assoc. Prof. Chutamat Tapchaisri, Assist. Prof. Venus Pattamapaspong.

The objectives of this study were to study and compare home accident preventive behavior of the elders in the senior citizen clubs of hospitals under the Department of Medical Services, Bangkok Metropolitan Administration. The studied variables were sex, age, level of education, income, underlying diseases, occupation, marital status, present living situation, home accident preventive instruments and the experience of home accident. The samples in this study were 368 elders in the senior citizen clubs of 8 hospitals under the Department of Medical Services, Bangkok Metropolitan Administration. The samples were selected by multistage sampling. Questionnaires constructed by the researcher were used to interview the elders for all data. Percentage, arithmetic mean, standard deviation, t-test, one way analysis of variance, F-test and Pearson product moment correlation coefficient were used to analyse the data by a computer program.

The results were as follows :

1. The elders in senior citizen clubs in hospitals under the Department of Medical Services, Bangkok Metropolitan Administration had good levels of home accident preventive behavior.
2. The elders with different sex, age, level of education, income, present living situation, underlying diseases and experiences of home accident had no significant differences in home accident preventive behavior.
3. The elders with different occupations, marital status and home accident preventive instruments had significant difference in home accident preventive behavior.
4. The perceived self - efficacy of the elders had no significant correlation with home accident preventive behavior.
5. Internal health locus of control and powerful other health locus of control of the elders correlated positively with accident preventive behavior at .05 level.

6. Chance health locus of control of the elders had no significant correlation with home accident preventive behavior.

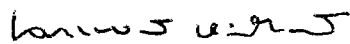
7. Social support of the elders correlated positively with home accident preventive behavior at .05 level.

ปริญญานิพนธ์
เรื่อง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ของ
นางสาวนันท์นภัส หงษ์เวียงจันทร์

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

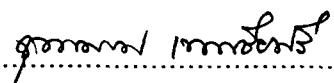


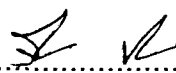
.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

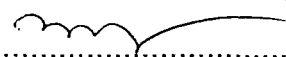
(รองศาสตราจารย์ ดร. นภาพร หะวานนท์)

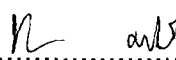
วันที่ ๒๙ เดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๔๖

คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์

.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์ จุฑามาศ เทพชัยศรี)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วินัส ปัทมภาสพงษ์)

.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รองศาสตราจารย์ สพ.ญ.นภาพร มัยมanggur)

.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(อาจารย์ ทรงพล ต่อนี่)

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับทุนอุดหนุนและส่งเสริมการทำปริญญานิพนธ์จาก
ทบวงมหาวิทยาลัย เป็นจำนวนเงิน 10,000 บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาและให้การช่วยเหลือ แนะนำเป็นอย่างดีจาก รองศาสตราจารย์ จุฑามาศ เทพชัยศรี ประธานกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วินัส บัณฑิตภาสพงษ์ กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ สพ.ญ. นภาพร มัธยมมากร อาจารย์ ทรงพล ต่อนี้ กรรมการสอบปริญญานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ เสนอแนะ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ทำให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สามารถสำเร็จลงได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. ธาดา วิมลวัตรเวที อาจารย์ ดร. จารุพร แสงเป่า อาจารย์นงลักษณ์ นฤวัตร คุณชูชื่น คัมภีระ คุณสุนันทา อริยกุลนิมิต ที่ได้กรุณาตรวจแบบสอบถาม และให้คำแนะนำในการสร้างเครื่องมือวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ พันเอกหญิง แพทย์หญิง ท่านผู้หญิงวัฒนา วัชรโรทัย ประธานชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เจ้าหน้าที่และพยาบาลอนามัยชุมชนวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลหนองจอก โรงพยาบาลลาดกระบัง โรงพยาบาลหลวงพ่อบุญศรี โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ ที่ได้อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ตลอดจนผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์เป็นอย่างดี

ขอขอบคุณ พี่ เพื่อน น้องพยาบาลผู้ใกล้ชิด ร.อ. หญิง จรัสศรี และ คุณกุลทรัพย์ หงษ์เวียงจันทร์ พี่ เพื่อน และน้องนิสิตปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สุขศึกษา ภาควิชา รุนที่ 1 ทุกท่าน ที่ได้ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา

คุณค่าของปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอบบูชาพระคุณ คุณพ่อสาลี คุณแม่ต้น หงษ์เวียงจันทร์ ครูอาจารย์ที่เคารพ ที่กรุณาอบรมเลี้ยงดูปลูกฝังสิ่งที่ดีงาม เป็นกำลังใจและกำลังใจที่แก่ผู้วิจัยด้วยดีตลอดมา จนประสบความสำเร็จในครั้งนี้

นันท์นภัส หงษ์เวียงจันทร์

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ.....	1
	ภูมิหลัง.....	1
	ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	6
	ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	6
	ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	6
	การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	6
	ตัวแปรที่ศึกษา.....	7
	นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
	กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า.....	11
	สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า.....	12
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	13
	ความหมาย แนวคิดพื้นฐานและการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ.....	13
	แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสูงอายุ.....	26
	ความหมายและทฤษฎีการเกิดอุบัติเหตุ.....	30
	อุบัติเหตุในผู้สูงอายุ.....	40
	แนวคิดและทฤษฎีที่ประยุกต์ใช้ในการศึกษาค้นคว้า.....	52
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	70
	งานวิจัยในต่างประเทศ.....	70
	งานวิจัยในประเทศ.....	74
3	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	80
	การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	80
	การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า.....	81
	ลักษณะของเครื่องมือ.....	81
	ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ.....	82
	เกณฑ์ในการให้คะแนนและการแปลความหมาย.....	82
	การหาคุณภาพเครื่องมือ.....	85

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3(ต่อ) การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	87
การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	87
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	88
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	93
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	93
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	93
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	94
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	115
สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐานและวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	115
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	115
สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า.....	115
วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	116
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	118
อภิปรายผล.....	120
ข้อเสนอแนะ.....	129
บรรณานุกรม.....	131
ภาคผนวก.....	144
ภาคผนวก ก.....	145
ภาคผนวก ข.....	154
ภาคผนวก ค.....	163
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	169

บัญชีตาราง

ตาราง

หน้า

1	ร้อยละของการเปลี่ยนแปลงของโรคติดต่อ (Communicable diseases) โรคไม่ติดต่อ (Non-communicable diseases) และอุบัติเหตุในประชากร สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2530 และ พ.ศ. 2536.....	2
2	ลำดับความสำคัญของโรคและปัญหาทางสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยใช้เกณฑ์ “ Population attributable risk fraction “ กับข้อมูลภาวะทุพพลภาพที่ ได้จากการสำรวจสุขภาพระดับชาติ.....	3
3	จำนวนผู้สูงอายุและจำนวนกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุแต่ละโรงพยาบาล.....	81
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว ประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้าน สถานภาพ สมรส อาชีพและสภาพการเป็นอยู่ปัจจุบัน.....	95
5	จำนวนร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ในบ้าน ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ อุปกรณ์ป้องกัน อุบัติเหตุในบ้าน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกัน อุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ.....	99
6	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกัน อุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนัก การแพทย์ กรุงเทพมหานคร ตามตัวแปรเพศ โรคประจำตัว และ ประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้าน.....	102
7	ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรม การป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ สถานภาพสมรส สภาพการเป็นอยู่ปัจจุบัน และอุปกรณ์ ป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน.....	104
8	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของพฤติกรรมการป้องกัน อุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ สภาพการเป็นอยู่ปัจจุบัน และอุปกรณ์ป้องกัน อุบัติเหตุในบ้าน.....	108

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง

หน้า

9	ผลการทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรม การป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ จำแนกตามตัวแปร อาชีพ สถานภาพสมรส และอุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน.....	110
10	ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้าน ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน.....	112
11	ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนกของแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถ แห่งตนในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้าน.....	164
12	ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนกของแบบสัมภาษณ์ความเชื่อ อำนาจภายในตนด้านสุขภาพ.....	165
13	ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนกของแบบสัมภาษณ์ความเชื่อ อำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ.....	165
14	ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนกของแบบสัมภาษณ์ความเชื่อ อำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ.....	166
15	ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนกของแบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคม.....	166
16	ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนกของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน.....	167

บัญชีภาพประกอบ

	ภาพประกอบ	หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	11
2	โดมิโนทั้งห้าตัว.....	32
3	การป้องกันอุบัติเหตุ โดยดึงโดมิโนตัวที่ 3 ออก.....	33
4	วงจรชีวิตภาพ.....	34
5	การขาดดุลยภาพ.....	39
6	PRECEDE – PROCEED MODEL.....	53
7	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล (P) เงื่อนไขเชิง พฤติกรรม (B) และสภาพแวดล้อม (E).....	56
8	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลของการกระทำ.....	56
9	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้นต่อการตัดสินใจ กระทำพฤติกรรมของบุคคล.....	57
10	รูปแบบการก่อให้เกิดความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตน.....	60
11	โครงสร้างของการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ.....	68

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ปัจจุบันประเทศต่างๆ มีประชากรสูงอายุเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากความเจริญทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขทำให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคต่างๆ ลดลงประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ปัจจุบันประชากรโลกมีจำนวนทั้งหมด 6 พันล้านคน มีคนอายุระหว่าง 80-90 ปีจำนวน 58.6 ล้านคน อายุระหว่าง 90-100 ปีจำนวน 7.3 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2593 จำนวนประชากรในแต่ละช่วงอายุนี้จะเพิ่มขึ้นมากกว่าเดิมถึง 6 เท่าตัว ทางด้านอายุขัยเฉลี่ยของประชากรโลกปัจจุบันผู้ชายอายุขัยเฉลี่ย 63.3 ปี และผู้หญิงอายุขัยเฉลี่ย 67.6 ปี เมื่อเปรียบเทียบกับสัดส่วนของเยาวชนตัวเลขชี้ชัดว่าผู้สูงอายุในโลกมีมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2538 โลกมีผู้สูงอายุที่อายุ 65 ปีขึ้นไปประมาณ 350 ล้านคน แต่ในปี พ.ศ. 2568 จะมีคนในช่วงอายุนี้ถึง 850 ล้านคน หรือเพิ่มขึ้นกว่า 500 ล้านคนในเวลาเพียง 30 ปี สำหรับประเทศไทย การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุสอดคล้องกับทิศทางของโลกเช่นกัน ในปัจจุบันมีประชากรอายุต่ำกว่า 20 ปีอยู่ร้อยละ 34.70 หรือจำนวน 21.6 ล้านคน อายุ 19-49 ปีร้อยละ 47.80 หรือจำนวน 29.8 ล้านคน อายุ 50-64 ปีร้อยละ 11.70 หรือจำนวน 7.3 ล้านคน และอายุ 65 ปีขึ้นไปร้อยละ 5.90 หรือจำนวน 3.7 ล้านคน และพยากรณ์ว่า ปี พ.ศ. 2563 จะมีประชากรอายุ 50-64 ปีร้อยละ 18.20 หรือจำนวน 12.8 ล้านคน อายุ 65 ปีขึ้นไปร้อยละ 10 หรือจำนวน 7.1 ล้านคน (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2544 : 115-116)

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติเมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2542 พบว่า ภาวะเจริญพันธุ์ของประเทศไทยลดลงอย่างรวดเร็ว ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุของประชากร กล่าวคือ ทำให้จำนวนและสัดส่วนของประชากรในวัยเด็กลดลง แต่จำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุกลับเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ความสูงอายุเป็นปัจจัยเสี่ยงในด้านการเกิดโรค ทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ โดยเฉพาะการเกิดอุบัติเหตุ ยิ่งมีความสูงอายุอัตราเสี่ยงในด้านการเกิดโรคมากกว่าหนึ่งโรคจะเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ควบคู่ไปกับความเสื่อมโทรมทั้งร่างกายและจิตใจ ในปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรถึง 61 ล้านคน มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 9.30 ของประชากรทั้งหมด แต่พบว่าผู้สูงอายุมีอัตราการครองเตียงในโรงพยาบาลทั่วประเทศถึงร้อยละ 30

(สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. และคณะ. 2542 : 17)

ผู้สูงอายุมีปัญหาที่แตกต่างกับวัยอื่นๆ เพราะเป็นวัยที่การทำงานของร่างกายลดลง เริ่มมีปัญหาอันมีสาเหตุจากอายุที่เพิ่มขึ้นโดยตรง โดยทั่วไปปัญหาของผู้สูงอายุจัดเป็นกลุ่มปัญหาได้ 4 กลุ่ม คือ ปัญหาสุขภาพทางกาย ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ ปัญหาสังคม ปัญหา

เศรษฐกิจ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นต้นเหตุสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ ทั้งอุบัติเหตุที่เกิดภายในบ้านและภายนอกบ้าน

ปัจจุบันโรคและปัญหาสุขภาพที่สำคัญในประชากรสูงอายุของประเทศไทย คือ โรคไม่ติดต่อ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคข้อเข่าเสื่อม โรคต่อกระจาก และอุบัติเหตุ ซึ่งอุบัติเหตุเป็นสาเหตุการเสียชีวิตหนึ่งในสามอันดับแรกของผู้สูงอายุชาย จากการเปรียบเทียบแนวโน้มของโรคที่ทำให้เป็นสาเหตุการเสียชีวิต ในปี พ.ศ. 2536 โรคไม่ติดต่อสำหรับกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป อุบัติเหตุ มีเปอร์เซ็นต์การเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นเป็นอันดับหนึ่ง ดังตาราง 1

ตาราง 1 ร้อยละของการเปลี่ยนแปลงของโรคติดต่อ (Communicable diseases) โรคไม่ติดต่อ (Non-communicable diseases) และอุบัติเหตุในประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2530 และ พ.ศ. 2536

โรคและอุบัติเหตุ	พ.ศ.2530	พ.ศ. 2536	ร้อยละของการเปลี่ยนแปลง
กลุ่มที่มีสาเหตุ			
โรคติดต่อ	83,055	99,014	16.1
โรคไม่ติดต่อ	242,602	365,718	33.7
อุบัติเหตุ	9,786	18,052	45.8
กลุ่มที่ไม่มีสาเหตุ	1,012,417	1,183,787	14.5
รวม	1,347,860	1,666,571	19.1

ที่มา : ศรีจิตรา บุนนาค และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). การประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ เรื่อง สุขัยสูงอายุด้วยคุณภาพ : 32.

ในปี พ.ศ. 2539-2540 มีการสำรวจความชุกของภาวะทุพพลภาพโดยใช้นิยามขององค์การอนามัยโลก (ศรีจิตรา บุนนาค และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2542 : 33 ; อ้างอิงจาก World Health Organization. 1980) โดยกำหนดความชุกของทุพพลภาพระยะยาว (เป็นมานานไม่น้อยกว่า 6 เดือน) ภาวะทุพพลภาพทั้งหมด (ความชุกของทุพพลภาพระยะยาวร่วมกับทุพพลภาพระยะสั้นโดยไม่มีปัญหาทุพพลภาพระยะยาว) ณ เวลานั้น ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุหนึ่งในสี่มีปัญหาทุพพลภาพทั้งหมด เกือบหนึ่งในห้ามีปัญหาทุพพลภาพระยะยาว และได้มีการพิจารณาลำดับความสำคัญของโรค และปัญหาทางสุขภาพ จากการศึกษาล่าสุดโดยใช้ “ Population attributable risk fraction ” ต่อภาวะทุพพลภาพโดยนำความชุกของภาวะทุพพลภาพระยะยาวมาคำนวณหาความแตกต่างของความเสี่ยง (Risk difference) และความแตกต่างของความเสี่ยงในประชากร (Population risk difference) และนำมาจัดลำดับความสำคัญของ

ปัญหาของโรคและปัญหาของสุขภาพได้ตามลำดับความสำคัญของปัญหา ผลการศึกษาพบว่าอุบัติเหตุจัดเป็นปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุอันดับหนึ่งที่สอดคล้องกับภาวะทุพพลภาพ ดังตาราง 2

ตาราง 2 ลำดับความสำคัญของโรค และปัญหาทางสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยใช้เกณฑ์
“ Population attributable risk fraction “ กับข้อมูลภาวะทุพพลภาพที่ได้จากการสำรวจ
สุขภาพระดับชาติ

อันดับ	โรค/ปัญหาทางสุขภาพ	อันดับ	โรค/ปัญหาทางสุขภาพ
1.	อุบัติเหตุ	10.	กลุ่มอาการสมองเสื่อม
2.	อัมพาตครึ่งซีก	11.	หลังโกงหรือโค้งและคดงอ
3.	โรคตา	12.	โรคหัวใจอื่นๆ
4.	ข้อเข่าปวดหรืออักเสบ	13.	แขนและ/หรือขาขยับงอ
5.	ความดันโลหิตสูง	14.	โรคหลอดเลือดหัวใจ
6.	แขนขาอ่อนแรง	15.	โรคไต
7.	หูหนวกหรือหูตึงมาก	16.	โรคลมชัก
8.	ตาบอดหนึ่งหรือสองข้าง	17.	มือเท้าหรือนิ้วขาด
9.	โรคเบาหวาน	18.	แขนหรือขาขาด

ที่มา : ศรีจิตรา บุนนาค และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2542 : 35 ; อ้างอิงจาก Thailand Health Research Institute, National Health Foundation. (1996). *Report of the Health Status of Thai Elderly 1995.* and Jitapunkul S, et al. (1999). *The Society of Gerontology and Geriatric Medicine.*

สำหรับสถานที่ที่เกิดอุบัติเหตุ พบว่า ผู้สูงอายุมักเกิดอุบัติเหตุในบ้านมากกว่าสถานที่อื่นเนื่องจากผู้สูงอายุใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ในบ้าน อุบัติเหตุที่พบ เช่น การหกล้ม การถูกของมีคม ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ฯลฯ โดยอุบัติเหตุหกล้มพบสูงมากเป็นอันดับหนึ่ง พบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นตามอายุของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ผลกระทบจากการหกล้มนำไปสู่ความพิการด้านร่างกาย และผลเสียด้านจิตใจของผู้สูงอายุ แม้การหกล้มส่วนใหญ่นำไปสู่การบาดเจ็บเล็กน้อยแต่ก็เป็นอาการเริ่มแรกของโรคร้ายแรงต่างๆ (ประเสริฐ อัสสันตชัย. 2542 : 46-47)

ผลร้ายแรงของการหกล้มในผู้สูงอายุ มีดังต่อไปนี้

1. กระดูกหัก โดยเฉพาะกระดูกสะโพก กระดูกสันหลัง กระดูกข้อมือ
2. มีความพิการไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

3. ภาวะเลือดคั่งในสมอง
4. อาการเจ็บปวดจากการบาดเจ็บ
5. สูญเสียความมั่นใจในการเดิน หรือช่วยเหลือตัวเอง
6. เป็นภาระต่อญาติผู้ดูแล และสังคมโดยรวม

ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการหักของกระดูก ซึ่งมีผลจากการเกิดอุบัติเหตุนั้น ประกิดเทียบบุญ และคณะ (2525 : 26, 267-273) ได้ศึกษาประวัติผู้ป่วยในที่รับไว้ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แผนกอร์โทปิดิกส์ และเวชศาสตร์ฟื้นฟู ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2519-2523 จำนวน 116 ราย ผู้ป่วยทั้งหมดมีอายุระหว่าง 60-98 ปี มีการหักของกระดูกต้นขาส่วนคอ (Fracture neck of femur) : การหักของบริเวณที่อยู่ต่ำจากคอของกระดูกต้นขาลงมา 1 นิ้ว (Fracture trochanteric) 1.64 : 1 และในผู้ป่วยอายุเกิน 80 ปี มีอัตราเป็น 8.7 : 1 ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย คือ แผลกดทับ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และปอดบวมพบจำนวนร้อยละ 27.56 ผู้ป่วย 5 ราย เสียชีวิต โดย 3 ราย เสียชีวิตก่อนผ่าตัดและ 2 ราย หลังผ่าตัด ผู้ป่วยต้องใช้ชีวิตอยู่ในโรงพยาบาลเฉลี่ย 25.90 วัน

จากบันทึกสถิติผู้ป่วยใน ตึกศัลยกรรมกระดูกหญิง วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2543 – วันที่ 31 สิงหาคม 2544 รับผู้ป่วยสูงอายุที่ประสบอุบัติเหตุ (ยกเว้นอุบัติเหตุจากการจราจร) ทั้งหมด 102 ราย จำแนกเป็นอุบัติเหตุในบ้าน เช่น ตกโถส้วม ตกโซฟา ตกเตียง ตกหลังคา ตกกำแพงบ้าน ตกเก้าอี้ เป็นต้น จำนวน 13 ราย ที่เหลือเป็นอุบัติเหตุจากการลื่น หกล้ม ที่มีได้ระบุสถานที่เกิดเหตุ จำนวน 89 ราย การวินิจฉัยอันดับหนึ่งคือ การแตกหักของกระดูกต้นขาส่วนคอ (Fracture neck of femur) อันดับสองคือ การหักของหัวกระดูกต้นขา (Fracture head of femur) (มารยาท ณ นคร. 2543 : 64) สอดคล้องกับสถิติรายเดือนของ ตึกศัลยกรรมอุบัติเหตุ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล ตั้งแต่วันที่ 15 มิถุนายน 2542 – วันที่ 3 มีนาคม 2544 พบผู้ป่วยสูงอายุประสบอุบัติเหตุในบ้าน และเข้ารับการรักษากว่า 10 ราย จำแนกตามสาเหตุได้ ดังนี้ ตกหลังคา ตกบันได ตกกำแพงบ้าน ตกเก้าอี้ เป็นต้น และพบอุบัติเหตุจากการลื่น หกล้มไม่ระบุสถานที่เกิดเหตุ จำนวน 23 ราย อุบัติเหตุในบ้านที่พบได้รับการวินิจฉัยส่วนใหญ่ คือ กระดูกซี่โครงหัก (Fracture rib) กระดูกต้นขาหัก (Fracture femur) การแตกหักของกระดูกต้นขาส่วนคอ (Fracture neck of femur)

นอกจากนี้ฝ่ายทะเบียน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล ได้บันทึกข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2542 ถึงวันที่ 1 ตุลาคม 2543 โดยโรงพยาบาลรับผู้ป่วยสูงอายุที่ประสบอุบัติเหตุ (ยกเว้นอุบัติเหตุจากการจราจร) และรับการรักษา ณ ตึกอุบัติเหตุและผู้ป่วยนอก พบว่า มีผู้ป่วยสูงอายุประสบอุบัติเหตุจากการลื่น หกล้ม สิ้น สะดุดเสียหลัก (ไม่ระบุสถานที่ว่าเป็นในหรือนอกบ้าน) จำนวน 717 ราย ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลจำนวน 153 ราย อุบัติเหตุจากถูกของมีคม วัตถุตกหล่นจำนวน 202 ราย ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลจำนวน 16 ราย อุบัติเหตุ

จากการสัมผัสความร้อน รวมทั้งน้ำร้อนบนเตาจำนวน 8 ราย รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 1 ราย จากสถิติต่างๆ ที่กล่าวมาแล้วนั้นจะเห็นว่าจำนวนผู้สูงอายุที่ประสบอุบัติเหตุ และมาได้รับการรักษา ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล ในเขตกรุงเทพมหานครนั้นมีจำนวนค่อนข้างสูง สอดคล้องกับการสำรวจภาวะสุขภาพของคนไทย ปี พ.ศ. 2539-2540 โดยสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. 2543 : 177) พบผู้สูงอายุประสบอุบัติเหตุก่อนการสำรวจ 2 สัปดาห์คิดเป็นร้อยละ 6.80 จำแนกเป็นอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นภายในบ้านถึงร้อยละ 32.70 และอุบัติเหตุจากการเดินทางร้อยละ 22.30

ปัญหาของผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่พบได้ทั่วไปแต่ในเขตเมืองโดยเฉพาะกรุงเทพมหานคร น่าจะเป็นพื้นที่ที่พบปัญหามากกว่าที่อื่นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งในด้านสังคม รูปแบบการดำเนินชีวิต เศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ส่งผลให้ผู้สูงอายุประสบปัญหา เช่น ปัญหาสุขภาพ ที่อยู่อาศัย เศรษฐกิจ การดำเนินชีวิต ปัจจุบันครอบครัวในเมืองเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ผู้สูงอายุขาดการดูแลเอาใจใส่ คนในครอบครัวต้องช่วยกันทำมาหากิน หลายครอบครัวแม้จะมีผู้สูงอายุอยู่ร่วมด้วยแต่ก็อยู่แบบไม่อบอุ่น ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครจำนวนมากที่ต้องดูแลตนเอง พบว่ามีผู้สูงอายุจำนวนมากที่เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครซึ่งมีอยู่มากมายหลายแห่งในกรุงเทพมหานคร กิจกรรมในชมรมจัดขึ้นเพื่อเป็นการส่งเสริมพัฒนาด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และสังคมเป็นการเพิ่มบทบาทและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน แต่แม้ว่าผู้สูงอายุจะได้รับการส่งเสริมสุขภาพให้มีสุขภาพแข็งแรงเพียงใดก็ตามสิ่งที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้คาดคิด เช่น อุบัติเหตุในผู้สูงอายุก็ย่อมเกิดขึ้นได้เสมอ ผลของอุบัติเหตุในผู้สูงอายุจะก่อให้เกิดความสูญเสีย และเป็นอันตรายได้มากกว่าวัยอื่นๆ การรักษาพยาบาลต้องใช้ระยะเวลานาน และมักเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยได้แก่ ข้อยึด กล้ามเนื้อลีบ แผลกดทับ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ สำหรับผู้สูงอายุแล้วเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนอาการจะรุนแรง และเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ง่าย การเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุจึงนับว่าเป็นปัญหาอย่างมากสำหรับตัวผู้สูงอายุเอง และยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจและสังคมอีกด้วย

จากข้อมูลที่น่าเสนอมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญในการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุจะเกิดขึ้นหรือไม่นั้นเกี่ยวข้องกับปัจจัยอะไรบางที่จะเป็นตัวสนับสนุน ส่งเสริม หรือขัดขวางพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุที่แข็งแรง ไม่เจ็บป่วย สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนา วางแผน และปฏิบัติให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ถูกต้องต่อไป

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว อาชีพ สถานภาพสมรส สภาพการเป็นอยู่ปัจจุบัน อุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน และประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้าน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร กับการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้าน ความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. เป็นแนวทางในการวางแผน ส่งเสริม แก้ไข ให้ผู้สูงอายุสามารถป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้านได้อย่างถูกต้อง
2. เป็นแนวทางให้กับนักศึกษศึกษา และเจ้าหน้าที่ที่มิสุขภาพในการดำเนินงาน และวางแผนจัดกิจกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านในชมรมผู้สูงอายุ
3. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในประเด็นเกี่ยวกับอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2544 ซึ่งมีจำนวนสมาชิกทั้งหมด 5,768 คน (กองวิชาการฝ่ายแผนงาน สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. 2544 : ไม่ปรากฏเลขหน้า)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 368 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) และกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางเลขสุ่มของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan. 1960 : 99)

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระ คือ

1. ปัจจัยชีวสังคม ได้แก่
 - 1.1 เพศ
 - 1.2 อายุ
 - 1.3 ระดับการศึกษา
 - 1.4 รายได้
 - 1.5 โรคประจำตัว
 - 1.6 อาชีพ
 - 1.7 สถานภาพสมรส
 - 1.8 สภาพการเป็นอยู่ปัจจุบัน

2. ปัจจัยนำ ได้แก่

- 2.1 การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้าน
- 2.2 ความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนด้านสุขภาพ

3. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่

- 3.1 อุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน
- 3.2 ประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้าน

4. ปัจจัยเสริม ได้แก่

แรงสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ

หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุในการป้องกันการเกิดเหตุการณ์ หรืออันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นโดยไม่คาดคิดและเหตุการณ์นั้นมีผลให้เกิดความเสียหายทั้งทางร่างกายจิตใจและทรัพย์สิน

2. อุบัติเหตุในบ้าน

หมายถึง เหตุการณ์หรืออันตรายที่เกิดขึ้นในบ้าน และบริเวณรอบบ้านโดยไม่คาดคิด ไม่ได้ตั้งใจ ไม่ยินดีให้เกิดขึ้น อันเกิดจากการกระทำที่ไม่ปลอดภัยทำให้เกิดผลกระทบที่ไม่ปรารถนามีการบาดเจ็บหรือเสียชีวิต ทรัพย์สินเสียหาย อุบัติเหตุในบ้าน ได้แก่ การพลัดตกหกล้ม ไฟไหม้น้ำร้อนลวก การถูกของแหลมคม การได้รับสารพิษ และทางเดินหายใจอุดตัน

3. ผู้สูงอายุ

หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง และเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

4. ปัจจัยชีวสังคม

หมายถึง ปัจจัยที่เป็นลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

4.1 เพศ หมายถึง ผู้สูงอายุแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ เพศชาย และเพศหญิง

4.2 อายุ หมายถึง จำนวนที่เป็นปีเต็ม นับตั้งแต่เกิดจนถึงวันตอบแบบสัมภาษณ์

4.3 การศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดที่ได้รับ แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

4.3.1 ไม่ได้รับการศึกษา

4.3.2 ระดับประถมศึกษา

4.3.3 ระดับมัธยมศึกษา

4.3.4 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า

4.3.5 ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

4.4 รายได้ หมายถึง เงินเดือนหรือรายได้พิเศษอื่นของผู้สูงอายุรวมถึงคู่สมรสและผู้ให้ความช่วยเหลือ

4.5 โรคประจำตัว หมายถึง ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นประจำหรือเรื้อรังในผู้สูงอายุ และ/หรือได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แน่นอน ซึ่งโรคประจำตัวเป็นโรคที่เกิดจากระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่นระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ระบบไหลเวียนเลือด ระบบผิวหนัง ระบบสืบพันธุ์ ระบบต่อมไร้ท่อ เป็นต้น และแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

4.5.1 ไม่มีโรคประจำตัว

4.5.2 มีโรคประจำตัว

4.6 อาชีพ หมายถึง ลักษณะการทำงานของผู้สูงอายุที่ได้รับคำตอบแทน แบ่งเป็น 6 กลุ่ม คือ

4.6.1 ไม่มีอาชีพ

4.6.2 รับจ้าง

4.6.3 ค้าขาย

4.6.4 เกษตรกรรม / ทำสวน

4.6.5 ข้าราชการบำนาญ

4.6.6 อื่นๆ

- 4.7 สถานภาพสมรส หมายถึง ตำแหน่งหรือฐานะทางสังคมเกี่ยวกับการใช้ชีวิตร่วมกันแบบสามี ภรรยา แบ่งเป็น 5 กลุ่ม คือ
- 4.7.1 คู่ หมายถึง ผู้สูงอายุที่ยังมีสามี ภรรยาอยู่ด้วยกันในปัจจุบัน
 - 4.7.2 โสด หมายถึง ผู้สูงอายุที่ไม่เคยมีสามี หรือภรรยา
 - 4.7.3 ม่าย หมายถึง ผู้สูงอายุที่เคยมีสามี หรือภรรยาอยู่ด้วยกันในอดีต แต่สามีหรือภรรยาเสียชีวิต
 - 4.7.4 หย่าร้าง / แยกกัน หมายถึง ผู้สูงอายุที่เคยมีสามี หรือภรรยาอยู่ด้วยกันในอดีต แต่สามีหรือภรรยาหย่าร้างกัน หรือปัจจุบันแยกกันอยู่
- 4.8 สภาพความเป็นอยู่ปัจจุบัน หมายถึง ลักษณะการอยู่อาศัยร่วมกันของผู้สูงอายุกับบุคคลในครอบครัว แบ่งเป็น 6 กลุ่ม คือ
- 4.8.1 อยู่คนเดียว
 - 4.8.2 อยู่กับคู่สมรส
 - 4.8.3 อยู่กับบุตรหลาน
 - 4.8.4 อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน
 - 4.8.5 อยู่กับญาติหรือคนรู้จัก
 - 4.8.6 อื่นๆ

5. ปัจจัยนำ

หมายถึง พื้นฐานที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรม หรือเป็นความพอใจของบุคคลที่ได้จากการเรียนรู้ ซึ่งความพอใจนี้มีผลต่อการแสดงและไม่แสดงพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย

5.1 การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้าน หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้าน

5.2 ความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนด้านสุขภาพ หมายถึง ความนึกคิด ความเข้าใจหรือการรับรู้การเกิดอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

5.2.1 ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ หมายถึง ความนึกคิด ความเข้าใจ หรือรับรู้ว่าอุบัติเหตุในบ้านที่เกิดขึ้นกับตนเป็นผลมาจากการกระทำของ ตนเอง

5.2.2 ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ หมายถึง ความนึกคิด ความเข้าใจหรือการรับรู้ว่าอุบัติเหตุในบ้านที่เกิดขึ้นกับตนไม่ได้เป็นผลมาจากการกระทำของตน แต่ขึ้นอยู่กับผู้อื่น ได้แก่ บุคคลในครอบครัว ญาติ พี่น้อง เพื่อน

5.2.3 ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ หมายถึง ความนึกคิด ความเข้าใจ หรือการรับรู้ว่าอุบัติเหตุในบ้านที่เกิดขึ้นกับตนไม่ได้เป็นผลมาจากการกระทำของตนแต่ขึ้นกับสาเหตุต่างๆภายนอกที่ไม่สามารถควบคุมได้ ได้แก่ ความบังเอิญ โชคชะตา เเคราะห์กรรมอำนาจเหนือธรรมชาติ

6. ปัจจัยเอื้อ

หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมรวมทั้งช่วยให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้นได้ ประกอบด้วย

6.1 อุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน หมายถึง เครื่องมือ เครื่องใช้ วัสดุ อุปกรณ์ต่างๆ ที่นำมาใช้ นำมาติดตั้งหรือปรับแต่งเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความปลอดภัยจากการเกิดอุบัติเหตุ

6.2 ประสิทธิภาพการเกิดอุบัติเหตุในบ้าน หมายถึง มีเหตุการณ์หรืออันตรายที่เกิดขึ้นในบ้านโดยไม่คาดคิด ไม่ตั้งใจ และมีผลให้ได้รับบาดเจ็บทางร่างกาย จิตใจ สูญเสียทรัพย์สิน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ มีประสิทธิภาพ และไม่มีประสิทธิภาพ

7. ปัจจัยเสริม

หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเองปัจจัยเสริมในที่นี้ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม

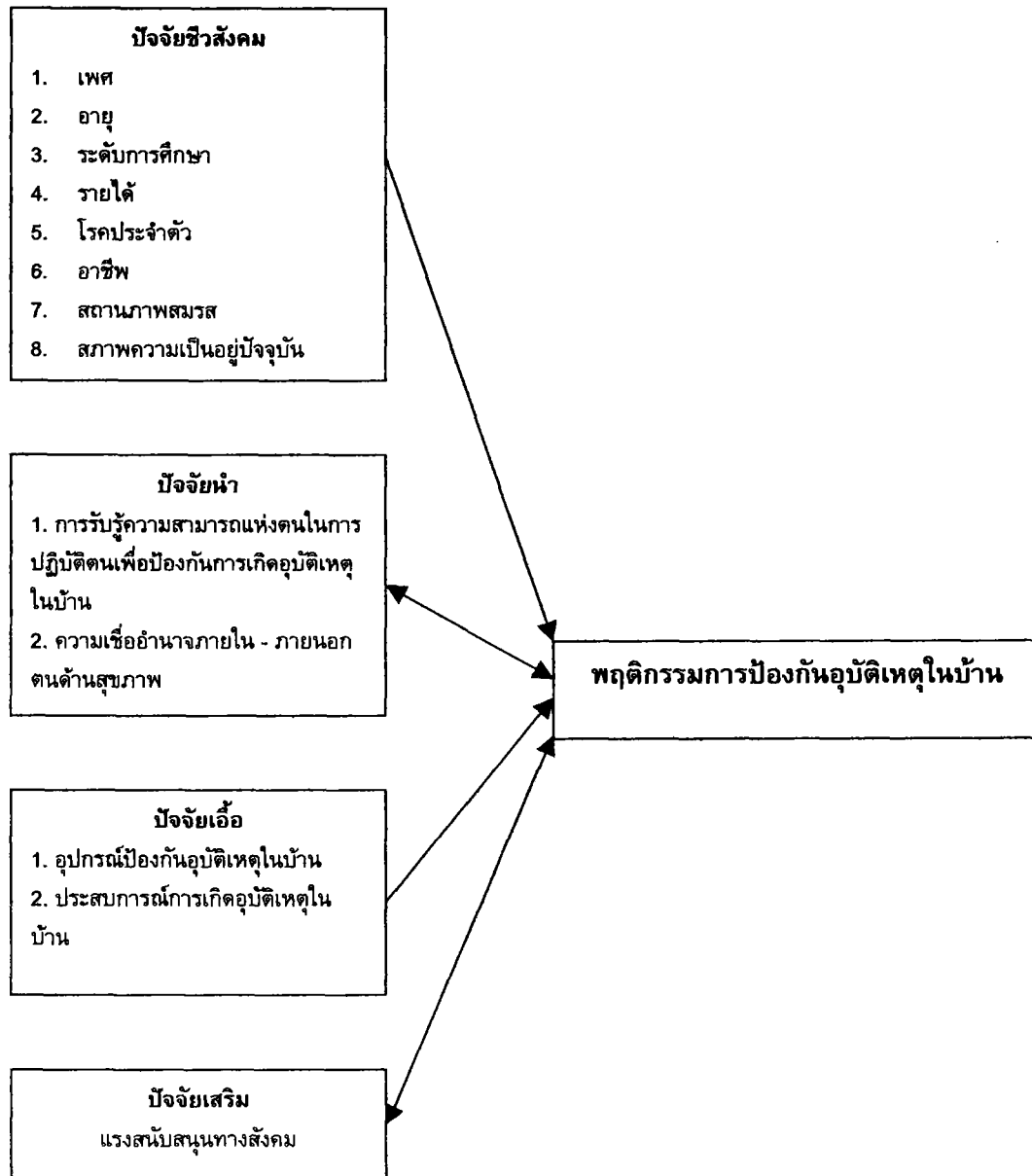
แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ หรือประเมินว่าได้รับความช่วยเหลือ และได้รับการตอบสนองไม่ว่าจะเป็นด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุนซึ่ง ได้แก่ บุคคลในครอบครัว พี่น้อง ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน กลุ่มสมาคม สโมสรต่างๆ กลุ่มเพื่อนร่วมวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล สื่อสารมวลชน

8. โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

หมายถึง โรงพยาบาลที่อยู่ภายใต้การดูแลและควบคุมของสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 8 โรงพยาบาล คือ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ โรงพยาบาลหนองจอก โรงพยาบาลลาดกระบัง และโรงพยาบาลราชพิพัฒน์

กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

จากการศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ โดยศึกษาตัวแปรที่น่าจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ และได้้นำแนวคิด PRECEDE – PROCEED MODEL มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดด้วย ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านต่างกัน
2. ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านต่างกัน
3. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านต่างกัน
4. ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านต่างกัน
5. ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว และไม่มีโรคประจำตัว จะมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านแตกต่างกัน
6. ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านต่างกัน
7. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านต่างกัน
8. ผู้สูงอายุที่มีสภาพการเป็นอยู่ปัจจุบันต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านต่างกัน
9. ผู้สูงอายุที่มีอุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุในบ้านต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านต่างกัน
10. ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้าน และไม่มีประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้าน จะมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านแตกต่างกัน
11. การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้าน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน
12. ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน
13. ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน
14. ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน
15. แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการดำเนินการศึกษาค้นคว้า ดังนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - 1.1 ความหมาย แนวคิดพื้นฐาน และการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ
 - 1.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสูงอายุ
 - 1.3 ความหมายและทฤษฎีการเกิดอุบัติเหตุ
 - 1.4 อุบัติเหตุในผู้สูงอายุ
 - 1.5 แนวคิดและทฤษฎีที่ประยุกต์ใช้ในการศึกษาค้นคว้า
2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - 2.1 งานวิจัยในต่างประเทศ
 - 2.2 งานวิจัยในประเทศ

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ความหมาย แนวคิดพื้นฐานและการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

จากมติสมัชชาโลก ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย เมื่อ พ.ศ. 2525 ได้ให้คำจำกัดความของผู้สูงอายุว่า หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (สุเมธ ดันติเวชกุล. 2542 : 42) สำหรับประเทศไทยคำว่า “ผู้สูงอายุ” (Aging) ได้ถูกเสนอต่อที่ประชุมให้ใช้แทนคำว่า คนแก่หรือคนชรา เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2506 โดย พล.ต.ต. อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร และเป็นที่ยอมรับใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบันเพราะเป็นคำที่สื่อความหมายในเชิงให้เกียรติ ยกย่อง และนับถือผู้สูงอายุ

การกำหนดนิยามวัยชราว่าจะเริ่มต้นที่อายุเท่าใดนั้น ยังไม่เป็นที่แน่นอนแต่ในทางสรีรวิทยาเซลล์ของร่างกายจะเสื่อมถอยหลังจากอายุ 25-30 ปีขึ้นไป อวัยวะต่างๆจะมีประสิทธิภาพในการทำงานลดลง เนื่องจากความชรามีความแตกต่างกันในแต่ละคน อันเนื่องจากประสบการณ์ชีวิตที่ต่างกัน การดูแลสุขภาพสภาพต่างกัน นอกจากนั้นยังมีพันธุกรรม เพศ ที่เป็นตัวกำหนดความชราอีกด้วย

ได้มีผู้ให้ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้หลายท่าน ดังนี้

บรรลุ ศิริพานิช (2542 : 24) ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่า คือบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

กระทรวงสาธารณสุข (2541 : 1) ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่า คือผู้ที่มีขบวนการพัฒนาการทางร่างกายตามปกติ โดยมีการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติและดำเนินไปจนในที่สุดอวัยวะต่างๆ ได้รับความเสียหาย

สถาบันแห่งชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกา (National Institution on Aging) ได้กำหนดว่าผู้สูงอายุวัยต้น คือ ระหว่างอายุ 60-70 ปี ยังไม่ชรามากเป็นวัยที่ยังทำงานได้ ถ้าสุขภาพกาย สุขภาพจิตดี วัย 75 ปีขึ้นไปจึงจะถือว่าชราอย่างแท้จริง แต่บางคนอายุเกิน 60 ปีแล้วแต่ร่างกายก็ยังไม่ได้แสดงลักษณะความแก่ แต่ในทางกลับกันบางคนอายุยังไม่ถึง 60 ปีก็แก่แล้ว (จำเรียง กุระมະสุวรรณ. 2536 : 2)

เบอร์เรน (กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา. 2542 : 11 ; อ้างอิงจาก Birren. 1981. *Handbook of psychology of aging*. p.68) กล่าวว่า การกำหนดว่าใครเป็นผู้ชรา นั้น ควรพิจารณาประกอบกันทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านชีวภาพ จิต และสังคม สำหรับด้านชีวภาพจะคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายและความสามารถในการใช้ศักยภาพของร่างกายเป็นเกณฑ์ ทางด้านจิตนั้นจะพิจารณาความสามารถในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม ความสอดคล้องในการรับรู้ การจดจำ การรับรู้ความรู้ใหม่ๆ การใช้เหตุผล การมองภาพพจน์ตนเองและแรงกระตุ้นในตนเอง ส่วนด้านสังคมก็จะดูบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบเป็นสำคัญ ถ้าจะใช้หลักของเบอร์เรนเกณฑ์ตัดสินว่าผู้ใดคือผู้ชรา ก็คือ เน้นการทำหน้าที่และการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคลนั่นเองถ้ายังกระฉับกระเฉงทำหน้าที่ได้ดี ปรับตัวดีก็ยังไม่แก่

กรีสและบาร์ห์ (Grees & Bahr. 1984 : 36) ได้กล่าวว่า มีผู้ให้คำจำกัดความเกี่ยวกับผู้สูงอายุต่างกันออกไป ในทางชีววิทยาให้ผู้สูงอายุ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางโมเลกุลและระดับเซลล์ในร่างกาย ในทางจิตวิทยาถือว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงของแต่ละบุคคลที่เข้าสู่ความมีอายุ และนักสังคมวิทยาถือว่าเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงในบทบาทและหน้าที่

ในสังคมไทย ข้าราชการไทยจะเกษียณอายุราชการเมื่ออายุ 60 ปี และถือว่าวัยนี้เป็นวัยที่สภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยเสื่อม จึงควรพักผ่อนและเปลี่ยนการทำงานเป็นงานที่ไม่ต้องรับผิดชอบมาก ไม่ต้องเผชิญภาวะเครียด สังคมไทยจึงถือว่าวัยเกษียณอายุซึ่งตรงกับอายุครบ 60 ปี เป็นวัยชราหรือวัยสูงอายุ แต่ในสังคมอื่น ๆ เช่น สังคมแอฟริกาหรือมาเลเซีย คนอายุ 55 ปีก็เกษียณอายุแล้ว หรือในประเทศแถบยุโรปและอเมริกาซึ่งเป็นเมืองหนาวจะเกษียณอายุกับความเป็นผู้สูงอายุในแต่ละสังคมจึงแตกต่างกัน (จำเรียง กุระมະสุวรรณ. 2536 : 2-3)

สุจินต์ ปริษามารถ (2535 : 499) ได้ให้ความหมายของ “ผู้สูงอายุ” (Aging) มิใช่หมายถึงเฉพาะการมีอายุมากแก่เพียงอย่างเดียว ยังมีส่วนประกอบอื่น ๆ อีก คือ ประสิทธิภาพทางร่างกายหรือสังขาร หรือสุขภาพจิตซึ่งได้แก่ อารมณ์และพฤติกรรมต่าง ๆ ที่แสดงออกถึง

อารมณ์นั้น ๆ เพื่อสะท้อนให้เห็นว่าบุคคลนั้นจะเป็นผู้สูงอายุหรือไม่ การจัดว่าผู้ใดเป็นผู้สูงอายุหรือไม่ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น

1. พิจารณาผู้สูงอายุตามปีปฏิทิน กล่าวคือ โดยทั่วไปเมื่อมีอายุถึง 60 ปี ก็จัดว่าเป็นผู้สูงอายุ แต่โดยข้อเท็จจริงแล้ว ผู้มีอายุป็นนี้หลายคนก็ยังสามารถอยู่ จึงเปลี่ยนเป็น 65 ปี

2. พิจารณาผู้สูงอายุตามสภาพร่างกายหรือสังขาร กล่าวคือ บางคนดูแลและรู้สึกตนเองว่าแก่ ทั้งที่อายุไม่ถึง 60 ปี สำหรับบุคคลประเภทนี้การเสื่อมโทรมของสุขภาพกายเป็นไปอย่างรวดเร็วทั้งนี้อาจเนื่องมาจากทำงานหนักมีความเครียดมากทำให้ร่างกายเสื่อมสมรรถภาพลงไปมาก จึงอาจจัดว่าเป็นผู้สูงอายุได้ทั้งที่อายุปฏิทินยังไม่มากนักหรือไม่ถึง 60 ปี ผู้สูงอายุที่มีลักษณะเช่นนี้เป็นเรื่องของสังขารพาไป

3. พิจารณาผู้สูงอายุตามสภาวะสุขภาพจิตบุคคลประเภทนี้ถ้าพิจารณาในด้านสุขภาพกายแล้วยังดีอยู่ แต่ทางด้านสุขภาพจิตมีการแสดงออกทางอารมณ์ และพฤติกรรมในลักษณะที่จะ “ ขอบของชม ชมสาว เล่าความหลัง นั่งรำพึงซึ่งในใจอยู่ ” ถ้าบุคคลใดมีสภาพทางจิตเป็นเช่นนี้ก็อาจจัดเป็นผู้สูงอายุตามลักษณะสุขภาพจิตได้

เมื่อพิจารณาลักษณะเบื้องต้น 3 ประการดังได้กล่าวมาแล้ว จะเห็นว่าผู้ที่มีอายุ 60 ปี อาจจัดว่าเป็นผู้สูงอายุก็ได้ ถ้าหากว่ามีการเปลี่ยนแปลงเสื่อมโทรมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ หรืออาจจะไม่เรียกว่าผู้สูงอายุก็ได้ ถ้ายังมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดียังสามารถทำประโยชน์ให้กับตนเอง ครอบครัวหรือประเทศชาติได้ อายุจึงเป็นเพียงตัวเลขบอกจำนวนปีเท่านั้น การจะจัดว่าเป็นผู้สูงอายุหรือไม่จึงมักจะต่างกันตามสภาพของร่างกาย จิตใจ สังคมและวัฒนธรรมของแต่ละประเทศ ไม่มีกฎเกณฑ์ที่แน่นอน แต่โดยทั่ว ๆ ไปแล้วมักจะนิยมถือกันว่า ผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป

รชนีภรณ์ ภูกร (2538 : 2-3) ได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาความมีอายุไว้

4 ลักษณะ กล่าวคือ

1. การพิจารณาความมีอายุในแง่ร่างกาย

ความมีอายุลักษณะนี้ได้จากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายการเปลี่ยนแรกสุดของผู้ที่เข้าสู่ความมีอายุคือ สายตาจะยาวขึ้น ผมหงอก หูตึง เหนื่อยง่าย ถ้าเจ็บป่วยต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานานกว่าปกติ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้แต่ละคนจะเปลี่ยนแปลงแตกต่างกัน อายุที่มีการเปลี่ยนแปลงก็ไม่เท่ากัน เช่น บางคนผมเริ่มหงอกตั้งแต่อายุ 35 ปี และอาจมีสายตาวาวแล้วก็ได้ การพิจารณาความมีอายุโดยใช้การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจึงไม่เป็นข้อบ่งบอกที่ชัดเจนเพราะบางคนมีการเปลี่ยนแปลงที่เร็วมาก

2. การพิจารณาความมีอายุในแง่สังคม

ความมีอายุทำให้ผู้สูงอายุมีสภาวะทางสังคมกว้างขึ้น และมีความสำคัญในฐานะ

ผู้มีประสบการณ์ ซึ่งก็ขึ้นอยู่กับที่มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของคนนั้นๆ ด้วย แม้ว่าสังคมจะกว้างขึ้น มีคนรู้จักมากขึ้นมีโลกทัศน์ที่กว้างไกล แต่การทำงาน การทำหน้าที่และความรับผิดชอบจะลดลง เนื่องจากความจำกัดของอายุ

3. การพิจารณาความมีอายุในแง่จิตใจ

ความมีอายุมักจะมีความต้องการที่เหมือนกัน คือ ต้องการความสนใจจากผู้อื่น ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของหมู่คณะ ต้องการช่วยเหลือสังคมตามความถนัด และต้องการความดูแลอย่างใกล้ชิดเมื่อเวลาเจ็บป่วย อาจมีลักษณะน้อยใจ อารมณ์ไม่มั่นคง จู้จี้ ขี้บ่น และถือตัว

4. การพิจารณาความมีอายุตามกฎหมาย

กฎหมายได้กำหนดความมีอายุตามปีปฏิทินแตกต่างกันไปตามสภาพสังคม และวัฒนธรรมของแต่ละประเทศ โดยทั่วไปจะอยู่ระหว่างช่วงอายุ 55-65 ปี การกำหนดความมีอายุตามกฎหมายนี้ ก็เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ปลดเกษียณจากงานที่ปฏิบัติกับการพิจารณาให้ค่าตอบแทนเป็นบำเหน็จบำนาญ สำหรับประเทศไทยกำหนดให้อายุ 60 ปี เป็นปีปลดเกษียณ

ความหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุมีแตกต่างกันมากมายซึ่งพอสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ คือบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีสภาพร่างกายและจิตใจเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมถอย มีโอกาสเกิดโรคร้ายไข้เจ็บได้ง่ายสมควรได้รับการดูแลช่วยเหลือ และยังถือว่าเป็นวัยที่ปลดเกษียณจากการทำงาน แต่อย่างไรก็ตามในแต่ละประเทศ หรือแต่ละสังคมจะให้คำจำกัดความของคำว่า ผู้สูงอายุแตกต่างกันออกไป สำหรับประเทศไทยนั้นผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งยึดตามเกณฑ์ที่องค์การระหว่างประเทศได้ประชุมตกลงกัน โดยนับอายุตามปฏิทินเป็นมาตรฐานสากลในการเป็นผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

ความมีอายุเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของชีวิต ซึ่งมีอัตราของการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันทั้งโดยตัวบุคคล และระบบสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้นๆ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในร่างกายของคนเรานั้นขึ้นอยู่กับกระบวนการทำงานภายในร่างกายอยู่ 2 กระบวนการ คือ กระบวนการเจริญเติบโต (Growth or evolution) กับกระบวนการเสื่อมถอย (Atrophy or involution) กระบวนการทั้งสองจะเกิดคู่กันไปตลอดเวลา ตั้งแต่วัยทารกจนถึงวัยสุดท้ายของชีวิต โดยวัยทารกถึงวัยหนุ่มสาว กระบวนการเจริญเติบโตจะมีมากกว่ากระบวนการเสื่อมสลาย คนในวัยนี้เจริญเติบโตอย่างมากหลังจากนั้นกระบวนการเจริญเติบโตจะค่อยๆ ลดลงขณะเดียวกันกระบวนการเสื่อมถอยจะค่อยๆ มีมากขึ้นและเมื่อบุคคลมีอายุประมาณ 20-40 ปี กระบวนการทั้งสองจะเกิดในอัตราใกล้เคียงกัน แต่หลังจากอายุ 40 ปีไปแล้วจะเป็นไปในทิศทางกระบวนการเสื่อมสลายมากกว่ากระบวนการเจริญเติบโต โดยจะเห็นชัดเมื่อบุคคลมีอายุระหว่าง 40-50 ปี และจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ เมื่อเข้าสู่วัยชรา

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ โดยทั่วไปสามารถสรุปได้ 4 ประการ คือ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และจิตใจ การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม และสุดท้ายการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงตามระบบดังนี้

ระบบผิวหนัง (Integumentary system)

ผิวหนังบางลง เซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลง เซลล์ที่เหลือเจริญช้าลงอัตราการสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นทดแทนเซลล์เดิมลดลงถึงร้อยละ 50 (สุปราณี ยมพุก. 2542 : 11 ; อ้างอิงจาก Carnevari & Patrick. 1986. *Nursing Management for the Elderly*. p.90) ทำให้มีการหายของแผลช้าลง เส้นใยอีลาสตินลดลง แต่เส้นใยคอลลาเจนใหญ่และแข็งตัวมากขึ้น คอลลาเจนในชั้นหนังแท้จะลดลงราวร้อยละ 1 ต่อปีซึ่งเริ่มตั้งแต่อายุ 30 ปี (ประเสริฐ อัสสันตชัย. 2542 : 506) จึงทำให้ความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดี น้ำและไขมันใต้ผิวหนังลดลง ซึ่งจะพบมากบริเวณแขนขา ผิวหนังเหี่ยวและมีรอยย่นมากขึ้น การไหลเวียนโลหิตลดลงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย และทนต่อความหนาวเย็นได้น้อยลง

ต่อมเหงื่อมีจำนวนและขนาดลดลง ประสิทธิภาพต่ำลง ทำให้ผิวหนังไม่สามารถคายความร้อนเพื่อควบคุมอุณหภูมิร่างกายให้คงที่ได้ดี เมื่ออุณหภูมิภายนอกเพิ่มขึ้นผิวหนังจะไม่สามารถระบายความร้อนออกได้ทัน การควบคุมอุณหภูมิเลวลง อาจเกิดภาวะอุณหภูมิสูงเกิน (Hyperthermia) ตามมาได้ เกิดอาการลมแดด (Heat stroke) ได้ง่าย (ประเสริฐ อัสสันตชัย. 2542 : 506) ต่อมาไขมันทำงานลดลง จึงทำให้ผิวหนังแห้ง คัน และแตกง่าย เซลล์สร้างสี (Melanocyte) ทำงานลดลงทำให้สีผิวจางลง แต่อาจมีรังควัตถุ สีดำหรือสีน้ำตาลสะสมเป็นแห่งๆ ซึ่งมักพบบริเวณใบหน้า แขน และหลังมือ ที่เรียกว่า Lentigo senilis

ผมและขนมีจำนวนลดลง เมลานินซึ่งผลิตจากเซลล์สร้างสีของผมลดลงทำให้ผมและขนทั่วไปสีจางลงกลายเป็นสีเทาหรือสีขาว เส้นผมร่วงและแห้งง่ายเนื่องจากการไหลเวียนเลือดบริเวณหนังศีรษะลดลง ในผู้ชายจะสูญเสียเส้นผมมากกว่าและเร็วกว่าผู้หญิง ผู้หญิงอายุมากกว่า 65 ปีจะเริ่มมีหนวดและเคราได้เล็กน้อยขณะที่เส้นขนที่รักแร้ และบริเวณหัวหน่าวลดลง มีเส้นขนที่ใบหู คิ้ว และขนจมูกเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากอิทธิพลของฮอร์โมนแอนโดรเจน ส่วนเล็บจะมีอัตราการยาวออกลดลงราวร้อยละ 35 เทียบระหว่างคนอายุ 20 ปี และ 80 ปี การรับรู้สักรู้สึกต่ออุณหภูมิ การสัมผัสและความเจ็บปวดที่ผิวหนังลดลงเนื่องจากการทำงานของเครื่องรับที่ผิวหนัง และการไหลเวียนเลือดปลายทางเลวลง จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดแผลและอุบัติเหตุได้ง่าย

ระบบประสาทและประสาทสัมผัส (Nervous system and Special senses)

ขนาดสมองลดลง น้ำหนักโดยเฉลี่ยลดลงร้อยละ 5-10 ในคนอายุ 80-90 ปี และจำนวนนิวรอน (Neuron) บริเวณคอร์ติคัล (Cortical) ลดลงร้อยละ 45 บริเวณเซรีเบลลัม

(Cerebellum) ลดลงร้อยละ 25 ก้านสมองลดลงเล็กน้อย หัยกสมองโดยเฉพาะสมองส่วนหน้าจะหายไป (สุภาณี กาญจนจารี. 2537 : 230) ประสิทธิภาพการทำงานของสมองและประสาทอัตโนมัติลดลง ความเร็วในการส่งสัญญาณประสาท (Conduction velocity) ลดลงเป็นเหตุให้ความไวและความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ ลดลง การเคลื่อนไหวและความคิดเชื่อมโยงเข้าบางครั้งอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวไม่สัมพันธ์กัน

การไหลเวียนเลือด และการใช้ออกซิเจนของสมอง (Cerebral oxygen consumption) ลดลงอย่างมากจากอายุ 17 ปี ถึง 80 ปี โดยการไหลเวียนเลือดของสมองลดลงจาก 79 มิลลิลิตร/นาที/น้ำหนักสมอง 100 กรัม เหลือเพียง 46 มิลลิลิตร/นาที/น้ำหนักสมอง 100 กรัม อัตราการใช้ออกซิเจนของสมองลดลงจาก 3.6 มิลลิลิตรออกซิเจน/นาที/น้ำหนักสมอง 100 กรัม เหลือ 2.7 มิลลิลิตรออกซิเจน/นาที/น้ำหนักสมอง 100 กรัม (วิไลวรรณ ทองเจริญ. 2536 : 68) ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดตามอายุที่เพิ่มขึ้นคือ ไขมันเกาะในหลอดเลือดทำให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนที่เห็นชัดคือ เลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลงทำให้มีผลต่อความจำ การรับรู้ การเคลื่อนไหว และการตัดสินใจ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุเผชิญปัญหาหรือแก้ไขปัญหาลำบากได้ไม่ดีโดยเฉพาะเมื่อมีเหตุการณ์หรือปัญหาหลายอย่างเกิดพร้อมกัน

ลูกตามีขนาดเล็กลงและลึกลง เพราะไขมันของลูกตาลดลงหนังตามีความยืดหยุ่นลดลงทำให้หนังตาดก รูม่านตาเล็กลง ปฏิกิริยาตอบสนองของม่านตาต่อแสงลดลงทำให้การปรับตัวสำหรับการมองเห็นในสถานที่ต่าง ๆ ไม่ดี โดยเฉพาะในสถานที่มืดหรือเวลากลางคืนต้องอาศัยแสงสว่างช่วยจึงจะมองเห็นได้ดีขึ้น แก้วตาเริ่มขุ่นมัวสามารถดูแสงได้เพิ่มขึ้นเมื่ออายุประมาณ 65 ปี (วิไลวรรณ ทองเจริญ. 2536 : 68-69) ประมาณ 3 ใน 5 ของคนอายุ 75 ปี มีการมองเห็นเปลี่ยนไปทั้งนี้เนื่องจากแก้วตาที่มีความยืดหยุ่นลดลงทำให้มีการปรับสายตาไม่ดี ความสามารถของแก้วตาในการโฟกัสภาพเปลี่ยนไป ตามปกติในการมองเห็นในระยะใกล้กล้ามเนื้อม่านตา (Ciliary muscle) ที่บังคับม่านตาให้หริและขยาย ในคนปกติสามารถมองเห็นในระยะใกล้ได้ ในวัยสูงอายุความสามารถของแก้วตาในการปรับโฟกัสภาพใกล้ลดลงลานสายตาจะแคบลงมีวงแหวนสีขาวรอบตาดำ (Arcus senilis) ซึ่งเป็นแผ่นสีขาวอยู่ระหว่างกระจกตา และตาขาวเกิดขึ้นทำให้รูตาดำแคบลง บางคนมีปัญหาเกี่ยวกับลานสายตา (Visual field) แคบลง สีของม่านตาเปลี่ยนไปที่ละน้อย โดยมีสีจางลงเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของเม็ดสีที่ม่านตา (Pigment granules) ภายในลูกตาอาจมีน้ำในลูกตา (Aqueous humor) เพิ่มขึ้น เนื้อเยื่อของเลนส์ไม่โปร่งใสและปกคลุมด้วยสีเหลือง การเห็นสีเสื่อมลงโดยเฉพาะสีน้ำเงินและสีม่วง (รัชนีภรณ์ ภูกร. 2538 : 33) การผลิตน้ำตาลลดลงทำให้ตาแห้งและเกิดการระคายเคืองต่อเยื่อตาได้ง่าย แต่บางรายอาจพบมีน้ำตามากกว่าปกติทั้งนี้เนื่องจากการเกิดอุดตันของท่อน้ำตา

การได้ยินลดลง มีอาการหูตึงมากขึ้น พบได้ถึง 1 ใน 4 ของคนที่มีอายุมากกว่า 60 ปี (วิไลวรรณ ทองเจริญ. 2536 : 69 ; อ้างอิงจาก Birchenall & Streight. 1982. *Care of the older adult*. p.163) พบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง สาเหตุเนื่องมาจากการเสื่อม

ของอวัยวะในหูชั้นในมากขึ้น เส้นประสาทคู่ที่ 8 (Auditory nerve) ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการได้ยินสูญเสียหน้าที่รวมทั้งเยื่อแก้วหูและอวัยวะในหูชั้นกลางแข็งตัวมากขึ้น ระดับเสียงสูงจะสูญเสียการได้ยินมากกว่าระดับเสียงต่ำ ด้วยเหตุนี้ผู้สูงอายุบางคนจึงกลายเป็นคนแยกตัว ขาดสงสัย และหวาดระแวง การผลิตที่ลดลงแต่มีการสะสมของซีฟูในช่องหูมากขึ้น หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหูชั้นในเกิดการแข็งตัวทำให้มีเลือดไปเลี้ยงน้อยลง ผู้สูงอายุจึงมักจะมีอาการเวียนศีรษะและเกิดอุบัติเหตุได้

การรับกลิ่นไม่ดี เพราะมีการเสื่อมของเยื่อบุโพรงจมูกและกระเปาะรับกลิ่น (Olfactory bulb) ในสมองทำให้ผู้สูงอายุไม่รับรู้กลิ่นที่อาจก่อให้เกิดอันตราย เช่น กลิ่นแก๊สรั่ว หรือกลิ่นไฟไหม้ การรับรสของลิ้นเสียไปประมาณร้อยละ 10 ถึง 30 ต่อการรับรสจำนวนลดลงประมาณ 2 ใน 3 ต่อการรับรสจะตายเมื่ออายุ 70 ปี และส่วนที่เหลือจะฝ่อลีบลง ทำหน้าที่ได้น้อยลง การรับรสหวานจะสูญเสียก่อนรสเปรี้ยว รสเค็ม และรสขม จึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารรสจัดขึ้น หรือรับประทานอาหารไม่อร่อยเกิดภาวะเบื่ออาหาร

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (Musculoskeletal system)

ความแข็งแรงในการหดตัวของกล้ามเนื้อเริ่มเสื่อมลงเมื่ออายุ 45 ปี และลดลงในอัตราร้อยละ 1.50 ต่อปี (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2542 : 507-508 ; อ้างอิงจาก Young, 1989. *Muscle function in old age*. p.1) ขณะที่กล้ามเนื้อบางมัดจะมีการเสื่อมลงถึงร้อยละ 5-7 ต่อปี เมื่ออายุมากกว่า 70 ปี ปริมาณกล้ามเนื้อลดลง ปริมาณไขมันเพิ่มขึ้น การเพิ่มของไขมันเกิดจากร่างกายดึงไปใช้น้อยลงทำให้มองเห็นผู้สูงอายุมีลักษณะกล้ามเนื้อหย่อนยานเห็นได้ชัดบริเวณแขน กล้ามเนื้อมีเส้นใยเล็กลง ภายในเซลล์มีการสะสมของไกลโคเจน (Glycogen) และเกลือแร่ที่จำเป็นในการทำงานของกล้ามเนื้อน้อยลง ซึ่งได้แก่ โพแทสเซียม และทำให้ความตึงตัว (Tonus) ของกล้ามเนื้อลดลงและพลังก็อ่อนลงรู้สึกเหมือนไม่ค่อยมีกำลัง และยกของหนักไม่ไหว การสังเคราะห์โปรตีนของเซลล์กล้ามเนื้อลดลง จำนวนหลอดเลือดฝอยภายในกล้ามเนื้อก็ลดลงด้วย (แสงจันทร์ ทองมาก, 2541 : 10-11) ซึ่งเป็นอีกปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุหกล้มได้ง่ายเมื่อร่างกายเสียสมดุลเพราะกล้ามเนื้อหดตัวเพื่อปรับการทรงตัวไม่ทัน

กระดูก มวลเนื้อกระดูกจะมีปริมาณสูงสุดเมื่ออายุ 25-30 ปี จากนั้นจะคงที่อยู่ที่ระยะหนึ่งจนอายุราว 40 ปี จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงมีการสูญเสียเนื้อกระดูกทั้งในส่วนเปลือกกระดูก (Cortical bone) ด้วยอัตราารร้อยละ 0.60 ต่อปี และในส่วน Trabecular bone ด้วยอัตราารร้อยละ 0.70 ต่อปี (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2542 : 507) หลังอายุ 40 ปี เซลล์กระดูกจะลดลงกระดูกมีน้ำหนักลดลงร้อยละ 25 ในผู้หญิงและร้อยละ 12 ในผู้ชาย แคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้น กระดูกของผู้สูงอายุจึงเปราะและหักง่ายแม้ว่าจะไม่ได้รับอุบัติเหตุ แคลเซียมที่สลายออกจากกระดูกนี้มักไปเกาะบริเวณกระดูกอ่อนในอวัยวะต่างๆที่สำคัญคือบริเวณกระดูกอ่อนขาโครงจึงเป็นสาเหตุให้การเคลื่อนไหวของทรงงอลดลง การหายใจลำบากขึ้นต้องอาศัยการทำงานของกระบังลมมากขึ้น

ข้อต่อ มีการเปลี่ยนแปลงจากการสูญเสียความยืดหยุ่นของกระดูกอ่อนผิวข้อ (Articular cartilage) เป็นผลให้ปริมาณน้ำในกระดูกอ่อนโดยรวมลดลง และสูญเสียความยืดหยุ่นไปเกิดภาวะความเสื่อมของข้อ การเคลื่อนไหวของข้อต่าง ๆ ไม่สะดวก เกิดการติดขัด ข้ออักเสบและติดข้อได้ง่าย ส่วนเนื้อเยื่อคอลลาเจนที่พบในกระดูกอ่อนจะไม่มีเปลี่ยนแปลง

ระบบไหลเวียนเลือด (Cardiovascular system)

ผู้สูงอายุ หัวใจมีการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้างและสรีระ ขนาดของหัวใจอาจเล็กลงหรือโตขึ้นก็ได้ กล้ามเนื้อหัวใจฝ่อลีบมีเนื้อเยื่อพังผืด ไขมัน สะสมในเซลล์มากขึ้น ในช่วงอายุ 30-80 ปี ผนังของหัวใจห้องล่างซ้าย (Left ventricle) จะหนาขึ้นประมาณร้อยละ 25 ลิ้นหัวใจแข็งและหนาขึ้น มีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น การเปิดปิดของลิ้นหัวใจไม่ดี ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง กำลังการหดตัวลดลง เห็นได้จากจำนวนเลือดที่บีบออกจากหัวใจแต่ละครั้ง และจำนวนเลือดที่บีบออกจากหัวใจ 1 นาที ลดลงร้อยละ 0.79 ต่อปี (สุภาณี กาญจนจารี. 2537 : 230) ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นทำให้หัวใจทำงานไม่ไหวเมื่อต้องการออกแรงมากขึ้น โดยเฉพาะเมื่อต้องการออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น

หลอดเลือดแดงมีการยืดหยุ่นไม่ดี จำนวนคอลลาเจนเพิ่มขึ้นทำให้แรงต้านของหลอดเลือดแดงส่วนปลายเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตในผู้สูงอายุลดลงร่วมกับความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือดลดลง ผู้สูงอายุจึงเกิดภาวะความดันเลือดต่ำเมื่อเปลี่ยนท่าทาง (Postural hypotension) ได้ง่าย หลอดเลือดดำมีการเปลี่ยนแปลงโดย ในผู้สูงอายุลิ้นของหลอดเลือดดำถูกทำลายทำให้หลอดเลือดดำโป่งพองการไหลเวียนเลือดไม่ดี ผลที่ตามมาคือ หลอดเลือดดำตีบ มีก้อนเลือดอุดตันที่ปอด พบบ่อยในผู้สูงอายุที่ขาดการออกกำลังกาย นั่งไขว่ห้าง จากการศึกษา ร้อยละ 10-15 ของผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปี จะเกิดหลอดเลือดดำตีบโดยมีปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดคือ นั่งหรือนอนโดยไม่ได้ออกกำลังกาย (สุภาณี กาญจนจารี. 2537 : 230-231)

ระบบทางเดินหายใจ (Respiratory system)

ความสูงของร่างกายลดลงมีแนวโน้มจะเกิดหลังค่อมคด (Kyphoscoliosis) และหิ้นปุนจับที่กระดูกอ่อนซี่โครงร่วมกับการยืดหยุ่นกลับของเนื้อปอดลดลง ผลคือการเกร็งแข็งของโครงอกเพิ่มขึ้น การผ่อนตามของผนังอก (Chest wall compliance) ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้การหายใจต้องอาศัยกล้ามเนื้อกระบังลมและกล้ามเนื้อหน้าท้องมากกว่าคนหนุ่มสาว กำลังของกล้ามเนื้อการหายใจโดยรวมลดลง แรงดันการหายใจเข้าและออกเต็มที่ลดลงหลังอายุ 55 ปี เพราะฉะนั้น ผู้สูงอายุจึงต้องออกแรงหายใจในขณะที่ปกติมากกว่าคนที่อายุ 20 ปีประมาณร้อยละ 20 ทำให้หน้าที่ของปอดและการกำจัดสิ่งคัดหลั่งในทางเดินอากาศหายใจด้อยประสิทธิภาพลง (ประเสริฐ อัสสันตชัย. 2542 : 511)

หลอดลมคอและหลอดลมใหญ่ มีหิ้นปุนจับพร้อมกับเส้นผ่านศูนย์กลางของทางเดินอากาศหายใจขนาดใหญ่มีขนาดเพิ่มขึ้นเล็กน้อย หลอดลมฝอยส่วนปลายมีเส้นผ่านศูนย์กลางลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ทำให้มีการปิดทางเดินอากาศหายใจขณะหายใจออกเร็วกว่าปกติ

จนเมื่ออายุประมาณ 40 ปี ท่อถุงลมจะโตขึ้นร่วมกับเนื้อที่ผิวถุงลมลดลง เนื่องจากผนังถุงลมเสื่อมและบางลงร่วมกับการสูญเสียเยื่อหุ้มที่ผนังถุงลม ผลคือบริเวณพื้นผิวภายในของปอดลดลง ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดไม่ดี มีการคั่งของน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดได้ง่าย การโบกพัดของซีเลีย (Cilia) น้อยครั้งลง (ปกติ 10-11 ครั้ง/วินาที) ทำให้ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่าย การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีผลให้ผู้สูงอายุเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย เช่น หลังผ่าตัดหรือเมื่อร่างกายมีความต้านทานลดลงจากสาเหตุใดก็ตาม (แสงจันทร์ ทองมาก. 2541 : 10)

ระบบทางเดินอาหาร (Digestive system)

ฟันของผู้สูงอายุไม่แข็งแรง เคลือบฟันบางลง แตกง่าย และมีสัคล้ำขึ้นเพราะมีการดูดซึมสารที่มีสีเข้าไปสะสมมากขึ้น เหงือกที่หุ้มคอฟันร่นลงไป เซลล์สร้างฟันลดลงมีเนื้อเยื่อพังผืดเข้ามาแทนที่มากขึ้น ผู้สูงอายุฟันผุง่ายขึ้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงไม่ค่อยมีฟันต้องใส่ฟันปลอม เป็นเหตุให้การเคี้ยวอาหารไม่สะดวกต้องรับประทานอาหารอ่อนและย่อยง่าย การรับรสก็เปลี่ยนไปทำให้ความอยากอาหารลดลง เบื่ออาหารเกิดภาวะขาดสารอาหารตามมา

หลอดอาหาร ผู้สูงอายุจะกลืนอาหารช้าและลำบากเนื่องจากกล้ามเนื้อเรียบบริเวณ 2 ใน 3 จากส่วนล่างของหลอดอาหารเสื่อม หลอดอาหารจะขยายและเพิ่มแรงบีบตัวในการผลักดันอาหารให้ลงสู่กระเพาะอาหาร นอกจากนี้หลอดอาหารโป่งพองพบได้ร้อยละ 40-50 ในคนที่มีอายุมากกว่า 50 ปี ทำให้กลืนอาหารลำบาก บางครั้งอาจมีอาการเจ็บหน้าอกหรือแน่นอก (สุภาณี กาญจนจารี. 2537 : 233)

กระเพาะอาหาร เยื่อบุกระเพาะอาหารจะบางลง การหลั่งกรดเกลือและเอ็นไซม์จะลดลง มีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ที่บุผนังกระเพาะอาหารทำให้กระเพาะอาหารฝ่อ (Atrophic gastritis) (ชูศักดิ์ เวชแพศย์. 2538 : 158) พบได้ร้อยละ 50 ในคนอายุ 70 ปี และในคน 60 ปี กระเพาะอาหารอักเสบจะเพิ่มมากขึ้นแต่อาการปวดที่ลิ้นปี่จะไม่รุนแรง

ลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ เซลล์ที่ทำหน้าที่ดูดซึมน้ำตาลมีเลือดมาเลี้ยงลำไส้ลดลงเยื่อบุลำไส้ฝ่อลีบ มีการดูดซึมวิตามินที่ละลายในไขมันเพิ่มขึ้นแต่การดูดซึมวิตามินดีและแคลเซียมลดลง (ชูศักดิ์ เวชแพศย์. 2538 : 159) ลำไส้มีการเคลื่อนไหวลดลง ประกอบกับการกำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องลดลง ประกอบกับผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวน้อยลง กระหายน้ำน้อยลงรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่ายไม่มีกาก จึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะท้องผูกได้ง่าย

ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ (Genitourinary system)

ขนาดของไตลดลง น้ำหนักของไตลดลงประมาณร้อยละ 30 หน่วยไตมีจำนวนลดลงร้อยละ 50 หน่วยไตที่เหลือจะมีขนาดใหญ่ขึ้น ผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตแข็งตัวทำให้การไหลเวียนเลือดในไตลดลงประมาณร้อยละ 53 และอัตราการกรองของไตลดลงร้อยละ 50 จากอายุ 20 ถึง 90 ปี (วิไลวรรณ ทองเจริญ. 2536 : 79 ; อ้างอิงจาก Eliopoulos. 1987. *Geriatric nursing*. p.57) ด้วยเหตุดังกล่าวทำให้ปริมาณของเสียในเลือดตกค้างในไตมากขึ้น กระเพาะปัสสาวะของผู้สูงอายุมีขนาดเล็กลง มีความจุต่ำประมาณ 250 มิลลิลิตร หรือครึ่งหนึ่ง

ของคนหนุ่มสาว ทำให้มีการถ่ายปัสสาวะบ่อยบางครั้งอาจถ่ายไม่สะดวกเนื่องจากกล้ามเนื้อหูรูดเสีย เวลาไอหรือจามกล้ามเนื้อจะหดเกร็งทำให้ปัสสาวะไหลซึมได้ (กลุ่มวิจัยส่วนส่งเสริมพลศึกษา สุขภาพและนันทนาการ. 2538 : 28-29)

อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกเหี่ยวลง เพราะไขมันใต้ผิวหนังลดลง กล้ามเนื้อภายในอุ้งเชิงกรานหย่อนตัวทำให้เกิดภาวะกระบังลมหย่อน และกลั้นปัสสาวะไม่ได้

ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine system)

น้ำหนักต่อมไธroidลดลงร้อยละ 20 มีเนื้อเยื่อพังผืดเข้าแทนที่มากขึ้น การไหลเวียนเลือดที่ต่อมไธroidลดลง ต่อมัยธรรอยด์มีน้ำหนักไม่เปลี่ยนแปลงแต่มีเนื้อเยื่อพังผืดมีสะสมมากขึ้น การทำงานของต่อมัยธรรอยด์ลดลงตามอายุเนื่องจากกลไกการกระตุ้นต่อมัยธรรอยด์จาก TSH (Thyroid stimulating hormone) ลดลง

ต่อมพาราไธรรอยด์ทำงานและผลิตฮอร์โมนลดลงตามอายุโดยปกติในวัยเจริญพันธุ์ฮอร์โมนเอสโตรเจนจะมีฤทธิ์ต้านฤทธิ์ของฮอร์โมนพาราไธรรอยด์ ดังนั้นการทำงานของฮอร์โมนพาราไธรรอยด์จึงอาจเพิ่มขึ้นในวัยสูงอายุเพราะระดับเอสโตรเจนลดลง และเนื่องจากเอสโตรเจนลดลงจึงมีผลให้แคลเซียมหลุดออกจากกระดูกทำให้กระดูกบางลงในผู้สูงอายุ

(แสงจันทร์ ทองมาก. 2541 : 16 ; อ้างอิงจาก Holm, et al. 1986. *Geriatric Dentistry*. p.48)

ตับอ่อนหลังอินซูลินลดลง ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารคงที่ เนื้อเยื่อต่างๆ ภายในร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินน้อยกว่าปกติ เป็นผลให้ระดับความทนต่อน้ำตาล (Glucose tolerance) ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น

ต่อมเพศทำงานลดลง และไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นของฮอร์โมนจากต่อมไธroid สมอง คือ FSH (Follicle stimulating hormone) และ LH (Luteinizing hormone) รังไข่หยุดทำงานไม่หลังเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรน สำหรับเพศชายการเปลี่ยนแปลงเกิดน้อยกว่าเพศหญิงเพราะการหลั่งฮอร์โมนเพศชายค่อย ๆ ลดลงทีละน้อย ความรู้สึกทางเพศอาจเพิ่มขึ้นหรือลดลงขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อม และการหาทางออกของพฤติกรรมในผู้สูงอายุ

2. การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และจิตใจ

การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคม เพราะความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ มีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุและเป็นอุปสรรคต่อการติดต่อกับบุคคล รวมทั้งการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์จิตใจของผู้สูงอายุเป็นผลมาจากการสูญเสียในด้านต่าง ๆ ประกอบด้วย (เกศสุตา โลหิตรัตนนท์, อโนชา ศรีสุภร และหทัย พันธุ์พงษ์วงศ์. 2541 : 11)

1. การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ทั้งนี้เพราะมีเพื่อนฝูงตายจากหรือบุคคลที่เป็นญาติสนิทหรือคู่ชีวิตที่ตายจาก ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกแยกถูกพราจากบุคคลอันเป็นที่รักก่อให้เกิดความเศร้าได้ง่าย

2. การสูญเสียความสัมพันธ์ทางสังคม และเศรษฐกิจ เนื่องจากถึงวัยที่ต้องออกจากงาน คือปลดเกษียณ ขณะเดียวกันความสัมพันธ์ทางสังคมก็ลดลงด้วยเนื่องจากหมดภาระการติดต่อด้านธุรกิจการทำงาน หมดหน้าที่รับผิดชอบ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีเป้าหมายในชีวิต นอกจากนี้ยังมีผลทำให้ผู้สูงอายุขาดเพื่อน ขาดความผูกพันที่เคยมีต่อสังคมหรือชุมชนและขณะเดียวกันก็ทำให้ขาดรายได้หรือรายได้ลดน้อยลง ผลจากสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุอาจปรับตัวลำบากต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

3. ความสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว เนื่องจากบุตรธิดามักจะมีครอบครัวกันแล้ว แยกย้ายกันไปอยู่ที่ต่าง ๆ โดยเฉพาะในลักษณะสังคมปัจจุบันครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวขยาย ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกับลูกหลานของตนลดถอย โดยต่างคนต่างอยู่หรือติดต่อสัมพันธ์ มีกิจกรรมร่วมกันลดลงกว่าแต่ก่อน ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่โดดเดี่ยว ยิ่งขาดกำลังในการดูแลกิจกรรมในบ้านก็ยิ่งทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเจ็บเหงา ซึมเศร้า เบื่อหน่าย ใ้ได้ง่าย

4. ความสูญเสียสมรรถนะทางเพศ ซึ่งเป็นการสูญเสียที่ยิ่งใหญ่ทางจิตใจของคนเรา อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระเคมีของร่างกายทำให้เกิดการเสื่อมในสมรรถนะทางเพศ ตลอดจนความสวยของรูปร่างหน้าตาก็หมดไปด้วย จากผลนี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวลเพราะรู้สึกว่าตนเองขาดความดึงดูดสนใจจากเพศตรงข้าม ทำให้เพิ่มความหวั่นไหวต่อความมั่นคงของชีวิตยิ่งขึ้น

จากผลของการสูญเสียดังที่กล่าวมาแล้วมีผลให้เกิดความไม่มั่นคงทางจิตใจในผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก เกิดความรู้สึกว่าเหว หมดหวังท้อแท้ในชีวิต เกิดความซึมเศร้าประกอบกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและพบว่าตนเองความจำก็ไม่ดี การได้ยินก็ไม่ชัดเจน ยิ่งทำให้อารมณ์หวั่นไหวมากขึ้น บางคนปรับตัวไม่ได้ก็เกิดป่วยทางสุขภาพจิตในระยะนี้ซึ่งปัญหาที่พบบ่อยคือ โรคซึมเศร้า โรคจิตในวัยสูงอายุ การฆ่าตัวตาย และโรคกลุ่มอาการทางสมองที่มีการกระทบกระเทือนทางจิตใจ อันเกิดจากเส้นเลือดตีบในสมอง

สำหรับการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ที่สำคัญ ได้แก่

1. บุคลิกภาพ จากการศึกษาพบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพเกิดขึ้น แม้มีอายุมากขึ้นลักษณะบุคลิกภาพจะยังคงเป็นไปเช่นเดียวกับวัยที่ผ่านมาและจะยังมีลักษณะที่ชัดเจนยิ่งขึ้น เช่น คนที่เคยพูดมากก็จะยังคงพูดมากอยู่เหมือนเดิม หรืออาจจะคุยมากขึ้น ส่วนผู้ที่เงียบเฉยก็จะยังคงเงียบเฉยเช่นเคย トラบเท่าที่ร่างกายยังมีความแข็งแรงผู้สูงอายุยังคงเป็นผู้ที่มีบุคลิกภาพที่เหมาะสม และคงเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมเช่นเดียวกับวัยที่ผ่านมา ลักษณะดังกล่าวจะเป็นอยู่ต่อไปอย่างราบรื่นตามสภาพของร่างกายและสถานการณ์ในชีวิตที่ประสบ แต่อย่างไรก็ตามที่ผู้สูงอายุรู้สึกว่ายู่ร่วมกับผู้ที่อ่อนวัยกว่าค่อนข้างลำบาก หรือผู้ที่อ่อนวัยกว่ารู้สึกหนักใจที่จะอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ บุคลิกภาพที่มีลักษณะแฝงก็จะปรากฏออกมาชัดเจนขึ้น จน

บุคคลทั่วไปเข้าใจว่าบุคลิกภาพของผู้สูงอายุ คือผู้ที่มีความยึดมั่นอนุรักษ์นิยมเอาแต่ใจตนเอง เป็นใหญ่และความคิดเห็นไม่ค่อยลงรอยกับผู้อื่น ลักษณะการใช้อำนาจและพยายามบังคับขู่เข็ญผู้อื่นก็พบได้บ่อยขึ้น สิ่งเหล่านี้เป็นลักษณะที่พบเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น แต่มิใช่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นใหม่แต่เป็นลักษณะแฝงที่อยู่ในบุคคลนั้นๆ มาก่อนแต่ไม่มีโอกาสแสดงออก หรือแสดงออกมาโดยใช้กลไกทางจิตใจ ลักษณะดังกล่าวมักพบในผู้สูงอายุหญิงมากกว่าผู้สูงอายุชาย คือ ผู้สูงอายุหญิงมักจะแสดงออกถึงความก้าวร้าวและเอาแต่ใจตนเองมากขึ้น เพื่อให้ผู้อื่นยอมรับในความมีคุณค่าของตน ส่วนผู้สูงอายุชายมักจะแสดงออกโดยการยอมรับทำตามข้อชี้แนะของผู้อื่นต้องการพึ่งพาผู้อื่น และต้องการการดูแลเอาใจใส่จากผู้อื่น พฤติกรรมดังกล่าวอาจเป็นเพราะชายสูงอายุสามารถทำใจกว้างยอมรับความจริงเกี่ยวกับตนเองว่าไม่ได้อยู่ในบทบาทของหัวหน้างานและไม่ต้องแข่งขันในโลกของการทำงานอีกต่อไปก็ได้ (แสงจันทร์ ทองมาก. 2541 : 18 ; อ้างอิงจาก Murray, Ruth B. & Zentner. 1985. *Nursing Assessment & Health Promotion through the life*. p.580)

2. ลักษณะอารมณ์ ลักษณะทางอารมณ์ของผู้สูงอายุจะเป็นไปในรูปแบบใดขึ้นอยู่กับพัฒนาการในวัยที่ผ่านมา ถ้าในวัยที่ผ่านมานั้นผู้สูงอายุประสบความสำเร็จในหน้าที่การงานพัฒนาการจะทำให้ผู้สูงอายุมีลักษณะอารมณ์ที่เหมาะสม โดยสามารถมองย้อนไปถึงอดีตแล้วประจักษ์ในชีวิตของตนว่ามีค่าและน่าพอใจ มีผลให้ผู้สูงอายุมีสภาพจิตใจที่เป็นสุขสมหวังและพึงพอใจในสภาพเป็นอยู่ปัจจุบัน แต่ถ้าปฏิบัติงานพัฒนาการในวัยที่ผ่านมาไม่สำเร็จ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ตนดำเนินชีวิตมาอย่างผิดพลาด หรือไม่ถูกต้อง ทำให้รู้สึกขมขื่น รู้สึกผิดหวังหรือรู้สึกบาป ทำให้เป็นคนใจน้อยและกระเทือนใจได้ง่าย รู้สึกหมดอำนาจ สงสารตัวเอง ไร้คุณค่า มีปมด้อยหรืออาจแสดงออกมาในรูปของความฉุนเฉียว โกรธ หงุดหงิด จู้จุกจิก กังวล รำคาญ หรือมีทิฐิ ไม่ไว้วางใจใคร แยกตนเองออกจากสังคม ประกอบกับสมรรถภาพทางกายที่เสื่อมถอย การพลัดพรากจากกันของเพื่อนวัยเดียวกัน การตายจากของคู่ครอง การแยกครอบครัวของบุตรหลาน การเปลี่ยนแปลงบทบาทและฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมทำให้ผู้สูงอายุเป็นคนที่มีความรู้สึกเหงา ว้าเหว่ อ้างว้าง ท้อแท้ หรือเศร้าใจได้ง่าย ความรู้สึกดังกล่าวจะยิ่งรุนแรงยิ่งขึ้น ถ้าผู้สูงอายุต้องสูญเสียการยอมรับนับถือตนเอง (Self-esteem) อันเนื่องมาจากขาดความเป็นอิสระในการช่วยเหลือตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่นต้องทำให้ผู้อื่นเดือดร้อนการพึ่งพาผู้อื่นเป็นการบ่อนทำลายการยอมรับนับถือตนเอง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ให้คุณค่าของการพึ่งตนเอง ผู้สูงอายุมักจะขาดแรงจูงใจในการทำสิ่งต่างๆ มักจะหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะต้องเสี่ยงจะสนใจเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตนเอง มักจะสนใจในสิ่งที่ผู้อื่นปฏิบัติต่อตน และมักจะคิดว่าผู้อื่นไม่ให้ความสนใจหรือไม่ให้เกียรติ

3. การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม

นอกจากความเสื่อมของร่างกาย และความเครียดทางจิตใจจะเป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพแล้ว การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมเป็นสาเหตุที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการปรับตัว การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุสามารถสรุปได้ดังนี้

3.1 การเปลี่ยนรูปแบบของสังคม

ในอดีตครอบครัวไทยเป็นครอบครัวใหญ่ ผู้สูงอายุเป็นผู้นำ ผู้ให้ความรู้ ผู้ถ่ายทอดวิชาการ และสนับสนุนการพัฒนาความก้าวหน้าให้แก่บุตรหลานและอยู่ในฐานะที่ควรเคารพบูชายอมรับนับถือ แต่ในปัจจุบันสังคมไทยเปลี่ยนไปในลักษณะสังคมอุตสาหกรรมที่มีแต่การแข่งขัน มองเห็นประโยชน์ของตนเอง การพึ่งพาอาศัยลดลง การเรียนรู้ของชนรุ่นใหม่อื่นส่วนใหญ่ได้มาจากภายนอกทำให้ผู้สูงอายุขาดความสำคัญ ขาดการยอมรับ และการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน ทำให้ผู้สูงอายุต้องพบกับความโดดเดี่ยว รู้สึกถูกทอดทิ้งและขาดที่พึ่ง

3.2 การเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ บทบาทที่เกี่ยวข้องกับการงานตลอดจนบทบาทในครอบครัวย่อมเปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุที่เคยเป็นหัวหน้าครอบครัว ซึ่งมีหน้าที่ให้การดูแล และหาเลี้ยงครอบครัวต้องกลับกลายมาเป็นผู้พึ่งพาอาศัย เป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ ทำให้ผู้สูงอายุเสียอำนาจและบทบาททางสังคมที่เคยมีความรู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญปัจจัยเหล่านี้ก่อให้เกิดความอับอายและคิดว่าตนเองเป็นตัวปัญหาหรือเป็นภาระของสังคม

3.3 ความคับข้องใจทางสังคม

การปลดเกษียณและการที่บุตรหลาน หรือสังคมต่างหวังดีที่จะให้ผู้สูงอายุหยุดรับผิดชอบในการกิจต่าง ๆ ที่เคยปฏิบัติทำให้มีผลกระทบต่องานของผู้สูงอายุอย่างมาก มีความรู้สึกน้อยใจและเสียใจ ทั้งนี้เพราะการเป็นผู้สูงอายุมิได้หมายความว่า เป็นผู้ขาดสมรรถภาพการทำงาน แต่ความมีอายุกลับทำให้คนเรารู้สึกต้องการการยอมรับมากขึ้น

3.4 การลดความสัมพันธ์กับชุมชน

บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนจะเปลี่ยนไปในแง่หน้าที่ความรับผิดชอบงานที่ต้องใช้ความคิดความฉับไวจะลดลง เปลี่ยนไปเป็นคอยรับคำปรึกษา การยอมรับพิจารณาอบหมายงานของชุมชนจะน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อที่จะเข้ากลุ่มไม่กล้าแสดงออก สมรรถภาพลดถอย ความสัมพันธ์กับชุมชนที่คุ้นเคยลดลง ต้องเปลี่ยนไปสู่สภาพสังคมกลุ่มใหม่ ทำให้ผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาทในชุมชนมาก่อนเกิดความเครียดสูง

สรุปได้ว่าเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 ด้านดังกล่าวก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้สูงอายุและเป็นสิ่งที่มีผลกระทบต่อสมดุลของชีวิตซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหา

สุขภาพ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องพยายามปรับตัวให้อยู่ในภาวะมีสมดุลเพื่อดำรงไว้ซึ่งความมั่นคงของชีวิตและมีสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ

4. การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ

ผู้สูงอายุปัจจุบันอยู่ในภาวะความยากจนมาก ซึ่งในอนาคตคาดว่าจะยากจนต่อไปถ้าไม่มีการดำเนินการที่เหมาะสม จากการศึกษา (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ. 2543 : 16) พบว่าผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสจะมีรายได้และสถานภาพเศรษฐกิจดีที่สุด ในขณะที่หญิงที่ไม่มีคู่สมรส เช่น ม่าย โสด หย่าร้าง มีสถานภาพทางเศรษฐกิจต่ำที่สุด ราวหนึ่งในสามของผู้สูงอายุในปัจจุบันมีรายได้ไม่เพียงพอ โดยผู้ชายรายได้ไม่เพียงพอสูงกว่าผู้หญิง และผู้หญิงพอใจกับรายได้ของตนเองมากกว่าผู้ชาย สำหรับด้านการงานได้มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ทางด้านการงานของผู้สูงอายุ (งานส่งเสริมการวิจัยและตำรา มหาวิทยาลัยมหิดล. 2538 : 126) พบว่าผู้สูงอายุทั้งหมดยังคงทำงานอยู่ถึงร้อยละ 22.50 สำหรับผู้เลิกอาชีพการงานพบว่าเลิกอาชีพเมื่ออายุ 60-65 ปี มีร้อยละ 58.50 และสาเหตุที่เลิกอาชีพเพราะสุขภาพไม่แข็งแรงเป็นส่วนใหญ่ ถึงแม้เลิกอาชีพแล้วร้อยละ 30.80 ยังคิดว่าตนเองยังทำงานได้

ด้านเศรษฐกิจ มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจ (งานส่งเสริมการวิจัยและตำรา มหาวิทยาลัยมหิดล. 2538 : 126) พบว่าเศรษฐกิจมีส่วนสำคัญค่อนข้างมากในการมีอายุยืนยาวและสมบูรณ์แข็งแรงโดยพบว่าผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้ศึกษาที่มีอายุยืนยาวมาถึง 70-74 ปี มีร้อยละ 90.30 มาจากครอบครัวที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจมีส่วนสำคัญค่อนข้างมากในการมีอายุยืนยาวและสมบูรณ์แข็งแรง โดยพบว่าผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้ศึกษาที่มีอายุยืนยาวมาถึง 70-74 ปี มีร้อยละ 90.30 มาจากครอบครัวที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจระดับปานกลางถึงร่ำรวย และกลุ่มที่สมบูรณ์แข็งแรงมาจากครอบครัวที่ร่ำรวยมากกว่ากลุ่มไม่แข็งแรงสมบูรณ์ เมื่อผู้สูงอายุเข้าสู่วัยสูงอายุแล้ว ส่วนใหญ่จะมีสถานภาพทางเศรษฐกิจลดน้อยลง

วัยสูงอายุนับจาก 60 ปี ขึ้นไปจะเป็นวัยเริ่มออกจากงานหรือเป็นระยะปลดเกษียณจากการทำงานประจำซึ่งมีผลให้ความสัมพันธ์ทางสังคมลดลง เนื่องจากหมดภาระติดต่อด้านธุรกิจทำงานหรือหมดภาระหน้าที่รับผิดชอบ การสูญเสียงานเป็นผลให้ผู้สูงอายุขาดรายได้หรือรายได้ลดน้อยลง จากผลการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจนี้ส่งผลกระทบต่อจิตใจ ความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ซึ่งผู้สูงอายุต้องปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นให้ได้

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสูงอายุ

ความสูงอายุป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเนื่องจากปัจจัยหลายประการ มีทฤษฎีมากมายจากหลายศาสตร์ สาขา ถูกนำมาอ้างอิงและอธิบาย แต่ก็ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งอย่างชัดเจน ต้องอาศัยหลายๆ ทฤษฎีมาประกอบกัน

(จันทนา รณฤทธิ์วิชัย. 2536 : 44) ซึ่งอาจแบ่งทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสูงอายุนอกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่ (ปริบูรณ์ พรพิบูลย์. 2535 : 115-118)

1. ทฤษฎีความสูงอายุด้านชีววิทยา

ได้อธิบายถึงกระบวนการทางสรีรวิทยาและการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างของอวัยวะต่างๆ รวมทั้งการสูญเสียความสามารถในด้านการต้านทานโรคในวัยสูงอายุ ซึ่งมีแนวคิดดังนี้

1.1 ทฤษฎีการทำลายตนเอง (Auto-immune theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความชราเกิดจากร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันปกติน้อยลง พร้อมกับมีการสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตนเองมากขึ้น การสร้างภูมิคุ้มกันปกติน้อยลงจะทำให้ร่างกายต่อสู้เชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมไม่ได้ดี ทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย และเมื่อเกิดขึ้นแล้วก็มักจะรุนแรงเป็นอันตรายต่อชีวิต โดยมันจะไปทำลายเซลล์ของร่างกายเอง ถ้าเซลล์นั้นเป็นเซลล์ที่เจริญแล้วไม่มีการแบ่งตัวใหม่ก็จะเป็นอันตรายอย่างยิ่งต่อสังขาร

1.2 ทฤษฎีความผิดพลาด (Error catastrophe theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าเมื่อคนมีอายุมากขึ้นมันจะค่อยๆ เกิดความผิดพลาด กล่าวคือ มีการส่งต่อข้อมูลทางพันธุกรรมผิดพลาดไปจากเดิม ความผิดพลาดนี้จะค่อยๆ มากขึ้นจนถึงจุดๆ หนึ่งที่ทำให้เซลล์ต่างๆ ของร่างกายเสื่อมและตายในที่สุด (จันทนา รณฤทธิ์วิชัย. 2536 : 48 ; อ้างอิงจาก Forber. 1981. *The Older Adult, A Process for Wellness*. p.19)

1.3 ทฤษฎีเรดิคัลอิสระ (Free radical theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าการเสื่อมทำลายของเซลล์ภายในร่างกาย เป็นผลมาจากการสะสมของเรดิคัลอิสระ ซึ่งเป็นสารประกอบทางเคมีที่เกิดขึ้นจากปฏิกิริยาเคมีขั้นสุดท้ายของออกซิเจนภายในเซลล์ปกติ สารประกอบเคมีเหล่านี้จะมีปฏิกิริยาสูงกับสารอื่นๆ ภายในเซลล์ โดยเฉพาะสารที่ไม่ละลายในไขมัน จึงเกิดการทำลายและรื้อของผนังเซลล์ได้ง่าย ทำให้มีคอลลาเจนและอีลาสตินเกิดขึ้นมากมายจนเนื้อเยื่อเสียความยืดหยุ่นไป

1.4 ทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Wear and tear theory) ทฤษฎีนี้จะเปรียบเทียบสิ่งมีชีวิตเหมือนกับเครื่องจักร เมื่อมีการใช้งานนานๆ ย่อมมีการสึกหรอ แต่สิ่งมีชีวิตสามารถที่จะซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอนั้นได้เองและสามารถทำงานต่อไปได้ โดยกระบวนการสร้างใหม่เพื่อทดแทนแต่สำหรับเซลล์บางชนิดที่ไม่สามารถแบ่งตัวได้อีก เช่น เซลล์ของประสาทและกล้ามเนื้อลายเซลล์พวกนี้จะค่อยๆ เสื่อมโทรมลงและตาย ทำให้การทำงานของอวัยวะส่วนนั้นลดลง

1.5 ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunological theory) ระบบภูมิคุ้มกันของมนุษย์เราประกอบด้วยส่วนต่างๆ หลายส่วน ทำหน้าที่ป้องกันร่างกายจากจุลินทรีย์ ซึ่งเป็นอันตรายต่อร่างกายของตนเอง เช่น การติดเชื้อ เซลล์มะเร็ง กลไกการป้องกันมี 2 วิธี คือการสร้างแอนติบอดีเพื่อทำลายจุลินทรีย์และโปรตีนที่แปลกปลอมออกมา และโดยการสร้างเซลล์ชนิดหนึ่ง

เพื่อทำหน้าที่ในการกินและย่อยเซลล์หรือสิ่งแปลกปลอมนั้น ระบบภูมิคุ้มกันที่สำคัญ คือ การตอบสนองระบบภูมิคุ้มกันโดยผ่านเซลล์ (Cell-mediated immune response = CMIR) โดยเซลล์ที่ทำหน้าที่ได้แก่ ที-ลิมโฟไซต์ (T-Lymphocyte) และการตอบสนองระบบภูมิคุ้มกันโดยการใช้สารน้ำ (Humoral immune response) หมายถึง แอนติบอดี (Antibody) เซลล์ที่รับผิดชอบคือ บี-ลิมโฟไซต์ (B-Lymphocyte) และเซลล์พลาสมา (Plasma cell) นอกจากนี้ยังมีสารน้ำอื่นมาร่วมในการทำงานด้วย ทั้ง ที-ลิมโฟไซต์ และ บี-ลิมโฟไซต์ ผลิตจากไขกระดูก เมื่อมีเชื้อโรคหรือสิ่งแปลกปลอมเข้าสู่ร่างกาย บี-ลิมโฟไซต์จะเปลี่ยนเป็นเซลล์พลาสมา ทำหน้าที่เป็นแอนติบอดี โดยปกติ บี-ลิมโฟไซต์ จะต่อต้านเชื้อแบคทีเรีย ไวรัส ที่ติดเชื้อซ้ำ ที-ลิมโฟไซต์ มีหน้าที่ซับซ้อนมากขึ้น คือบางส่วนช่วย บี-ลิมโฟไซต์ ในการสังเคราะห์แอนติบอดี บางส่วนกดการสังเคราะห์แอนติบอดี บางส่วนเกี่ยวข้องกับการตอบสนองภายในเซลล์

เมื่ออายุมากขึ้นการทำหน้าที่ของ ที-ลิมโฟไซต์จะไม่แน่นอน หน้าที่ของเซลล์มักลดลง ระบบภูมิคุ้มกันลดลง กลไกการป้องกันตนเองลดลง แอนติบอดีจะมีปฏิกิริยากับเซลล์ของร่างกาย ผู้สูงอายุจึงอาจเกิดโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง (Auto-immune disease) เช่น โรคโลหิตจางบางชนิด ข้ออักเสบ รูมาตอยด์ เป็นต้น (มณฑนา จริยรัตน์ไพศาล. 2542 : 13-14)

1.6 ทฤษฎีการเชื่อมตามขวาง (Cross-linking theory) กล่าวว่าความสูงอายุเกิดจากการเชื่อมตามขวางของโมเลกุลโปรตีน การเชื่อมตามขวางพบได้มากที่สุดกับโปรตีนที่อยู่ในภายนอกของเซลล์ คือ อีลาสตินและคอลลาเจน ซึ่งเป็นเนื้อเยื่อเกี่ยวพันมีผลต่อการซึมผ่านของเซลล์ การยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ การบีบรัดตัวของหัวใจและการซึมผ่านของก๊าซ สารอาหาร หลอดเลือด เอ็น จะแห้งแข็ง ฟันจะหัก ผื่นงหลอดเลือดจะลดแรงดึงดูด

1.7 ทฤษฎีการสะสมของเสียในเซลล์ (Waste-product accumulation theory) การสูงอายุของเซลล์ เป็นการแสดงถึงการคั่งค้างสะสมของเสียซึ่งเกิดจากเมตาบอลิซึมทั้งภายในเซลล์และระหว่างเซลล์ที่เรียกว่า ไลโปฟัสซิน (Lipofuscin) ทำให้ความสามารถในการทำงานของเซลล์ลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเซลล์ที่ไม่สามารถแบ่งตัวได้อีก เช่น เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ เซลล์ประสาท สมอง ไชสันหลังและเซลล์ไต

2. ทฤษฎีความสูงอายุด้านจิตวิทยา

เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรม แบ่งออกเป็น

2.1 ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality theory) กล่าวว่าผู้สูงอายุจะมีความสุขหรือความทุกข์นั้นขึ้นอยู่กับภูมิหลังและการพัฒนาจิตใจของผู้นั้น ถ้าผู้สูงอายุเติบโตมาด้วยความมั่นคง อบอุ่น มีความรักแบบถ้อยทีถ้อยอาศัย เห็นความสำคัญของผู้อื่น สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างดีก็จะเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุข สามารถอยู่กับลูกหลานหรือผู้อื่นได้

2.2 ทฤษฎีความปราดเปรื่อง (Intelligence theory) เชื่อว่าผู้สูงอายุที่มีความปราดเปรื่องและคงความเป็นปราชญ์อยู่ได้ ก็ด้วยความเป็นผู้ที่มีความสนใจในเรื่องต่างๆอยู่เสมอ มีการค้นคว้าและพยายามที่จะเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา

2.3 ทฤษฎีของอีริกสัน (Erikson's epigenetic theory) กล่าวถึงพัฒนาการของมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนถึงวัยสูงอายุ การที่ผู้สูงอายุจะประสบความสำเร็จหรือไม่ย่อมขึ้นอยู่กับประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาในวัยต่างๆ ของแต่ละคน กล่าวคือ ถ้าผู้สูงอายุนั้นมีพัฒนาการทางบุคลิกภาพที่ดีเรื่อยมาก็จะประสบความสำเร็จในวัยนี้ สามารถยอมรับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามวัย มีความสุขในชีวิตที่เหลืออยู่ มีความสุขยอมรับการแก่ การเจ็บ การตายที่จะเกิดขึ้น

จะเห็นว่าทฤษฎีทางจิตวิทยาได้มองผู้สูงอายุในลักษณะของการปรับตัวทางสังคมและบุคลิกภาพของคน ว่าในวัฏจักรแห่งชีวิตของคนจะมีสังคมที่ไม่อยู่หนึ่งคนต้องปรับตัวด้วยการยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงที่ไม่คงที่ให้สมดุล เพื่อความอยู่รอดได้ในสังคม (วิลาสินี ผั่วชนะ. 2541 : 16)

3. ทฤษฎีความสูงอายุด้านสังคมวิทยา

เป็นทฤษฎีที่อธิบายสาเหตุที่ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของสถานะ เนื่องจากพัฒนาการของแต่ละบุคคลและผลจากการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม โดยเชื่อว่าถ้าสังคมเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จะทำให้สถานะของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

3.1 ทฤษฎีไร้ภาวะผูกพัน (Disengagement theory) ทฤษฎีนี้ให้ผู้สูงอายุยอมรับว่าเมื่อถึงคราวชราลูกหลาน และชุมชนจะให้ความสำคัญหรือความสนใจน้อยลง และเมื่อเป็นเช่นนั้นก็จะลดความรับผิดชอบ และความห่วงใยในลูกหลานลงบ้าง ส่วนกิจกรรมในสังคมก็สมควรจะลดลงเช่นเดียวกัน

3.2 ทฤษฎีกิจกรรม (Activity theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า กิจกรรมทางสังคมเป็นแก่นแท้ของชีวิตและจำเป็นสำหรับทุกวัย กิจกรรมจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุการที่ผู้สูงอายุจะมีชีวิตที่เป็นสุขได้ควรมีบทบาทหรือกิจกรรมทางสังคมตามสมควรและเหมาะสม ก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต

3.3 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity theory) กล่าวว่า การที่ผู้สูงอายุจะมีความสุขและมีกิจกรรมร่วมกันนั้นขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและแบบแผนชีวิตของแต่ละคน เช่น ผู้สูงอายุที่ชอบกิจกรรมร่วมกันในสังคม ก็จะมีกิจกรรมเหมือนเดิมเมื่อมีอายุมากขึ้น ส่วนผู้สูงอายุที่ชอบสันโดษไม่เคยมีบทบาทในสังคมมาก่อน ก็ย่อมจะแยกตัวออกจากสังคมเมื่ออายุมากขึ้น

อุบัติเหตุ

ความหมายและทฤษฎีการเกิดอุบัติเหตุ

คำว่า “อุบัติเหตุ” ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525 ได้ให้ความหมายไว้ว่า อุบัติเหตุ หมายถึง เหตุที่เกิดขึ้นโดยไม่ทันคิด ความบังเอิญเป็น นอกจากนี้ยังมีความหมายของคำว่าอุบัติเหตุอีกหลายท่านดังนี้

วิจิตร บุญยะโหดระ (2532 : 67) ให้ความหมาย อุบัติเหตุ หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยมิได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าก่อให้เกิดการบาดเจ็บ พิการหรือตายหรือทำให้ทรัพย์สินได้รับความเสียหาย

นันทนา ศรีพินิจ (2536 : 44) ให้ความหมาย อุบัติเหตุ หมายถึง อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นโดยมิได้คาดหมายมาก่อนทำให้เกิดการบาดเจ็บ ตาย พิการ สูญเสียทรัพย์สินโดยที่ไม่ต้องการให้เกิดขึ้น

องค์การอนามัยโลกให้นิยาม อุบัติเหตุว่า “Accident is an unpremeditated event resulting in a recognizable injury” (ก่าไร ตรียชัยศรี. 2536 : 8 ; อ้างอิงจาก World Health Organization. 1979. *Road Traffic Accident Statistics*. p.12) ต่อมาในปี พ.ศ.2530 ได้เปลี่ยนความหมายใหม่เป็น Accident : an event that produces or as the potential to produces an injury (สุรัชย์ เจียมกุล. 2531 : 10)

แมคฟาแลนด์ และมัวร์ (Mc. Farland & Moore. 1951 : 17-42) ให้ความหมาย อุบัติเหตุ หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้อำนาจหรือไม่ได้คาดหวังมาก่อนและยังกล่าวอีกว่าอุบัติเหตุจะถูกรวบรวมในความหมายของความถี่ หรือจำนวนครั้งของการเกิด และระดับความรุนแรงของการได้รับบาดเจ็บ

ไทเกอร์สัน (Thygerson. 1967 : 3) ให้ความหมาย อุบัติเหตุ หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่เจตนา ไม่คาดหวัง ไม่ยินดีให้เกิดขึ้น อันเกิดจากการกระทำที่ไม่ปลอดภัยหรือสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัยทำให้เกิดผลกระทบที่ไม่ปรารถนามีการบาดเจ็บหรือตาย ทรัพย์สินเสียหาย สามารถหลีกเลี่ยงได้โดยการป้องกันอุบัติเหตุ

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า อุบัติเหตุ หมายถึง เหตุการณ์หรืออันตรายที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้อำนาจมาก่อน ซึ่งมีผลทำให้มีความเสียหายทางร่างกายและทรัพย์สิน

ทฤษฎีการเกิดอุบัติเหตุ

ทฤษฎีการเกิดอุบัติเหตุ ได้มีการอธิบายไว้หลายทฤษฎีซึ่งจะขออธิบาย 6 ทฤษฎีดังนี้

1. ทฤษฎีโดมิโน (Domino theory)
2. ทฤษฎีมูลเหตุเชิงซ้อน (Multiple causation theory)
3. ทฤษฎีวงจรชีวภาพ (Biological rhythms theory)
4. ทฤษฎีความเอนเอียงในการเกิดอุบัติเหตุ (Accident-proneness theory)

5. ทฤษฎีการขาดดุลยภาพ (Imbalance cause theory)

6. ทฤษฎีพลังงาน (Energy cause theory)

1. ทฤษฎีโดมิโน (Domino theory)

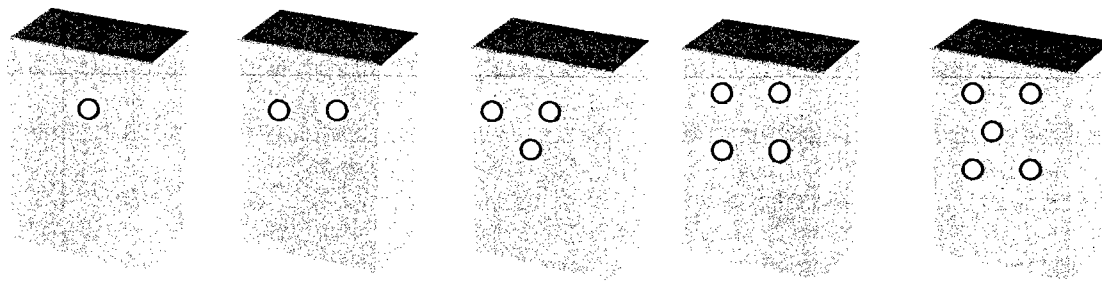
จากแนวคิดที่ว่าอุบัติเหตุย่อมเกิดจากสาเหตุต่างๆ และพยายามหาแนวทางในการป้องกันอุบัติเหตุ โดยเริ่มจากการปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย ในปี ค.ศ. 1931 เฮนริก (H.W. Heinrich) ได้ค้นพบข้อเท็จจริงว่าสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุเกิดจากการกระทำของคนเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 88.00 และเกิดจากสภาพแวดล้อมไม่ปลอดภัยร้อยละ 12.00 ซึ่งเป็นสาเหตุรอง แนวคิดของเฮนริกเป็นที่ยอมรับกันอยู่ทั่วไป และใช้ในการสอบสวนอุบัติเหตุและตรวจสอบอุบัติเหตุ (ปิยาภรณ์ ศิริภานุมาศ. 2542 : 55)

เฮนริก เป็นผู้คิดค้นทฤษฎีโดมิโน มีแนวคิดที่ว่าปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น สิ่งหนึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งหนึ่งเกิดขึ้นแล้ว การเกิดจะเป็นไปในลักษณะต่อเนื่องเป็นลูกโซ่ เหมือนกับการตั้งตัวโดมิโนไว้ในแถวเรียงกัน 5 ตัว เมื่อตัวแรกล้มลง จะทำให้ตัวถัดมาล้มลง ต่อกันไปเรื่อยๆ จนหมดแถว อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นเป็นโดมิโนตัวหนึ่งในระบบลูกโซ่ ถ้าขบวนการเหล่านี้ถูกขัดขวางโดยวิธีใดวิธีหนึ่ง ตัวโดมิโนอาจไม่ล้มหมดทั้งแถว อุบัติเหตุและการบาดเจ็บหรือเสียหายอาจไม่เกิดขึ้น ดังนั้น เฮนริก จึงได้กล่าวว่า การบาดเจ็บและความเสียหายต่างๆ เป็นผลสืบเนื่องโดยตรงมาจากอุบัติเหตุ (เหตุการณ์ที่เกิดจากการกระทำที่ไม่ปลอดภัย หรือสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย) ซึ่งเปรียบได้เหมือนตัวโดมิโนที่เรียงกันอยู่ 5 ตัว ใกล้เคียงกัน เมื่อตัวที่หนึ่งล้ม ย่อมมีผลทำให้ตัวโดมิโนถัดไปล้มตามไปด้วย (พรสุข หุ่นนิรันดร์. 2534 : 62-64)

ตัวโดมิโนทั้ง 5 ตัว ได้แก่

1. สภาพแวดล้อมหรือภูมิหลังของบุคคล (Social environment of background) ได้แก่ สภาพครอบครัว ฐานะความเป็นอยู่ การศึกษา
2. ความบกพร่องผิดปกติของบุคคล (Defects of person)
3. การกระทำหรือสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe acts/Unsafe condition)
4. อุบัติเหตุ (Accident)
5. การบาดเจ็บหรือเสียหาย (Injury/Damages)

ดังภาพประกอบ 2 (เอมอัชฌา (รัตนริมจง) วัฒนบูรานนท์. 2537 : 24)

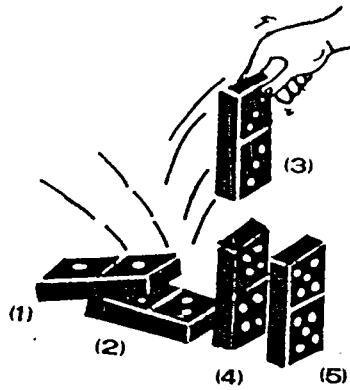


- | | | | | |
|-------------------------|----------------------------|--|---------------|----------------------------------|
| 1. ภูมิหลังของ
บุคคล | 2. ความบกพร่อง
ของบุคคล | 3. การกระทำและ
สภาพแวดล้อม
ที่ไม่ปลอดภัย | 4. อุบัติเหตุ | 5. การบาดเจ็บหรือ
ความสูญเสีย |
|-------------------------|----------------------------|--|---------------|----------------------------------|

ภาพประกอบ 2 โดมิโนทั้งห้าตัว

โดมิโนทั้ง 5 ตัวแสดงให้เห็นว่า ภูมิหลังหรือสภาพแวดล้อมทางสังคมของบุคคล เช่น สภาพครอบครัว ฐานะความเป็นอยู่ การศึกษา มีผลต่อความบกพร่องผิดปกติของบุคคลนั้นหรือมีทัศนคติต่อความปลอดภัยไม่ถูกต้องซึ่งก่อให้เกิดการกระทำและ/หรือสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัย ทำให้เกิดอุบัติเหตุ และผลที่ตามมาคือการบาดเจ็บหรือความสูญเสีย

ตามทฤษฎีโดมิโนของเฮนริก ได้อธิบายขั้นตอนของการเกิดอุบัติเหตุเป็น 5 ลำดับขั้น ซึ่งจะเกิดในลักษณะที่เกี่ยวข้องซึ่งกันและกันเป็นระบบลูกโซ่ การป้องกันอุบัติเหตุจึงต้องทำการวิเคราะห์ถึง “ลูกโซ่ของอุบัติเหตุ” (Accident chain) คือ เมื่อตัวโดมิโนตัวแรกล้มตัวถัดไปจะล้มตาม ต้องทำการวิเคราะห์ว่าอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นมีสาเหตุมาจากอะไรบ้าง และการป้องกันอุบัติเหตุให้ได้ผลควรจะมีมาตรการการป้องกันอุบัติเหตุวิธีใด ถ้าหากไม่ต้องการให้โดมิโนตัวที่ 4 ล้ม (ไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ) จะต้องทำอย่างไร เราต้องดึงเอาโดมิโนตัวที่ 3 ออกมา คือ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนและปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย อุบัติเหตุก็จะไม่เกิดขึ้น ดังภาพประกอบ 3 (एमэхма (вэднрмж) вѡмнбурзннѡ. 2537 : 25) การที่จะแก้ไขหรือป้องกันโดมิโนตัวที่ 1 และ 2 (ภูมิหลังของบุคคลและความบกพร่องผิดปกติของบุคคล) ทำได้ยากมากเพราะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นและปลูกฝังเป็นคุณสมบัติส่วนตัวแล้ว



ภาพประกอบ 3 การป้องกันอุบัติเหตุ โดยตั้งโดมิโนตัวที่ 3 ออก

จากทฤษฎีโดมิโน เฮนริกมีแนวคิดในการป้องกันอุบัติเหตุโดยใช้หลัก 3'sE เป็นมาตรการป้องกันอุบัติเหตุ คือ การให้การศึกษา (Education) เน้นการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนให้มีพฤติกรรมที่ปลอดภัย การปรับปรุงทางวิศวกรรม (Engineering) เพื่อปรับปรุงแก้ไขสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย ส่วนมาตรการสุดท้ายใช้การบังคับให้ปฏิบัติตามกฎหมาย (Enforcement) เพื่อให้คนมีพฤติกรรมที่ปลอดภัยและปฏิบัติตามหลักแห่งความปลอดภัยต่างๆ

ทฤษฎีนี้นำไปใช้ในวงการอุตสาหกรรมมาก เพราะอุบัติเหตุทำให้เกิดความเสียหายมาก แต่พอใช้ทฤษฎีนี้ไปได้ระยะหนึ่ง ปรากฏว่าความถี่ของจำนวนอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นก็ไม่เป็นศูนย์ถึงแม้ว่าจำนวนอุบัติเหตุจะลดลง แต่ยังไม่เป็นที่น่าพอใจของบุคคลหลายฝ่ายที่มีส่วนรับผิดชอบอยู่ เพราะเป้าหมายที่แท้จริงนั้น คือ ต้องการให้จำนวนอุบัติเหตุมีอัตราการเกิดเป็นศูนย์ เพื่อโรงงานอุตสาหกรรมต่างๆ จะได้กำไรเพิ่มมากขึ้น จึงพอสรุปได้ว่าทฤษฎีโดมิโนยังไม่ใช้ทฤษฎีที่ได้ผลอย่างเต็มที่ในการป้องกันอุบัติเหตุ แต่เป็นทฤษฎีที่สามารถลดปัญหาการเกิดอุบัติเหตุได้ในระดับหนึ่ง

2. ทฤษฎีมูลเหตุเชิงซ้อน (Multiple causation theory)

เป็นทฤษฎีการป้องกันอุบัติเหตุที่กล่าวถึง การหาสาเหตุของอุบัติเหตุว่าเกิดจากปัจจัยหลายชนิด แดน ปีเตอร์สัน (Dan Peterson) เป็นผู้คิดทฤษฎีนี้ขึ้น กล่าวว่า อุบัติเหตุเกิดขึ้นจากสาเหตุหลายประการอยู่เบื้องต้นและสาเหตุเหล่านี้รวมตัวกันแบบไม่แน่นอน (Random) ก่อให้เกิดอุบัติเหตุขึ้น และยังอธิบายอีกว่า การป้องกันอุบัติเหตุไม่ควรมุ่งเน้นไปที่การกำจัดสาเหตุหนึ่งสาเหตุใดโดยเฉพาะ เช่น จะแก้ไขปัญหาคณะกรรมการกระทำหรือสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยเท่านั้นไม่ได้ เพราะมีสาเหตุอื่นๆ อีกที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ ดังนั้นสิ่งสำคัญของการป้องกันอุบัติเหตุ คือ การบริหารจัดการเกี่ยวกับความปลอดภัยเพื่อให้คนและสิ่งแวดล้อมอยู่ร่วมกันอย่างสมดุล จะเห็นว่าทฤษฎีนี้เน้นในแง่ระบบการจัดการ ซึ่งพิจารณาถึงการมีองค์กรและการบริหารจัดการ ทฤษฎีมูลเหตุเชิงซ้อนจึงนิยมใช้ในโรงงานอุตสาหกรรมมาก

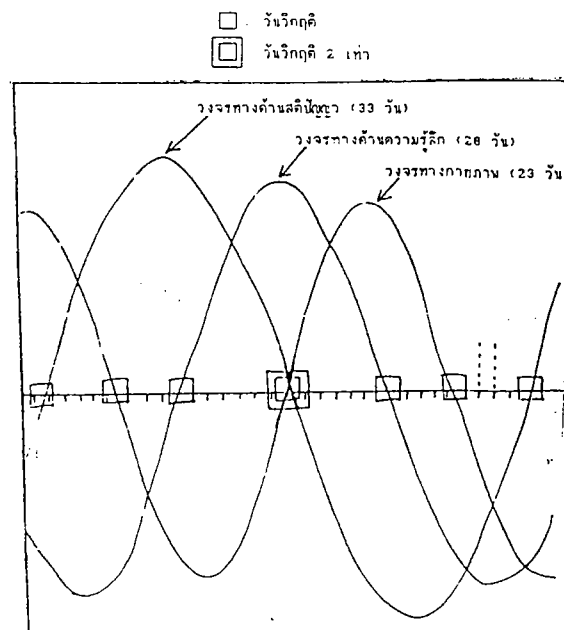
3. ทฤษฎีวงจรชีวภาพ (Biological rhythms theory)

แพทย์ชาวเยอรมันเป็นผู้คิดค้นทฤษฎีนี้ตั้งแต่ปลายศตวรรษที่ 19 ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมนุษย์ เพื่อเป็นตัวทำนายการเกิดอุบัติเหตุ (Accidental-proneness) ทฤษฎีนี้มีแนวคิดที่ว่า เนื่องจากคนมีวงจรชีวภาพภายในร่างกายอยู่ด้วยกัน 3 ลักษณะ เริ่มมีมาตั้งแต่เกิดและมีรูปแบบของวงจรทั้งสามในการเคลื่อนไหวที่แน่นอน และซ้ำๆ ตลอดชีวิต วงจรชีวภาพจึงเป็นวงจรที่ใช้เป็นแนวโน้มบอกถึงความรู้สึกไวต่อการเกิดอุบัติเหตุในช่วงเวลาที่แน่นอน ซึ่งเป็นจังหวะที่เกิดขึ้นภายในร่างกายมนุษย์เหมือนกับวงจรอื่นๆ เช่น จังหวะการเต้นของหัวใจ หรือวงจรการมีประจำเดือนในสตรีมี 28 วัน เป็นต้น

วงจรชีวภาพ มี 3 วงจร ได้แก่

1. วงจรทางกายภาพมี 23 วัน (Physical)
2. วงจรทางด้านความรู้สึกมี 28 วัน (Sensitivity)
3. วงจรทางด้านสติปัญญามี 33 วัน (Intellectual)

วงจรเหล่านี้ ในระยะเริ่มต้นจะอยู่ในภาวะเป็นกลาง (Neutral state) และค่อยเปลี่ยนภาวะของบุคคลจากภาวะเป็นกลางเข้าสู่ภาวะบวกโดยเส้นโค้งของวงจรจะขึ้นสูงจนถึงจุดสูงสุด แล้วจึงค่อยเปลี่ยนภาวะบวกสู่ภาวะเป็นกลางแล้วเข้าสู่ภาวะลบ ซึ่งเป็นภาวะที่ไม่คงที่ โดยเส้นโค้งของวงจรจะลงต่ำจนถึงจุดต่ำสุด หลังจากนั้นจึงมีการเปลี่ยนแปลงกันไปสู่ภาวะที่ไม่คงที่ (คือภาวะลบ) ขึ้นมาอีกครั้ง ดังภาพประกอบ 4 (พรสุข หุ่นิรันดร์. 2534 : 68)



ภาพประกอบ 4 วงจรชีวภาพ

จากภาพประกอบ 4 จะเห็นว่า ตรงจุดที่เปลี่ยนแปลง ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงของตำแหน่งเส้นโค้ง(Transition point) จากภาวะบวกมาเป็นภาวะลบ หรือจากภาวะลบไปเป็นภาวะบวก เป็นวันที่วงจรนั้นตัดกับเส้นศูนย์ (Zero line) จะเป็นวันที่บุคคลมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุเพิ่มมากขึ้น เรียกว่าวันวิกฤต (Critical day) หากเส้นโค้งของวงจรมาตัดกันบนเส้นศูนย์ จะเป็นวันที่บุคคลมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุเพิ่มเป็น 2 เท่า เรียกว่าวันวิกฤต 2 เท่า (Double critical day) และวันที่อันตรายมากที่สุด คือ วันที่เส้นโค้งของทั้ง 3 วงจรมาตัดกันบนเส้นศูนย์ เรียกได้ว่าเป็นวันที่บุคคลนั้นมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุเพิ่มมากขึ้นถึง 3 เท่า (Triple critical day)

จากการคำนวณจำนวนวันที่วงจรแต่ละวงจรจะหมุนเวียนเปลี่ยนแปลงจากภาวะบวก ภาวะเป็นกลาง และภาวะเป็นลบแล้วหมุนกลับเพื่อให้ครบวงจรนั้น เป็นลักษณะที่เฉพาะตัวของแต่ละบุคคลมาก จึงทำให้แต่ละคนมีแนวโน้มและโอกาสในการเกิดอุบัติเหตุเพิ่มขึ้นได้ในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกันออกไป สำหรับทฤษฎีวงจรชีวิตภาพยังไม่มีผลการยืนยันการค้นพบตามหลักการทดลองทางวิทยาศาสตร์ เพราะนำทฤษฎีมาพิสูจน์ผลในเชิงวิทยาศาสตร์ได้ยากมาก อย่างไรก็ตามในปี 1969 ประเทศญี่ปุ่นได้นำทฤษฎีวงจรชีวิตภาพไปใช้เพื่อป้องกันอุบัติเหตุในบริษัทรถไฟแห่งหนึ่ง ทางบริษัทจะพิมพ์บอกวันวิกฤตของพนักงานขับรถไฟทุกคนแจกในวันเงินเดือนออก พอถึงวันวิกฤตของบุคคลนั้นเมื่อเขาขับรถไฟจะสวมหมวกสีแดง เป็นสัญลักษณ์บอกให้เพื่อนๆ พนักงานขับรถไฟได้รู้ว่าวันนี้เป็นวันวิกฤต นอกจากเขาจะต้องมีความระมัดระวังไม่ประมาทให้มากกว่าวันธรรมดาเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ และเป็นการให้ทุกคนเกิดความตระหนัก (Awareness) ถึงอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา เป็นการไม่ประมาท ซึ่งวิธีนี้ทำให้ช่วยลดอุบัติเหตุได้ถึงร้อยละ 50

4. ทฤษฎีความเอนเอียงในการเกิดอุบัติเหตุ (Accident-proneness theory)

เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงลักษณะของคนที่มีพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุมีการศึกษาแยกแยะลักษณะนิสัยของคนที่มีพฤติกรรมก่อให้เกิดอุบัติเหตุกับคนที่ไม่เคยเกิดอุบัติเหตุเลยว่ามี ความแตกต่างกันอย่างไร ทำไมบางคนเกิดอุบัติเหตุซ้ำๆ ในขณะที่บางคนไม่เคยเกิดอุบัติเหตุเลยหรือเกิดเพียงครั้งเดียว มีอะไรบ้างเป็นปัจจัยสำคัญในการเกิดอุบัติเหตุ ดังนั้นจึงมีการวิเคราะห์แยกแยะกลุ่มที่มีจุดอ่อนต่อการเกิดอุบัติเหตุ เพื่อที่จะศึกษาค้นหาวิธีป้องกันอุบัติเหตุ

ความเอนเอียงในการเกิดอุบัติเหตุ เป็นสิ่งที่ทุกคนมีโอกาสพบจุดอ่อนในการเกิดอุบัติเหตุในแต่ละคนมีลักษณะแตกต่างกันไป ซึ่งขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของสิ่งแวดล้อม และบุคลิกภาพโดยทั่วไป คนส่วนใหญ่จะเกิดอุบัติเหตุเมื่อมีความยากลำบากในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม

แมคไกวาร์ (Frederick Mc Guire) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับความเอนเอียงในการเกิดอุบัติเหตุไว้ว่า ความเอนเอียงในการเกิดอุบัติเหตุ จะเกิดขึ้นกับคนบางคนในระยะเวลาหนึ่ง เป็นระยะเวลาสั้นๆ และอาจจะเกิดกับบางคนในระยะเวลายาวนาน

ในทวีปยุโรปมีการศึกษาวิจัยเพื่อแยกแยะวิเคราะห์คนกลุ่มที่มีลักษณะนิสัยก่อให้เกิดอุบัติเหตุ (พรสุข หุ่นจันทร์. 2534 : 70-75) เริ่มใน ค.ศ. 1919 ในประเทศอังกฤษ กรีนวูด และวูดส์ (M. Greenwood and H.m. Woods) ได้พัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับ Multiple accident ซึ่งเป็นผลมาจากลักษณะนิสัยและไม่สามารถมองเห็นได้จากปัจจัยภายนอก ต่อมาในปี ค.ศ. 1926 มาร์เบ (Marbe) ชาวเยอรมัน กล่าวว่า คนที่เกิดอุบัติเหตุแล้ว 1 ครั้งมีความเอนเอียงที่จะเกิดอุบัติเหตุได้อีก มากกว่าคนที่ไม่เคยเกิดอุบัติเหตุเลย และแนะนำว่าปัจจัยบางอย่างในบุคลิกภาพ ทำให้มีความเอนเอียงในการอุบัติเหตุด้วย ในปี ค.ศ. 1934 แอดเลอร์ (Adler) ได้วิจัยเพิ่มเติมและสนับสนุนแนวคิดของมาร์เบ

จากการวิจัยต่างๆ จึงสรุปได้ว่าคนบางคนมีความเอนเอียงที่จะเกิดอุบัติเหตุมากกว่าอีกคนหนึ่ง มีการอธิบายทฤษฎีความเอนเอียงในการเกิดอุบัติเหตุ โดยแบ่งเป็น 3 แนวคิด ดังนี้

1. The multiple-accident concept
2. The variable-group concept
3. The universal-susceptibility concept

1. The multiple-accident concept

แนวคิดนี้เชื่อว่าลักษณะเฉพาะของบุคคล แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1.1 พฤติกรรมที่ปลอดภัย (Accident free)

1.2 พฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัย (Accident repeater) ซึ่งจัดเป็นลักษณะที่ทำให้มีความเอนเอียงในการเกิดอุบัติเหตุมากกว่าคนที่มีความปลอดภัย

แนวความคิดนี้อธิบายถึงลักษณะของคนที่มีอัตราการเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุมากกว่าคนอื่น ๆ อย่างไรก็ตามแนวคิดนี้ยังมีข้อจำกัดอยู่ตรงประเด็นที่อธิบายเกี่ยวกับกลุ่มคนที่ได้รับอุบัติเหตุ กล่าวว่า ในระยะเวลาหนึ่งประชาชนถึงร้อยละ 20 ที่มีความเอนเอียงต่อการเกิดอุบัติเหตุ จะได้รับอุบัติเหตุร้อยละ 80 แต่จากการสังเกตประชากรกลุ่มเดิม พบว่าในช่วงระยะเวลาต่อมาจะมีกลุ่มประชาชนที่ได้รับอุบัติเหตุแตกต่างไปจากชุดเดิมถึงแม้ว่าจะมีบางคนเป็นคนที่เคยได้รับอุบัติเหตุแล้วก็ตาม แต่ส่วนมากจะเป็นคนใหม่ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้เป็นผลจากการกระจายส่วนเฉลี่ยและการมีโอกาสดำเนินการเกิดอุบัติเหตุ

ในปี ค.ศ. 1951 ทรอนไดค์ (Thorndike) ได้สรุปว่า แนวคิดนี้ยังมีข้อจำกัดอยู่เพราะความเอนเอียงต่อการเกิดอุบัติเหตุเป็นรูปแบบที่ Complex matter และปัจจัยที่ทำให้คนมีจุดอ่อน (Susceptible) ต่ออุบัติเหตุก็มีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

2. The variable-group concept

เป็นทฤษฎีที่ปรับปรุงและพัฒนาจากทฤษฎีแรก (The multiple-accident concept) มีแนวคิดจากพื้นฐานความเชื่อที่ว่า ความเอนเอียงในการเกิดอุบัติเหตุ (Accident proneness) เป็นลักษณะบุคลิกภาพที่แปรเปลี่ยนได้โดยขึ้นกับเงื่อนไขของความมั่นคงทางอารมณ์และสภาพสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ส่วนบุคคลแต่ละคนนั้นสามารถเข้ามาอยู่ในกลุ่มที่มีพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยในช่วงระยะเวลาหนึ่งและในเวลาต่อมาอาจจะไม่ได้อยู่ในกลุ่มนี้ เพราะมีลักษณะนิสัยที่เปลี่ยนไปเป็นพฤติกรรมที่ปลอดภัย จากแนวคิดนี้ทำให้ค้นพบว่า ความเอนเอียงในการเกิดอุบัติเหตุเป็นลักษณะนิสัยที่เกิดขึ้นและหายไปได้ ดังนั้น ความเอนเอียงในการเกิดอุบัติเหตุจึงหมายถึงภาวะของจุดอ่อนที่มีต่อการตอบสนองในลักษณะเฉพาะตัวของแต่ละบุคคล การปรากฏของความเอนเอียงในการเกิดอุบัติเหตุจะมีความคงที่แน่นอน ไม่เกิดขึ้นและหายไปเหมือนความรู้สึกเจ็บปวดทางร่างกาย ลักษณะนิสัยและเจตคติที่ปลอดภัยของคนคนนั้นจะมีความสัมพันธ์ต่อความเอนเอียงในการเกิดอุบัติเหตุ

3. The universal-susceptibility concept

แนวคิดนี้เน้นให้เห็นว่าระดับของความทนทานต่อการมีพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยของแต่ละบุคคล ทำให้มีจุดอ่อนมากหรือน้อยต่อการเกิดอุบัติเหตุ จะขึ้นอยู่กับ การเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขทางสิ่งแวดล้อม และตัวแปรทางด้านจิตวิทยา โดยเฉพาะอารมณ์

ระดับของความไม่แน่นอน จะเปลี่ยนแปลงในแต่ละบุคคลที่มีความทนทานสูงหรือความทนทานต่ำต่อการมีพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัย จะขึ้นอยู่กับเงื่อนไขความกดดันทางอารมณ์เป็นประการสำคัญ

แนวคิดนี้สัมพันธ์กับพฤติกรรมของคนต่อสถานการณ์อันตรายด้วยปัจจัยทางจิตวิทยาซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำการควบคุมพฤติกรรมอื่น ๆ ทั้งหมด ถึงแม้ว่าจะมีอีกหลายปัจจัยที่สนับสนุนการเกิดพฤติกรรมก็ตาม ระดับของความทนทานต่อการเกิดพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยก็เป็นหนึ่งในปัจจัยเหล่านั้น ปัจจัยอื่น ๆ เช่น ความกลัว ความโกรธ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ก่อให้เกิดจุดอ่อนต่อการเกิดอุบัติเหตุเพิ่มมากขึ้น อุบัติเหตุถึงร้อยละ 90 เกิดจากความบกพร่องของคน (Human error) ซึ่งแนวความคิดนี้ได้เน้นว่า ทุกคนมีความเอนเอียงต่อการเกิดอุบัติเหตุ และได้อธิบายว่าทำอย่างไรคนจึงมีจุดอ่อนต่อการเกิดอุบัติเหตุเพิ่มขึ้นหรือลดลงถ้าขณะที่บุคคลหนึ่งมีจุดอ่อนต่อการเกิดอุบัติเหตุกำลังอยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย อุบัติเหตุอาจจะไม่เกิดขึ้น หากในทางตรงกันข้าม ถ้ามีเงื่อนไขทางสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย อุบัติเหตุย่อมเกิดขึ้นได้เสมอ ดังอธิบายจากแนวความคิดดังนี้

พฤติกรรมไม่ปลอดภัย + เงื่อนไขทางสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย = อุบัติเหตุ

สถานการณ์

รูปแบบของพฤติกรรม

1. ภรติพย์มีความสามารถทางว่ายน้ำมาก ได้นัดหมายไปว่ายน้ำและดำน้ำเล่นที่พัทยา (เธอว่ายน้ำได้ดีพอสมควร)
 2. ทวีรักเกือบจมน้ำตายขณะว่ายน้ำที่บางแสน
 3. ภรติพย์ได้นัดหมายไปว่ายน้ำเล่นกับเพื่อน กลุ่มนักว่ายน้ำที่เป็นนักกีฬาว่ายน้ำ เพื่อนกลุ่มนั้นได้ว่ายน้ำออกไปไกลฝั่งมาก น้ำลึกเกินกว่าที่เธอจะสามารถว่ายน้ำไปถึงได้ แต่เพื่อนๆ ก็เร่งรีบและเรียกให้เธอว่ายน้ำให้ได้
 4. ยอดมิตรออยู่ในเรือที่กำลังล่ม เขาว่ายน้ำไม่เป็นจึงมีความตื่นเต้นตกใจมากและได้รับการช่วยเหลือชีวิตจากเพื่อน
 5. สันติเป็นนักขับรถที่ดีได้พบแฟนสาวนั่งรถไปกับชายคนอื่น เขาโกรธมากที่แฟนสาวเปลี่ยนใจไปคบคนอื่น เขาวิ่งไปที่รถและขับรถออกไปด้วยความเร็วสูงโดยไม่สนใจต่อรถคันอื่นและสิ่งรอบข้าง
- มีรูปแบบของพฤติกรรมที่ปลอดภัย
 - เขามีความระมัดระวังอุบัติเหตุเพิ่มมากขึ้น หลังจากเกือบจมน้ำตาย มีการกระทำที่ปลอดภัย พร้อมกับเพิ่มความระวัง (มีรูปแบบของพฤติกรรมที่ปลอดภัย)
 - เริ่มมีรูปแบบพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัย เสี่ยงภัยมากขึ้น อาจมีเงื่อนไขทางสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยเพิ่มขึ้น เช่น คลื่นลมแรง ทำให้เกิดอุบัติเหตุ ภรติพย์อาจจมน้ำตายได้
 - พฤติกรรมไม่ปลอดภัย และมีเงื่อนไขของการตื่นเต้นตกใจ ซึ่งเสี่ยงต่อการจมน้ำ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อน
 - พฤติกรรมไม่ปลอดภัยและอารมณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น คือ ความโกรธและความกลัวที่จะเสียแฟนสาวไป ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

ความแตกต่างในเรื่องจุดอ่อนของคนในรูปแบบพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยเป็นหลักของแนวคิด บุคคลแต่ละคนจะตอบโต้เหตุการณ์เดียวกันในลักษณะที่แตกต่างกันออกไป เพราะคนมีระดับของความอดทนในการต่อต้านกับรูปแบบพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยแตกต่างกัน เมื่อระดับของความอดทนถูกล่วงเกิน คนเราจะมีการโต้ตอบด้วยพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งกลายเป็นจุดอ่อนที่นำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุได้

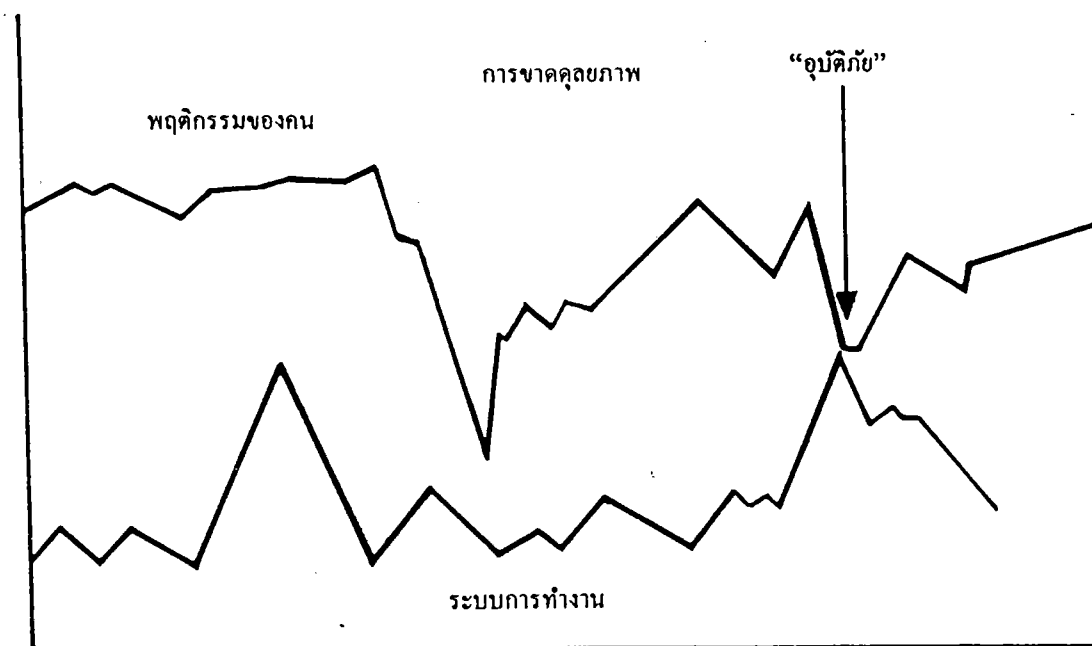
แนวคิดนี้ให้เหตุผลสำหรับการเกิดอุบัติเหตุว่า ระดับของความมั่นคงทางอารมณ์ของคนจะรักษาไว้โดยการมีเจตคติที่ดีเกี่ยวกับความปลอดภัย และจุดอ่อนของคนเกี่ยวกับการเกิดอุบัติเหตุจะลดลงเมื่อบุคคลได้มีความรู้มากขึ้นเกี่ยวกับความปลอดภัยและเห็นความ

สำคัญของพฤติกรรมที่ปลอดภัย พร้อมทั้งมีการเตรียมพร้อมในการเผชิญกับสภาพการณ์ที่อันตรายและเสี่ยงภัยได้

ดังนั้นลักษณะของสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุจึงสามารถถูกเปลี่ยนแปลงและแก้ไขได้ สรุปได้ว่าทฤษฎีความเอนเอียงในการเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งมี 3 แนวความคิดนั้น ได้อธิบายถึงความเอนเอียงต่อการเกิดอุบัติเหตุในแต่ละคนมีแตกต่างกัน จุดอ่อนของการเกิดอุบัติเหตุจะถูกเปลี่ยนแปลงโดยเงื่อนไขทางสภาพสิ่งแวดล้อม และสภาพทางจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไป

5. ทฤษฎีการขาดดุลยภาพ (Imbalance cause theory)

ทฤษฎีการขาดดุลยภาพ เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึง การบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุที่เกิดจากการขาดดุลยภาพชั่วขณะหนึ่งระหว่างพฤติกรรมของคนกับระบบการทำงานที่บุคคลนั้นกระทำอยู่ ดังภาพประกอบ 5 (พรสุข หุ่นรินทร์. 2534 : 75)



ภาพประกอบ 5 การขาดดุลยภาพ

6. ทฤษฎีพลังงาน (Energy cause theory)

เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงขั้นตอนของการเกิดบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเริ่มต้นจากการมีพลังงานก่อดำเนิน (Energy marshelling) แต่ยังไม่มีการปล่อยพลังงานให้ปรากฏออกมา เปรียบเสมือนรถยนต์ที่กำลังติดเครื่องยนต์ทำให้เกิดพลังงานขึ้นแล้วแต่ยังไม่ขับเคลื่อนต่อไปจะมีการปล่อยพลังงานออกมา ซึ่งเปรียบได้กับรถยนต์ขับเคลื่อนออกมามบนถนนแล้ว และเมื่อรถคันนั้นวิ่งมาชนคน ถ้าชนเบาๆ ร่างกายหรือส่วนหนึ่งส่วนใดทนต่อแรงกระแทกได้ก็อาจจะไม่เกิดการ

บาดเจ็บ แต่ถ้าแรงกระแทกนั้นสูงเกินกว่าร่างกายหรือส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกายทนทานไม่ได้ ก็จะเกิดการบาดเจ็บขึ้น แอ็ดดอน (William Haddon, Jr.) ได้กล่าวไว้ว่า สาเหตุการเกิดบาดเจ็บ ซึ่งเกิดโดยไม่คาดคิดหรือโดยไม่ตั้งใจให้เกิดขึ้นก็ตาม มีสาเหตุ 2 ประเภทดังนี้

ประเภทที่หนึ่ง ได้แก่ การบาดเจ็บซึ่งเกิดจากการเกิดพลังงานมากระทบร่างกายของคนในปริมาณที่สูงเกินกว่าร่างกายหรือส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกายจะทนต่อแรงกระแทกนั้นได้ (Injury thresholds)

ประเภทที่สอง เกิดการแลกเปลี่ยนพลังงานระหว่างร่างกายหรือส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกายกับแรง ซึ่งมากระทบในลักษณะที่ผิดปกติ (Abnormal energy exchange) จึงทำให้เกิดการบาดเจ็บขึ้น (วิจิตร บุญยะโหดระ. 2530 : 145)

อุบัติเหตุในผู้สูงอายุ

อุบัติเหตุเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้เสมอ โดยที่ไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ สำหรับผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะได้รับอุบัติเหตุง่ายที่สุด ทั้งอุบัติเหตุภายในบ้าน และภายนอกบ้าน (เสนอ อินทรสุขศรี. 2543 : 379) สาเหตุที่อุบัติเหตุเกิดขึ้นได้บ่อยในผู้สูงอายุก็เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายในทางที่เสื่อมถอย การทำงานของระบบประสาทสัมผัส ระบบประสาทสั่งการ การทำงานของกล้ามเนื้อ ข้อต่อกระดูกหย่อนสมรรถภาพลงไป (แทจรีศิริพานิช. 2542 : 168) และเมื่อผู้สูงอายุได้รับอุบัติเหตุจะเกิดอันตรายและผลเสียมากกว่าคนในวัยอื่นๆ การแก้ไขให้การรักษายาบาลกระทำได้อย่างยาก การหายจากผลของอุบัติเหตุก็ค่อนข้างใช้เวลานานอีกทั้งผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย ดังนั้นการเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุจึงเป็นปัญหาอย่างมากในด้านส่วนตัวของผู้สูงอายุเอง ปัญหาครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจและสังคม

อุบัติเหตุในผู้สูงอายุเกิดขึ้นได้ทั้ง ภายในบ้านและภายนอกบ้าน (ธาดา วิมลวัตรเวที. 2542 : 167) สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยมีความสนใจเกี่ยวกับเรื่องอุบัติเหตุในบ้านที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ในบ้าน อุบัติเหตุภายในบ้านจึงพบได้บ่อยกว่าอุบัติเหตุภายนอกบ้าน อุบัติเหตุที่พบได้แก่ หกล้ม ตกบันได ลื่นล้ม มีดบาด น้ำร้อนลวก ซึ่งอุบัติเหตุเหล่านี้มักเกิดขึ้นบริเวณห้องน้ำ บันได ห้องนอน และห้องครัว โดยมีสาเหตุจากสภาพแวดล้อมในบ้านไม่เหมาะสม

อุบัติเหตุในบ้าน

วิจิตร บุญยะโหดระ (2530 : 39) ให้ความหมายของอุบัติเหตุในบ้าน หมายถึง อุบัติเหตุต่างๆ ที่เกิดขึ้นภายในบ้านของเรา เช่น การพลัดตกหกล้ม (เช่น การลื่นล้มในห้องน้ำ ตกจากบันได เป็นต้น) มีดบาด แก้วระเบิด ไฟไหม้ เป็นต้น เนื่องจากบ้านเป็นสถานที่ที่ผู้สูงอายุใช้เวลาส่วนใหญ่ มีการประกอบกิจกรรมหลายด้าน มีเครื่องมือเครื่องใช้มากมายหลายชนิด ฉะนั้น อุบัติเหตุจึงมักจะเกิดขึ้นได้หลายประการ

อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นภายในบ้านสามารถจำแนกชนิดต่างๆ ได้ดังนี้ (เอมอัชฌา (รัตนริมจง) วัฒนบุรานนท์. 2539 : 35)

- 1.1 การพลัดตกหกล้ม
- 1.2 ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก
- 1.3 การถูกของแหลมคม
- 1.4 การได้รับสารพิษ
- 1.5 ทางเดินหายใจอุดตัน

1.1 การพลัดตกหกล้ม

การพลัดตกหกล้มเป็นอุบัติเหตุที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุเป็นอันดับสอง รองจากอุบัติเหตุจราจร (แท้จริง ศิริพานิช. 2542 : 171) อีกทั้งยังพบได้ถึง 3 ใน 4 ของอุบัติเหตุในบ้านในผู้สูงอายุ และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นภายในบ้านด้วย (เอมอัชฌา (รัตนริมจง) วัฒนบุรานนท์. 2539 : 34) การพลัดตกหกล้มยังเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานใช้เวลาในการฟื้นฟูสภาพนานกว่าคนในวัยที่อ่อนกว่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีกระดูกสะโพกหักจะยิ่งทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะแทรกซ้อนจากการขาดการเคลื่อนไหว เช่น ปอดบวม ข้อติดแข็ง หรือการติดเชื้อซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอีกด้วย จากการศึกษาถึงอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ ของนายแพทย์อนันต์ ดันมุขยกุล (2536 : 35,153-159) พบว่าร้อยละ 35.4 เป็นอุบัติเหตุของการพลัดตกหกล้ม

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ที่สำคัญมีดังนี้ (แท้จริง ศิริพานิช. 2542 : 172)

1. ผู้สูงอายุมีการทรงตัวที่ไม่ดี
2. ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดอาการหน้ามืด เป็นลมได้ง่าย ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มตามมาได้ง่าย
3. การมองเห็นไม่ชัด ทำให้คาดคะเนระยะผิดพลาดไป
4. การตัดสินใจเชื่องช้า ลังเล ทำให้เกิดความไม่สัมพันธ์กันระหว่างการกระทำกับการตัดสินใจ
5. ความประมาท ขาดการประมาณตนในสมรรถนะหรือความสามารถของตน

การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ มักพบที่เกิดขึ้นบ่อยภายในบ้านโดยเฉพาะบริเวณบันไดและในห้องน้ำ การพลัดตกจากบันไดส่วนใหญ่มักมีสาเหตุเกิดจากการลื่นหรือก้าวพลาดไถลขณะเดินลงบันได บางคนมักถือสิ่งของจนไม่สามารถเกาะจับราวบันไดได้ การเกาะจับราวบันไดหากเกิดการพลัดตกหกล้มจะช่วยให้ได้รับการบาดเจ็บไม่มากนัก

1.2 ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก

การเสียชีวิตจากไฟไหม้ น้ำร้อนลวก มีประมาณหนึ่งในห้าของอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นภายในบ้าน การเกิดไฟไหม้ น้ำร้อนลวกย่อมมีผลให้บุคคลได้รับบาดเจ็บเป็นแผลพุพองปวด แสบปวดร้อน ร่างกายทุกซัทรมาณและอันตรายถึงกับเสียชีวิตได้

จากการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากการถูกความร้อนลวกเป็นผู้สูงอายุถึงร้อยละ 20 สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับบาดเจ็บจากการถูกความร้อนลวกก็คือ สิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุนั้นเอง (อาภา ใจงาม. 2536 : 403)

สถานที่ที่พบว่าผู้สูงอายุได้รับอุบัติเหตุประเภทนี้ส่วนใหญ่พบในห้องน้ำ ขณะอาบน้ำและในห้องครัวขณะปรุงอาหาร ทั้งนี้เนื่องมาจากประสาทสัมผัสรับรู้ความร้อนไป ทำให้รับรู้ความรู้สึกช้าหรือไม่รู้สึกเลย ดังนั้นโอกาสที่จะถูกความร้อนลวกจากการสัมผัสจึงมีได้มาก ประกอบกับการถอยหนีช้าทำให้อันตรายที่เกิดขึ้นค่อนข้างรุนแรง บางครั้งเสื้อผ้าที่สวมใส่ หลวม แขนเสื้อยาว ร่วมกับการมองเห็นไม่ชัดเจน การถอยหนีจากอันตรายช้าถ้าเข้าครัวที่แสงสว่างน้อยจุดเตาด้วยไม้ขีดอาจเกิดอันตรายขึ้นได้ และการสูบบุหรี่ก็เป็นสาเหตุของการถูกความร้อนลวกที่สำคัญอีกประการหนึ่งโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่ชอบสูบบุหรี่บนเตียงนอน

อันตรายของผู้สูงอายุที่ถูกความร้อนลวกค่อนข้างสูงทั้ง ๆ ที่พื้นที่ผิวของการถูกความร้อนลวกเพียง 30% ของร่างกาย ปัญหาที่ทำให้ผู้สูงอายุเสียชีวิตคือ การสูญเสียน้ำในร่างกายทำให้เกิดภาวะน้ำในร่างกายต่ำ (Hypovolemia) เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นในปอด เลือดออกในกระเพาะอาหารและไตล้มเหลว

1.3 การถูกของแหลม

อุปกรณ์เครื่องใช้ที่มีคม เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ เช่น เครื่องใช้ในการทำครัว พวกมีด เครื่องบด เครื่องหั่น เครื่องมือทำสวน พวกเสียม คราด และเครื่องตัดหญ้า ซึ่งหากใช้โดยขาดความระมัดระวังก็จะเกิดอันตรายได้ สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุจากของแหลมคมมักเกิดจากความขี้หลงขี้ลืม จัดเก็บของแหลมคมไม่เป็นระเบียบหรือเก็บไม่มิดชิด ความประมาทขาดความระมัดระวังในการใช้ทำให้ได้รับบาดเจ็บได้ ขาดการดูแลหรือสำรวจ อุปกรณ์เครื่องใช้ต่าง ๆ ที่ชำรุดจึงไม่มีการนำเครื่องมือที่ชำรุดมาซ่อมแซมแก้ไขเมื่อนำกลับมาใช้ก็เกิดอันตรายได้

1.4 การได้รับสารพิษ

สารพิษ หมายถึง สารเคมีที่เข้าสู่ร่างกายหรือสัมผัสส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายแม้เพียงจำนวนเล็กน้อยก็ทำให้เกิดอันตรายต่ออวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย เป็นผลให้เกิดความเสียหายหรือถึงแก่ความตายได้

สารพิษในบ้านที่อาจได้รับอันตรายได้แก่ ยาฆ่าแมลง ยารักษาโรคทุกชนิด น้ำยาล้างห้องน้ำ สีทาบ้าน น้ำมัน เป็นต้น สาเหตุที่ทำให้ได้รับสารพิษ เช่น ประมาททำให้เกิดการหยิบของผิด หยิบยาผิด ไม่อ่านฉลากผลิตภัณฑ์เสียก่อน การจัดเก็บสารพิษไม่เป็น

ระเบียบ ขาดการตรวจสอบผลิตภัณฑ์ที่ใช้มานานจนล้าสมัยและล้าสมัย ไม่อ่านวิธีใช้ให้ละเอียดเนื่องจากคิดว่าเคยใช้มาแล้ว

1.5 ทางเดินหายใจอุดตัน

อุบัติเหตุจากทางเดินหายใจอุดตัน มักเกิดในผู้สูงอายุซึ่งอาจเกิดจากการกระทำของตนเองหรือผู้อื่นกระทำโดยการนำสิ่งแปลกปลอมเข้าตา เข้าจมูก เข้าหู เข้าปาก หรือเกิดจากการสำลักอาหารทำให้ทางเดินหายใจอุดตัน หายใจไม่ออกและอาจเสียชีวิตได้ การสำลักและอาหารติดค้างในหลอดลมพบได้มากในผู้สูงอายุที่อ่อนแอ ขาดการเคลื่อนไหว อาจเนื่องจากการเป็นอัมพาต มีการรบกวนจากภาวะโรค เช่น มีอาการเจ็บปวดขณะกลืน ได้รับยาบางชนิดเกินไป ท่าทางที่ใช้ในการรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง ฟันปลอมหลวมและสำลักอาหารและน้ำ (อาภา ใจงาม. 2536 : 404 ; อ้างอิงจาก Steffl. 1984. *Handbook of gerontological nursing*. p.492)

สถานที่ที่ผู้สูงอายุมักประสบอุบัติเหตุ ได้แก่ สถานที่ต่อไปนี้

(บรรลุ ศิริพานิช. 2538 : 66-70)

1. ห้องน้ำ สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุที่ห้องน้ำ มักมีสาเหตุดังต่อไปนี้คือ
 - พื้นห้องน้ำลื่น เนื่องจากการปูพื้นห้องน้ำด้วยวัสดุผิวลื่นเป็นเงา หรืออาจเกิดจากพื้นห้องน้ำไม่สะอาด มีตะไคร่น้ำจับทำให้ลื่นหกล้มได้ง่าย
 - การเกิดอาการหน้ามืด เป็นลม เนื่องจากการลุกขึ้นหลังจากการเสร็จสิ้นการขับถ่าย (พบมากในผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่แข็งแรง) มักเกิดจากการนั่งถ่ายส้วมแบบยอง ๆ พอลุกขึ้นทำให้มีอาการหน้ามืดเป็นลม
2. ห้องนอน สาเหตุของอุบัติเหตุในห้องนอนที่พบมากคือ ผู้สูงอายุพลัดตกหกล้มข้างเตียง ซึ่งกระดูกของผู้สูงอายุเปราะบางกว่าปกติ เนื่องจากขาดแคลเซียมในกระดูกลดลง ดังนั้นเมื่อได้รับแรงกระแทกเพียงเล็กน้อยก็อาจทำให้กระดูกหักได้
3. บันได สาเหตุของอุบัติเหตุบริเวณบันไดมักเกิดเนื่องจากลื่น และพลาดไถลลงมา มักเกิดขึ้นตอนขาลงมากกว่าขาขึ้น อุบัติเหตุมักเกิดจากถือของทั้งสองมือทำให้ไม่ได้จับราวบันไดขณะก้าวลงบันได หรือกรณีเดินลงบันไดมานึกว่าหมดชั้นบันไดแล้วแต่ที่จริงยังไม่หมดทำให้เกิดพลาดลื่นไถลลงมาจากบันได
4. ห้องครัว สาเหตุของอุบัติเหตุของห้องครัวมักเกิดจากสาเหตุหลายประการเช่น พื้นห้องครัวลื่นเนื่องจากมีน้ำไหลหยดบนพื้นห้องครัว การวางของกีดขวางทางเดิน หรือเกิดจากของมีคมบาดมือ เกิดจากความหลงลืม เช่น ลืมตั้งหม้ออาหารทิ้งให้ไหม้บนเตาไฟ เป็นต้น
5. พื้นที่บริเวณอื่น ๆ ได้แก่ ภายในตัวอาคารบ้านและบริเวณรอบๆบ้านซึ่งมักมีสาเหตุจากแสงสว่างไม่เพียงพอ มีสิ่งของวางเกะกะไม่เป็นระเบียบ

สรุปแล้วอุบัติเหตุเป็นสิ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา โดยที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อน ดังนั้นผู้สูงอายุควรมีความระมัดระวังตัวให้ปลอดภัยจากอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้ทุกขณะ การบาดเจ็บทำให้เกิดการสูญเสียทั้งทางร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และระยะเวลาในการรักษา ดังนั้นผู้สูงอายุควรพยายามดูแลตนเอง จัดสิ่งเกื้อหนุนให้เกิดอุบัติเหตุออกเพื่อความปลอดภัย และเป็นสุขในบ้านปลายชีวิต

ปัจจัยที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ

อุบัติเหตุในผู้สูงอายุมักจะเกิดขึ้นได้เกือบตลอดเวลาและทุกสถานที่ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายในทางที่เสื่อมถอยเป็นสำคัญ ปัจจัยที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ สามารถแบ่งได้ดังต่อไปนี้ (อาภา ใจงาม. 2536 : 397-400)

1. ทางสังคม

องค์ประกอบทางสังคมที่ทำให้ผู้สูงอายุมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุของแต่ละคนแตกต่างกันไป คือ

1.1 ความสามารถของผู้สูงอายุ มีความแตกต่างกันทั้งความสามารถตามสภาพของร่างกายและความสามารถที่ได้รับการฝึกฝนอบรมรวมทั้งประสบการณ์ในการเผชิญต่อสถานการณ์ที่เป็นอันตรายของแต่ละบุคคล ทำให้มีความสามารถในการเผชิญต่อภัยอันตรายแตกต่างกัน

1.2 บทบาททางสังคม มีความแตกต่างกันตามกิจกรรมของแต่ละบุคคลที่เสี่ยงต่ออันตรายด้วย เช่น ช่างก่อสร้าง คนขับรถ คนปรุงอาหาร เป็นต้น

1.3 การช่วยเหลือที่ได้รับจากบุคคลในครอบครัว มีรายงานว่าผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพังคนเดียวมักจะเกิดอุบัติเหตุง่ายกว่าผู้ที่มีคู่สมรสและดำรงชีวิตอยู่ร่วมกัน เนื่องจากคู่ครองมีโอกาสดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้

2. การเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นในกระบวนการสูงวัยและอาจเป็นสาเหตุของอุบัติเหตุ ได้แก่

2.1 ระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) เซลล์สมองในผู้สูงอายุจะมีจำนวนลดลงอย่างมาก และจะไม่มีการสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นแทนที่อีกต่อไป การทำหน้าที่ของสมองลดลงทำให้ความสามารถในการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมและการปรับตัวลดลง การมองเห็นเสียไปเนื่องจากสายตายาวขึ้น ทำให้การมองเห็นสิ่งต่างๆ ไม่ชัดเจน การคาดคะเนความถี่ลึกของพื้นทางเดินไม่แม่นยำ ลานสายตาแคบลง มองเห็นสิ่งต่างๆ ในวงจำกัดนอกจากนี้การจับภาพของสิ่งต่างๆ ไม่ว่องไวเหมือนเดิม เป็นเหตุให้ร่างกายเตรียมความพร้อมได้ไม่ทันทั่วทั้ง (นิตยา ภาสุนันท์. 2543 : 68) จึงอาจเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มขึ้นได้ การได้ยินสูญเสียมากขึ้นเป็นลำดับตามอายุที่เพิ่มขึ้นอาจเป็นสาเหตุให้เกิดอุบัติเหตุจากการขับรถหรือการเดิน

ถนนได้ ประสาทสัมผัสต่างๆ เสื่อมลงทำให้การรับรู้ต่อสัมผัสเฉพาะอย่าง que กระทบต่อร่างกายลดลง สมองไม่ตื่นตัวต่อความไม่สุขสบายเล็กๆ น้อยๆ เช่น การสัมผัสความร้อนและกลิ่นที่เป็นอันตราย เป็นต้น

การที่ตอบสนองต่อการกระตุ้นช้าลงทำให้สูญเสียการทรงตัวล้มได้ง่าย การทำหน้าที่ในการแยกสิ่งเร้าที่เป็นประโยชน์ และไม่เป็นประโยชน์ลดลงทำให้ขาดความสนใจ เช่น ไม่สามารถบอกได้ว่าเสียงใดเป็นเสียงของการจราจรจากยานพาหนะ มีความคิดสับสน ความวิตกกังวล ความเจ็บปวด หรือถูกเร่งรัดให้กระทำกิจกรรมอาจเป็นเหตุให้เกิดอุบัติเหตุได้ เป็นที่น่าสนใจว่าผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตครึ่งซีกมักจะไม่ค่อยล้ม เพราะในการเคลื่อนไหวร่างกายผู้ป่วยจะต้องใช้สมาธิมาก แต่ในพวกสมองเสื่อม การควบคุมอริยาบถต่าง ๆ ลดลงมากตามอายุที่เพิ่มขึ้น ในแต่ละอริยาบถขาดความมั่นคง เช่น เดินโยกตัว ทั้งนี้เนื่องมาจากการตอบรับสัญญาณที่ส่งไปยังสมองช้าลง จะเกิดอุบัติเหตุได้มากกว่า

จากภาวะที่ผู้สูงอายุมีจำนวนเซลล์ในสมองลดลงเป็นจำนวนมากทำให้เนื้อสมองเหี่ยวเล็กลง มีช่องว่างภายในกระโหลกศีรษะมากขึ้น เนื้อสมองเคลื่อนไหวได้มากขึ้น อาจเป็นสาเหตุให้เกิดหลอดเลือดสมองฉีกขาด มีลิ่มเลือดอยู่ในชั้นใต้เยื่อหุ้มสมอง (Sub-dural hematoma) ได้

2.2 ระบบโครงกระดูกและกล้ามเนื้อ (Musculoskeletal system) เมื่ออายุสูงขึ้นใยกล้ามเนื้อจะถูกแทนที่ด้วยไขมันมากมาย กล้ามเนื้อเหี่ยวลีบลงเนื่องจากขาดการใช้งาน การควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อไม่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้หญิงจะมีกระดูกผุเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้นทุกราย เนื่องจากระดับฮอร์โมนเปลี่ยนแปลง เมื่อจำนวนเอสโตรเจนหมดไปทำให้มวลกระดูกลดลง อัตราการเสื่อมของกระดูกในเพศหญิงจะเร็วกว่าเพศชายเล็กน้อย คือ ในช่วงอายุ 5-80 ปี มวลกระดูกของเพศชายจะลดลงร้อยละ 5 ของทุก ๆ 10 ปีและในเพศหญิงจะลดลงร้อยละ 7 จากการที่มีมวลกระดูกลดลงทำให้มีโอกาสเกิดกระดูกหักได้ง่าย ร่วมกับการที่กล้ามเนื้อขาดความแข็งแรงที่จะพยุงข้อไว้ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้ง่ายเมื่อเกิดการสะดุด ผู้ป่วยสูงอายุที่พลัดตกหกล้มมักมีกระดูกต้นขาหัก เนื่องจากการทำงานของกล้ามเนื้อไม่ประสานสัมพันธ์กันมากกว่าแรงกระแทกที่เกิดขึ้นกับกระดูกโดยตรง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับข้อและกล้ามเนื้อทำให้ท่าทางในการเดินเปลี่ยนไป เชื่องช้า ขาดความมั่นคง และเดินโยกตัว ผู้หญิงมักจะเดินลากเท้าแต่ฐานแคบ ส่วนผู้ชายจะเดินชอยเท้าถี่ ๆ แต่ฐานกว้าง ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติที่ทำให้เกิดการล้มและกระดูกหักได้ง่ายขึ้น

2.3 ระบบไหลเวียนโลหิต (Cardiovascular system) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระบบนี้ส่วนใหญ่จะเป็นโรครมากกว่าการเปลี่ยนแปลงตามวัย แต่อย่างไรก็ตามการทำหน้าที่ของเบารรีเซพเตอร์ (Baroreceptor) ที่เปลี่ยนแปลงไปในผู้สูงอายุ ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนอริยาบถ (Postural hypotension) ได้

3. สิ่งแวดล้อม

สิ่งแวดล้อมเป็นเรื่องสำคัญสำหรับผู้สูงอายุไม่เพียงแต่ให้ความสนใจด้านความสวยงามหรือเพื่อการบำบัดรักษาเท่านั้น แต่ยังเพิ่มความมั่นคงปลอดภัยของผู้สูงอายุอีกด้วย สิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุซ้ำแล้วซ้ำอีกและความบอบช้ำของอุบัติเหตุเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่จะเกิดในบ้านพักที่อยู่อาศัยและบริเวณรอบ ๆ ที่อยู่อาศัยนั่นเอง ตัวอย่างเช่น

3.1 แสงสว่างไม่เพียงพอ ทำให้การคาดคะเนความตื้นลึกผิดพลาดได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งขณะขึ้นลงบันได หรือเดินบนพื้นต่างระดับ มองไม่เห็นสิ่งกีดขวางบนทางเดิน

3.2 พื้นบ้านลื่น ขัดจนเป็นมัน ไม่มีราวยึดเกาะหรือเครื่องช่วยพยุง เช่น ไม้เท้า

3.3 มีสิ่งกีดขวางบนทางเดิน เช่น สายไฟ สายโทรศัพท์ โต๊ะเตี้ยๆ หรือ ม้ารองเท้า ของเด็กเล่น สัตว์เลี้ยง ผ้าขี้ริ้ว เป็นต้น

3.4 ห้องน้ำและห้องครัวขาดความเป็นระเบียบ

3.5 เสื้อผ้าหลวม มีเชือกผูกยาว อาจไปคล้องลูกบิดประตูทำให้หกล้ม หรือเกี่ยวกาน้ำร้อนหกล้มให้เกิดความร้อนลวก

3.6 เครื่องช่วยเดินหรือเครื่องช่วยในการเคลื่อนย้ายไม่ปลอดภัย เช่น ปลายไม้เท้าไม่มียางกันลื่น รถเข็นไม่มียางห้ามล้อ เป็นต้น

4. การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรภาพ

มีโรคหลายชนิดที่เป็นเหตุส่งเสริมให้เกิดอุบัติเหตุเพิ่มมากขึ้น ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจเกือบทุกชนิดทำให้ผู้สูงอายุอ่อนแอลง หรือมีสมองเสื่อม อันเป็นเหตุทำให้เกิดอันตรายจากอุบัติเหตุขึ้นได้ และผู้ป่วยที่ล้มโดยบังเอิญก็เป็นอาการเตือนว่าอาจมีการเจ็บป่วยที่สำคัญได้เช่นกัน

การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรภาพที่เกิดขึ้นในสมอง (ระบบประสาท) ทำให้เกิดอุบัติเหตุ เช่น ภาวะสมองเสื่อมในวัยสูงอายุอย่างรุนแรงอาจลดการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม และการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง ความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูก เช่น ข้ออักเสบและโรคที่ทำให้ทำการเดินผิดปกติ เป็นสาเหตุทำให้เกิดการพลัดตกหกล้ม โอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุจะสูงมากขึ้นในผู้ป่วยที่เป็นโรคที่อาจทำให้เกิดอาการหน้ามืด หรือวิงเวียน (Vertigo) เป็นลม ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ

บุคคลที่อยู่ในภาวะซึมเศร้า ความคิดสับสน มักจะมีลักษณะเป็นคน ขี้รำคาญ หงุดหงิด ขาดความอดทน บุคลิกภาพเปลี่ยนไป มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้มากเช่นกัน

5. ยาที่ใช้ในการรักษา

ผู้สูงอายุจะมีปัญหาการใช้ยามากกว่าบุคคลวัยอื่น เพราะความเสื่อมประสิทธิภาพ ขบวนการดูดซึมตัวยาของร่างกาย การเผาผลาญ และการขับออกจากร่างกาย ขนาดยา ระยะเวลาการใช้ยา โอกาสในการสะสมตัวยาในร่างกายจนเกิดอันตรายจากพิษข้างเคียงของตัวยาเป็นไปได้ง่าย (รัชนิภากรณ์ ภูกร. 2538 : 278)

การรักษามีส่วนทำให้ผู้สูงอายุเกิดอุบัติเหตุส่วนมากจากยาที่ใช้รักษา และมีผลทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนอิริยาบถหรือความคิดสับสน เช่น ยาลดความดันโลหิต ยาแก้ปวดประสาท ยาแก้แพ้ เป็นต้น สาเหตุอีกอย่างหนึ่งก็คือการที่ต้องเปลี่ยนที่อยู่ใหม่ จากบ้านเข้าสู่โรงพยาบาล หรือการย้ายบ้านใหม่ ทำให้ผู้สูงอายุขาดความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมใหม่ เช่น ทางที่ใช้เดินไปห้องน้ำ ของใช้ที่ใช้ประจำวันวางผิดไปจากตำแหน่งที่เคยวาง บุคคลแวดล้อมใหม่ๆ อาจเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดความคิดสับสน มีความรู้สึกเครียดและกังวลใจมีหลักฐานที่แสดงว่าผู้ที่มีความเครียดและวิตกกังวล จะมีโอกาสหกล้มมากกว่าผู้ที่ไม่เครียด (นิตยา ภาสนันท์. 2543 : 69)

ผลกระทบของอุบัติเหตุต่อผู้สูงอายุ

อุบัติเหตุเป็นปัญหาสำคัญที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสาธารณสุข ปัญหาเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศ เมื่อได้รับอุบัติเหตุความรุนแรงของผลกระทบต่อบุคคลทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ย่อมขึ้นกับความรุนแรงของอุบัติเหตุและความสมบูรณ์แข็งแรงของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม (วีรวุฒิ เอกกมลกุล. 2536: 47-48) ในปัจจุบันเนื่องจากมีความเจริญก้าวหน้ามากในการวินิจฉัยและการรักษาได้ทันทั่วทั้ง ทำให้อัตราการตายอาจจะลดลงมากแต่กลับทำให้มีปัญหารื้อรังทั้งทางจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจและปัญหาทางร่างกายที่หลงเหลืออยู่

ปัญหารื้อรังดังกล่าว ทำให้เกิดผลกระทบต่อจิตใจ โดยเป็นผลจากสมองถูกทำลายโดยตรงหรือเป็นผลจากปัจจัยทางจิตสังคมก็ได้ ในกรณีบาดเจ็บที่สมองอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ได้แก่

1. บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง บางรายอาจมีการปรากฏชัดขึ้นของบุคลิกภาพเดิมก่อนอุบัติเหตุ เช่น ขอบทะเลาะมากขึ้น กังวลมากขึ้น และนิสัยอื่นๆ เป็นมากขึ้นกว่าเดิม บางรายอาจหงุดหงิดง่าย เสียงดัง พุดมาก พฤติกรรมเหมือนเด็ก ไม่มีแรงจูงใจ ไม่สนใจสังคมและอนามัยส่วนตัว
2. มีการเปลี่ยนแปลงของระดับสติปัญญาและความสามารถ ได้แก่ การใช้ภาษา สมาธิ การใช้เหตุผล ความจำ และการตัดสินใจ
3. การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ อุบัติเหตุที่ศีรษะอาจเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความซึมเศร้าหรือครั่นคร้างได้ในคนที่มีแนวโน้มจะเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนอยู่แล้ว

4. โรคจิตภายหลังการบาดเจ็บของสมอง ผู้สูงอายุอาจจะมีอาการสับสน พฤติกรรมแปลกๆ ความคิดหลงผิดและประสาทหลอน

5. กลุ่มอาการอื่นๆ ทางจิตเวช เช่น อาการย้ำคิดย้ำทำ อาการโรคประสาท ชนิดต่างๆ

นอกจากนี้ยังมีอาการต่างๆ ภายหลังการเกิดอุบัติเหตุที่ศีรษะ ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ ปวดศีรษะและมึนงง (วีรวุฒ เอกกมลกุล. 2536 : 47) อาการต่างๆ ทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ความเจ็บป่วยที่เกิดจากอุบัติเหตุที่สำคัญในกลุ่มผู้สูงอายุ คือ การเกิดภาวะทุพพลภาพ ร้อยละ 19 ของผู้สูงอายุไทยมีโรคที่ไม่สามารถปฏิบัติงานที่เคยและควรจะได้ (ทุพพลภาพระยะยาว) และราวร้อยละ 7 ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลกิจส่วนตัว เช่น การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า หรือการรับประทานอาหาร เป็นต้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ. 2543 : 17) การที่ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นเป็นระยะเวลานานๆ จะมีผลต่อตัวผู้สูงอายุเองโดยจะทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เกิดความกังวล ขาดความมั่นใจในตนเอง ต้องดำรงชีวิตอยู่ภายในขอบเขตที่จำกัดเพียงบนเตียงหรือภายในบ้านเท่านั้น ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง (นิตยา ภาสุนันท์. 2543 : 67) ในด้านการเงินหากบาดเจ็บรุนแรงต้องเสียค่าใช้จ่ายมากทั้งด้านการเดินทาง ค่ายา ค่ารักษาผ่าตัด

ผลจากอุบัติเหตุก่อให้เกิดปัญหาเรื้อรังทางกาย จิต สังคม ผู้สูงอายุและครอบครัวต้องปรับตัวกับปัญหาเหล่านี้ ดังนั้นจะเห็นว่าสังคมและญาติมิตรมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้สูงอายุให้ฟื้นสภาพ หรือปรับตัวต่อความเจ็บป่วย ความพิการที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม และไม่เกิดปัญหาลูกโซ่อื่นๆ ตามมาภายหลัง

การป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ

การป้องกันอุบัติเหตุเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ เพราะการป้องกันย่อมดีกว่าการแก้ไข เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นจะมีปัญหาต่างๆ ตามมาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ความเป็นอยู่ และภาวะทางเศรษฐกิจ การป้องกันอุบัติเหตุผู้สูงอายุต้องระมัดระวังตนเองและควบคุมภายในบ้านซึ่งเป็นสาเหตุส่งเสริม อีกทั้งจำเป็นต้องมีการร่วมมือของทุกคนในบ้านและคนอื่นๆ ในสังคมควรให้ความเห็นใจ เข้าใจ ควรให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุด้วย

การป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ แบ่งตามพื้นที่ทุกส่วนภายในบ้านไม่ว่าจะเป็นห้องทุกห้อง ทางเดิน บันได ควรมีแสงสว่างให้มากพอ สวน สนามหญ้า อาจก่อให้เกิดอันตรายได้ พยายามตรวจดูว่าส่วนใดมีโอกาสก่อให้เกิดอันตรายควรป้องกันไว้ก่อน การจัดเฟอร์นิเจอร์ อุปกรณ์ในการแต่งบ้าน ไม่ควรให้เกะกะ ตัวยาวๆ ต้องใช้ชนิดไม่ลื่นง่าย มั่นคง แข็งแรง นิสัยในการป้องกันอุบัติเหตุควรมีการเปลี่ยนแปลงดีกว่ามาแก้ไขเมื่อเกิดอุบัติเหตุแล้ว ซึ่งก่อให้เกิดผลเสียทางด้านร่างกายและทรัพย์สิน การป้องกันอุบัติเหตุในบ้านสามารถทำได้ดังนี้ (นันทนา ศรีพินิจ และคณะ. 2536 : 44)

1. การป้องกันอุบัติเหตุในห้องน้ำ ควรปฏิบัติดังนี้

ห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุ พื้นห้องน้ำควรมีอุปกรณ์กันลื่นปูทับไว้ เช่น แผ่นยางปาร์ ซึ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องหมั่นสังเกตคุณภาพของแผ่นยางปาร์ด้วย เพราะส่วนใหญ่จะมีอายุใช้งานได้ประมาณ 1-2 ปี เมื่อแผ่นยางเสื่อมคุณภาพเนื้อยางจะขาด ความยืดหยุ่น แข็งตัว ลื่นไม่เกาะพื้น กรณีเช่นนี้ควรทำการเปลี่ยนแผ่นยางทันที

- ควรติดตั้งราวไว้ข้างผนังห้องน้ำห้องส้วม สำหรับยึดเกาะได้ง่ายเมื่อเสียการทรงตัวและเพื่อพยุงร่างกายขณะลงนั่งส้วม

- ควรใช้ส้วมแบบโถนั่งแทนส้วมแบบนั่งยองๆ ต้องคำนึงถึงระดับความสูงโถส้วมให้เหมาะสำหรับผู้สูงอายุ ไม่ควรยกระดับโถส้วมให้สูงจนเกินไปจนลำบากในการขึ้นนั่งหรือโถส้วมที่มีขนาดเล็กหรือต่ำเกินไปจะทำให้การทรงตัวลงนั่งยากเช่นกัน บริเวณที่ตั้งโถส้วมควรแยกสัดส่วนบริเวณอาบน้ำ หรือไม่เช่นนั้นต้องพยายามรักษาพื้นห้องน้ำให้แห้งเสมอ

- ควรจัดหาเก้าอี้ชนิดที่มีที่เท้าแขนไว้ในห้องน้ำเพื่อให้ผู้สูงอายุนั่งในยามต้องการเช่น เก้าอี้พลาสติกที่แข็งแรง

- ประตูห้องน้ำควรเปิด-ปิดได้สะดวก เวลาเข้าห้องน้ำถ้าไม่จำเป็นไม่ควรล็อกด้านในเพราะเมื่อเกิดอุบัติเหตุคนข้างนอกจะเข้าไปช่วยได้สะดวกขึ้น

- ประตูห้องน้ำควรมีขนาดกว้างและไม่ควรมีธรณีประตู เพื่อสะดวกในการเข้า-ออกและในการนำรถนั่งเข็นหรือวอล์กเกอร์ (Walker) เข้าไปด้วยซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุปลอดภัย และมีอิสระในการช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด

- ในห้องน้ำต้องมีแสงสว่างเพียงพอ

- ผู้สูงอายุไม่ควรอาบน้ำในอ่างอาบน้ำตามลำพัง เพราะเกิดอุบัติเหตุลื่นล้มได้ง่าย

2. การป้องกันอุบัติเหตุขณะขึ้นลงบันได ควรปฏิบัติดังนี้

- บันไดจะต้องมีราบบันไดเสมอ และทางที่ดีควรมีราบบันไดทั้งสองข้างตลอดความยาวของบันได เพื่อช่วยยึดเหนี่ยวขณะขึ้น-ลงได้มั่นคง

- ตามขั้นบันไดอย่าวางสิ่งของใด ๆ ทั้งสิ้น และคอยระวังไม่ให้แมว สุนัข หรือสัตว์เลี้ยงมานอนอยู่บนบันได เวลาเดินขึ้นลงอาจเผลอเหยียบหรือสะดุดทำให้พลัดตกบันได

การขึ้นบันไดมีวิธีการดังนี้คือ

1. เดินชิดราบบันไดข้างหนึ่ง

2. ใช้มือข้างที่ถนัดหรือทั้งสองมือจับราบบันได แล้วก้าวเท้าข้างที่อยู่ตรงข้ามกับราบบันไดที่จับขึ้นไปก่อน

3. ใช้มือดึงตัวยกน้ำหนักตัวขึ้นบันได พร้อมกับก้าวเท้าที่เหลือตามโดยน้ำหนักตัวจะอยู่กับขาข้างที่ก้าวไปก่อน

การลงบันได การขึ้นลงบันไดต้องวางเท้าให้เต็มเท้าทั้งสองข้างเพราะทรงตัวได้มั่นคงก่อนก้าวลงบันไดขั้นต่อไป

การเดินลงบันได ควรปฏิบัติดังนี้

1. เดินชิดราบบันไดข้างใดข้างหนึ่ง
2. ใช้มือข้างที่ถนัดหรือทั้งสองมือจับราบบันได และก้าวเท้าข้างอยู่ตรง

ข้ามกับราบบันไดที่จับลงมาก่อน

3. ใช้มือที่จับราบบันไดพยุงตัวพร้อมกับก้าวเท้าที่เหลืตามลงมา

ผู้สูงอายุควรจำไว้เสมอว่าต้องมีสติเสมอ เพื่อความไม่ประมาทขณะขึ้นลงบันได

ไม่ควรถือสิ่งของทั้งสองมือ ควรใช้มืออย่างน้อยข้างหนึ่งในการยึดเกาะราบบันได

3. การป้องกันอุบัติเหตุในห้องนอน ควรปฏิบัติดังนี้

- ควรมีแสงสว่างเพียงพอจากห้องนอนไปยังห้องน้ำ สวิตช์เปิด-ปิดควรอยู่ในตำแหน่งที่สะดวกใช้ ควรจัดหาไฟฉายไว้ข้างเตียงเพื่อใช้ในยามจำเป็น
- ความสูงของเตียงนอนควรอยู่ในระดับพอเหมาะสำหรับผู้สูงอายุ ต้องเป็นเตียงที่แข็งแรงที่มั่นคง เตียงนอนมีที่กั้นข้างเตียงเพื่อกันพลิกตัวตกเตียงนอน
- เตียงนอนควรตั้งอยู่ในที่ที่จะไปถึงได้โดยสะดวกในความมืด
- ผู้สูงอายุที่มีอายุมากเกิน 80 ปี ขึ้นไป ที่ร่างกายไม่แข็งแรงควรมีผู้ดูแลนอนอยู่ในห้องใกล้เคียงที่สามารถให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุได้ทันที
- ต้องแน่ใจว่าพื้นล่างของนวมเช็ดเท้าหรือพรมเช็ดเท้า ต้องมีวัสดุกันลื่นรองไว้เพื่อป้องกันการลื่นไถล
- พื้นห้องไม่ว่าจะเป็นห้องนอน หรือห้องน้ำ ห้องครัว รวมไปถึงห้องรับแขกควรหลีกเลี่ยงการใช้วัสดุที่ลื่น ในกรณีที่ใช้พรมปูพื้นห้องนอนควรปูให้เต็มเนื้อที่จากผนังด้านหนึ่งจรดผนังอีกด้านหนึ่ง เพื่อป้องกันการสะดุดขอบพรมล้ม
- บ้านที่มีผู้สูงอายุไม่ควรมีธรณีประตู หรือพื้นที่ต่างระดับเพื่อหลีกเลี่ยงการสะดุดหกล้ม แต่ถ้าจำเป็นต้องมีธรณีประตูก็ควรทาสีสว่างให้เห็นชัดเจน หรือใช้สีต่างกันแยกให้เห็นความต่างระดับของพื้นที่

4. การป้องกันอุบัติเหตุในห้องครัว ควรปฏิบัติดังนี้

- ถ้าเป็นไปได้ ผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ๆ ควรอยู่ให้ห่างจากเตาไฟ กองไฟ หรือหม้อน้ำร้อน ถ้าผู้สูงอายุชอบทำอาหารเองก็ควรมีลูกมือคอยรับใช้ใกล้ชิด หรือกรณีที่ผู้สูงอายุอยู่ด้วยตนเองตามลำพังและจำเป็นต้องหุงหาอาหารกินเอง จะต้องระมัดระวังตัวเองให้มาก
- ควรตรวจสอบเครื่องใช้แก๊สอย่างสม่ำเสมอ และตรวจหาการรั่วไหลเพื่อป้องกันพิษและการเกิดระเบิดของถังแก๊ส
- พื้นห้องครัวควรปูทับด้วยวัสดุกันลื่นและต้องรักษาพื้นห้องครัวให้แห้งเสมอ

- หิ้งหรือชั้นวางของในครัวไม่ควรสูงเกินไปจนเอื้อมไม่ถึง ควรอยู่สูงในระดับสายตาและอย่าเก็บของหนักไว้บนหิ้งสูง

- ของมีคมควรจัดเก็บให้มิดชิด

- ควรติดตั้งเครื่องตรวจจับควันเพื่อเตือนภัยในกรณีสิ่งของดังทิ้งไว้ในเตาไฟ

ในเตาไฟ

- ไม่ควรมีวัตถุไวไฟอยู่บริเวณห้องครัว โดยเฉพาะพื้นที่บริเวณใกล้เตา

- อุปกรณ์ที่ใช้ในการปรุงอาหารเช่น หม้อ กระทะควรมีด้ามจับยาวเพื่อป้องกันอุบัติเหตุและเพื่อสะดวกในการทำงาน

- อุปกรณ์ทำความสะอาดเครื่องครัว พื้นครัว ควรจัดแยกเก็บให้มิดชิด

ห่างจากอาหาร

- จัดวางเครื่องใช้ต่าง ๆ ให้เห็นระเบียบ พึงใช้ความระมัดระวังเป็นพิเศษ

ทุกครั้งที่เกิดเคลื่อนย้ายภาชนะที่บรรจุของร้อน และอย่าวางภาชนะบรรจุของร้อนบนพื้นกีดขวางทางเดิน เพื่อหลีกเลี่ยงการสะดุดหกล้ม

5. การป้องกันอุบัติเหตุจากสิ่งแวดล้อมภายในตัวอาคารบ้าน และบริเวณรอบตัวบ้าน

- ภายในบ้านและบริเวณรอบตัวบ้านควรมีแสงสว่างมากพอโดยเฉพาะในห้องนอน ห้องน้ำ ทางขึ้น-ลงบันได ควรติดสวิตช์ไฟที่ส่วนบนสุดและส่วนล่างสุดของบันได และสวิตช์ที่ข้างประตูทุกห้อง

- หมั่นเก็บกวาดพื้นห้องและพื้นบ้านอย่าให้มีสิ่งของวางเกะกะโดยเฉพาะสายสายไฟจากปลั๊กไฟฟ้า อย่าวางกีดขวางบนพื้นเพราะผู้สูงอายุอาจเหยียบแล้วลื่นไถลหกล้มได้

- บ้านที่มีผู้สูงอายุอยู่ด้วย ไม่ควรขัดพื้นลงน้ำมันจนลื่น ไม่ใช้พรมน้ำมันที่ลื่นง่าย พื้นบ้านที่ผุต้องซ่อมแซมทันที

- เครื่องเรือนต่าง ๆ วางให้เป็นระเบียบ ควรเป็นเครื่องเรือนชนิดที่ไม่หนักมากสามารถเคลื่อนย้ายได้สะดวก

- แก้วสำหรับผู้สูงอายุควรมีที่เท้าแขน

- บริเวณรอบบ้านควรปรับพื้นให้เรียบ ไม่ให้มีหลุมบ่อหรือเศษขยะและของมีคม

- ควรใช้เครื่องช่วยในการเดินไม่คล่องตัว ทรงตัวไม่มั่นคง ฝึกการใช้ไม้เท้า หากประสาทสัมผัสเสีย ควรใช้แว่นตาหรือเครื่องช่วยฟังในรายที่หูตึง

- อย่าลืมว่าการใส่ถุงเท้าเดินบนพื้นทำให้ลื่นได้

- บันไดที่แคบ ๆ ควรเปลี่ยนเป็นทางลาด โดยเฉพาะบันไดที่ชัน

- ถัดต้องปีนบนเฟอร์นิเจอร์หรือหิ้ง เพื่อจัดผ้ามาหรือเปลี่ยนดวงไฟ
ต้องแน่ใจว่าวัสดุที่เหยียบมั่นคงพอ

- อย่าสัมผัสสายไฟหรือเครื่องใช้ไฟฟ้าด้วยมือที่เปียก
- ยื่อนำเครื่องใช้ไฟฟ้าที่ยกเคลื่อนที่ได้ไว้ในห้องน้ำ
- ต้องถอดปลั๊กกาดม้ำออกทุกครั้ง ก่อนเดิมหรือรินน้ำ
- ถ้าใช้อุปกรณ์ไฟฟ้าใหม่ ๆ ให้อ่านคำแนะนำให้ละเอียดและปฏิบัติตาม

คำแนะนำนั้น

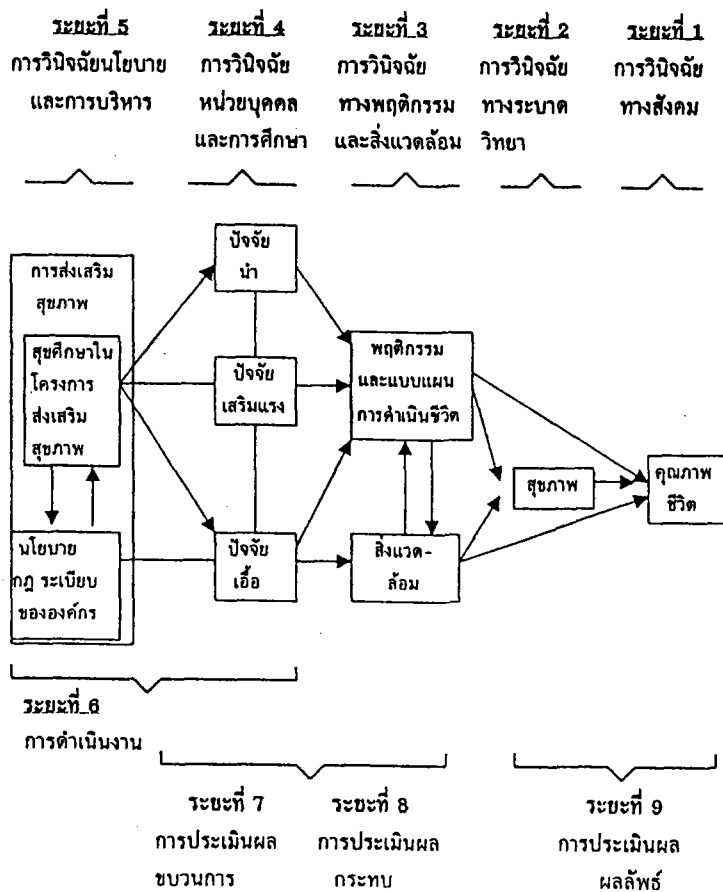
- ก่อนเข้านอนต้องดึงปลั๊กของเครื่องใช้ไฟฟ้าที่มีได้ใช้งานออก
- ถ้าบ้านค่อนข้างเก่าให้ตรวจสอบสายไฟก่อนท่านเกษียณอายุหากพบว่าชำรุดให้ซ่อมแซมหรือเปลี่ยนให้เรียบร้อย ในการต่อฟิวส์ให้ใช้ฟิวส์ขนาดที่ระบุไว้ในคำแนะนำอย่าใช้ลวดทองแดงในสายไฟธรรมดาแทน ถ้าฟิวส์ต้องเปลี่ยนบ่อย ๆ ให้ตรวจหาสาเหตุ
- เก็บยาและเวชภัณฑ์ไว้ในตู้เฉพาะ
- แน่ใจว่ายาทุกชนิดได้บอกสรรพคุณ ขนาดและวิธีใช้ไว้เรียบร้อย
- ยาที่ไม่รู้จักชื่อสรรพคุณและฉลากหายไปต้องทิ้งให้หมด
- ผู้สูงอายุมีปฏิกิริยาไวต่อความเย็น เช่น ในฤดูหนาวอากาศหนาวเย็นไม่มีเสื้อผ้าที่ให้ความอบอุ่นเพียงพอ จะทำให้อุณหภูมิร่างกายลดลงเป็นอันตรายดังนั้นผู้สูงอายุควรทำให้ร่างกายอบอุ่นอยู่เสมอ เนื่องจากถ้าร่างกายอยู่ในสภาพหนาวเย็นนาน ๆ จะทำให้เชื้องซึม หมดสติ และเสียชีวิตได้ในที่สุด
- ถ้าอยู่บ้านคนเดียวควรมีวิธีการที่จะติดต่อขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้เมื่อมีอุบัติเหตุ และมีบุคคลซึ่งแน่ใจว่าจะสามารถช่วยท่านได้อยู่บริเวณใกล้เคียง

แนวคิดและทฤษฎีที่ประยุกต์ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

จากการศึกษาค้นคว้าผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมคือ PRECEDE-PROCEED MODEL ของ Green & Kreuter (Green & Kreuter. 1991 : 22) คำว่า PRECEDE เป็นคำย่อมาจาก “ Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation ” ซึ่งหมายถึง กระบวนการใช้ปัจจัยโน้มน้าว (Predisposing factors) ปัจจัยสนับสนุนหรือเอื้ออำนวย (Enabling factors) และปัจจัยสร้างเสริมหรือปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) มาเป็นกระบวนการวิเคราะห์ วินิจฉัย และประเมินผลทางพฤติกรรม และคำว่า PROCEED เป็นคำย่อมาจาก “ Policy, Regulatory and Organization Constructs in Educational and Environmental Development ” ซึ่งหมายถึง การกำหนดนโยบาย กฎข้อบังคับ จัดองค์กร เพื่อพัฒนาการศึกษาและสิ่งแวดล้อม กระบวนการวิเคราะห์ทั้ง 2 ส่วนแสดงดังภาพประกอบ 6 (วสันต์ ศิลปสุวรรณ และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ.

2541 : 77 ; อ้างอิงจาก Green & Kreuter. 1991. *Health Promotion Planning : and Environmental Approach*. p. 24)

□ PRECEDE



□ PROCEED

ภาพประกอบ 6 PRECEDE-PROCEED MODEL

กระบวนการวิเคราะห์ใน PRECEDE FRAMEWORK เป็นการวิเคราะห์แบบย้อนกลับ โดยเริ่มจากสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นแล้ว พิจารณาถึงสาเหตุ หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสาเหตุที่เนื่องมาจากพฤติกรรมว่าเป็นเพราะอะไร มีปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้เกิดผล หรือสภาพดังกล่าว จากภาพประกอบ 6 การวิเคราะห์ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สังคม เช่น คุณภาพชีวิตและสังคมที่มีต่อสุขภาพมีอะไรบ้าง ทั้งข้อดีและข้อด้อย

1. วิเคราะห์องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของประชาชนเป้าหมาย ได้แก่ จำนวนประชากร ลักษณะประชากร การเจ็บป่วย สวัสดิการ อาชีพหลัก อาชีพเสริม การว่างงาน การทำ

ผิดกฎหมาย อาชญากรรม แหล่งส่งเสริมสุขภาพ แหล่งมั่วสุมเสื่อมโทรม แหล่งประกอบอาหาร สิ่งภาคภูมิใจของหมู่บ้าน

2. หาเหตุผลแสดงให้เห็นสภาพปัญหาที่ได้วิเคราะห์ร่วมกัน และความเชื่อมโยงระหว่างปัญหากับภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม

3. หาเหตุผลแสดงให้เห็นความจำเป็นในการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาสังคม

ระยะที่ 2 การวิเคราะห์ทางระบาด เช่น ข้อมูลทางระบาดจะชี้ให้เห็นภาพการเจ็บป่วย การเกิดโรคและภาวะสุขภาพในชุมชน ดัชนีทางสุขภาพ ได้แก่ การป่วย การตาย ความพิการ ภาวะสุขภาพ การกระจายของปัญหา ความรุนแรงของปัญหา ระยะเวลาของการเจ็บป่วย

ระยะที่ 3 การวิเคราะห์พฤติกรรม เป็นการวิเคราะห์หาสาเหตุว่าเกิดจากพฤติกรรมหรือไม่

1. วิเคราะห์ว่าปัญหาใดที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรม
2. พฤติกรรมอะไรบ้างจากข้อ(1)ที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดปัญหา
3. จัดลำดับพฤติกรรมจากข้อ(2)ว่ามีความสำคัญมากน้อยเพียงไร
4. จัดลำดับพฤติกรรมจากข้อ(2)ว่าสามารถเปลี่ยนแปลงได้ยากหรือง่ายอย่างไร
5. เลือกพฤติกรรมที่มีความสำคัญมากและเปลี่ยนแปลงได้ง่ายที่สุด

เป็นพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยนแปลง

ระยะที่ 4-5 การวินิจฉัยทางการศึกษา เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. 2542 : 13)

1. ปัจจัยนำ (Predisposing factors) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ ความรู้ ทศนคติ ค่านิยม ความเชื่อ การรับรู้ ซึ่งเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล

2. ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ได้และสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรเหล่านั้นซึ่งเกี่ยวข้องกับราคา ระยะทาง เวลา ความยากง่ายของการเข้าถึงบริการ ประสิทธิภาพและอื่นๆ ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคล

3. ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) เป็นผลสะท้อนที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากการแสดงพฤติกรรมนั้น มีทั้งสิ่งที่เป็นรางวัล ผลตอบแทนและการลงโทษ โดยได้จากคนอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น พ่อ แม่ เพื่อน เจ้าหน้าที่ ผู้นำกลุ่ม ผู้บังคับบัญชา กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ

ระยะที่ 6 การวิเคราะห์ทางการบริหาร เป็นกระบวนการจัดการทางด้านสุขภาพ ความเหมาะสม ความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ กลวิธีหรือไม่ว่า

ระยะที่ 7 การประเมินผล ซึ่งแทรกอยู่ตามระยะต่างๆ ซึ่งจะประกอบด้วยการประเมินใน 3 ระดับ คือ การประเมินโครงการหรือโปรแกรมสุขภาพ การประเมินผลกระทบของโครงการ

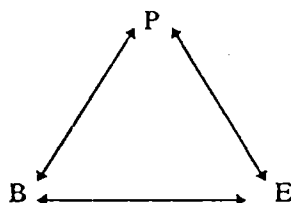
หรือโปรแกรมที่มีต่อปัจจัยทั้ง 3 ด้าน และท้ายสุดคือ การประเมินผลลัพธ์ของโครงการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล ซึ่งในขั้นนี้จะเป็นการดำเนินงานระยะยาว สำหรับการประเมินผลนั้น อาจมีขั้นตอน 8-9 ตามความจำเป็นและเหมาะสม (กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. 2542 : 15)

PRECEDE-PROCEED MODEL ช่วยในการวางแผนประยุกต์ใช้ได้หลายระดับนับตั้งแต่ระดับประเทศจนถึงบุคคล แนวคิดที่นำมาใช้วางแผนงานด้านสุขภาพก็ประยุกต์มาจากศาสตร์หลายแขนงเพื่อให้มีผลต่อพฤติกรรมอย่างแท้จริง (วสันต์ ศิลปสุวรรณ และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. 2541 : 80) โดยอาศัยกระบวนการและวิธีการร่วมกันในลักษณะผสมผสานหรือบูรณาการในวิธีการที่เหมาะสม สำหรับการวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาในขั้นต้นเพื่อค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร ซึ่งสอดคล้องกับระยะที่ 4 ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำระยะนี้มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย โดยผู้วิจัยเลือกศึกษาตัวแปรแต่ละปัจจัยที่คาดว่าจะมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory)

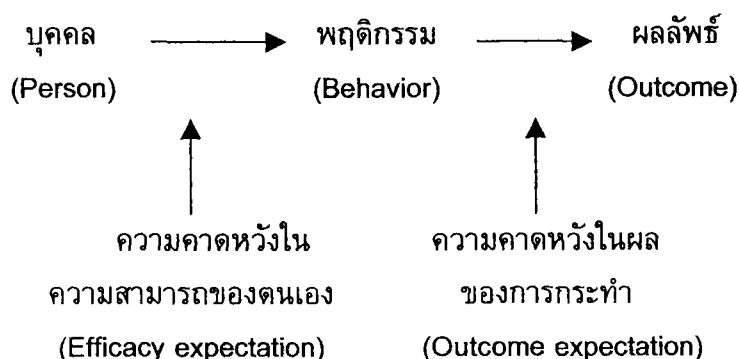
ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นทฤษฎีที่ อัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) นักจิตวิทยาชาวอเมริกันที่มีชื่อเสียงได้พัฒนาขึ้นมาจากหลักการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning principles) โดยมีสมมติฐานว่ากระบวนการทางสติปัญญา (Cognitive process) เป็นตัวเชื่อมโยงให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแต่กระบวนการทางสติปัญญาจะถูกชี้นำหรือถูกเปลี่ยนได้อย่างรวดเร็วโดยประสบการณ์แห่งความสำเร็จในการกระทำ (Effective performance) ของบุคคล แบนดูรายังได้เสนอกรอบแนวคิดกระบวนการเกิดพฤติกรรมของมนุษย์ควรมีลักษณะของการอาศัยซึ่งกันและกัน (Reciprocal Determinism) กล่าวคือมีความสัมพันธ์แบบการกำหนดอาศัยซึ่งกันและกัน จะเกิดขึ้นระหว่างกันของตัวแปร 3 กลุ่ม (Bandura. 1997 : 6) ได้แก่

- 1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Internal personal factor = P) ได้แก่ ความเชื่อ การรับรู้ตนเอง
- 2) เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม (Behavior condition = B) และ 3) สภาพแวดล้อม (Environment = E) ปฏิสัมพันธ์ระหว่าง 3 กลุ่มนี้มีลักษณะต่อเนื่องเป็นขั้นตอน แต่ละกลุ่มมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ซึ่งอิทธิพลแต่ละอย่างจะมากหรือน้อยแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับความแตกต่างของสภาพแวดล้อม ความสัมพันธ์ 3 กลุ่มดังกล่าวแสดงในภาพประกอบ 7 (Bandura. 1977 : 191-193)



ภาพประกอบ 7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล (P) เจือปนเชิงพฤติกรรม (B) และสภาพแวดล้อม (E)

แบนดูรา สรุปว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self efficacy) หมายถึง การที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองว่า ความสามารถกระทำบางอย่างในสภาพการณ์ที่เฉพาะเจาะจงได้หรือไม่ ซึ่งในสภาพการณ์นั้นบางครั้งอาจมีความคลุมเครือ ไม่ชัดเจน มีความแปลกใหม่ ไม่สามารถทำนายสิ่งที่จะเกิดขึ้นได้ และสภาพการณ์เหล่านั้นมักจะทำให้บุคคลเกิดความเครียดขึ้นได้ โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองนี้มีได้ขึ้นอยู่กับทักษะที่บุคคลมีอยู่ในขณะนั้น หากแต่ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของบุคคลว่าเขาสามารถทำอะไรได้ด้วยทักษะที่เขามีอยู่ได้ (บุญสิทธิ์ ไชยชนะ. 2543 : 11-12 ; อ้างอิงจาก Bandura. 1986. *Social Foundations of Thought and Action: A Social cognitive Theory*. unpagged) นอกจากนี้แบนดูรายังได้กล่าวถึง ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในความสามารถของตน (Efficacy expectation) และความคาดหวังในผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้น (Outcome expectation) ดังภาพประกอบ 8 (Bandura. 1977 : 193)



ภาพประกอบ 8 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลของการกระทำ

1. ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Efficacy expectation) หมายถึง ความเชื่อหรือมั่นใจของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการนั้นจนประสบความสำเร็จ ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ เป็นความหวังที่เกิดขึ้นก่อนกระทำพฤติกรรม

2. ความคาดหวังในผลของการกระทำ (Outcome expectation) หมายถึงความเชื่อที่บุคคลประเมินว่า พฤติกรรมที่ตนเองกระทำนั้นจะนำไปสู่ผลการกระทำที่ตนเองคาดหวังไว้ เป็นการคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมของตน

จากภาพประกอบ 8 แสดงว่า บุคคลจะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งหรือไม่ในส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง และส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความคาดหวังในผลของการกระทำ ซึ่งสามารถแสดงความสัมพันธ์ดังภาพประกอบ 9 (Bandura. 1997 : 20)

		ความคาดหวังในผลของการกระทำ	
		สูง	ต่ำ
ความคาดหวังในความสามารถของตน	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำแน่นอน

ภาพประกอบ 9 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และ ความคาดหวังในผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้นต่อการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมของบุคคล

จากภาพประกอบ 9 จะเห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่าง ความคาดหวังในความสามารถของตนกับความคาดหวังในผลของการกระทำ ถ้าหากบุคคลมีความคาดหวังในความสามารถของตนและความคาดหวังในผลของการกระทำสูงเช่นเดียวกัน บุคคลก็จะมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมแน่นอน ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลมีความคาดหวังในความสามารถของตนต่ำ และมีความคาดหวังในผลของการกระทำต่ำด้วยบุคคลก็จะมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจไม่กระทำพฤติกรรมนั้น ดังนั้นจะเห็นได้ว่าความคาดหวังในความสามารถของตนน่าจะเป็นปัจจัยสำคัญต่อการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมของบุคคล

แบนดูรา (บุญสิทธิ์ ไชยชนะ. 2543 : 13 ; อ้างอิงจาก Bandura. 1986. *Social Foundations of Thought and Action: A Social cognitive Theory*. unpagged) ยังได้กล่าวอีกว่า แม้บุคคลจะมีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงก็ตาม บุคคลก็อาจจะไม่กระทำพฤติกรรมได้ทั้งนี้เป็นเพราะ

1. ขาดสิ่งจูงใจหรือถูกบังคับจากภายนอกให้กระทำ

2. การตัดสินใจของการกระทำพลาดไป ทำให้รู้สึกว่าจะไม่คุ้มค่าที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ

3. ความไม่ทันการณ์ในการประเมินความสามารถของตน เนื่องจากประสบการณ์ทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอจะทำให้บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถตนเองพลาดไปได้

4. การประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองผิดพลาด เช่น บุคคลที่ประเมินว่าตนเองมีความสามารถต่ำในการทำพฤติกรรมหนึ่ง ดังนั้นเขาอาจจะไม่ทำพฤติกรรมนั้น

5. การประเมินความสำคัญของทักษะย่อยๆ ที่จำเป็นต้องใช้ในการกระทำผิดพลาด

6. เป้าหมายของการกระทำมีลักษณะคลุมเครือไม่ชัดเจน และเป้าหมายนั้นไม่สามารถปฏิบัติได้

7. การรู้จักตนเองไม่ถูกต้อง อาจจะเป็นผลมาจากการกระทำที่มีลักษณะคลุมเครือไม่ชัดเจน ถูกบังคับให้กระทำหรือได้รับข้อมูลจากภายนอกมาอย่างไม่ถูกต้อง

การรับรู้ความสามารถของตนเองของบุคคลอาจแตกต่างกันไป ขึ้นกับมิติ (Dimension) 3 มิติ ที่ส่งผลต่อพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองดังนี้ (Bandura.1982 : 122-147 ; 1997 : 42-44)

1. มิติตามขนาดหรือตามระดับความคาดหวัง (Magnitude) หมายถึง ระดับความคาดหวังของบุคคลในการกระทำกิจกรรม ซึ่งจะแปรผันตามความยากง่ายของงานที่จะกระทำ บุคคลที่มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่ำ หรือมีขีดความสามารถจำกัดทำงานได้เฉพาะเรื่องง่ายๆถ้ามอบหมายงานที่ยากเกินความสามารถก็จะพบความล้มเหลวดังนั้นการมอบหมายงานจะต้องพิจารณาไม่ให้ยากเกินความสามารถของแต่ละบุคคล

2. มิติความเป็นสากล (Generality) เป็นความคาดหวังในความสามารถของตนในการนำมาปฏิบัติในสถานการณ์นั้น ซึ่งสามารถใช้ได้ทั่วไป ในสถานการณ์ต่างๆ กันหลายสถานการณ์ ประสบการณ์การปฏิบัติงานบางอย่างก่อให้เกิดความสามารถในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์อื่นที่คล้ายคลึงกัน

3. มิติความเข้มแข็งหรือความมั่นใจ (Strength) หมายถึง ความสามารถที่จะพิจารณาตัดสินใจความเป็นไปได้ในความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติงาน กล่าวคือ เป็นความเชื่อมั่นของบุคคลในการประเมินการกระทำของตนเอง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura. 1977 : 195 -198) พัฒนามาจากปัจจัยหลัก 4 ปัจจัย ดังต่อไปนี้

1. การกระทำที่ได้บรรลุผลสำเร็จ (Performance accomplishments) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของบุคคลมากที่สุด เนื่องจากความสำเร็จจากการกระทำนั้นเป็นประสบการณ์ที่ได้รับโดยตรงเป็นข้อมูลที่มีความเที่ยงตรงสูง เมื่อบุคคลทำงานแล้ว

ประสบความสำเร็จซ้ำๆ กันหลายๆ ครั้ง จะทำให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเพิ่มมากขึ้นแม้ว่าบางครั้งงานอาจล้มเหลวบ้าง แต่ไม่มีผลมากนัก เป็นเพราะบุคคลจะมองว่าความล้มเหลวมาจากปัจจัยอื่น เช่น ยังใช้ความพยายามไม่มากพอ บุคคลก็จะให้ความล้มเหลวเป็นบทเรียนให้ตนเองใช้ความพยายามให้มากขึ้น

2. ประสบการณ์จากการกระทำของผู้อื่น (Vicarious experience) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นกระทำพฤติกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันแล้ว ก็จะทำให้บุคคลรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้น หรืออีกกรณีหนึ่งคือบุคคลจะเกิดการเปรียบเทียบความสามารถตนเองกับผู้อื่นและวินิจฉัยตนเอง ตลอดจนปรับการรับรู้ความสามารถของตนเองให้เหมาะสมได้

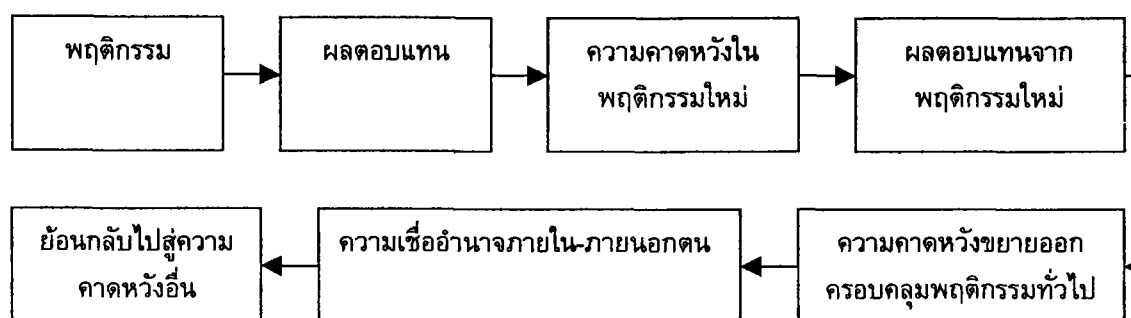
3. การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) หมายถึง การที่ผู้อื่นใช้ความพยายามในการพูดกับบุคคล เพื่อให้เข้าใจว่าเขามีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งให้ประสบความสำเร็จได้ คำพูดที่ชักจูงจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลมีกำลังใจ มีความเชื่อมั่นในการกระทำพฤติกรรมซึ่งทำให้บุคคลเกิดความพยายามกระทำพฤติกรรมต่างๆ ให้สำเร็จมีการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มมากขึ้น แต่นั่นก็ขึ้นอยู่กับคำพูดชักจูงด้วย คือบุคคลที่ใช้คำพูดต้องมีอิทธิพลทำให้ผู้อื่นเกิดความคล้อยตามต้องเป็นที่น่าเชื่อถือ ไว้วางใจและที่สำคัญมีความสำคัญต่อตัวบุคคล เช่น พ่อ แม่ ครู เพื่อน เป็นต้น

4. การเร้าทางอารมณ์ (Emotional arousal) ในภาวะที่ร่างกายเกิดการตื่นตัว เช่น เครียด วิตกกังวล ตื่นเต้น อ่อนเพลีย เมื่อยล้า อยู่ในสถานการณ์ถูกดู ว่าตักเตือน สภาวะที่ร่างกายถูกกระตุ้นมากๆ มักจะทำให้บุคคลกระทำพฤติกรรมได้ไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งจะทำให้บุคคลมีความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถตนเองต่ำ ความวิตกกังวลจะแปรผกผันกับการรับรู้ความสามารถตนเอง คือ ถ้าบุคคลมีความวิตกกังวลสูงก็จะมี การรับรู้ความสามารถตนเองต่ำ แต่หากว่าบุคคลมีความวิตกกังวลต่ำก็มักจะมี การรับรู้ความสามารถตนเองสูง

สรุปทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองมีหลักการมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม เมื่อบุคคลมีทักษะ มีกำลังใจอย่างเพียงพอการรับรู้ความสามารถของตนเองจะเป็นสิ่งสำคัญในการทำนายหรือตัดสินใจว่าบุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่อย่างไรก็ตามการรับรู้ความสามารถตนเองนั้นอาจเกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งหรืออาจเกิดจากปัจจัยหลายประการมาผสมผสานกันก็ได้ แบนดูราได้เสนอทฤษฎีนี้ให้บุคคลมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเรื่องใดเรื่องหนึ่งได้อย่างต่อเนื่องต่อไป

แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตน

ความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตน (Locus of control) วิวัฒนาการมาจาก ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) โดย รอตเตอร์ (Rotter) นักจิตวิทยาชาวอเมริกันกล่าวถึงลักษณะของความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนเพื่อนำมาอธิบายพฤติกรรมของบุคคลที่ว่า ผลตอบแทนที่ได้จากพฤติกรรมอันหนึ่งของบุคคล ย่อมก่อให้เกิดความคาดหวังว่า จะต้องได้รับผลตอบแทนเช่นเดียวกันในพฤติกรรมอันใหม่ ความคาดหวังเหล่านี้ก่อตัวขึ้นจากพฤติกรรมหรือเหตุการณ์เฉพาะอันหนึ่งอันใดก่อนแล้วจึงขยายไปครอบคลุมพฤติกรรมหรือเหตุการณ์อื่นๆ จนกลายเป็นบุคลิกภาพสำคัญของบุคคลนั้น ถ้าประสบการณ์ของบุคคลได้รับผลตอบแทนบ่อยๆ จะทำให้บุคคลเชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากทักษะหรือความสามารถของตนเอง ความเชื่อเช่นนี้เรียกว่า ความเชื่ออำนาจภายในตน ในทางตรงข้ามหากพฤติกรรมนั้นไม่ได้รับผลตอบแทนจะทำให้บุคคลรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ได้รับนั้นไม่ใช่ผลจากการกระทำของตนเอง แต่เป็นเพราะโชคชะตา ความบังเอิญ หรือสิ่งแวดล้อมบันดาลให้เป็น ซึ่งความเชื่อเช่นนี้เรียกว่า ความเชื่ออำนาจภายนอกตน (วิลาสินี แก้วชนะ. 2541 : 35 ; อ้างอิงจาก Rotter. 1966. *Psychological Monography : General and Applied*. p.2) ความเชื่อดังกล่าวจะมีผลย้อนกลับไปสู่ความคาดหวังในผลแห่งพฤติกรรมใหม่ๆ อีกดังภาพประกอบ 10 (กรรณิการ์ กันธะรักษา. 2527 : 18)



ภาพประกอบ 10 รูปแบบการก่อให้เกิดความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน

ความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนของบุคคลแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

1. บุคคลที่เชื่ออำนาจภายนอกตน (External locus of control) เป็นบุคคลที่เชื่อว่าเหตุการณ์หรือสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้นขึ้นอยู่กับอิทธิพลของอำนาจภายนอกตนที่ควบคุมไม่ได้เช่น โชคชะตา เคราะห์กรรม ความบังเอิญ หรืออำนาจผู้อื่น บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนจะมีลักษณะดังนี้

- 1.1 เป็นบุคคลที่มีบุคลิกภาพเฉื่อยชาและขาดความกระตือรือร้น
- 1.2 ไม่พยายามแสวงหาข้อมูลเพื่อแก้ไขปัญหาของตนเอง
- 1.3 เป็นบุคคลที่มีแรงจูงใจในการกระทำสิ่งต่างๆ ต่ำและมีความวิตกกังวล

สูง

1.4 เป็นบุคคลที่แสวงหาสิ่งที่คิดว่ามีอิทธิพลต่อตนเองสามารถรับคำแนะนำได้ง่าย

2. บุคคลที่เชื่ออำนาจภายในตน (Internal locus of control) เป็นบุคคลที่มีความเชื่อว่าเหตุการณ์หรือสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้น เป็นผลจากการกระทำหรือความสามารถของตนเอง บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะมีลักษณะดังนี้

- 2.1 เป็นบุคคลที่มีความเป็นตัวของตัวเอง มีความกระตือรือร้นต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม
- 2.2 เป็นผู้ที่มีแรงจูงใจในการกระทำสิ่งต่างๆ สูงและพยายามปรับปรุงแก้ไขสภาพแวดล้อมตามลำดับขั้น
- 2.3 เป็นบุคคลที่มองเห็นคุณค่าของทักษะและความพยายามของตนเอง สามารถปรับตัวควบคุมสถานการณ์ได้
- 2.4 เป็นบุคคลที่ยากจะถูกชักชวนให้เชื่อตามโดยไม่มีเหตุผล

นอกจากนี้ความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนยังขึ้นอยู่กับการวัย และเพิ่มหรือลดลงตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิต ความเชื่ออำนาจภายในตนจะเพิ่มขึ้นตามความเจริญเติบโตและเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ได้แก่ ประสบการณ์ที่สะสมในอดีตและเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นในช่วงหนึ่งของชีวิต เช่น อุบัติเหตุ การจากไปของผู้เป็นที่รัก เมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณไม่สามารถแก้ไขเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ บุคคลจะเชื่ออำนาจภายนอกตนมากขึ้น ในลักษณะกลับกันถ้าเหตุการณ์ดำเนินไปได้ด้วยดี บุคคลก็จะรับรู้ว่าคุณเหตุการณ์ต่างๆ เกิดจากการกระทำของตนเองดังนั้นความเชื่อภายในตนก็จะมากขึ้น สตริกแลนด์ (Strickland, 1978 : 353-358) ยังกล่าวอีกว่าเมื่ออายุมากขึ้นบุคคลจะช่วยตนเองน้อยลง ต้องการการพึ่งพาจากผู้อื่นมากขึ้น อำนาจในการควบคุมสิ่งแวดล้อมลดลง บุคคลจะมีความเชื่อสิ่งที่อยู่ภายนอกมากขึ้น นั่นแสดงว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุความเชื่ออำนาจภายในตนจะต่ำลง

การประเมินความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตน ได้มีการพัฒนามาตามลำดับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1957 โดย แฟรเส และคณะ ต่อมาได้มีการแก้ไขดัดแปลงเครื่องมือนี้ตลอดมาแต่ไม่สามารถทำนายได้อย่างชัดเจน ในปี ค.ศ. 1966 Rotter ได้ดัดแปลงขึ้นใหม่เป็น I-E Scale (Internal – external locus of control scale) เป็นการวัดแบบมิตติเดียวแบ่งความเชื่อเป็นสองด้านคือ ความเชื่ออำนาจภายในตน และความเชื่ออำนาจภายนอกตน ต่อมาในปี ค.ศ. 1973 Levenson ได้พัฒนาแบบวัดขึ้นมาใหม่โดยใช้ I-E Scale เป็นพื้นฐานและแบ่งความเชื่อออกเป็น

3 ด้านคือ ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น และความเชื่ออำนาจความบังเอิญ ซึ่งยังไม่สามารถอธิบายพฤติกรรมของบุคคลได้ดังก่อน ต่อมา Wallston และคณะ (กรรณิการ์ พัฒนผลจุวิทยา. 2542 : 34 ; อ้างอิงจาก Wallston, et al. 1978. *Journal of Counselling and Clinical Psychology*. p. 580-585) ได้ดัดแปลงแบบวัดนี้ให้เหมาะสมและมีการปรับปรุงอีกครั้งในปี ค.ศ. 1978 เรียกว่า **Multidimension health locus of control scale (MHLC)** โดยแบ่งความเชื่อออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1. **ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ** (Internal health locus of control) เป็นความเชื่อที่บุคคลเชื่อว่า สามารถควบคุมสุขภาพด้านต่างๆ ได้โดยพฤติกรรมของตนเอง

2. **ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ** (Powerful other health locus of control) เป็นความเชื่อที่บุคคลเชื่อว่า บุคลากรสาธารณสุขทำให้บุคคลมีสุขภาพดี หรือบุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้ควบคุมสุขภาพ และเชื่อว่าการพบบุคลากรสาธารณสุขโดยสม่ำเสมอ ทำตามคำสั่งของเจ้าหน้าที่เป็นวิถีทางที่ดีที่สุดที่จะทำให้ตนมีสุขภาพดี

3. **ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ** (Chance health locus of control) เป็นความเชื่อที่บุคคลเชื่อว่า สุขภาพหรือการเจ็บป่วยเกิดจากโอกาส หรือโชคร้ายที่ไม่อาจควบคุมได้

ได้มีการนำเอาแนวคิดความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ มาทำนายและอธิบายพฤติกรรมปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมป้องกันโรค การป้องกันอุบัติเหตุ พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ พฤติกรรมการลดน้ำหนัก การเผชิญภาวะเครียด (วราภรณ์ นารินทร์. 2540 : 34-35 ; อ้างอิงจาก Zindler-Wernnet & Weiss. 1987. *Western Journal of Nursing Research*. p.160-170) นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมอนามัยของบุคคลทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วยที่วอลสตัน และวอลสตัน (Wallston & Wallston. 1982 : 115-120) ค้นพบว่าสามารถนำความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพมาทำนายและค้นหาข้อมูลความจริงคือ การแสวงหาความรู้ทางด้านสุขภาพ การใช้ยา การปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมอีกว่า ความเชื่อก็เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคล และเป็นที่ยอมรับว่าความเชื่ออำนาจภายใน -ภายนอกตนด้านสุขภาพ เป็นแรงจูงใจของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี คือ มีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ถูกต้อง

แนวคิดและทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม เป็นการกระทำหรือกระบวนการอย่างหนึ่งของมนุษย์ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติของการอยู่ร่วมกันของคนในทุกสังคม นอกจากเหตุผลของการอยู่ร่วมกันและการช่วยเหลือดังกล่าวแล้ว อีกเหตุผลหนึ่งของมนุษย์ทุกคนที่ต้องมีการสนับสนุนทางสังคมคือมนุษย์ทุกคนมีความต้องการ (Need) เพื่อความอยู่รอดและปลอดภัย (ณัฐพงศ์ อนุวัตรรียง. 2540 : 30) แต่มนุษย์ก็มีข้อจำกัดของความสามารถ บุคคลแต่ละคนไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ การร้องขอ หรือการให้ความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างเพื่อการได้มาซึ่งสิ่งตอบสนองความต้องการของตนเองได้ การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นกระบวนการหนึ่งของมนุษย์ที่เข้ามามีบทบาทในการตอบสนองความต้องการของมนุษย์ได้ทั้งในด้านร่างกาย เช่น การให้ความช่วยเหลือด้านอาหาร น้ำ เงิน วัตถุสิ่งของต่างๆ และด้านจิตใจ เช่น การให้การยอมรับ คำปลอบโยน ความรัก ความเข้าใจ

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากบุคคลต้องการการพึ่งพาอาศัยกันเพื่อให้บรรลุความต้องการในการดูแลตนเองในด้านสรีรวิทยาและจิตสังคม (อัปสร รังสิปการ. 2539 : 30) การสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทในการส่งเสริมการดำรงชีวิตทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อสิ่งต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิตได้อย่างเหมาะสม มีการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ดังต่อไปนี้

คอปป์ (Ann & Judy. 1986 : 334 ; citing Cobb. *Psychosomatic Medicine*. p. 300-314) กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคม 3 ข้อคือ

- 1) การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่จำเป็นตลอดชั่วชีวิต
- 2) การสนับสนุนทางสังคมเป็นการติดต่อสื่อสารที่ให้ผลลัพธ์ในทางบวก
- 3) การสนับสนุนทางสังคมเป็นการแสดงออกถึงการปฏิบัติต่อกันระหว่างบุคคล

ซึ่งมีการเพิ่มความรู้สึกของกันและกันร่วมด้วย

ยังมีรายงานเพิ่มเติมอีกว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน เพิ่มและให้ความรู้สึกแก่กันอย่างได้ผลและมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังได้ความยกย่องและมองเห็นคุณค่าแห่งตนอีกด้วย บางรายงานยังบอกอีกว่า การสนับสนุนทางสังคมได้รับการยอมรับว่าส่งผลให้บุคคลรู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง รู้สึกว่ามีคนรัก สนใจและให้การยกย่อง รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

แคปแลน และคณะ (Kaplan. et al. 1977 : 47-58) กล่าวถึงความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นความพอใจของแต่ละบุคคลต่อความจำเป็นพื้นฐาน ได้แก่ ความมั่นคงปลอดภัย ความผูกพันทางอารมณ์ และความคิด ความไว้วางใจ ความใกล้ชิด การเลี้ยงดูช่วยเหลือ การได้รับการยอมรับและเพิ่มคุณค่า ความผูกพันและการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมซึ่งได้รับจากสิ่งแวดล้อมในสังคม และการติดต่อสัมพันธ์กับคนในกลุ่มสังคม

โคเฮน และวิลส์ (Kohen & Wills. 1985 : 310 - 359) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลมีอารมณ์มั่นคง ส่งผลต่อระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกันโรค (Neuroendocrine and immune system) ทำงานดีขึ้น และยังส่งผลให้คนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น การสนับสนุนทางสังคมยังช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะวิกฤตในชีวิต โดยจะช่วยลดความเครียดที่ทำให้เกิดภาวะวิกฤตซึ่งจะเชื่อมโยงไปสู่การเจ็บป่วย เมื่อมีความเครียดบุคคลจะเกิดความรู้สึกว่าไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รู้สึกด้อยค่า เป็นสาเหตุให้บุคคลเกิดความล้มเหลวในการดูแลสุขภาพตนเองและเกิดพฤติกรรมเสี่ยง

จาคอบสัน (Jacobson. 1986 : 250) ให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นแหล่งประโยชน์ หรือสัมพันธ์ภาพทางสังคมที่สนองความต้องการของบุคคล และได้กล่าวถึงชนิดการสนับสนุนทางสังคม ไว้ดังนี้ คือ

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นพฤติกรรมที่ทำให้บุคคลรู้สึกสบายใจ และเชื่อว่าบุคคลเคารพนับถือ ยกย่องและให้ความรัก รวมทั้งพฤติกรรมอื่นๆ ที่แสดงถึงการดูแล เอาใจใส่ ให้ความมั่นคงและปลอดภัย

2) การสนับสนุนด้านสติปัญญา (Cognitive support) เป็นข้อมูลข่าวสาร ความรู้ หรือคำแนะนำที่จะช่วยให้บุคคลเข้าใจสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง และช่วยให้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงนั้นได้

3) การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Materials support) หมายถึง สิ่งของ และบริการต่างๆ ที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาได้

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมจะครอบคลุมทั้ง ที่มาของการสนับสนุน สิ่งที่สนับสนุน วิธีการสนับสนุน และผลของการสนับสนุนทางสังคม อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาสังคมที่มีลักษณะเป็นกระบวนการทางสังคม ที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กัน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ และอื่นๆ ที่ช่วยเสริมกำลังใจ ช่วยแก้ปัญหาหรือบรรเทาความเดือดร้อนของบุคคลในสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและภาวะสุขภาพของมนุษย์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ

ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมมีสถานภาพเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีบทบาทในการอธิบายสาเหตุของพฤติกรรม หรือสาเหตุของการเกิดโรค และการเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งมีบทบาทในด้านการรักษาและการส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ มุมมองของการสนับสนุนทางสังคมมี 2 มุมมอง มุมมองแรกประกอบด้วย 2 แนวคิดหลัก คือ 1) การพิจารณาการสนับสนุนทางสังคมเชิงโครงสร้างหรือปริมาตร (Structural perspective) และ 2) การพิจารณาเชิงหน้าที่หรือคุณภาพ (Functional perspective) (ณัฐพงศ์ อนุวัตรยรรยง. 2540 : 33-35)

1) การพิจารณาเชิงโครงสร้าง (Structural perspective) เป็นการพิจารณาการสนับสนุนทางสังคมในเชิงโครงสร้างของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในเครือข่ายทางสังคม ว่าลักษณะความสัมพันธ์ทางสังคมของเครือข่ายประกอบด้วยอะไรบ้าง เช่น สถานภาพสมรส การเป็นสมาชิกขององค์กร บทบาทในสังคม ความถี่ในการติดต่อพบปะบุคคลอื่นๆ และระยะเวลาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับสมาชิกเครือข่าย เป็นต้น

2) การพิจารณาเชิงหน้าที่ (Functional perspective) เป็นการพิจารณาการสนับสนุนทางสังคมในเชิงของการทำหน้าที่ของการสนับสนุนทางสังคมในความสัมพันธ์ของบุคคล และที่สำคัญการพิจารณาในลักษณะนี้นั้นคุณภาพของความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับและผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อสุขภาพกาย และสุขภาพจิตของบุคคล เป็นการประเมินคุณภาพของการสนับสนุนทางสังคมของผู้รับการสนับสนุน (สมิต สัชฌกร. 2527 : 19) ยกตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุที่ประสบอุบัติเหตุสะโพกหัก เคลื่อนไหวไม่ได้ ต้องได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก อาการซึมเศร้าจะสัมพันธ์กับคุณภาพของการให้การสนับสนุนทางสังคมมากกว่าปริมาณของการสนับสนุนทางสังคม กล่าวคือ ผู้ป่วยไม่เพียงแต่ต้องการการดูแลจากแพทย์และครอบครัวตามปกติเท่านั้น แต่ยังต้องการให้แพทย์และครอบครัวให้การดูแลเปลี่ยนแปลงไปตามภาวะการเจ็บป่วยและกระบวนการรักษาด้วย การประเมินคุณภาพการสนับสนุนทางสังคมในบางเรื่องจะเกี่ยวข้องกับความรู้สึกมั่นใจในคุณค่าตนเองของบุคคล ความใกล้ชิดและสิ่งที่ไม่ให้ความช่วยเหลือ นอกจากนั้น กระบวนการสนับสนุนทางสังคมของบุคคลในเครือข่ายนั้น มีวิธีการติดต่อสื่อสาร ซึ่งเป็นช่องทางที่ทำให้เกิดการสนับสนุนทางสังคมและที่สำคัญต้องมีความต่อเนื่องและจำเป็นต้องสอดคล้องกับความต้องการของบุคคล กระบวนการสื่อสารมีหลายรูปแบบ เช่น จดหมาย โทรศัพท์ การพบปะพูดคุย (สมิต สัชฌกร. 2527 : 20-23) นอกจากนี้การติดต่อระหว่างกันจะนำไปสู่สัมพันธภาพทางสังคม ทำให้บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการหลายด้านระหว่างกัน ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้เกิดการสนับสนุนทางสังคมยิ่งขึ้น

มุมมองที่ 2 อธิบายกลไกการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นกระบวนการมีผลต่อภาวะสุขภาพทั้ง ร่างกาย และจิตใจ ซึ่งประกอบด้วย 3 แนวคิดหลักคือ

1) แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลโดยตรงต่อสุขภาพ (Main or direct effect models) เชื่อว่าความสัมพันธ์ที่ดีจะเป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้มีสุขภาพดีได้ และมีหลายแนวทางที่การสนับสนุนนั้นจะมีผลโดยตรงต่อสุขภาพ เช่น การสนับสนุนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หรือในอีกแง่หนึ่งการสนับสนุนนั้นช่วยให้บุคคลให้ความสนใจในเรื่องสุขภาพมากขึ้น เช่น การส่งเสริมให้บุคคลลดความวิตกกังวล โธอิธ (Thoits. 1982 : 145 –159) กล่าวว่า การลดความวิตกกังวล ความสิ้นหวัง ความท้อแท้ สามารถช่วยให้เป็นผลดีต่อสุขภาพ เช่น การศึกษาของแคปแลน ในปี ค.ศ. 1990 ศึกษาทบทวนผลการศึกษความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ และเป็นดัชนีหนึ่งในการวัดภาวะสุขภาพ

แอนและจูดี้ (Ann & Judy. 1986 : 334-337) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการสนับสนุนทางสังคมกับการยกย่องเห็นคุณค่าตนเอง และการได้รับการฝึกภาวะสุขภาพทางบวก พบว่า การสนับสนุนทางสังคมและการยกย่องเห็นคุณค่าตนเองเป็นปัจจัยชีวิตด้านบวกของลิลาชีวิต ยิ่งกว่านั้นการสนับสนุนทางสังคมยังมีอิทธิพลโดยตรงกับการยกย่องเห็นคุณค่าตนเองอีกด้วย ดังนั้นจะเห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลมีอารมณ์มั่นคงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รู้สึกว่าตนเองมีค่า ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดี เอชเลย์ (Atchley. 1991 : 35) ได้ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในเมืองเล็กมีอัตราการตายน้อยกว่าผู้สูงอายุในเมืองใหญ่ เพราะผู้สูงอายุที่อาศัยในเมืองเล็กจะได้รับการติดต่อสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดจากเพื่อนบ้านและญาติพี่น้องมากกว่าผู้สูงอายุในเมือง

2) แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมที่เป็นกันชน หรือดูดซับเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาทางสุขภาพ (Stress-buffering models) แนวคิดนี้อธิบายอิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการบรรเทาผลที่เกิดจากความเครียด หรืออีกในหนึ่งเป็นกันชนที่ช่วยลดความรุนแรงของผลที่เกิดจากภาวะเครียด โดยช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วย อันเนื่องมาจากความเครียดที่เกิดจากรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า เสียความภาคภูมิใจในตนเองที่ไม่สามารถเผชิญกับเหตุการณ์นั้นได้ กล่าวคือการสนับสนุนทางสังคมช่วยเป็นกันชนใน 3 ลักษณะ ได้แก่

(1) การสนับสนุนทางสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกว่ามีคนคอยให้ความช่วยเหลืออยู่เสมอจึงเป็นผลต่อการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นว่า ไม่รุนแรง หรือรุนแรงน้อย

(2) การสนับสนุนทางสังคม ช่วยให้มีการแก้ปัญหา ทำให้การรับรู้ความสำคัญของปัญหาลดลง ส่งผลต่อความเครียดในร่างกายลดลง

(3) การสนับสนุนทางสังคม ช่วยให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือเกี่ยวกับตนเอง และสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้น ทำให้เข้าใจเหตุการณ์และสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ซึ่งมีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ช่วยให้บุคคลพยายามที่จะเผชิญปัญหาในการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ

3) แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นความสอดคล้องของความต้องการที่จะได้รับการสนับสนุนและความเอื้ออำนวยของสิ่งแวดล้อมที่จะให้การสนับสนุน (Person-environment fit model) คือเป็นการเข้ากันระหว่างความต้องการของบุคคลกับทรัพยากรที่หาได้จากสิ่งแวดล้อม เพื่อตอบสนองความต้องการนั้น โดยคุณลักษณะของบุคคลไม่เพียงแต่ต้องการความช่วยเหลือเท่านั้น แต่รวมถึงความสามารถในการรับความช่วยเหลือและความรู้สึกถึงความเพียงพอของการช่วยเหลือ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ของบุคคลที่ผู้รับมีความรู้สึกรู้ว่ามีความต้องการความช่วยเหลือ และผู้ให้รับรู้ว่ามีผู้ต้องการ สรุปว่าบุคคลสามารถที่จะให้การสนับสนุนทางสังคมให้ตรงกับความต้องการของผู้รับได้

แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม

สามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ (Phillips. 1991 : 535-536)

1. การสนับสนุนแบบเป็นทางการ (Formal support) เป็นกลุ่มที่มีการช่วยเหลือในลักษณะขององค์กร หรือสถาบันซึ่งมีหน้าที่ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือในรูปแบบของศูนย์บริการต่างๆ ที่มีในชุมชน

2. การสนับสนุนแบบไม่เป็นทางการ (Informal support) เป็นกลุ่มที่มีลักษณะของความสัมพันธ์ที่เกิดจากความใกล้ชิด ซึ่งได้แก่ คู่สมรส บุคคลในครอบครัว เพื่อน และสัตว์เลี้ยง ลักษณะการช่วยเหลือที่ไม่ต้องการการตอบแทนในเรื่องเงินทอง เป็นการให้ในด้านความรัก ความห่วงใยเอาใจใส่ดูแล ซึ่งบุคคลจะได้รับการตอบสนองมากน้อยเพียงใดขึ้นกับลักษณะของสัมพันธภาพ และความเกี่ยวข้องของบุคคล โดยพิจารณาจากความใกล้ชิดผูกพัน การมีอำนาจ การพึ่งพาตนเองเป็นหลักสำคัญในการประเมินสัมพันธภาพ สำหรับผู้สูงอายุสกอตและโรแบร์โต (Scott & Roberto) (วันที ชำเพ็ญ. 2540 : 40 ; อ้างอิงจาก นงลักษณ์ บุญไทย. 2539. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุและความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นๆ. ไม่ปรากฏเลขหน้า) กล่าวว่า บุตรหลานและเพื่อนๆ ของผู้สูงอายุเป็นกลุ่มบุคคลที่ให้การสนับสนุนแบบไม่เป็นทางการแก่ผู้สูงอายุได้ดีที่สุด

ระดับของการสนับสนุนทางสังคม

กอตต์ลิบ (สุริย์มาศ นาคะผดุงรัตน์. 2542 : 28 ; อ้างอิงจาก Gottlieb. 1985. Health Education Quarterly. p. 5-22) แบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับกว้าง (Macrolevel) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วม หรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ ด้วยความสมัครใจและดำเนินชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม

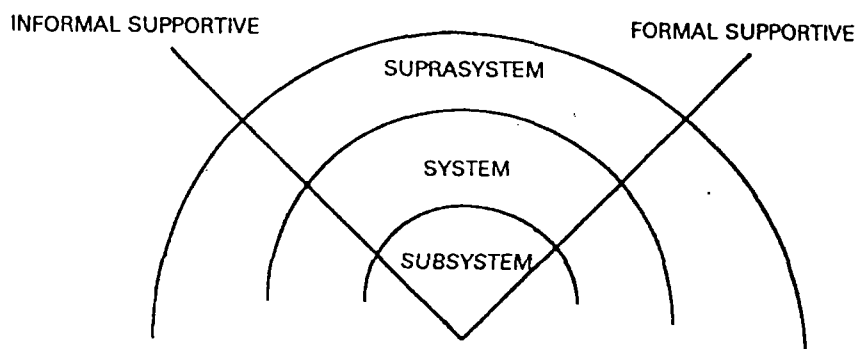
2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzolevel) เป็นการมองที่โครงสร้างและหน้าที่ของเครือข่ายสังคม ด้วยการวัดอย่างเฉพาะเจาะจงถึงกลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน ชนิดของการสนับสนุนทางสังคมในระดับนี้ คือ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือ ด้านวัตถุ ความเป็นมิตร การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการยกย่อง

3. ระดับแคบหรือระดับเล็ก (Microlevel) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความสนิทสนมมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อว่า คุณภาพของความสัมพันธ์มีความสำคัญมากกว่าปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์ การสนับสนุนในระดับนี้ได้แก่ สามี ภรรยา บุตร และสมาชิกในครอบครัว หรือคนรัก ซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ให้การสนับสนุนทางจิตใจ แสดงความรักและห่วงใย (Affective support)

โครงสร้างการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ

ฟิลลิปปี (Phillips. 1991 : 535-536) ได้อธิบายลักษณะของโครงสร้างการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

1. Subsystem เป็นส่วนพื้นฐานของโครงสร้างโดยเป็นการสนับสนุนช่วยเหลือระหว่างผู้สูงอายุกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจเป็นบุคคล สัตว์เลี้ยง
2. System เป็นลักษณะของการสนับสนุนช่วยเหลือระหว่างผู้สูงอายุกับกลุ่มบุคคล เช่น ครอบครัว บุคลากรในทีมสุขภาพ
3. Suprasystem เป็นลักษณะการสนับสนุนช่วยเหลือระหว่างผู้สูงอายุกับองค์กรที่จัดโครงการต่างๆ เพื่อให้บริการแก่ผู้สูงอายุ ดังภาพประกอบ 11 (Phillips. 1991 : 536)



ภาพประกอบ 11 โครงสร้างของการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ

จากภาพประกอบ 11 แสดงให้เห็นถึงลักษณะโครงสร้างการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับแหล่งประโยชน์คือ Informal supportive และ Formal supportive มีความครอบคลุมและสำคัญต่อผู้สูงอายุ ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถให้การตอบสนองความต้องการของตนเองได้อย่างครอบคลุม ผู้สูงอายุจะมีความพึงพอใจในชีวิตของตนเอง

นอร์เบค (อัปสร รั้งสิปการ. 2539 : 34 ; อ้างอิงจาก Norbeck. 1981.

Advances Nursing Science. p. 41-42) กล่าวถึงโครงสร้างของแรงสนับสนุนทางสังคม โดยเรียกว่า เครือข่ายทางสังคม (Social network) เป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีจุดหมายมีการให้ข้อมูลย้อนกลับซึ่งกันและกัน จึงเป็นสิ่งสำคัญและมีความจำเป็นต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลโดยการพิจารณาความเหมาะสมของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ ขึ้นอยู่กับขนาดของกลุ่มสังคม ชนิดของความสัมพันธ์ ระยะเวลาที่ใช้ในการติดต่อ ความถี่ในการติดต่อ วิธีการที่ใช้ในการติดต่อ

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลัก ดังนี้

1. การช่วยเหลือทางอารมณ์และสังคม (Social – emotional aid) เป็นการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ ในด้านความรัก ความสนิทสนม ความไว้วางใจ การดูแลเอาใจใส่ การยกย่อง การเห็นคุณค่า การช่วยให้เกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (ณัฐพงศ์ อนุวัตรยรรยง. 2540 : 43-44 ; อ้างอิงจาก Cobb. 1976. *Psychosomatic Medicine*. p. 300 ; Wiess. 1974. *The Provision of Social Relationships*. p. 17) การสนับสนุนในด้านอารมณ์และสังคมยังแบ่งออกได้ดังต่อไปนี้

ก. การสนับสนุนทางสังคมที่เป็นการให้ความรักใคร่ผูกพัน (Attachment) ส่งผลต่ออารมณ์โดยรวม คือ ทำให้บุคคลรู้สึกสบายใจ มีความรู้สึกว่าได้ความรัก ความสนใจ ดูแลเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิดที่มีความสัมพันธ์และไว้วางใจซึ่งกันและกัน เกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยและอบอุ่น สัมพันธ์เช่นนี้จะพบใน คู่สมรส เพื่อน หรือสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน ทำให้เกิดความรู้สึกผูกพันทางอารมณ์และความคิด

ข. การรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) เป็นความสัมพันธ์จากการที่บุคคลเข้าไปร่วมกิจกรรมทางสังคมของกลุ่ม ทำให้เกิดการแบ่งปัน แลกเปลี่ยนในด้านความคิด กำลังทรัพย์ กำลังคน ตามโอกาสอันควร ก่อให้เกิดความเข้าใจและห่วงใยกัน ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับ และมีคุณค่าต่อกลุ่ม

ค. การมีโอกาสดูแลช่วยเหลือผู้อื่น (Opportunity for nurturance) เป็นการทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของผู้อื่นและผู้อื่นพึ่งพาได้ ถ้าหากไม่ได้ทำหน้าที่นี้จะเกิดความคับข้องใจ รู้สึกว่าชีวิตไม่สมบูรณ์ ไร้จุดหมาย

ง. การให้ความมั่นใจว่ามีคุณค่า (Reassurance of worth) เป็นการให้การยอมรับในสถาบันครอบครัว หรือเมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่สามารถแสดงบทบาททางสังคม บทบาทนั้นอาจเป็นบทบาทในครอบครัว หรือในอาชีพ ถ้าคนเราไม่ให้การยอมรับจะทำให้ขาดความเชื่อมั่นหรือมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

จ. ความเชื่อถือไว้วางใจคนอื่น (A sense of reliable alliance) เป็นการให้ความช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลเกิดความแน่ใจว่าจะได้รับการช่วยเหลือเมื่อเกิดความทุกข์ หรือต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ โดยบุคคลจะรับรู้ว่ามีผู้ที่สามารถให้ความช่วยเหลือและสามารถช่วยเหลือได้อย่างต่อเนื่อง

ฉ. การได้รับคำแนะนำ (The obtaining of guidance) เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคลที่มีความสามารถ หรือความสำคัญเหนือกว่าตัวเรา ในสถานการณ์ที่เราตกอยู่ในภาวะตึงเครียด ต้องการกำลังใจ ต้องการคำปรึกษา ชี้นำ ในการแก้ปัญหา

2. การช่วยเหลือในเชิงเครื่องมือและสิ่งของ (Instrumental aids) เป็นการให้ความช่วยเหลือในด้านการให้ข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำ และสิ่งของ แบ่งการสนับสนุนในเชิงเครื่องมือและสิ่งของออกเป็น 3 ประเภทย่อย คือ

ก. การสนับสนุนด้านสิ่งของ เครื่องมือ (Instrumental support) เป็นการให้ความช่วยเหลือในด้านแรงงาน สิ่งของ (Material support) และบริการต่างๆ รวมทั้งการสนับสนุนทางการเงิน (Financial aid)

ข. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ ข้อเท็จจริง แนวทางเลือกปฏิบัติ เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาทั้งด้านการงานและเรื่องส่วนตัวที่เผชิญอยู่

ค. การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง โดยเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นที่อยู่ในสถานการณ์คล้ายกัน ซึ่งจะก่อให้เกิดความมั่นใจ เปรียบเสมือนการเสริมแรงทางสังคม (Social reinforcement)

สรุป การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ จะช่วยลดความเครียด สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีกลไกในการช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี เกิดความสุขได้ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมถอยของร่างกายซึ่งทำให้เกิดข้อจำกัดทางร่างกาย และการเข้าสังคม แต่หากมีการคงไว้ซึ่งการติดต่อในเครือข่ายทางสังคมก็จะช่วยให้ผู้สูงอายุเผชิญกับภาวะเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองได้อีกด้วย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

งานวิจัยในต่างประเทศ

การศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ศึกษาดังต่อไปนี้

หลุยส์ (Louis. 1983 : 144-149) ได้สำรวจปัจจัยหรือตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยเปรียบเทียบผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานพยาบาล (ก) และสถานพยาบาล (ข) เก็บข้อมูลจากรายงานอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม รวมเป็นระยะเวลา 27 เดือน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 142 คน มีรายงานการพลัดตกหกล้มทั้งหมด 289 ครั้ง แบ่งเป็นสถานพยาบาล (ก) 113 คน 253 ครั้ง และสถานพยาบาล (ข) 29 คน 36 ครั้ง พบว่าอัตราการพลัดตกหกล้มทั้ง 2 แห่ง ขึ้นอยู่กับระดับของการดูแล และอายุของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีความอ่อนแอเสียมาก จะพบการพลัดตกหกล้มบ่อยครั้งและระดับของการบาดเจ็บจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุด้วย และเพศชายพบมีอัตราการพลัดตกหกล้มและ

การได้รับบาดเจ็บมากกว่าเพศหญิงทั้ง 2 แห่ง สำหรับการไช่ยาบางชนิดไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดการพลัดตกหกล้ม นอกจากนี้จำนวนครั้งหรือความถี่ของการเกิดการพลัดตกหกล้ม มีความสัมพันธ์กับเวลาที่เกิด เช่น จะพบบ่อยในช่วงเวลาของการทำกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ เวลารับประทานอาหารและเวลานอน วันที่พบมากที่สุดคือวันสุดสัปดาห์ แต่จะพบน้อยในวันจันทร์ ส่วนเดือนจะพบมากในเดือนมกราคม มีนาคม พฤศจิกายน และธันวาคม

โคลลิง และพาร์ค (Colling & Park. 1983 : 175-192) ได้ศึกษาระบาดวิทยาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในสถานพยาบาลโดยใช้ข้อมูลจากรายงานอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม เป็นระยะเวลา 8 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 61 คน แบ่งเป็นเพศหญิง 47 คน และเพศชาย 14 คน ผลการศึกษาพบว่าอัตราเฉลี่ยของการพลัดตกหกล้ม เท่ากับ 26.8 ครั้งต่อเดือน และเพศหญิงมีอัตราการการหกล้มมากกว่าเพศชาย โรคที่พบมากในผู้สูงอายุที่มีการพลัดตกหกล้ม ได้แก่ โรคเกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 57.00 โรคเกี่ยวกับหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 40.00 โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ ร้อยละ 40.00 โรคระบบประสาท ร้อยละ 29.00 ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิต ร้อยละ 20.00 และโรคระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 19.00 นอกจากนี้จำนวนครั้งของการเกิดการพลัดตกหกล้ม พบว่า เกิดครั้งเดียว 18 คน เกิด 2 ครั้ง 19 คน และเกิด 3 ครั้ง มากกว่า 24 คน ส่วนใหญ่มีการพลัดตกหกล้มบริเวณข้างเตียง ร้อยละ 61.00 รองลงมาคือห้องน้ำ ร้อยละ 14.50 ห้องโถง ร้อยละ 5.10 และนอกบริเวณสถานบริการ ร้อยละ 2.80 ส่วนเวลาที่เกิดมากคือตอนกลางวัน ร้อยละ 39.00 รองลงมาคือตอนเย็น ร้อยละ 28.60 และตอนกลางคืนร้อยละ 22.00

คราเวน และบรูโน (Craven & Bruno. 1986 : 27-33) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มารับบริการรักษาที่หน่วยพยาบาลเคลื่อนที่ เมืองซีแอตเติล เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะเวลา 1 ปี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ทั้งหมด 99 คน เป็นทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก เป็นเพศหญิง 68 คน เพศชาย 31 คน มีอายุระหว่าง 65-85 ปี ในจำนวนนี้มีผู้ที่เคยเกิดการพลัดตกหกล้ม จำนวน 60 คนและไม่เคยเกิดการพลัดตกหกล้ม จำนวน 39 คน ผลการศึกษาพบว่า เพศ และอายุมีความสัมพันธ์และเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้ม โดยมีการพลัดตกหกล้มในเพศหญิงมากกว่าเพศชายและจะพบมากขึ้นในผู้ที่มีอายุมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป ปัจจัยเสี่ยงรองลงมา คือ การอาศัยอยู่ตามลำพัง จะพบว่าการพลัดตกหกล้มบ่อยครั้ง และปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพพบว่าผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับสายตา การทรงตัว และความบกพร่องเกี่ยวกับระบบประสาทหรือเคยได้รับอุบัติเหตุเกี่ยวกับเส้นเลือดในสมองจะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม นอกจากนี้กิจกรรมขณะเกิดการพลัดตกหกล้ม คือ การเดินร้อยละ 42.00 ทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ ร้อยละ 12.00 ขึ้นลงบันได ร้อยละ 10.00 จากการเปลี่ยนท่าและเข้าห้องน้ำ ร้อยละ 10.00 ส่วนสถานที่เกิดจะเกิด

ภายในบ้านมากที่สุด ร้อยละ 52.00 และเกิดภายนอกบ้าน ร้อยละ 48.00 เวลาที่เกิดมากที่สุด อยู่ระหว่าง 8.00-20.00 น.

วูลเลย์ และแซนดรา (Woolley & Sandra. 1990 : 608) ได้ศึกษาถึงการประเมินอุบัติเหตุการณ์พลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 คน เป็นเพศชาย 6 คน เพศหญิง 16 คน มีอายุระหว่าง 69-93 ปี และมีที่อยู่เป็นของตนเอง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ตามอายุ เพศ และประสบการณ์เคยตกบันไดกับไม่เคยตกบันได กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มจะถูกทดสอบพิเศษถึงระดับหน้าที่ในแต่ละอย่าง เช่น การมองเห็น ลักษณะความคิด การเลือกสรร สภาพจิตใจ ความสามารถเฉพาะตน การรับรู้ การทรงตัวในการเดิน และการลงบันได รวมทั้งระดับความสามารถทั้งหมด ซึ่งวิเคราะห์ได้ว่า การเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาค กายภาพ และจิตใจเป็นส่วนประกอบในกระบวนการเปลี่ยนแปลงอายุ ที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถลดลงในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม อีกทั้งมีผลกระทบกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จากการเปรียบเทียบระดับความสมดุลที่ประเมินได้จากการทดสอบ พบว่าผู้สูงอายุต้องการหน้าที่ ความสามารถในการสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้น และได้ทำการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลง ของข้อจำกัดภายในระบบที่คัดเลือกจากการวัดความแตกต่างระหว่างผู้ที่เคยตกบันได และไม่เคยตกบันได พบว่ามีความแตกต่างในด้านความสามารถของการเดิน การลงบันได กิจกรรมในที่สูง แต่การวัดจากข้อบ่งชี้จากการมองเห็น การได้ยิน ความหลากหลายทางความคิดในผู้ที่เคยตกบันไดไม่สามารถนำมาเป็นสาเหตุของการพลัดตกหกล้มได้ แต่หากมีการผสมผสานปรับเปลี่ยนหรือเพิ่มเติมซึ่งอาจก่อให้เกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเฉพาะรายได้

สเวนสัน และแมรี-หลุยส์ (Svensson & Marie-Louise. 1992 : 634) ศึกษาเกี่ยวกับอุบัติเหตุและการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยศึกษา อุบัติเหตุในสถานพยาบาล เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุในสถานพยาบาล และประเมินรายบุคคลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุในสถานพยาบาล โดยรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุในโรงพยาบาล และสถานพยาบาลผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์ในการศึกษา คือ

1. เพื่อหาหลักฐาน แนวทางของปัจจัยที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุ
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ
3. เพื่อหาแนวทางปฏิบัติ หาวิธีการวิเคราะห์ผู้ป่วยที่มีภาวะความเสี่ยงสูงในการเกิดอุบัติเหตุในสถานพยาบาล

การศึกษาดังนี้เป็นการศึกษาในผู้สูงอายุ 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่เคยเกิดการพลัดตกหกล้ม และกลุ่มที่ไม่เคยเกิดการพลัดตกหกล้ม มีอายุระหว่าง 84-85 ปี เป็นการศึกษาระยะยาวเพื่อวิเคราะห์อุบัติการณ์ย้อนหลัง กรณีสิ่งแวดล้อมและผลที่จะเกิดขึ้นภายหลังการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ และทำการเปรียบเทียบทั้งสองกลุ่ม ใช้การสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย และข้อมูล

จากบันทึกทางการแพทย์ ผลการศึกษาพบว่า สาเหตุของอุบัติเหตุหลังการบาดเจ็บนั้นมาจากหลายปัจจัย และส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับปัจจัยภายใน สำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยที่มีห้องส่วนตัว และเป็นผู้ป่วยที่พักในบ้านของตนเอง ซึ่งอุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดเวลากลางวัน มักมีผลจากการพลัดตกหกล้ม โดยที่สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการทรงตัว การบาดเจ็บในครั้งก่อนๆ การพักผ่อนช่วงกลางคืนไม่เพียงพอ การทำกิจวัตรประจำวัน และการได้รับยาหลายชนิด

ผู้ศึกษาได้ให้ข้อเสนอแนะว่า การที่จะป้องกันอุบัติเหตุต้องเริ่มจากการให้ความรู้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติ โดยอธิบายว่าอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นได้อย่างไร เมื่อไร ที่ไหน อย่างไร เพราะอะไร และจะป้องกันได้อย่างไร รวมถึงความสำคัญของปัจจัยภายนอกและภายในที่จะนำไปสู่การพิจารณาในการหาแนวทางการป้องกัน รวมถึงความจำเป็นในการป้องกันด้านต่างๆ ในโรงพยาบาล สถานพยาบาล บ้านพักผู้สูงอายุและศูนย์ต่างๆ

กาเลเกอร์ (Gallagher. 1996 : 84-96) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการลดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 50 คน แลกลุ่มควบคุม 50 คน ในกลุ่มควบคุมจะได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยงรายบุคคล และได้รับการกระตุ้นความสนใจโดยใช้ วิดีโอ และหนังสือเล่มเล็กๆ หากแต่ในกลุ่มทดลองจะเพิ่มการได้รับคำแนะนำในการลดปัจจัยเสี่ยงด้วย ผลการทดลองพบว่าในกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตามการลดการพลัดตกหกล้มเพียงร้อยละ 50.00 เท่านั้น

เอลิซาเบท, คาร์เรน และแอน (Elizabeth, Karen & Ann. 2002 : 2-8) ได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยทำการรวบรวมเอาหลาย ๆ งานวิจัยที่ตีพิมพ์เกี่ยวกับ ประสิทธิภาพของโปรแกรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งมีการตั้งคำถามในการวิจัยครั้งนี้ว่า โปรแกรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุที่ได้กระทำกันนั้น ได้ผลจริงหรือไม่

วิธีดำเนินการ ใช้การศึกษางานวิจัยหลายๆ งานที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ นำมาสรุป วิเคราะห์ หาตัวแปรแทรกในการศึกษา รวมทั้งเปรียบเทียบกลุ่ม และหาปริมาณผลลัพธ์ที่ได้ โดยมีการประเมินงานวิจัยแต่ละงานอย่างเที่ยงตรงและมีผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ จากการศึกษางานวิจัย 12 งาน ทั้ง 12 งานวิจัยมีอายุของผู้สูงอายุเฉลี่ย 76.50 ปี เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายร้อยละ 79.50 มี 9 งานวิจัยที่ศึกษาได้อย่างเหมาะสม และมีเพียง 4 ใน 6 งานวิจัยที่ใช้การศึกษาแบบพรรณนาและมีเครื่องมือวัดอย่างเหมาะสม มีงานวิจัย 8 งานที่ให้โปรแกรมการออกกำลังกายร่วมด้วย เพื่อเป็นการสร้างเสริมการป้องกันการหกล้มให้ดียิ่งขึ้น โดย 8 งานวิจัยแบ่งกลุ่มเป็น 2 กลุ่มย่อย คือ

กลุ่ม A ใช้การออกกำลังกายเท่านั้น (EX) ได้แก่ งานวิจัยของ Campbell, Lord และ Mulrow

กลุ่ม B ใช้การออกกำลังกายร่วมกับการดัดแปลงและปรับปรุงปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม (EXRM) ได้แก่ งานวิจัยของ Reinsch, Schoenfelder, Tinetti, Uden และ Wagner ส่วนงานวิจัยที่เหลืออีก 3 งานใช้การฝึกประเมินปัจจัยเสี่ยงอย่างคร่าวๆ (CRA) ได้แก่ งานวิจัยของ Close, Ray และ Rubenstein เหลืออีกหนึ่งงานวิจัยคืองานของ Ryan เป็นการให้ความรู้ในชุมชนเรื่องการป้องกันการหกล้มและการแก้ไขสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ค่อนข้างใหญ่และกระทำการอย่างกว้างๆ มีความแตกต่างมากจึงถูกคัดออกจากการวิจัยครั้งนี้

ในงานวิจัย 12 งาน มี 8 งานวิจัยที่ใช้ระยะเวลาศึกษาคูผลลัพธ์ถึง 12 เดือน และมี 4 งานวิจัยที่ใช้เวลาศึกษาคูผลลัพธ์เพียง 4 เดือนหรือน้อยกว่านั้น ผลการศึกษาพบว่างานวิจัยที่ศึกษาคูผลลัพธ์ 12 เดือน มีค่าเฉลี่ยของผลกระทบในงานวิจัย (MWES) .0905 (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001) แต่ถ้าศึกษาคูผลลัพธ์ 4 เดือนหรือน้อยกว่านั้นค่า MWES ก็จะไม่มีความสำคัญทางสถิติ งานวิจัย 12 งานมีผลชี้บ่งว่าการทดลองส่งผลให้เกิดอัตราส่วนการเกิดการหกล้มในผู้สูงอายุลดลง มี 5 งานวิจัยใน 12 งานวิจัย (Schoenfelder, Tinetti, Mulrow, Ray และ Lord) มีการรายงานผลโดยอัตราส่วนของกลุ่มตัวอย่างลดลง เหตุนี้เองเป็นตัวเสริมให้ผลการวิจัยตกลงไปสำหรับงานวิจัยที่ทำ EX, EXRM และ CRA กลุ่มที่ทำ EX จะไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในกลุ่มที่ทำ EXRM และ CRA จะแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นในการทำงานวิจัยควรจะทำทั้ง EX, EXRA และ CRA จึงจะแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บทสรุปของการศึกษาครั้งนี้ ผลของโปรแกรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุนั้น ควรทำการศึกษาระยะยาว 12 เดือน หรือมากกว่านั้น ต้องทำการเลือกสุ่มตัวอย่าง ไม่น่าจะใช้การทดลองกึ่งทดลอง (Quasi experiment) เพราะไม่สามารถควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนได้ และต้องควบคุมกลุ่มควบคุมอย่างเข้มงวดมากๆ จึงจะส่งผลให้การทดลองได้ผลดียิ่งขึ้น

งานวิจัยในประเทศ

งานวิจัยเกี่ยวกับเรื่องอุบัติเหตุในผู้สูงอายุในประเทศไทย ได้มีผู้ทำการศึกษาไว้ดังนี้

สุริย์พร ตรียาวุฒิวิทย์ (2534 : 70-76) ได้ศึกษาเชิงระบาดวิทยาเกี่ยวกับอุบัติการณ์ของการเกิดอุบัติเหตุ ในผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในชุมชนย่อยเขตเทศบาลเมืองนครปฐม จำนวน 260 คน โดยการสัมภาษณ์การเกิดอุบัติเหตุที่บ้านเป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่ามีอุบัติการณ์ รายบุคคล ร้อยละ 46.15 รายครั้งร้อยละ 55.77 ชนิดของอุบัติเหตุเป็นการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 42.70 รองลงมา คือ มีดบาดร้อยละ 11.92 สถานที่เกิดอุบัติเหตุที่พบบ่อย คือ ห้องน้ำห้องส้วมร้อยละ 18.08 ผลของการเกิดอุบัติเหตุเป็นแผลฟกช้ำร้อยละ 32.31 ความรุนแรงของการบาดเจ็บเป็นชนิดเล็กน้อยร้อยละ 43.47 มักจะพบที่เกิดในเวลากลางวันมากกว่ากลางคืน ในด้านของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส

สุขภาพร่างกาย สุขภาพจิตใจ สัมพันธภาพในครอบครัว ส่วนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุที่บ้านของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เสียว เว่ย ถาน (2536 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องความหนาแน่นของกระดูกในกลุ่มผู้ป่วยหญิงสูงอายุที่มีกระดูกต้นขาหัก เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่หัก หลังได้รับอุบัติเหตุล้มลง โดยศึกษาจากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจรักษาในภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2535 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2536 โดยมีกลุ่มผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก 10 ราย และกลุ่มควบคุมซึ่งไม่มีกระดูกต้นขาหัก 25 ราย จากผลการศึกษาพบว่า ความหนาแน่นของกระดูก ในสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แต่เนื่องจากอายุของทั้งสองกลุ่มก็มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน ($p < .05$) กลุ่มผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก และกลุ่มควบคุมจึงถูกจับคู่ด้วยอายุที่ต่างกันไม่เกิน 3 ปี (Age-matched) โดยมีกลุ่มผู้ป่วย 7 ราย และกลุ่มควบคุม 14 ราย ที่สามารถจับคู่กันได้ตามเกณฑ์ ผลการประเมินทางสถิติใหม่พบว่า ความหนาแน่นของกระดูกในสองกลุ่ม ถ้าอายุเท่ากัน จะไม่มีความแตกต่างสถิติ ($p > .05$) ซึ่งในที่นี้น่าจะเกิดจากกลุ่มตัวอย่างยังไม่พอที่จะบอกความแตกต่างได้ คำถามที่ว่าผู้ป่วยหญิงสูงอายุที่มีกระดูกต้นขาหักจะมีภาวะกระดูกพรุนมากกว่าหญิงที่มีอายุเท่ากัน และได้รับอุบัติเหตุประเภทเดียวกันหรือไม่นั้น จะต้องมีการทำวิจัยต่อไปโดยมีขนาดตัวอย่างมากขึ้น

นอกจากนี้ยังพบว่า อายุที่มากขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงของการสูญเสียความหนาแน่นของเนื้อกระดูก ผู้ที่มีรูปร่างใหญ่จะมีอัตราเสี่ยงต่อการสูญเสียความหนาแน่นของกระดูกน้อยลง ความหนาแน่นของกระดูกเท่ากับหรือน้อยกว่า 0.60 กรัมต่อตารางเซนติเมตร ถือเป็นจุดตัดที่หญิงสูงอายุจะมีกระดูกหักเมื่อมีอุบัติเหตุล้มลง

เกศินี หาญจางสิทธิ์ (2536 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาอัตราอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุที่บ้านของผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร เปรียบเทียบอัตราอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุของผู้สูงอายุ ในและนอกเขตเทศบาล จำนวนผู้สูงอายุ 270 คนโดยการสัมภาษณ์การเกิดอุบัติเหตุที่บ้านทุก 2 สัปดาห์ ศึกษาเป็นระยะเวลา 3 เดือน พบว่าอัตราอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุรายคนร้อยละ 49.30 รายครั้งร้อยละ 65.20 เป็นผู้ที่อาศัยในเขตเทศบาล 90 คน เกิดอุบัติเหตุ 45 คน 63 ครั้ง อัตราอุบัติการณ์รายคนร้อยละ 50 รายครั้งร้อยละ 70 และ 180 คนอาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล เกิดอุบัติเหตุ 88 คน 113 ครั้ง อุบัติการณ์รายคนร้อยละ 48.90 รายครั้งร้อยละ 62.80 ชนิดของอุบัติเหตุถูกข้อมือมีคมบาดร้อยละ 25.90 รองลงมา คือ การพลัดตกหกล้มร้อยละ 17 สถานที่เกิดอุบัติเหตุที่พบบ่อย คือ ห้องครัวร้อยละ 20.70 ส่วนการเกิดอุบัติเหตุในเขตเทศบาล และชนบทมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุพบว่า เพศ สุขภาพร่างกาย ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน

กล้ามเนื้ออ่อนแรง โรคเบาหวาน การใช้ยานอนหลับ และสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุปราณี ยมพุก (2540 : 84-92) ได้ศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา และระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ เกี่ยวกับอัตราอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี และเปรียบเทียบอัตราอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ ระหว่างผู้สูงอายุในชมรมและนอกชมรมผู้สูงอายุ รวมทั้งศึกษาปัจจัยด้านตัวบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 320 คน แบ่งเป็นผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจำนวน 80 คน และผู้สูงอายุนอกชมรมผู้สูงอายุจำนวน 240 คน โดยการศึกษาไปข้างหน้าเป็นระยะเวลา 3 เดือน เก็บข้อมูลทุก 2 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้สูงอายุทั้งหมด 320 คน เกิดอุบัติเหตุในบ้านจำนวน 134 คน รวม 178 ครั้ง คิดเป็นอัตราอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุ (รายคน) เท่ากับร้อยละ 41.90 (รายครั้ง) ร้อยละ 55.60 ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 80 คน เกิดอุบัติเหตุ 24 คน 31 ครั้ง อัตราอุบัติการณ์ (รายคน) ร้อยละ 30.00 อัตราอุบัติการณ์ (รายครั้ง) ร้อยละ 38.80 และผู้สูงอายุนอกชมรมผู้สูงอายุ เกิดอุบัติเหตุ 110 คน 147 ครั้ง คิดเป็นอัตราอุบัติการณ์ (รายคน) ร้อยละ 45.80 (รายครั้ง) ร้อยละ 61.30 และเมื่อจำแนกตามชนิดของอุบัติเหตุพบว่า การถูกของมีคมบาดเจ็บมีอัตราอุบัติการณ์มากที่สุด คือ 21.25 ครั้งต่อร้อยละคน รองลงมา คือ การพลัดตกหกล้มมีอัตราอุบัติการณ์ 18.12 ครั้งต่อร้อยละคน กิจกรรมขณะเกิดอุบัติเหตุพบมากที่สุด คือ การทำงานบ้าน รองลงมาคือ การเดิน มีอัตราอุบัติการณ์ 12.19 และ 11.25 ครั้งต่อร้อยละคน ตามลำดับ ลักษณะการบาดเจ็บพบว่า เป็นแผลถูกของมีคม รองลงมาเป็นแผลฟกช้ำ และ/หรือแผลถลอก คิดเป็นอัตราอุบัติการณ์ 23.12 และ 20.93 ครั้งต่อร้อยละคน ตามลำดับ และความรุนแรงของการบาดเจ็บอยู่ในระดับเล็กน้อย คิดเป็นอัตราอุบัติการณ์ 46.87 ครั้งต่อร้อยละคน เวลาที่เกิดอุบัติเหตุพบว่า ในเวลากลางวัน เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด คิดเป็นอัตราอุบัติการณ์ 16.25 ครั้งต่อร้อยละคน และมักเกิดอุบัติเหตุบริเวณใต้ถุน และบริเวณรอบบ้าน คิดเป็นอัตราอุบัติการณ์ 23.13 ครั้งต่อร้อยละคน

2. การเปรียบเทียบอัตราอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุระหว่างผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุนอกชมรม จำแนกตามชนิด กิจกรรม ลักษณะการบาดเจ็บ และความรุนแรงของการบาดเจ็บ พบว่า อัตราอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุรายครั้ง และความรุนแรงของการบาดเจ็บในระดับเล็กน้อย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .05$) ส่วนชนิดของอุบัติเหตุ กิจกรรมขณะเกิดอุบัติเหตุ ลักษณะการบาดเจ็บ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p > .05$)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลกับการเกิดอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ พบว่า ภาวะสุขภาพทางกาย (ซึ่งประกอบด้วย โรคเบาหวาน ปัญหาเกี่ยวกับสายตา โรคตา ต้อกระจก ต้อหิน ปัญหาการใช้ยานอนหลับ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไขข้อในเลือดสูง

โรคหามือชาเท้า) กิจกรรมประจำวัน และสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ และพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุมากเป็นอันดับ 1 คือ ภาวะสุขภาพกาย โดยเฉพาะการไ้ชยานอนหลับ รองลงมา ได้แก่ กิจกรรมประจำวันและสุขภาพจิต

นพรัตน์ หนูบ้านยาง (2540 : 89-105) ได้ศึกษาเชิงพรรณนาเรื่อง การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทยทหารเรือ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้สูงอายุ ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทยทหารเรือ จำนวน 260 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

ผลการศึกษาพบว่า การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ทุกด้านอยู่ในระดับค่อนข้างดี และเมื่อพิจารณารายข้อ ในแต่ละด้าน โดยเฉพาะด้านการป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุ อยู่ในเกณฑ์ดี (คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป) อาทิเช่น

- การเปิดไฟหรือเปิดหน้าต่างในห้องน้ำ ห้องส้วม เมื่อรู้สึกว่ามีแสงสว่างไม่เพียงพอหรืออากาศถ่ายเทไม่สะดวก

ผลการศึกษายังพบอีกว่า

- ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลสุขภาพตนเองด้านการป้องกันอุบัติเหตุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
- ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลสุขภาพตนเองด้านการป้องกันอุบัติเหตุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
- ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีการดูแลสุขภาพตนเองด้านการป้องกันอุบัติเหตุ (การลื่นหกล้มในห้องน้ำ ห้องส้วม เนื่องจากห้องไม่สะอาด หรือไม่มีราวเกาะ) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วาสนา เกื่อนวงษ์ (2540 : 117-125) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 400 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาในเรื่องการป้องกันอันตรายต่อชีวิต กิจกรรมหรือการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายต่อชีวิตในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ การป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้าน และการป้องกันอุบัติเหตุนอกบ้านของผู้สูงอายุ สำหรับการป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้านจากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีวิธีการป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้าน หลายวิธีแตกต่างกันไป ผู้สูงอายุจะมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้านอย่างน้อย 1 กิจกรรมขึ้นไป พบว่า ได้มีการจัดแสงสว่างในที่อยู่อาศัยให้เพียงพอในจุดที่จำเป็น ดูแลไม่ให้พื้นบ้าน พื้นห้องน้ำเปียกชื้นที่จะทำให้เสี่ยงต่อการลื่นหกล้มได้ง่าย และในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน มีการจัดหรือดูแลให้บ้านเป็นระเบียบ สิ่งของไม่วางเกะกะ และมีการหลีกเลี่ยงการขึ้นลงบันไดหรือที่สูงขึ้น ซึ่งจากการสอบถามผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีการจัดห้องนอนไว้

ชั้นล่างของบ้าน จากการศึกษายังพบอีกว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย การร่วมกิจกรรมทางสังคม และการป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้าน

เกศสุตา โลหิตวานนท์, อโนชา ศรีศุภร และหทัย พันธุ์พงษ์วงศ์ (2541 : 56-62) ได้ศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา เกี่ยวกับอัตราอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุภายในบ้านของผู้สูงอายุ และศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอุบัติเหตุภายในบ้านของผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสงคราม มีกลุ่มตัวอย่าง 377 คน เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ เก็บข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุ ในช่วง 3 เดือน คือ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2541-31 มีนาคม พ.ศ. 2541 ผลการศึกษาพบว่า

ผู้สูงอายุทั้งหมด 377 คน เกิดอุบัติเหตุภายในบ้าน 192 คน รวม 269 ครั้ง คิดเป็นอัตราอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุ รายคน ร้อยละ 50.90 รายครั้ง ร้อยละ 71.40 เมื่อจำแนกตามชนิดของอุบัติเหตุพบว่า การพลัดตกหกล้ม มีอัตราอุบัติการณ์มากที่สุด ร้อยละ 33.40 กิจกรรมขณะเกิดอุบัติเหตุที่พบมากที่สุด คือ การเดิน มีอัตราอุบัติการณ์ร้อยละ 34.70 ลักษณะของการบาดเจ็บพบว่า เป็นแผลถลอก แผลฟกช้ำ คิดเป็นอัตราอุบัติการณ์ร้อยละ 44.80 ความรุนแรงของการบาดเจ็บอยู่ในระดับเล็กน้อย คิดเป็นอัตราอุบัติการณ์ร้อยละ 58.60 เกิดอุบัติเหตุมากที่สุดในช่วงเวลากลางวัน คิดเป็นอัตราอุบัติการณ์ ร้อยละ 37.60 และมักเกิดอุบัติเหตุบริเวณใต้ถุน และบริเวณรอบบ้าน คิดเป็นอัตราอุบัติการณ์ร้อยละ 48.80

นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยด้านบุคคล คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สุขภาพกาย ได้แก่ ปัญหาเกี่ยวกับตา ปัญหาเกี่ยวกับการเดิน อาการชาตามมือตามเท้า อาการวิงเวียนศีรษะ การใช้ยานอนหลับ ต้อหิน ต้อกระจก เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ไช้มันในเลือดสูง ปวดเข่า ปวดเมื่อย นอนไม่หลับ สัมพันธภาพในครอบครัว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุ โดยมีระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุมากเป็นอันดับ 1 รองลงมา คือ สุขภาพกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด ปัญหาเกี่ยวกับสายตา และโรคนอนไม่หลับ

เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และพรรณวดี พุฒวัฒน์ (2543 : 16-21) ได้ศึกษาวิจัยเชิงบรรยายมุ่งศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลของการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 103 คน ที่มารับการตรวจรักษาด้วยปัญหาหกล้ม ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก แผนกฉุกเฉินและแผนกอุบัติเหตุ โรงพยาบาลรามธิบดี ระหว่างเดือนมกราคม ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2542 การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามร่วมกับการบันทึกข้อมูลเวชระเบียน ผลการศึกษา ลักษณะกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 73.60 ปี เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายคิดเป็น

สัดส่วน 4 : 1 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวก่อนหกล้ม 2 โรคขึ้นไปร้อยละ 50.50 โรคที่เป็นมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 41.70) รองลงมา คือ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 24.30)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52.40) หกล้ม 1 ครั้งในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากปัจจัยภายนอก (ร้อยละ 51.50) โดยเกิดจากพื้นลื่นมากที่สุด (ร้อยละ 52.80) สำหรับปัจจัยภายในส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุขาอ่อนแรงเฉียบพลันโดยไม่ทราบสาเหตุ (ร้อยละ 42.50) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่หกล้มในบ้าน (ร้อยละ 79.6) สถานที่ในบ้านที่หกล้มมากที่สุด คือ ห้องน้ำ (ร้อยละ 24.40) ผลจากการหกล้มพบว่า ส่วนใหญ่กระดูกหัก (ร้อยละ 74.80) ตำแหน่งที่กระดูกหักมากที่สุด คือ กระดูกสะโพก (ร้อยละ 44.20) ในจำนวนนี้เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 81.80 เพศหญิงมักจะกระดูกหักมากกว่าเพศชาย และเป็นการบาดเจ็บที่รุนแรง ในการศึกษาครั้งนี้พบกระดูกสะโพกหัก 34 ราย ซึ่งในจำนวนนี้มี 2 รายไม่สามารถรักษาโดยการผ่าตัดได้เนื่องจากมีความเสี่ยงสูง และ 1 ใน 2 รายนี้เสียชีวิตภายหลังหกล้ม 1 เดือน ในผู้ที่เข้ารับการรักษามีระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล 2-36 วัน เฉลี่ย 10.80 วัน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้ง 6 ด้านได้ด้วยตนเองก่อนหกล้ม แต่ภายหลังการหกล้มความสามารถลดลง โดยพบว่ามีมากกว่าร้อยละ 60 ของกลุ่มตัวอย่างต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับการอาบน้ำ การแต่งตัวใส่เสื้อผ้าและการเคลื่อนย้าย เกือบร้อยละ 75 ของกลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบทางจิตใจ ทำให้สูญเสียความเชื่อมั่นในกิจวัตรประจำวันและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง

ทิวศุคนธ์ ผลประสาธ (2543 : 40-52) ได้ศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่อยู่อาศัยในเขตอำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 152 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 60-64 ปี ผลการศึกษาด้านการป้องกันอันตรายต่อชีวิตหน้าที่และสวัสดิภาพ มีการปฏิบัติอยู่ในระดับปฏิบัติมาก ได้แก่ ก่อนออกจากบ้านหรือก่อนเข้านอนมีการถอดปลั๊กไฟ ปิดแก๊ส ดับรูปเทียน ($\bar{X} = 4.38$) การเอาใจใส่และระมัดระวังตนเองเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ เช่น การเข้าห้องน้ำ ($\bar{X} = 4.19$) จัดให้มีแสงสว่างเพียงพอในที่ที่จะก่อให้เกิดอันตราย เช่น บันได ห้องน้ำ ทางเดิน ($\bar{X} = 4.05$) การเปลี่ยนอิริยาบถในท่าทางต่างๆ กระทำอย่างช้าๆ และระมัดระวัง ($\bar{X} = 3.86$) สรุปสำหรับการดูแลสุขภาพตนเองพบว่าผู้สูงอายุมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

จากการศึกษา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวมาแล้วนั้น จะเห็นว่ามิมีปัจจัยหลายอย่างส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอุบัติเหตุในบ้าน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจและใช้แนวคิดดังกล่าวเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าเรื่องพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการดำเนินงานตามลำดับ ดังต่อไปนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า
 - 2.1 ลักษณะของเครื่องมือ
 - 2.2 ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ
 - 2.3 เกณฑ์การให้คะแนน และการแปลความหมาย
 - 2.4 การหาคุณภาพของเครื่องมือ
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2544 ซึ่งมีจำนวนสมาชิกทั้งหมด 5,768 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 368 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) และกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางเลขสุ่มของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1960 : 99) และมีวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. จากประชากรผู้สูงอายุจำนวน 5,768 คน ต้องการกลุ่มตัวอย่าง 368 คน นำมาเปรียบเทียบกับสัดส่วนเพื่อหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุในแต่ละโรงพยาบาล โดยใช้สัดส่วนตามสูตร

$$\text{จำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม} = \frac{\text{ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง} \times \text{ประชากรทั้งหมดในกลุ่ม}}{\text{ประชากรทั้งหมด}}$$

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุในแต่ละโรงพยาบาล ดังปรากฏตามตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนผู้สูงอายุและจำนวนกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุแต่ละโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุ (คน)
1. วชิรพยาบาล	2,391	152
2. กลาง	844	54
3. ตากสิน	761	48
4. เจริญกรุงประชารักษ์	845	54
5. หลวงพ่อกวีศักดิ์	215	14
6. หนองจอก	150	10
7. ลาดกระบัง	217	14
8. ราชพิพัฒน์	345	22
รวม	5,768	368

2. เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุแล้ว ในแต่ละโรงพยาบาลจะทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่ต้องการในแต่ละโรงพยาบาล

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ลักษณะของเครื่องมือ

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว สถานภาพสมรส อาชีพ สภาพการเป็นอยู่ปัจจุบัน และประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้าน เป็นแบบเติมข้อความและตรวจสอบรายการ (Checklist)

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้าน ประกอบด้วย ความคาดหวังในความสามารถของตน และความคาดหวังในผลของการกระทำ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย ซึ่งมีข้อคำถามทั้งทางบวกและทางลบ

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกคนด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ความเชื่ออำนาจภายในคนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วย เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย ลักษณะข้อคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ

ตอนที่ 4 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับอุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน เป็นแบบตรวจสอบรายการ และเติมข้อความ

ตอนที่ 5 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ การช่วยเหลือด้านอารมณ์และสังคม และการช่วยเหลือในเชิงเครื่องมือและสิ่งของ ข้อคำถามมีลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ได้รับทุกครั้ง ได้รับบางครั้ง และไม่ได้รับ ข้อคำถามมีความหมายทางบวกทั้งสิ้น

ตอนที่ 6 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ ข้อคำถามมีลักษณะประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ ข้อคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. ศึกษาทฤษฎีและแนวความคิดเกี่ยวกับอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุและพฤติกรรมป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ จากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธี การสร้างเครื่องมือ การวัดผลการศึกษาต่างๆ จากตำรา เอกสาร และงานวิจัยต่างๆ
3. ศึกษาและรวบรวมข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับเรื่องที่ทำการศึกษา เพื่อนำมาเป็นทางเลือกและปรับปรุงใช้ตามความเหมาะสม
4. สร้างแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด จากนั้นนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้วไปให้คณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ตรวจสอบ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข
5. นำแบบสัมภาษณ์ที่ตรวจแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและภาษาที่ใช้ รวมทั้งข้อเสนอแนะต่างๆ จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม นำเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ตรวจอีกครั้ง

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย

ผู้วิจัยได้ให้เกณฑ์ประเมินจากเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้าน เนื้อหาประกอบด้วย ความคาดหวังในความสามารถของตน และความคาดหวังในผลของการกระทำ สร้างขึ้นตามหลักการสร้างข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า

(Rating scale) แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้สูงอายุ ข้อคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ เกณฑ์การให้คะแนนขึ้นอยู่กับลักษณะข้อคำถาม ดังนี้

1.1 คำถามที่มีความหมายทางบวก ถ้าตอบว่า

เห็นด้วย	ให้ 3 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้ 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้ 1 คะแนน

1.2 คำถามที่มีความหมายทางลบ ถ้าตอบว่า

เห็นด้วย	ให้ 1 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้ 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้ 3 คะแนน

การแปลความหมายของคะแนนเฉลี่ย เมื่อรวมคะแนนกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ต่อไปนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 10)

ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้านอยู่ในระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.33 หมายถึง การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้าน อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้านอยู่ในระดับต่ำ

2. แบบสัมภาษณ์ความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนด้านสุขภาพ เนื้อหาประกอบด้วย ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ โดยดัดแปลงจากแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนด้านสุขภาพของวิลสันน์ แม้วชนะ ซึ่งยึดแนวคิดของ Wallston และคณะ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้ตอบเลย

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้ตอบน้อย

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ตอบ

เห็นด้วยมาก หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือ
ความเชื่อของผู้ตอบมาก

ลักษณะข้อคำถามมีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นรายข้อ ดังนี้

เห็นด้วยมาก	ให้	4 คะแนน
เห็นด้วย	ให้	3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	1 คะแนน

ความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกด้านสุขภาพ มีข้อคำถาม ด้านละ 8 ข้อ ซึ่งมี
ทั้งหมด 3 ด้านคะแนนเต็มด้านละ 32 คะแนน และจะมีค่าต่ำสุดในแต่ละด้านเป็น 8 คะแนน ค่า
สูงสุดในแต่ละด้าน 32 คะแนน ถ้าได้คะแนนด้านใดมากก็ถือว่ามีความเชื่อด้านนั้นมาก

การแปลความหมายของคะแนนเฉลี่ย ให้ความหมายคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.00 หมายถึง มีความเชื่ออำนาจด้านนั้นในระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง มีความเชื่ออำนาจด้านนั้นในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง มีความเชื่ออำนาจด้านนั้นในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง มีความเชื่ออำนาจด้านนั้นในระดับต่ำ

3. แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับอุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน ลักษณะข้อคำถามเป็น
แบบตรวจสอบรายการ และเติมข้อความ สว่างขึ้นตามหลักการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูง
อายุ ที่ผู้วิจัยคิดขึ้นเอง เกณฑ์การให้คะแนนขึ้นอยู่กับจำนวนอุปกรณ์การป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน
ของผู้สูงอายุ ดังนี้

มีอุปกรณ์มากกว่า 7 ชนิด ให้ 3 คะแนน

มีอุปกรณ์ตั้งแต่ 4-7 ชนิด ให้ 2 คะแนน

มีอุปกรณ์น้อยกว่า 4 ชนิด ให้ 1 คะแนน

การแปลความหมายคะแนนเฉลี่ย เปรียบเทียบ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง มีอุปกรณ์ป้องกันมาก

ค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.33 หมายถึง มีอุปกรณ์ปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง มีอุปกรณ์น้อย

4. แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากเครื่องมือ
วัดการสนับสนุนทางสังคมของวันทนี ขำเพ็ง (2540 : 65) ซึ่งยึดตามแนวคิดการแบ่งประเภท
การสนับสนุนทางสังคมของ สกอตต์และโรเบิร์ตโต (Scott & Roberto) กับแคปแลน (Caplan)
ลักษณะข้อคำถามมีทั้งการสนับสนุนในด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การดูแลสุขภาพ คำแนะนำ

ข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านความคิดจิตใจ จากบุตรหลาน เครือญาติ เพื่อนบ้าน โดยข้อคำถามมีลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ได้รับทุกครั้ง	ให้ 3 คะแนน
ได้รับบางครั้ง	ให้ 2 คะแนน
ไม่ได้รับ	ให้ 1 คะแนน

การแปลความหมายของคะแนนเฉลี่ย เปรียบเทียบ ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 :

10)

ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง ระดับการสนับสนุนทางสังคมสูง
ค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.33 หมายถึง ระดับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง ระดับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

5. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ ข้อคำถามมีลักษณะประมาณค่า 3 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
ไม่เคยปฏิบัติ	0	2
ปฏิบัติบางครั้ง	1	1
ปฏิบัติประจำ	2	0

การแปลความหมายของคะแนน จัดอันดับคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติ โดยแบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 10)

1.34 – 2.00 หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติอยู่ในระดับดี
0.67 – 1.33 หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้
0.00 – 0.66 หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับ ดังนี้

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมปริญญาโท เพื่อขอคำแนะนำและแก้ไข หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงพิณิจ (Face validity) และพิจารณาข้อความให้ชัดเจนเหมาะสม ความเหมาะสมของภาษาเป็นรายข้อความถูกต้องในเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์คะแนนดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2543 : 117)

- +1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้น เป็นตัวแทนลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมนั้น
- 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้น เป็นตัวแทนลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมนั้นหรือไม่
- 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้น ไม่เป็นตัวแทนลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมนั้น

จากนั้นนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรม ถ้าค่าดัชนี (IC) ที่ได้มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ข้อคำถามนั้นถือว่ามีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาสามารถนำไปใช้ได้

2. ทดสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งมีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์มาตรวจให้คะแนน และทำการวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) และหาความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

2.1 การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination)

หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อของแบบสัมภาษณ์ นำแบบสัมภาษณ์มาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกโดยการหาสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อ และคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 116-117) และเลือกข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนก ตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป พบว่า แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้านมี 20 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.16-0.62 โดยข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกต่ำ ผู้วิจัยได้นำข้อคำถามมาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ แบบสัมภาษณ์ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมี 8 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.25-0.45 แบบสัมภาษณ์ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมี 8 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.16-0.39 โดยข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกต่ำ ผู้วิจัยได้นำข้อคำถามมาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ แบบสัมภาษณ์ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพมี 8 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.19-0.71 โดยข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกต่ำ ผู้วิจัยได้นำข้อคำถามมาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคมมี 20 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.16-0.65 โดยข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกต่ำ ผู้วิจัยได้นำข้อคำถามมาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านมี 20 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.10-0.45 โดยข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกต่ำ ผู้วิจัยได้นำข้อคำถามมาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

2.2 หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

นำแบบสัมภาษณ์ที่มีค่าอำนาจจำแนกไปหาความเชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2543 : 125-126) พบว่า แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้านมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 แบบสัมภาษณ์ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.61 แบบสัมภาษณ์ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.60 แบบสัมภาษณ์ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71 แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคมมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.68

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เพื่อขออนุญาต และขอความร่วมมือในการทดสอบเครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายวิชาการ กองการพยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ เพื่อขอความร่วมมือในการทดสอบเครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลตามที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการทำวิจัย ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ให้ทราบ และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่างเดือนตุลาคม 2545 – กุมภาพันธ์ 2546 เก็บรวบรวมข้อมูลได้มาจำนวน 368 ชุด
4. ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ได้มาจัดกระทำ และวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ตรวจสอบเรียบร้อยแล้วมาวิเคราะห์ โดยใช้คอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์เรียบร้อยของแบบสัมภาษณ์ และตรวจสอบให้คะแนนแต่ละข้อตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ นำมาลงรหัส
2. นำแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป มาวิเคราะห์ แจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละแยกตามตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว อาชีพ สถานภาพสมรส สภาพการเป็นอยู่ปัจจุบัน และประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ
3. นำแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้าน แบบสัมภาษณ์ความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนด้านสุขภาพ แบบสอบถามอุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) นำเสนอข้อมูลในรูปตารางประกอบความเรียง
4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way analysis of variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2, 3, 4, 6, 7, 8 และ 9 ถ้าพบว่าข้อใดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่ โดยใช้วิธีของ นิวแมน - คูลส์ (Newman-Keuls method)
5. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่ม 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกันโดยใช้การทดสอบค่าที (Independent t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อ 1, 5 และ 10

6. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 11, 12, 13, 14 และ 15

7. สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตาราง และความเรียงพร้อมเสนอแนะ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่

1.1 ค่าร้อยละ โดยใช้สูตร (ประกอบ กรรณสูตร. 2525 : 73)

$$P = \frac{f \times 100}{n}$$

เมื่อ	P	แทน	ค่าร้อยละ
	f	แทน	ค่าความถี่ที่ต้องการแปลงเป็นค่าร้อยละ
	n	แทน	จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 ค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 35)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{n}$$

เมื่อ	$\bar{X}$	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum X$	แทน	ผลรวมทั้งหมดของข้อมูล
	n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน โดยใช้สูตร
(พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2543 : 143)

$$S = \sqrt{\frac{n\sum X^2 - (\sum X)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ	S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
	$\sum X^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
	$(\sum X)^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
	n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพของเครื่องมือ

2.1 การตรวจหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยใช้สูตร IC (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2543 : 117)

$$IC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ	IC	แทน	ดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถาม
	$\sum R$	แทน	ผลรวมของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
	N	แทน	จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

2.2 การหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Discrimination) ของแบบสัมภาษณ์ โดย
ใช้การวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อ และคะแนนรวมทั้งฉบับ โดยเลือกข้อที่มี
ความสัมพันธ์สูงก่อน (Corrected item to total correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 :
116 -117)

$$r_{xy} = \frac{n\sum xy - \sum x \sum y}{\sqrt{[n\sum x^2 - (\sum x)^2][n\sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

เมื่อ r_{xy}	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร x และตัวแปร y
Σx	แทน	ผลรวมของคะแนนรายข้อ (item) ของกลุ่มตัวอย่าง
Σy	แทน	ผลรวมของคะแนนรวม (total) ของทั้งกลุ่มตัวอย่าง
Σx^2	แทน	ผลรวมของกำลังสองของคะแนน x
Σy^2	แทน	ผลรวมของกำลังสองของคะแนน y
Σxy	แทน	ผลรวมของผลคูณระหว่างคะแนน x กับ y
n	แทน	จำนวนผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

2.3 การวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2543 : 125-126)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

เมื่อ α	แทน	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ
n	แทน	จำนวนข้อของแบบสอบถาม
S_i^2	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
S_t^2	แทน	ความแปรปรวนทั้งฉบับ

3. สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่มากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป โดยทดสอบค่าเอฟ (F-test) หรือแบบการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว (One way analysis of variance) เพื่อใช้ทดสอบสมมติฐานข้อ 2, 3, 4, 6, 7, 8 และ 9 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 232-236)

$$F = \frac{MS_B}{MS_W}$$

เมื่อ F	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาใน F-distribution
MS_B	แทน	ค่าความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม
MS_W	แทน	ค่าความแปรปรวนภายในกลุ่ม

ถ้าพบว่า ผลการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls method) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541 : 251-252)

$$q = \sqrt{\frac{MS_w}{\tilde{n}}}$$

เมื่อ q แทน q-Statistic จากตาราง
 MS_w แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสอง (Mean square) ภายในกลุ่ม
 $\tilde{n}$ แทน จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน

$$\text{โดย } \tilde{n} = \frac{k}{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} + \dots + \frac{1}{n_k}}$$

เมื่อ k แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
 $n_1 \ n_2 \dots n_k$ แทน จำนวนคะแนนกลุ่มตัวอย่างที่ 1 ถึงกลุ่มตัวอย่างที่ k ตามลำดับ

3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ซึ่งเป็นอิสระจากกัน โดยทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1, 5, และ 10 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541 : 173-174)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

โดย

$$df = \frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{\frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} \right]^2}{n_1 - 1} + \frac{\left[\frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{n_2 - 1}}$$

เมื่อ	t	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาการแจกแจงแบบที
	$\bar{X}_1$	แทน	คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ 1
	$\bar{X}_2$	แทน	คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ 2
	S_1	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1
	S_2	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ 2
	n_1	แทน	จำนวนคนในกลุ่มที่ 1
	n_2	แทน	จำนวนคนในกลุ่มที่ 2
	df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ

3.3 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 11, 12, 13, 14 และ 15 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 322)

$$r_{xy} = \frac{n \sum xy - \sum x \sum y}{\sqrt{[n \sum x^2 - (\sum x)^2][n \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

เมื่อ	r_{xy}	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของชุด x กับชุด y
	$\sum xy$	แทน	ผลรวมของผลคูณของคะแนน 2 ชุด
	$\sum x, \sum y$	แทน	ผลรวมของคะแนนแต่ละชุด
	$\sum x^2, \sum y^2$	แทน	ผลรวมกำลังสองของคะแนนแต่ละชุด
	n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

ทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ โดยการทดสอบค่าที (t-test) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 325)

$$t = \frac{r \sqrt{N-2}}{\sqrt{1-r^2}}$$

เมื่อ	t	แทน	ค่าสถิติที (t-test)
	r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้
	N	แทน	จำนวนคน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ย
S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์ t-distribution
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์ F-distribution
df	แทน	จำนวนค่าความเป็นอิสระ (Degree of freedom)
SS	แทน	ผลรวมของคะแนนเบี่ยงเบนกำลังสอง (Sum of square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสอง (Mean of square)
p	แทน	ความน่าจะเป็น (Probability)
r	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จากข้อมูลที่รวบรวมได้โดยใช้แบบสัมภาษณ์กับผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 368 คน เป็นชาย 84 คน เป็นหญิง 284 คน ผู้วิจัยได้นำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์หาค่าทางสถิติ และการวิเคราะห์แบ่งเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว ประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้าน สถานภาพสมรส อาชีพ และสภาพการเป็นอยู่ปัจจุบันของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร โดยการแจกแจงความถี่และคิดเป็นร้อยละ นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อุปสรรคป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุและ

พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร โดยการแจกแจงความถี่เป็นค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และค่าระดับของตัวแปรดังกล่าว

ตอนที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ตามตัวแปร เพศ โรคประจำตัว และประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้าน โดยการทดสอบค่า t (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1, 5 และ 10

ตอนที่ 4 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ สถานภาพสมรส สภาพการเป็นอยู่ปัจจุบัน และอุปกรณ์ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้าน โดยการทดสอบค่า เอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2, 3, 4, 6, 7, 8 และ 9 ถ้าพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยใช้วิธีของ นิวแมนคูลส์ (Newman-Keuls method)

ตอนที่ 5 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้าน ความเชื่ออำนาจภายในในด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 11, 12, 13, 14 และ 15

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ โดยการแจกแจงความถี่และคิดเป็นค่าร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว ประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้าน สถานภาพสมรส อาชีพ และสภาพการเป็นอยู่ปัจจุบัน

ตัวแปร	n	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	84	22.80
หญิง	284	77.20
รวม	368	100.00
อายุ		
60 – 69 ปี	207	56.25
70 – 79 ปี	139	37.77
80 ปีขึ้นไป	22	5.98
รวม	368	100.00
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	45	12.22
ระดับประถมศึกษา	160	43.47
ระดับมัธยมศึกษา	71	19.29
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	24	6.52
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	68	18.50
รวม	368	100.00
รายได้ (บาทต่อเดือน)		
น้อยกว่า 5,000	213	57.88
5,001 – 10,000	76	20.66
10,001 – 15,000	14	3.80
15,001 – 20,000	44	11.96
มากกว่า 20,000 ขึ้นไป	21	5.70
รวม	368	100.00
โรคประจำตัว		
ไม่มี	115	31.25
มี	253	68.75
รวม	368	100.00

ตาราง 4 (ต่อ)

ตัวแปร	n	ร้อยละ
ประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้าน		
ไม่มี	258	70.10
มี	110	29.90
รวม	368	100.00
สถานภาพสมรส		
โสด	31	8.42
คู่	193	52.40
ม้าย	121	32.88
หย่าร้าง / แยกกัน	23	6.30
รวม	368	100.00
อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ	187	50.80
รับจ้าง	10	2.70
ค้าขาย	25	6.80
เกษตรกรรม / ทำสวน	5	1.40
ข้าราชการบำนาญ	85	23.10
อื่นๆ	56	15.20
รวม	368	100.00
สภาพการเป็นอยู่ปัจจุบัน		
อยู่คนเดียว	19	5.16
อยู่กับคู่สมรส	29	7.88
อยู่กับบุตรหลาน	131	36.60
อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน	160	43.48
อยู่กับญาติหรือคนรู้จัก	25	6.80
อื่นๆ	4	1.08
รวม	368	100.00

จากตาราง 4 แสดงว่าจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตัวแปร ดังนี้

1. เพศ

ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เป็นเพศชาย 84 คน คิดเป็นร้อยละ 22.80 เพศหญิง 284 คน คิดเป็นร้อยละ 77.20

2. อายุ

ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร มี อายุ 60 – 69 ปี จำนวนมากที่สุดคือ 207 คน คิดเป็นร้อยละ 56.25 รองลงมาคือ อายุ 70 – 79 ปี มีจำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 37.77 และอายุ 80 ปีขึ้นไป มีจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 5.98

3. ระดับการศึกษา

ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษามากที่สุด คือ 160 คน คิดเป็นร้อยละ 43.47 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาจำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 19.29 ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าจำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 18.50 ไม่ได้รับการศึกษาจำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 12.22 และน้อยที่สุดคือ ระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่าจำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 6.52

4. รายได้

ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน จำนวนมากที่สุดคือ 213 คน คิดเป็นร้อยละ 57.88 รองลงมาคือ 5,001 – 10,000 บาทต่อเดือน จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 20.66 มีรายได้ 15,000 – 20,000 บาทต่อเดือน จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 11.96 มีรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 5.70 และน้อยที่สุดคือ มีรายได้ 10,001 – 15,000 บาทต่อเดือน จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 3.80

5. โรคประจำตัว

ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร มีโรคประจำตัว จำนวน 253 คน คิดเป็นร้อยละ 68.75 และไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 115 คน คิดเป็นร้อยละ 31.25

6. ประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้าน

ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร มีประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้านจำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 29.90 และไม่มีประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้านจำนวน 258 คน คิดเป็นร้อยละ 70.10

7. สถานภาพสมรส

ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร มีสถานภาพสมรสคู่จำนวนมากที่สุด คือ 193 คน คิดเป็นร้อยละ 52.40 รองลงมาคือ ม่าย จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 32.88 สถานภาพโสดจำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 8.42 และน้อยที่สุดคือ หย่าร้าง / แยกกัน จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 6.30

8. อาชีพ

ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ จำนวน 187 คน คิดเป็นร้อยละ 50.80 รองลงมาคือ ข้าราชการบำนาญ จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 23.10 อื่นๆจำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 15.20 ค้าขายจำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 6.80 รับจ้างจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 2.70 และน้อยที่สุดคือ อาชีพ เกษตรกรรม / ทำสวน จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 1.40

9. สภาพการเป็นอยู่ปัจจุบัน

ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน จำนวนมากที่สุด คือ 160 คน คิดเป็นร้อยละ 43.48 รองลงมาคือ อยู่กับบุตรหลาน จำนวน 131 คน คิดเป็นร้อยละ 36.60 อยู่กับคู่สมรสจำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 7.88 อยู่กับญาติหรือคนรู้จักจำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 6.80 อยู่คนเดียวจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 5.16 และอื่นๆ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1.08

ตอนที่ 2 วิเคราะห์การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน โดยแสดงค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าระดับของตัวแปร ดังปรากฏตามตาราง 5

ตาราง 5 จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้
 ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ
 ความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุใน
 บ้านของผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุใน
 บ้าน

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S
การรับรู้ความสามารถแห่งตน				
ระดับสูง	337	91.58	2.75	0.17
ระดับปานกลาง	31	8.42	2.11	0.14
รวม	368	100.00	2.70	0.25
ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ				
ระดับมากที่สุด	144	39.13	3.72	0.17
ระดับมาก	220	59.78	3.10	0.21
ระดับปานกลาง	4	1.09	2.31	0.07
รวม	368	100.00	3.33	0.38
ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ				
ระดับมากที่สุด	17	4.62	3.71	0.19
ระดับมาก	219	59.51	2.84	0.25
ระดับปานกลาง	131	35.60	2.12	0.23
ระดับต่ำ	1	0.27	1.37	0.00
รวม	368	100.00	2.62	0.49
ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ				
ระดับมากที่สุด	99	26.90	3.70	0.18
ระดับมาก	171	46.47	2.94	0.29
ระดับปานกลาง	94	25.54	2.09	0.24
ระดับต่ำ	4	1.09	1.12	0.14
รวม	368	100.00	2.90	0.66

ตาราง 5 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S
อุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน				
อุปกรณ์มาก	298	80.97	2.58	0.25
อุปกรณ์ปานกลาง	68	18.49	2.31	0.20
อุปกรณ์น้อย	2	0.54	2.25	0.14
รวม	368	100.00	2.41	0.21
แรงสนับสนุนทางสังคม				
ระดับสูง	263	71.47	2.69	0.20
ระดับปานกลาง	90	24.45	2.09	0.16
ระดับต่ำ	15	4.08	1.46	0.14
รวม	368	100.00	2.49	0.38
พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ				
ระดับดี	326	88.59	1.61	0.15
ระดับพอใช้	42	11.41	1.16	0.13
รวม	368	100.00	1.56	0.21

จากตาราง 5 แสดงว่า

1. การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้าน

ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร มีค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้านอยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 91.58 มีคะแนนเฉลี่ย 2.75 ($S=0.17$) และผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้านอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 8.42 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.11 ($S=0.14$)

2. ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ

ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร มีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 59.78 มีคะแนนเฉลี่ย 3.10 ($S=0.21$) มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพระดับมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 39.13 คะแนนเฉลี่ย 3.72 ($S=0.17$) และมีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 1.09 คะแนนเฉลี่ย 2.31 ($S=0.07$)

3. ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ

ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร มีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 59.51 มีคะแนนเฉลี่ย 2.84 ($S=0.25$) มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 35.60 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.12 ($S=0.23$) มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 4.62 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.71 ($S=0.19$) และมีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 0.27 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.37 ($S=0.00$)

4. ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ

ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร มีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 46.47 มีคะแนนเฉลี่ย 2.94 ($S=0.29$) มีความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพระดับมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 26.90 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.70 ($S=0.18$) มีความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 25.54 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.09 ($S=0.24$) และมีความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 1.09 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.12 ($S=0.14$)

5. อุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน

ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร มีค่าคะแนนเฉลี่ยของอุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุในบ้านจำนวนมากคิดเป็นร้อยละ 80.97 มีคะแนนเฉลี่ย 2.58 ($S=0.25$) มีอุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุในบ้านจำนวนปานกลางคิดเป็นร้อยละ 18.49 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.31 ($S=0.20$) และมีอุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุในบ้านจำนวนน้อยคิดเป็นร้อยละ 0.54 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.25 ($S=0.14$)

6. แรงสนับสนุนทางสังคม

ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร มีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 71.47 มีคะแนนเฉลี่ย 2.69 ($S=0.20$) มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 24.45 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.09 ($S=0.16$) และมีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 4.08 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.46 ($S=0.14$)

7. พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน

ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร มีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านอยู่ในระดับดีคิดเป็นร้อยละ 88.59 มีคะแนนเฉลี่ย 1.61 ($S=0.15$) และมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 11.41 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.16 ($S=0.13$)

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ตามตัวแปร เพศ โรคประจำตัว และประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้าน โดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1, 5 และ 10 ดังปรากฏตามตาราง 6

ตาราง 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตาม เพศ โรคประจำตัว และประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้าน

ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S	t	p
1. เพศ					
ชาย	84	1.54	0.20	-.95	.345
หญิง	284	1.57	0.20		
2. โรคประจำตัว					
มี	253	1.57	0.20	-1.13	.259
ไม่มี	115	1.54	0.22		
3. ประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้าน					
มี	110	1.57	0.19	-.27	.790
ไม่มี	258	1.56	0.21		

จากตาราง 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ของพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามตัวแปร แสดงรายละเอียดดังนี้

1. เพศ

ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เพศชายมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน 1.54 ($S=0.20$) และเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน 1.57 ($S=0.20$) เมื่อทำการทดสอบแล้วพบว่า ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันจะมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านต่างกัน

2. โรคประจำตัว

ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่มีโรคประจำตัวมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน 1.57 ($S=0.20$) และไม่มีโรคประจำตัวมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน 1.54 ($S=0.22$) เมื่อทำการทดสอบแล้วพบว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่มีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัวมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว และไม่มีโรคประจำตัว จะมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านต่างกัน

3. ประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้าน

ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่มีประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้านมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน 1.57 ($S=0.19$) และไม่มีประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้านมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน 1.56 ($S=0.21$) เมื่อทำการทดสอบแล้วพบว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานครที่มี และไม่มีประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้านมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้าน และไม่มีประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้าน จะมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านแตกต่างกัน

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ สถานภาพสมรส สภาพการเป็นอยู่ปัจจุบันและอุปกรณ์ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้าน โดยการทดสอบค่า เอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2, 3, 4, 6, 7, 8, และ 9 ถ้าพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทำการ

ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยใช้วิธีของ นิวแมนคูลส์ (Newman-Keuls method) ดังปรากฏตามตาราง 7

ตาราง 7 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ สถานภาพสมรส สภาพการเป็นอยู่ปัจจุบัน และอุปกรณ์ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้าน

ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S
อายุ			
60 – 69 ปี	207	1.55	0.21
70 – 79 ปี	139	1.57	0.21
80 ปีขึ้นไป	22	1.65	0.20
รวม	368	1.56	0.21
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้รับการศึกษา	45	1.53	0.21
ระดับประถมศึกษา	160	1.55	0.21
ระดับมัธยมศึกษา	71	1.57	0.21
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	24	1.60	0.22
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	68	1.61	0.19
รวม	368	1.56	0.21
รายได้ บาทต่อเดือน)			
น้อยกว่า 5,000	213	1.55	0.20
5,001 – 10,000	76	1.58	0.21
10,001 – 15,000	14	1.63	0.18
15,001 – 20,000	44	1.59	0.24
มากกว่า 20,000 ขึ้นไป	21	1.57	0.20
รวม	368	1.56	0.21

ตาราง 7 (ต่อ)

ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S
สถานภาพสมรส			
โสด	31	1.51	0.23
คู่	193	1.58	0.20
ม่าย	121	1.56	0.19
หย่า / แยก	23	1.46	0.25
รวม	368	1.56	0.21
อาชีพ			
ไม่มีอาชีพ	187	1.56	0.21
รับจ้าง	10	1.45	0.17
ค้าขาย	25	1.53	0.21
เกษตรกรรม/ทำสวน	5	1.51	0.22
ข้าราชการบำนาญ	85	1.61	0.19
อื่นๆ	56	1.52	0.23
รวม	368	1.56	0.21
สภาพการเป็นอยู่ปัจจุบัน			
อยู่คนเดียว	19	1.61	0.16
อยู่กับคู่สมรส	29	1.57	0.19
อยู่กับบุตรหลาน	131	1.54	0.21
อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน	160	1.58	0.21
อยู่กับญาติหรือคนรู้จัก	25	1.49	0.22
อื่นๆ	4	1.55	0.15
รวม	368	1.56	0.21
อุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน			
มีอุปกรณ์มากกว่า 7 ชนิด	298	1.58	0.25
มีอุปกรณ์ตั้งแต่ 4 – 7 ชนิด	68	1.31	0.20
มีอุปกรณ์น้อยกว่า 4 ชนิด	2	1.25	0.14
รวม	368	1.56	0.21

จากตาราง 7 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามตัวแปร แสดงรายละเอียดดังนี้

1. อายุ

จากการจำแนกผู้สูงอายุตามตัวแปรอายุพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านสูงสุด คือ 1.65 ($S=0.20$) รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 70 – 79 ปี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน 1.57 ($S=0.21$) กลุ่มอายุ 60 – 69 ปีมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน 1.55 ($S=0.21$) และผู้สูงอายุทุกกลุ่มอายุมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านอยู่ในระดับดี

2. ระดับการศึกษา

จากการจำแนกผู้สูงอายุ ตามตัวแปรระดับการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านสูงสุดคือ 1.61 ($S=0.19$)รองลงมาคือ ระดับการศึกษานุปริญญาหรือเทียบเท่า มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน 1.60 ($S=0.22$) ระดับการศึกษามัธยมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน 1.57 ($S=0.21$) ระดับการศึกษาประถมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน 1.55 ($S=0.21$) ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน 1.53 ($S=0.21$) และผู้สูงอายุทุกระดับการศึกษามีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านอยู่ในระดับดี

3. รายได้

จากการจำแนกผู้สูงอายุ ตามตัวแปรรายได้พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ 10,001 - 15,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านสูงสุด คือ 1.63 ($S=0.18$) รองลงมาคือ ผู้สูงอายุที่มีรายได้ 15,000 – 20,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน 1.59 ($S=0.24$) ผู้สูงอายุที่มีรายได้ 5,001 – 10,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน 1.58 ($S=0.21$) ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือนขึ้นไปมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน 1.57 ($S=0.20$) ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน 1.55 ($S=0.20$) และผู้สูงอายุทุกกลุ่มรายได้มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านอยู่ในระดับดี

4. สถานภาพสมรส

จากการจำแนกผู้สูงอายุ ตามตัวแปรสถานภาพสมรสพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านสูงสุด คือ 1.58 ($S=0.20$) รองลงมาคือ สถานภาพม่าย มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน 1.56 ($S=0.19$) สถานภาพโสดมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน 1.51 ($S=0.23$) สถานภาพ

หย่า / แยก มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน 1.46 ($S=0.25$) และผู้สูงอายุทุกสถานภาพสมรสมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านอยู่ในระดับดี

5. อาชีพ

จากการจำแนกผู้สูงอายุ ตามตัวแปรอาชีพพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านสูงสุด คือ 1.61 ($S=0.19$) รองลงมา คือ ผู้สูงอายุที่ไม่มีอาชีพ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน 1.56 ($S=0.21$) ผู้สูงอายุที่มีอาชีพค้าขายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน 1.53 ($S=0.21$) ผู้สูงอายุที่มีอาชีพอื่นๆ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน 1.52 ($S=0.23$) ผู้สูงอายุที่มีอาชีพเกษตรกรรม/ทำสวน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน 1.51 ($S=0.22$) ผู้สูงอายุอาชีพรับจ้างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน 1.45 ($S=0.17$) และผู้สูงอายุทุกกลุ่มอาชีพมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านอยู่ในระดับดี

6. สภาพการเป็นอยู่ปัจจุบัน

จากการจำแนกผู้สูงอายุ ตามตัวแปรสภาพการเป็นอยู่ปัจจุบันพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านสูงสุด คือ 1.61 ($S=0.16$) รองลงมา คือ ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน 1.58 ($S=0.21$) ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรส มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน 1.57 ($S=0.19$) ผู้สูงอายุที่มีสภาพการเป็นอยู่ปัจจุบันอื่นๆ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน 1.55 ($S=0.15$) ผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตรหลาน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน 1.54 ($S=0.21$) ผู้สูงอายุที่อยู่กับญาติหรือคนรู้จักมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน 1.49 ($S=0.22$) และผู้สูงอายุทุกกลุ่มสภาพการเป็นอยู่ปัจจุบันมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านอยู่ในระดับดี

7. อุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน

จากการจำแนกผู้สูงอายุ ตามตัวแปรอุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุในบ้านพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอุปกรณ์มากกว่า 7 ชนิด มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านสูงสุด คือ 1.58 ($S=0.25$) รองลงมาคือ ผู้สูงอายุที่มีอุปกรณ์ตั้งแต่ 4 – 7 ชนิด มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน 1.31 ($S=0.20$) ผู้สูงอายุที่มีอุปกรณ์น้อยกว่า 4 ชนิด มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน 1.25 ($S=0.14$) และผู้สูงอายุที่มีอุปกรณ์มากกว่า 7 ชนิด มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านอยู่ในระดับดี ผู้สูงอายุที่มีอุปกรณ์ตั้งแต่ 4 – 7 ชนิด มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนผู้สูงอายุที่มีอุปกรณ์น้อยกว่า 4 ชนิด มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง

จากข้อมูลที่ได้ตามตาราง 7 นำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 8

ตาราง 8 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ สภาพการเป็นอยู่ปัจจุบัน และอุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
1. อายุ						
	ระหว่างกลุ่ม	2	.24	.12	2.82	.061
	ภายในกลุ่ม	365	15.61	.04		
	รวม	367	15.85			
2. ระดับการศึกษา						
	ระหว่างกลุ่ม	4	.29	.07	1.71	.147
	ภายในกลุ่ม	363	15.56	.04		
	รวม	367	15.85			
3. รายได้						
	ระหว่างกลุ่ม	4	.20	.05	1.14	.334
	ภายในกลุ่ม	363	15.65	.04		
	รวม	367	15.85			
4. สถานภาพสมรส						
	ระหว่างกลุ่ม	3	.40	.13	3.15*	.025
	ภายในกลุ่ม	364	15.45	.04		
	รวม	367	15.85			
5. อาชีพ						
	ระหว่างกลุ่ม	5	.52	.10	2.45*	.033
	ภายในกลุ่ม	362	15.33	.04		
	รวม	367	15.85			
6. สภาพการเป็นอยู่ปัจจุบัน						
	ระหว่างกลุ่ม	5	.28	.05	1.29	.265
	ภายในกลุ่ม	362	15.57	.04		
	รวม	367	15.85			

ตาราง 8 (ต่อ)

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
7. อุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน						
	ระหว่างกลุ่ม	2	.41	.21	4.89*	.008
	ภายในกลุ่ม	365	15.44	.04		
	รวม	367	15.85			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 8 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ จำแนกตามตัวแปร แสดงรายละเอียดดังนี้

1. อายุ

ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านต่างกัน

2. ระดับการศึกษา

ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านต่างกัน

3. รายได้

ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านต่างกัน

4. อาชีพ

ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6

5. สถานภาพสมรส

ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7

6. สภาพการเป็นอยู่ปัจจุบัน

ผู้สูงอายุที่มีสภาพการเป็นอยู่ปัจจุบันต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพการเป็นอยู่ปัจจุบันต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านต่างกัน

7. อุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน

ผู้สูงอายุที่มีอุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุในบ้านต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9

จากผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ของพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ สถานภาพสมรส สภาพการเป็นอยู่ปัจจุบัน และอุปกรณ์การป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน พบว่า มีตัวแปรอาชีพ สถานภาพสมรส และอุปกรณ์การป้องกันอุบัติเหตุในบ้านที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงนำพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุไปทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls method) ดังปรากฏตามตาราง 9

ตาราง 9 ผลการทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ ของพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ จำแนกตามตัวแปร อาชีพ สถานภาพสมรส และอุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน

1. อาชีพ	รับจ้าง	เกษตรกร/ทำสวน	อื่นๆ	ค้าขาย	ไม่มีอาชีพ	ข้าราชการบำนาญ
$\bar{X}$	1.45	1.51	1.52	1.53	1.56	1.61
รับจ้าง	1.45	-	0.06	0.07	0.08	0.11
เกษตรกร/ทำสวน	1.51	-	0.01	0.02	0.05	0.10
อื่นๆ	1.52		-	0.01	0.04	0.09*
ค้าขาย	1.53			-	0.03	0.05
ไม่มีอาชีพ	1.56				-	0.05*
ข้าราชการบำนาญ	1.61					-

ตาราง 9 (ต่อ)

2. สถานภาพสมรส		หย่า/แยก	โสด	ม้าย	คู่
	$\bar{X}$	1.46	1.51	1.56	1.58
หย่า/แยก	1.46	-	0.05	0.10	0.12*
โสด	1.51		-	0.05	0.07
ม้าย	1.56			-	0.02
คู่	1.58				-

3. อุปกรณป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน		น้อยกว่า 4 ชนิด	ตั้งแต่ 4-7 ชนิด	มากกว่า 7 ชนิด
	$\bar{X}$	1.25	1.31	1.58
น้อยกว่า 4 ชนิด	1.25	-	0.06	0.33
ตั้งแต่ 4-7 ชนิด	1.31		-	0.27*
มากกว่า 7 ชนิด	1.58			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 9 ผลการทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามตัวแปร แสดงรายละเอียดดังนี้

1. อาชีพ

ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญ มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน ดีกว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีอาชีพและอื่นๆ ส่วนคู่อื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

2. สถานภาพสมรส

ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน ดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสหย่า / แยก ส่วนคู่อื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

3. อุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน

ผู้สูงอายุที่มีอุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุในบ้านต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุที่มีอุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุในบ้านมากกว่า 7 ชนิด มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน ดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีอุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุในบ้านตั้งแต่ 4 – 7 ชนิด ส่วนคู่อื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 5 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้าน ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 11, 12, 13, 14 และ 15 ดังปรากฏตามตาราง 10

ตาราง 10 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้าน ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ

ความสัมพันธ์ระหว่าง	n	r	p
1. การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้าน กับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ	368	-.0045	.931
2. ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ	368	.137*	.008
3. ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ	368	.139*	.007

ตาราง 10 (ต่อ)

ความสัมพันธ์ระหว่าง	n	r	p
4. ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของ ผู้สูงอายุ	368	.062	.230
5. แรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการ ป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของ ผู้สูงอายุ	368	.233*	.000

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 10 แสดงรายละเอียด ดังนี้

1. การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ $- .0045$ เมื่อทำการทดสอบแล้วพบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 11 ที่ว่าการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน

2. ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ $.137$ เมื่อทำการทดสอบแล้วพบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05$ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 12

3. ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ $.139$ เมื่อทำการทดสอบแล้วพบว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05$ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 13

4. ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ $.062$ เมื่อทำการทดสอบแล้วพบว่าความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 14 ที่

ว่าความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน

5. แรงสนับสนุนทางสังคม มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .233 เมื่อทำการทดสอบแล้วพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 15

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว อาชีพ สถานภาพสมรส สภาพการเป็นอยู่ปัจจุบัน อุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน และประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้าน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร กับการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้าน ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านต่างกัน
2. ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านต่างกัน
3. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านต่างกัน
4. ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านต่างกัน
5. ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว และไม่มีโรคประจำตัว จะมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านแตกต่างกัน
6. ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านต่างกัน
7. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านต่างกัน
8. ผู้สูงอายุที่มีสภาพการเป็นอยู่ปัจจุบันต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านต่างกัน
9. ผู้สูงอายุที่มีอุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุในบ้านต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกัน

อุบัติเหตุในบ้านต่างกัน

10. ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้าน และไม่มีประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้าน จะมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านแตกต่างกัน
11. การรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้าน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน
12. ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน
13. ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน
14. ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน
15. แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 368 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) และกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางเลขสุ่มของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1960 : 99)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์จำนวน 1 ชุด ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ สภาพการเป็นอยู่ปัจจุบัน โรคประจำตัว และประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้าน เป็นแบบเติมข้อความและตรวจสอบรายการ (Checklist)

ตอนที่ 2 การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้าน ประกอบด้วยความคาดหวังในความสามารถของตน และความคาดหวังในผลของการกระทำ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย

ตอนที่ 3 ความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนด้านสุขภาพ เนื้อหาประกอบด้วย ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ โดยดัดแปลงจากแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนด้าน

สุขภาพของวิลลาซินี แล้วชนะ ซึ่งยึดแนวคิดของ Wallston และคณะ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วย เห็นด้วยน้อย ไม่เห็นด้วย

ตอนที่ 4 อุปกรณป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ และเติมข้อความ สร้างขึ้นตามหลักการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น

ตอนที่ 5 การสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมของวันทนี ช่าเพ็ง (2540 : 65) ซึ่งยึดตามแนวคิดการแบ่งประเภทการสนับสนุนทางสังคมของ สกอตต์และโรเบอร์ตโต (Scott & Roberto) และแคปแลน (Caplan) ลักษณะข้อคำถามมีทั้งการสนับสนุนในด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การดูแลสุขภาพ คำแนะนำ ข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางด้านจิตใจ จากบุตรหลาน เครือญาติ เพื่อนบ้าน ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ได้รับทุกครั้ง ได้รับบางครั้ง ไม่ได้รับ

ตอนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน ข้อคำถามมีลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติประจำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว ประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้าน สถานภาพสมรส อาชีพ และสภาพการเป็นอยู่ปัจจุบันของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร โดยการแจกแจงความถี่และคิดเป็นร้อยละ

2. วิเคราะห์การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อุปกรณป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร โดยการแจกแจงความถี่เป็นร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และค่าระดับของตัวแปร

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ตามตัวแปร เพศ โรคประจำตัว และประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้าน โดยการทดสอบค่า ที (t-test)

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ สถานภาพสมรส สภาพการเป็นอยู่ปัจจุบัน และอุปกรณป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้าน โดยการทดสอบค่า เอฟ (F-test)

ถ้าพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยใช้วิธีของ นิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls method)

5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้าน ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปผลได้ดังนี้

ผลการศึกษาข้อมูลปัจจัยชีวิตสังคมพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 77.20 เป็นเพศชาย ร้อยละ 22.80 อายุ 60 – 69 ปี มีจำนวนสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 56.25 รองลงมาคือ อายุ 70 – 79 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.77 และอายุ 80 ปีขึ้นไปมีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 5.98 ระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาจำนวนสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 43.47 รองลงมาคือ ระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 19.29 และที่น้อยที่สุดคือ ระดับการศึกษานุปริญญาหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 6.25 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน จำนวนสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 57.88 รองลงมาคือ มีรายได้ 5,001 – 10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 20.66 และที่น้อยที่สุดคือ มีรายได้ 10,001 – 15,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 3.80 มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 68.75 และไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 31.25 ที่มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวนสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 52.40 รองลงมาคือ ม่าย คิดเป็นร้อยละ 32.88 และที่น้อยที่สุดคือ หย่าร้าง/แยกกัน คิดเป็นร้อยละ 6.30 ทางด้านสภาพการเป็นอยู่ปัจจุบัน พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.48 รองลงมาคือ อาศัยอยู่กับบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 36.60 และน้อยที่สุดคือ อื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 1.08 ส่วนอาชีพพบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีอาชีพ มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.80 รองลงมาคือ ข้าราชการบำนาญ คิดเป็นร้อยละ 23.10 และที่น้อยที่สุดคือ มีอาชีพเกษตรกรรม / ทำสวน คิดเป็นร้อยละ 1.40 สำหรับประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้านพบว่า ผู้สูงอายุไม่มีประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้าน มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70.10 และผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้าน คิดเป็นร้อยละ 29.90

การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุใน

บ้านเท่ากับ 2.70 และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้านอยู่ในระดับสูง

ความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกคนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความเชื่ออำนาจภายในคนด้านสุขภาพเท่ากับ 3.33 และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเชื่ออำนาจภายในคนด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก ผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพเท่ากับ 2.62 และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก และผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพเท่ากับ 2.90 และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก

อุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยของอุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุในบ้านเท่ากับ 2.41 และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุในบ้านจำนวนมาก

แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 2.49 และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านอยู่ในระดับดี มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.56

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ตามตัวแปรอิสระ คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว อาชีพ สถานภาพสมรส สภาพการเป็นอยู่ปัจจุบัน อุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุในบ้านและประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้าน พบว่า

1. ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านไม่แตกต่างกัน
2. ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านไม่แตกต่างกัน
3. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านไม่

แตกต่างกัน

4. ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านไม่แตกต่างกัน
5. ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว และไม่มีโรคประจำตัว มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านไม่แตกต่างกัน
6. ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
7. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
8. ผู้สูงอายุที่มีสภาพการเป็นอยู่ปัจจุบันต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านไม่แตกต่างกัน
9. ผู้สูงอายุที่มีอุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุในบ้านต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
10. ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้าน และไม่มีประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้าน มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านไม่แตกต่างกัน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า

1. การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน
2. ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน
5. แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ตามตัวแปรที่ศึกษา คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว อาชีพ สถานภาพสมรส สภาพการเป็นอยู่ปัจจุบัน การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้าน

ความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกคนด้านสุขภาพ อุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน ประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้าน และแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร ทั้งเพศชายและเพศหญิงนั้นส่วนใหญ่เข้าใจถึงความสำคัญของสุขภาพตนเอง ต้องการที่จะทำให้ตนมีสุขภาพดีจากการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ ได้พบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ได้รับความรู้เรื่องสุขภาพ อีกทั้งได้รับการดูแลเอาใจใส่ตรวจสุขภาพจากชมรม ทำให้ผู้สูงอายุมีการดูแลเอาใจใส่สุขภาพตนเองสม่ำเสมอ ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในสุขภาพตนเองและมีความมั่นใจในการกระทำของตนเอง ดังนั้นพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านจึงไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับ ภักทรพร ไพเราะ (2539 : 7) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน สำรวมจิต สุนทราภิรมย์สุข (2540 : 96) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน อัสรา อวรณ์ (2540 : 96) พบว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา (2542 : 73) พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535 : 133) พบว่า เพศชายมีการดูแลตนเองและแบบแผนชีวิตดีกว่าเพศหญิง สุภาวรินทร์ หันกิตติกุล (2539 : 99) พบว่าเพศชายมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศหญิง และวราภรณ์ นารินรักษ์ (2540 : 83) พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองด้านการป้องกันอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพของตนเอง

2. ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 นั้นอาจเป็นเพราะผู้สูงอายุในชมรมเคยได้รับความรู้และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดความรู้และตระหนักว่าความสูงอายุเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ อีกทั้งรับรู้ว่าจะหากอุบัติเหตุเกิดขึ้นกับตนแล้วจะส่งผลกระทบต่อกรดำเนินชีวิตของตนและครอบครัวอย่างไร ประกอบกับผู้สูงอายุในชมรมเป็นบุคคลที่แข็งแรงสามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของชมรมได้สม่ำเสมอ มีการดูแลสุขภาพตนเองเป็นอย่างดี และมีความมุ่งหวังที่จะปฏิบัติตนให้ปลอดภัยจากการเกิดอุบัติเหตุ สอดคล้องคำกล่าวที่ว่าบุคคลที่มีความเชื่อว่าตนเป็นผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและโรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงต่อชีวิตบุคคลก็จะปฏิบัติตนที่เป็นประโยชน์ ลดโอกาสเสี่ยงและหลีกเลี่ยงการเกิดโรคนั้นๆ ได้ (มนวดี ประกายรุ่งทอง. 2542 : 12-13 ; อ้างอิงจาก Rosenstock. 1974. *Health Education Monographs* 2. p. 2-380) ผลการศึกษาครั้งนี้จึงพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านไม่แตกต่างกัน การศึกษานี้สอดคล้องกับ นพรัตน์ หนูบ้านยาง (2540 : 100) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมไม่แตกต่างกัน จุไรรัตน์ หงษ์เวียงจันทร์

(2541 : 83) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมของข้าราชการทหารหลังเกษียณอายุราชการ แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับ โอเรม (วรรณิ ชัชวาลทิพากร และคณะ. 2543 : 128 ; อ้างอิงจาก Orem. 1991. *Nursing : concept of practice*. p. 238-241) กล่าวว่า อายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลซึ่งจะเพิ่มตามอายุ จนถึงวัยผู้ใหญ่และจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ และการศึกษาในประเทศไทยยังระบุอีกว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับบุคคลผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะมีปัญหาด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย (วรรณิ ชัชวาลทิพากร และคณะ. 2543 : 128)

3. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานครส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาประกอบกับเป็นผู้สูงอายุที่ผ่านประสบการณ์ในชีวิตมามากมาย ได้รับความรู้นอกเหนือจากสถานศึกษาเพิ่มเติม เช่น จากสื่อต่างๆ ได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ รวมไปถึงการได้พบปะพูดคุยกับบุคคลต่างๆ ในสังคม เช่น แพทย์ พยาบาล เพื่อนสมาชิกในชมรมที่เคยประกอบอาชีพต่างสาขากัน อีกทั้งได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การดูแลสุขภาพในวัยสูงอายุจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้านได้แม้ว่าจะมีระดับการศึกษาต่างกัน การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับ นิรนาท วิทยโชคกิตติคุณ (2534 : 46) พบว่า จำนวนปีที่ศึกษาในโรงเรียนไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ มณฑนา เจริญกุล (2534 : 46) พบว่า ระยะเวลาในการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ภัทรพร ไพเราะ (2539 : 7) พบว่าการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้าน แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับ กมลพรรณ หอมน่าน (2539 : 62) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับสูง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี ในทางตรงกันข้ามผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาค่ำ จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ดี นพรัตน์ หนูบ้านยาง (2540 : 101-102) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลสุขภาพตนเองด้านการป้องกันอุบัติเหตุแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทิพสุคนธ์ ผลประสาธ (2543 : 105) พบว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างกันจะมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

4. ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานครได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล เช่น ที่อยู่อาศัยมีสภาพดีถูกสุขลักษณะ ได้รับอาหารมีคุณค่า มีเวลาพักผ่อนและมีเวลาดูแลสุขภาพของตนเอง โดยไม่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย ถึงแม้ว่ารายได้ที่ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานครจะน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน และส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ รายได้ทั้งหมดได้มาจากลูกหลานให้ แต่จากการศึกษาก็พบว่าทุกกลุ่มรายได้ในกลุ่ม

ตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านอยู่ในระดับดี และที่สำคัญคือในชมรมผู้สูงอายุ ได้มีบริการด้านสุขภาพ โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายอยู่แล้วไม่ว่าจะเป็นการตรวจสุขภาพร่างกาย การรักษาพยาบาล การโภชนาการ การออกกำลังกาย การให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมอย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งถือว่าเป็นการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจอีกทางหนึ่ง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีแรงจูงใจที่จะให้ความสำคัญเกี่ยวกับการดูแลตนเองมากขึ้น ผลการศึกษาครั้งนี้จึงพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑนา เจริญกุล (2534 : 48) พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ สारรวมจิต สุนทราภิรมย์สุข (2540 : 98) พบว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา (2542 : 82) พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิชรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ที่มีรายได้ต่างกันมีการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับ ภักทรพร ไพเราะ (2539 : 7) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นพรัตน์ หนูบ้านยาง (2540 : 104-105) พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีการดูแลสุขภาพตนเองด้านการป้องกันอุบัติเหตุแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จุไรรัตน์ หงษ์เวียงจันทร์ (2541 : 84) พบว่า รายได้ต่อเดือน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของข้าราชการทหารหลังเกษียณอายุราชการ ทิพสุคนธ์ ผลประสาท (2543 : 106) พบว่าผู้สูงอายุมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองโดยรวมเมื่อจำแนกตามรายได้ มีความแตกต่างกัน

5. ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว และไม่มีโรคประจำตัว มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 อาจเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในชมรมสามารถดูแลรักษาสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงอยู่เสมอ มีการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมสม่ำเสมอ เช่น การออกกำลังกาย การได้รับการตรวจสุขภาพร่างกายเป็นประจำ สำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวก็มีการดูแล ใส่ใจในสุขภาพของตนโดยการรับประทานยาสม่ำเสมอ พบแพทย์ตามนัด ได้รับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ เกิดการเรียนรู้ในการดูแลตนเอง ส่งผลให้สามารถควบคุมโรคที่เป็นอยู่ได้ ไม่มีผลกระทบกับการดำเนินชีวิตและการทำกิจกรรมต่าง ๆ จากเหตุผลดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นว่าตนสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ดังนั้นพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านจึงไม่แตกต่างกัน การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับ วราภรณ์ นารินทร์ (2540 : 82) พบว่า ระยะเวลาที่รับรู้ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง แต่การศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับ วิลาสินี แฝวชนะ (2541 : 92) พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน เกศสุตา โลหิตรัตนนท์, อโนชา ศรีสุภร และหทัย พันธุ์พงษ์วงศ์ (2541 : 62) พบว่า

การเป็นโรค เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ในผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรค

6. ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านแตกต่างกัน โดยพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน ดีกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีอาชีพ และอื่นๆ จากการศึกษาอาชีพอื่นๆ ได้แก่ การเล่นหุ้น การเก็งกำไรจากเงินตราต่างประเทศ การประกอบอุตสาหกรรมในครัวเรือน และเป็นหุ้นส่วนกิจการต่างๆ อธิบายได้ว่า อาชีพบางอาชีพมีส่วนสนับสนุนให้บุคคลเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย ในการประกอบอาชีพต้องอาศัยความรู้เป็นสำคัญ ผู้ที่มีความรู้ย่อมมีโอกาสศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติม มีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพหรือการป้องกันอุบัติเหตุที่ถูกต้อง มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์จากผู้รู้ ทำให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาด้านความรู้ มีความเข้าใจที่ดีและนำไปสู่การปฏิบัติที่ดี ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับ นพรัตน์ หนูบ้านยาง (2540 : 103) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในด้านการป้องกันอุบัติเหตุ การรักษาสุขภาพเบื้องต้นแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญมีการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีอาชีพ วาสนา เกื่อนวงษ์ (2540 : 125) พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน ทิพสุคนธ์ ผลประสาธ (2543 : 106) พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองโดยรวมของผู้สูงอายุ เมื่อจำแนกตามการประกอบอาชีพ พบว่ามีความแตกต่างกัน แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับ ภัทรพร ไพเราะ (2539 : 7) พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์ กับการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม

7. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านแตกต่างกัน โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพ โสด ม่าย หย่า แยก อธิบายได้ว่า จากการที่ผู้สูงอายุมีคู่สมรสทำให้มีเพื่อน มีคนคอยดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา พุดคุย แสดงความคิดเห็น และมีผู้ร่วมปฏิบัติ น่าจะมีส่วนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวด้านการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านมากขึ้น การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับ ภัทรพร ไพเราะ (2539 : 7) ที่พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นิรนาถ วิทย์โชคกิตติคุณ (2534 : 38) พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด ม่าย หย่า แยก แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับ นพรัตน์ หนูบ้านยาง (2540 : 109) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน จุไรรัตน์ หงษ์เวียงจันทร์ (2541 : 85) พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของข้าราชการทหารหลังเกษียณอายุราชการ กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา (2542 : 90) พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัันมีพฤติกรรมการณ์ดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน

8. ผู้สูงอายุที่มีสภาพการเป็นอยู่ปัจจุบันต่างกัน มีพฤติกรรมการณ์ป้องกันอุบัติเหตุในบ้านไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8 อาจเป็นเพราะวิถีการดำเนินชีวิตในกรุงเทพมหานครปัจจุบันต้องแข่งขันกันอยู่ตลอดเวลา ต้องออกไปประกอบอาชีพนอกบ้าน ไม่มีเวลาให้กันแม้ว่าจะอยู่บ้านเดียวกัน หรืออยู่กันเป็นครอบครัวใหญ่แต่สัมพันธ์ภาพในครอบครัวไม่ดี ขาดการดูแลเอาใจใส่ ห่วงใย ให้คำปรึกษา แนะนำซึ่งกันและกันก็ไม่ต่างอะไรกับการอยู่คนเดียวในบ้าน การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับ กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา (2542 : 92) พบว่าผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการณ์ดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับ ภักทรพร ไพเราะ (2539 : 7) พบว่าลักษณะครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม วิลาสินี ผั่วชนะ (2541 : 91) พบว่า ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต ของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

9. ผู้สูงอายุที่มีอุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุในบ้านต่างกัน มีพฤติกรรมการณ์ป้องกันอุบัติเหตุในบ้านแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9 อธิบายได้ว่าการที่ผู้สูงอายุมีอุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุในบ้านมาก น่าจะแสดงว่าผู้สูงอายุมองเห็นความสำคัญของการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน เพราะอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุนั้นสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการเสื่อมถอยของสภาพร่างกาย และหากเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุขึ้นก็จะเกิดผลเสียมากกว่าวัยอื่นๆ การแก้ไขให้การรักษาพยาบาลทำได้ยุ่งยาก การหายจากผลของอุบัติเหตุใช้เวลานานกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจและจิตใจทั้งของตัวผู้สูงอายุเองและครอบครัวเป็นอย่างมาก จากการศึกษาของ สุปราณี ยมพุก (2540 : 89) เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี พบว่า เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในบ้าน อุบัติเหตุมักพบช่วงเวลากลางวันซึ่งเป็นช่วงทำกิจกรรมส่วนใหญ่ สำหรับช่วงเย็นและกลางคืนจะพบอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มส่วนใหญ่ ซึ่งมักเกิดขึ้นขณะเดิน เข้าห้องน้ำ ห้องส้วมและการขึ้นลงบันได และจากการศึกษาของ เกศสุดา โลหิตวานนท์ ,เอโนชา ศรีสุภกร และหทัย พันธุ์พงษ์วงศ์ (2541 : 57) เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสาคร พบว่าสถานที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุดคือ บริเวณบ้าน ห้องอาหาร ห้องน้ำ บันไดบ้าน และสาเหตุการบาดเจ็บคือ ประมาท สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน เช่น มีด ลื่น ความไม่เป็นระเบียบ ดังนั้นอธิบายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุมีอุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุในบ้านจำนวนมากก็น่าจะช่วยป้องกันอุบัติเหตุในบ้านให้ผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับ เอลิซาเบท, คาเรน และแอน (2002 : 2-8) ได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ และพบว่างานวิจัยที่ใช้โปรแกรมการออกกำลังกาย

กาย, ใช้โปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับการดัดแปลงและปรับปรุงปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม และโปรแกรมฝึกประเมินปัจจัยเสี่ยง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

10. ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้าน และไม่มีประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้าน มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10 อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้าน และไม่มีประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้านสามารถป้องกันตนเองได้ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้สูงอายุทราบว่าตนเองเป็นวัยที่การทำงานของร่างกายลดลงและเริ่มมีปัญหาอันเนื่องมาจากอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งปัญหาที่พบได้แก่ ปัญหาทางร่างกาย จิตใจ สังคม ความเป็นอยู่ และภาวะทางเศรษฐกิจ ซึ่งล้วนแต่เป็นเหตุที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุทั้งสิ้น จึงทำให้ผู้สูงอายุตระหนัก มีความระมัดระวัง และมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นกับตนได้ ประกอบกับปัจจุบันการรับรู้ข่าวสารต่างๆ จากภายนอกมีมากมายทำให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ถึงอันตรายและปัญหาที่จะเกิดขึ้นจากอุบัติเหตุถ้าตนไม่ป้องกันตนเอง ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้าน และไม่มีประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้าน มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านไม่แตกต่างกัน การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับ กนกพร สุขสมชีพ (2544 : 101) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การมีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน

11. การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 11 อธิบายได้ว่าการที่จะป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน ต้องอาศัยหลายปัจจัย เช่น ความรู้ ทักษะ การสนับสนุนทางด้านครอบครัว และการเงิน เพื่อที่จะปรับปรุงสิ่งต่างๆ ภายในบ้านในการป้องกันอุบัติเหตุ อีกทั้งต้องขึ้นกับการตัดสินใจของผู้สูงอายุที่จะกระทำการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านด้วย การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ แบนดูรา (บุญสิทธิ์ ไชยชนะ. 2543 : 13 ; อ้างอิงจาก Bandura. 1986. *Social Foundations of Thought and Action : A Social cognitive Theory*. unpagged) การที่บุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองสูง บุคคลก็อาจไม่กระทำการพฤติกรรมนั้น ทั้งนี้เพราะ ขาดสิ่งจูงใจ การตัดสินใจของการกระทำพลาดไป รู้สึกว่าไม่คุ้มค่าที่จะกระทำการพฤติกรรมนั้น ความไม่ทันการณ์ในการประเมินความสามารถของตนเองเนื่องจากประสบการณ์ทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ จะทำให้การตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถตนเองพลาดไป ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับ ขวัญใจ ดันติวัฒน์เสถียร (2534 : 129) พบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538 : 33) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

12. ความเชื่ออำนาจภายในคนด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 12 อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจภายในคนนั้นจะเป็นตัวของตัวเอง มีความกระตือรือร้นต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม มองเห็นคุณค่าของทักษะและความพยายามของตนเอง สามารถปรับตัวควบคุมสถานการณ์ได้ มีความเชื่อว่าตนสามารถควบคุมสุขภาพด้านต่างๆ ได้ โดยพฤติกรรมของตนเอง เชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเป็นผลจากการกระทำของตน สอดคล้องกับแนวคิดของ สตรีกลแลนด์ (กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา. 2542 : 84 ; อ้างอิงจาก Strickland. 1982. *Internal – External expectancies and health related behaviors*. p. 1192) เชื่อว่า ผู้ที่มีอำนาจภายในคนมีความเชื่อว่าการมีสุขภาพดีนั้นเป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง ดังนั้นการแสดงออกของพฤติกรรมทางสุขภาพเป็นไปในทิศทางบวก คือเป็นผู้สนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพ แสวงหาความรู้เพื่อสุขภาพที่ดีอยู่เสมอ การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับ ขวัญใจ ดันติวัฒน์เสถียร (2534 : 112) พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในคนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535 : 119) พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในคนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้านทุกด้าน จุไรรัตน์ หงษ์เวียงจันทร์ (2541 : 90) พบว่าความเชื่ออำนาจภายในคนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของข้าราชการทหารหลังเกษียณอายุราชการ กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา (2542 : 84) พบว่าความเชื่ออำนาจภายในคนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร

13. ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 13 อธิบายได้ว่าอาจเนื่องจากเป็นวัยสูงอายุ เป็นวัยที่มีการเสื่อมของร่างกายจึงมีความเชื่อถือ และปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้ควบคุมด้านสุขภาพ และแม้ว่าผู้สูงอายุจะดูแลตนเองเป็นอย่างดี ก็ยังต้องไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษา ขอคำปรึกษา แนะนำเรื่องสุขภาพ สำหรับชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานครนั้น มีบุคลากรทางการแพทย์มาให้ความรู้ คำแนะนำ และแนวทางปฏิบัติเรื่องสุขภาพในผู้สูงอายุเป็นประจำอยู่แล้ว นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่าบุคคลในครอบครัว เช่น บุตร หลาน รวมถึงคู่สมรส เพื่อนๆ ได้ให้การดูแลเอาใจใส่แก่ผู้สูงอายุในระดับสูง ผู้สูงอายุจึงให้ความสำคัญ เชื่อถือ ไว้วางใจ ว่าบุคคลต่างๆ จะช่วยเหลือตนเองได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านที่ถูกต้อง และอยู่ในระดับดี ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับ กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา (2542 : 86) พบว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ แต่ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับ ขวัญใจ ดันติวัฒน์เสถียร (2534 : 112) พบว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และ

จุไรรัตน์ หงษ์เวียงจันทร์ (2541 : 90) พบว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของข้าราชการทหารหลังเกษียณอายุราชการ

14. ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 14 อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในสังคมเมืองใหญ่ มีความเจริญก้าวหน้าทางด้านวัตถุ มีความเจริญทางการแพทย์และสาธารณสุข ส่งผลให้ความคิดของผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นที่ตัวบุคคลมากกว่าที่จะเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ เช่น โชคชะตา เคาระห์กรรม เป็นต้น การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับ ขวัญใจ ดันติวัฒนเสถียร (2534 : 112) พบว่า ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535 : 121) พบว่า ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวม และรายด้านทุกด้าน จุไรรัตน์ หงษ์เวียงจันทร์ (2541 : 90) พบว่า ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของข้าราชการทหารหลังเกษียณอายุราชการ แต่การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับ กรรณิการ์ พัฒนาผดุงวิทยา (2542 : 86-87) พบว่า ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร

15. แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 15 อธิบายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุได้รับความรัก ความนับถือ ได้รับการสนับสนุนทางด้านสิ่งของ การเงิน การช่วยเหลือจากลูกหลาน หรือเพื่อนฝูง ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานทำให้เกิดความมั่นใจ สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ เชื่อมั่นในการดูแลตนเองดี สามารถปรับตัวยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ดี มีความพึงพอใจในชีวิต มีคุณภาพชีวิตที่ดี ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิด โคเฮน และวิลส์ (Kohen & Wills. 1985 : 310 - 359) ที่ว่าการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับทำให้บุคคลมีอารมณ์มั่นคงส่งผลต่อระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาท ระบบภูมิคุ้มกัน ทำงานดีขึ้นและยังส่งผลพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น การสนับสนุนทางสังคมยังช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะวิกฤตในชีวิต โดยช่วยลดความเครียดที่ทำให้เกิดภาวะวิกฤตซึ่งจะเชื่อมโยงไปสู่การเจ็บป่วย เมื่อมีความเครียดบุคคลจะรู้สึกที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รู้สึกต้อยค่า เป็นสาเหตุให้บุคคลเกิดความล้มเหลวในการดูแลสุขภาพตนเองและเกิดพฤติกรรมเสี่ยง ผลการศึกษาสอดคล้องกับ มณฑนา เจริญกุล (2534 : 47) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จุไรรัตน์ หงษ์เวียงจันทร์ (2541 : 88) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของข้าราชการทหารหลังเกษียณอายุราชการ

16. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมนั้นทำให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ต่างๆ มากมาย เช่น ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ โรคในผู้สูงอายุ ตลอดจนได้รับการตรวจสุขภาพ ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ มีสภาพการเป็นอยู่ปัจจุบันคืออยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน อีกทั้งมีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง จากเหตุผลดังกล่าวจึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านอยู่ในระดับดี ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับนิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ (2534 : 42) พบว่า ผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองสูง อรพรรณ อิศราภรณ์ (2536 : 75) พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดพิษณุโลก อยู่ในระดับดี นพรัตน์ หนูบ้านยาง (2540 : 99-100) พบว่า ผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ มีการดูแลสุขภาพตนเองทุกด้านอยู่ในระดับค่อนข้างดี เมื่อพิจารณารายข้อในแต่ละด้านพบว่า โดยเฉพาะด้านการป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุอยู่ในเกณฑ์ดี มีค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา(2542 : 83) พบว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานครมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี จุไรรัตน์ หงษ์เวียงจันทร์ (2541 : 82) พบว่า ข้าราชการทหารหลังเกษียณอายุราชการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี

ข้อเสนอแนะ

1. จัดโครงการให้ความรู้ และเตรียมความรู้เรื่องการมีผู้สูงอายุในบ้าน โดยการให้ความรู้กับครอบครัวผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยเนื้อหาเป็นเรื่องปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ การดูแลส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ การจัดเตรียมสิ่งแวดล้อม การจัดที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ
2. จัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้เรื่อง อุบัติเหตุในผู้สูงอายุ โดยเน้นถึงการป้องกันอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ พร้อมทั้งแนะนำอุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน มีการสาธิตและให้ทดลองฝึกปฏิบัติ
3. ในการจัดทำกิจกรรมควรใช้กิจกรรมกลุ่มที่มีความแตกต่างกันในผู้สูงอายุ เช่น อาชีพ สถานภาพสมรส เป็นต้น เพื่อให้เกิดความแตกต่างกันด้านความคิด และค้นหาแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมและดีที่สุด

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ หรือชมรมของข้าราชการบำนาญ
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเมือง และชนบทว่ามีความแตกต่างกันอย่างไร และมีปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน มีความคล้ายคลึงกันหรือแตกต่างกันอย่างไร เพื่อเป็นการวางแผนพัฒนาการจัดการบริการที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุต่อไป
3. ศึกษาตัวแปรอื่นๆ ที่คาดว่าจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ เช่น ความพึงพอใจในชีวิต คุณภาพชีวิต ความสำเร็จในชีวิต สุขภาพจิต ภาวะสุขภาพทางกาย เป็นต้น
4. ศึกษาในรูปแบบปฏิบัติการ เช่น โปรแกรมสุขศึกษา เพื่อเป็นแนวทางและทางเลือกในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุต่อไป

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กมลพรรณ หอมนาน. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การเรียนรู้
สมรรถนะในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ พย.ม.
(การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
ถ่ายเอกสาร.
- กรรณิการ์ กันธะรักษา. (2527). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน –
ภายนอกกับสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ
ในหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กรรณิการ์ พัฒนผลดุสิตวิทยา. (2542). ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ และพฤติกรรม
การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุชรียาพยาบาลกรุงเทพมหานคร.
ปริญญาณิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2544). กฎดภาคข่าวประชากรและอนามัยเจริญพันธุ์
เล่ม9 มกราคม – มิถุนายน 2543. นนทบุรี : ม.ป.พ.
- กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2542). แนวคิด ทฤษฎี และการนำไป
ใช้ในการดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี : ม.ป.พ.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2541). คู่มือความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ
: บริษัทสามเจริญพานิชย์ กรุงเทพ จำกัด.
- กาญจนา จันทรไทย. (2542-2543, ธันวาคม-มีนาคม). “ผู้สูงอายุไทย,” วารสารการศึกษา
พยาบาล. 10(3) : 53-56.
- กลุ่มวิจัยส่วนส่งเสริมพลศึกษา สุขภาพและนันทนาการ. (2538). รายงานการวิจัยเรื่อง
พฤติกรรมทางสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : กรมพลศึกษา
กระทรวงศึกษาธิการ.
- เกศสุดา โลหิตรานนท์, อโนชา ศรีศุกร และ หทัย พันธุ์พงศ์วงศ์. (2541). อุบัติการณ์
และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ จังหวัด
สมุทรสงคราม. รายงานการวิจัย. สมุทรสงคราม : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
สมุทรสงคราม. ถ่ายเอกสาร.
- เกศิณี หาญจางสิทธิ์. (2536). อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุที่
บ้านของผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (วิทยาการระบาด). กรุงเทพฯ
: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- เกษม ดันติผลาชีวะ และ กุลยา ดันติผลาชีวะ. (2528). *การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ*.
กรุงเทพฯ : อรุณการพิมพ์.
- กำไล ดริชัยศรี. (2536). *การศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุใน
ขณะขับขีรถจักรยานยนต์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดสระบุรี*. วิทยานิพนธ์
วท.ม. (วิทยาการระบาด). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
ถ่ายเอกสาร.
- ขวัญใจ ดันติวัฒนเสถียร. (2534). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริม
สุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
(บริหารพยาบาล). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
ถ่ายเอกสาร.
- “ความปลอดภัยในการทำงาน,” (2540). ใน *คู่มือความปลอดภัย อาชีวอนามัยในการทำงาน*.
กรุงเทพฯ : ม.ป.พ.
- งานส่งเสริมการวิจัยและตำรา มหาวิทยาลัยมหิดล. (2538). *โครงการศึกษาวิจัยครบวงจร
เรื่องการวิจัยเรื่องผู้สูงอายุในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จุไรรัตน์ หงษ์เวียงจันทร์. (2541). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของข้าราชการทหารหลัง
เกษียณอายุราชการ*. วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. (ส่งเสริมสุขภาพ). กรุงเทพฯ : บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- จำเรียง กุระมสุวรรณ. (2536). “ประชากรสูงอายุกับการจัดสวัสดิการ,” ใน *การพยาบาล
ผู้สูงอายุ*. บรรณาธิการโดย จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ. หน้า 2-3.
กรุงเทพฯ : รุ่งเรืองธรรม.
- จันทนา รณฤทธิ์วิชัย. (2536). “ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสูงอายุ,” ใน *การพยาบาล
ผู้สูงอายุ*. บรรณาธิการโดย จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ. หน้า 63.
กรุงเทพฯ : รุ่งเรืองธรรม.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2543). *ชุดสุขภาพคนไทย ปี พ.ศ. 2543 : สถานะสุขภาพคน
ไทย*. นนทบุรี : อุษากการพิมพ์.
- เฉลิมขวัญ ศรีสุวรรณ. (2541). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของ
ผู้ขับขีรถจักรยานยนต์ที่รับบาดเจ็บ ณ ห้องฉุกเฉินและอุบัติเหตุ โรงพยาบาล
ตำรวจ.ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา)*. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ชูศักดิ์ เวชแพศย์. (2538). *สรีรวิทยาของผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ : ศุภนิชการพิมพ์.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. (2541). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย*. กรุงเทพฯ : เทพเนรมิต
การพิมพ์.

- ณัฐพงศ์ อนุวัตรรยง. (2540). การเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับ
สุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยพุทธ และชาวไทยมุสลิม ในภาคใต้ตอนบน.
วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ดวงพร รัตนอมรชัย. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะ
สุขภาพ และการรับรู้การควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดอ่างทอง.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ดวงเดือน ช่อวิชิต. (2543, กรกฎาคม). “โรคกระดูกพรุน : ปัญหาผู้สูงอายุ,” วารสาร
โรงพยาบาลเลิดสิน. 3 (2) : 103-110.
- _____. (2544, กรกฎาคม). “อุบัติเหตุการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของผู้ป่วยใน อายุ 80 ปี
ขึ้นไป โรงพยาบาลเลิดสิน ปีงบประมาณ 2543,” วารสารโรงพยาบาลเลิดสิน.
4 (4) : 45-54.
- ดุสิต สุนทราณู, และคณะ. (ม.ป.ป.). โครงการระบาดวิทยาสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย
พ.ศ. 2532. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ.
- ทิพสุคนธ์ ผลประสาท. (2543). การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านกรวด
จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (พัฒนาศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- ทิวาพร กลมกล่อม. (2542). “ผลการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ,” วารสารเพื่อนสุขภาพ.
11(1) : 54.
- แท้งจริง ศิริพานิช. (2542). “อุบัติเหตุกับผู้สูงอายุ,” ใน วันอนามัยโลก. หน้า167-178.
กรุงเทพฯ : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ชาติา วิมลวัตรเวที. (2542). เอกสารคำสอนวิชา สข 432 : สุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- นพวรรณ จงวัฒนา, และคณะ. (2542). ฐานข้อมูลผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ :
วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นพรัตน์ หนูบ้านยาง. (2540). การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในคลินิกผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม.
(สุขภาพ). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
ถ่ายเอกสาร.
- นิตยา ภาสุนันท์. (2543). “การป้องกันอุบัติเหตุในวัยสูงอายุ,” ใน การดูแลตนเองในวัยทอง.
บรรณาธิการโดย ถนอมขวัญ ทวีบุรณ และ พัสนันท์ คุ่มทวีพร. หน้า 66-74.
กรุงเทพฯ : ไพศาลศิลป์การพิมพ์.

- นิรนาท วิทยโชคกิติคุณ. (2534). *ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- นันทนา ศรีพินิจ, และคณะ. (2536, พฤษภาคม-สิงหาคม). "อุบัติเหตุในผู้สูงอายุ," *วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา*. 1(2) : 43-46.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2538). *คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- _____. (2542). *ผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- _____. (2542). "อุบัติเหตุในผู้สูงอายุ," *วารสารเพื่อนสุขภาพ*. 11(1) : 49-51.
- บริบูรณ์ พรพิบูลย์. (2535). *โลกยามชราและแนวการเตรียมตัวเพื่อเป็นสุข*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง.
- บุญสิทธิ์ ไชยชนะ. (2543). *การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของคนที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการไม่เสพยาเฮโรอีนซ้ำของผู้เข้ารับการบำบัดขั้นตอนการถอนพิษยาของคลินิกยาเสพติดในโรงพยาบาลของรัฐ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พฤติกรรมศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- บุษบา จันทรผ่อง. (2542). *สวัสดิศึกษา. คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สถาบันราชภัฏภูเก็ต : ม.ป.พ.*
- ปิยาภรณ์ ศิริภานุมาศ. (2542). *อาชีวอนามัย. คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สถาบันราชภัฏบุรีรัมย์ : ม.ป.พ.*
- ประกิต เทียมบุญ, ตรง พันธุมโกมล และ พิบูลย์ อินธิระวงศ์. (2525). "ภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุกระดูกข้อสะโพกหัก," *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*. 26, 267-273.
- ประคอง กรรณสูตร. (2525). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพฯ : บริษัทศูนย์หนังสือ ดร.สง่า.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2542, กรกฎาคม-ธันวาคม). "สิ่งแวดล้อมกับผู้สูงอายุ," *วารสารเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม*. 1(2) : 505-518.
- ประโยชน์ บุญสินสุข. (2536, กรกฎาคม). "สาเหตุของกระดูกหักในผู้สูงอายุ," *วารสารหมอชาวบ้าน*. 15 (171) : 78-79.
- ปราณี จาติเกตุ. (2536). "การเตรียมตัวรับภาวะสุดท้ายของชีวิต," ใน *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. บรรณาธิการโดย จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ. หน้า 530-531. กรุงเทพฯ : รุ่งเรืองธรรม.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล, และคณะ. (2542). *โครงสร้างอายุและเพศของประชากรสูงอายุในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.

- พรรณิ ทิพย์ธาดล. (2542). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคลตามสุขบัญญัติแห่งชาติ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนสุเหร่าคลองสำโรง จังหวัดนนทบุรี. ปรินทิพย์ กศ. ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- พรสุข หุ่นนิรันดร์. (2534). เอกสารประกอบการสอน วิชาการจัดและบริหารสวัสดิศึกษา. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2543). วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ (ฉบับปรับปรุงใหม่ล่าสุด). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล.
- พินันท์ วิศาลสกุลวงศ์. (2544). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. ปรินทิพย์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และพรรณวดี พุชวัฒน์. (2543, เมษายน – มิถุนายน). “ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และผลจากการหกล้มในผู้สูงอายุ,” วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 1 (2) : 16-21.
- ภัทรพร ไพเราะ. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ภัสสร ลิมานนท์. (2535). นโยบายสุขภาพและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ ในเอเชีย : บทเรียนสำหรับประเทศไทย. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มณฑนา เจริญกุล. (2534). แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- มนวดี ประกายรุ่งทอง. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้เข็มขัดนิรภัยของผู้ขับขี่รถยนต์ส่วนบุคคล ในเขตกรมการขนส่งทางบก กรุงเทพมหานคร. ปรินทิพย์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- มรรยาท ณ นคร. (2543). การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกหักที่ได้รับการยึดตรึงด้วยวัสดุภายในร่างกาย. เชียงใหม่ : โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มณฑนา จริยรัตน์ไพศาล. (2542). สุขภาพผู้สูงอายุ. คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สถาบันราชภัฏกำแพงเพชร : ม.ป.พ.

- รัตนา เพ็ชรอุไร และอดุลย์ วิริยเวชกุล. (2538, เมษายน – มิถุนายน). “ผู้สูงอายุในประเทศไทย : ประเด็นที่ควรศึกษาวิจัย,” *วารสารมหาวิทยาลัยมหิดล*. 2 (2) : 171-176.
- รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว. (2538, กันยายน-ธันวาคม). “ญาติกับการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ,” *วารสารสุขภาพ*. 18(71) : 61-71.
- รชนีภรณ์ ภูกร. (2538). *สุขภาพผู้สูงอายุไทย. คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สถาบันราชภัฏพิบูลสงคราม* : ม.ป.พ.
- วรรณิ ชัชวาลทิพากร และคณะ. (2543). *การประเมินพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ และการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ภาครัฐและภาคเอกชน ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ : สำนักงานกลางสภาวิชาชีพสุขภาพ.
- วราภรณ์ นารินรักษ์. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกคนด้านสุขภาพ กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การบริหารการพยาบาล). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.*
- วสันต์ ศิลปสุวรรณ และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. (2541). *การวางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพ : ทฤษฎีและการปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ.
- วาสนา เดือนงษ์. (2540). *พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.*
- วิลาสณี แฝ้วชนะ. (2541). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายใน คนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายนอกคนด้านสุขภาพ การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรคเบาหวาน กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.*
- วิจิตร บุญยโหดระ. (2527). *อุปนิสัย*. กรุงเทพฯ : นวชนก.
- _____. (2530). *วิชาความปลอดภัย*. กรุงเทพฯ : กระทรวงศึกษาธิการ.
- _____. (2532). *วันอนามัยโลก 2532*. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- _____. (2537). *วิทยาการระบาดและควบคุมอุปนิสัย*. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการป้องกันอุปนิสัยแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.

- วิเชียร เกตุสิงห์. (2530). *หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย*. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิชย์.
- _____. (2538, กุมภาพันธ์ – มีนาคม). “ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมาย...เรื่องง่ายๆ บางครั้งก็พลาดได้,” *ข่าวสารการวิจัยทางการศึกษา*. 18 (3) : 8-11.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2536). “การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาในผู้สูงอายุ,” ใน *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. บรรณาธิการโดย จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ. หน้า 68-69. กรุงเทพฯ : รุ่งเรืองธรรม.
- _____. (2539, กรกฎาคม-กันยายน). “การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในวัยสูงอายุปัญหา และการแก้ไข,” *วารสารสภาการพยาบาล*. 11(3) : 31-38.
- วีรวุฒิ เอกกมลกุล. (2536, พฤษภาคม-สิงหาคม). “ผลกระทบของอุบัติเหตุที่มีต่อจิตใจ,” *วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา*. 1(2) : 47-48.
- วันดี แยมจันทร์ฉาย. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วันนี ขำเพ็ง. (2540). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชนบท จังหวัด นครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ศรีจิตรา บุนนาค และ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). *การประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วย ผู้สูงอายุ เรื่อง ผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ*. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2543, มกราคม-มีนาคม). “การจัดสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ,” *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย*. 1(1) : 51-54.
- ศิริชัย พงษ์วิชัย. (2535). *การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์*. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริมา ลีละวงศ์. (2541). *ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล การยอมรับกระบวนการ สูงอายุ ปัจจัยครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล. (2539). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- สมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์ และคณะ. (2538, มกราคม - มีนาคม). “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย
บางประการ การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิต
ของผู้สูงอายุ,” วารสารมหาวิทยาลัยมหิดล. 2 (1) : 88-96.
- สมิต สัมมกร. (2527). *การสื่อสารกับผู้บริหาร*. กรุงเทพฯ : เจริญผล.
_____. (ม.ป.ป.). *บ้านปลอดภัย*. กรุงเทพฯ : เจริญผล.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). *ผู้สูงอายุหญิงในประเทศไทย : สถานะในปัจจุบัน*.
กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, และคณะ. (2542). *ประมวล วิเคราะห์ และสังเคราะห์ผลการประชุม
วิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2543, มกราคม – มีนาคม). “การขยายตัวของโรคเรื้อรังและภาวะ
ทุพพลภาพในประชากรไทย,” *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. 1 (1) :
42-49.
- สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. (2535). *แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน – ภาย
นอกตณต้านสุขภาพและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์
วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
ถ่ายเอกสาร.
- สุปราณี ยมพุก. (2540). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ
จังหวัดราชบุรี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (วิทยาการระบาด). กรุงเทพฯ : บัณฑิต
วิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุภาณี กาญจนจारी. (2534). “การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ,” ใน *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์
เล่ม 2. บรรณาธิการโดย สมจิต หนูเจริญกุล*. หน้า 317-358. กรุงเทพฯ : มิตร
เจริญการพิมพ์.
- _____. (2537). “การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ,” ใน *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์
เล่ม 1. บรรณาธิการโดยสมจิต หนูเจริญกุล*. หน้า 227-254. กรุงเทพฯ : วี. เจ.
พรินติ้ง.
- สุรกุล เจนอบรม. (2534). *วิทยาการผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวรรณ แซ่ตั้ง. (2538, กันยายน-ธันวาคม). “การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของผู้สูงอายุ,”
วารสารศูนย์การศึกษาต่อเนื่อง. 3(3) : 6-7.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2527). *แนวคิดพื้นฐานการพยาบาลจิตเวช*. เชียงใหม่ : ปอง.
- สุจินต์ ปริษามารถ. (2535). *สุขภาพจิตเบื้องต้น*. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. (2539). *การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS*. กรุงเทพฯ :
สำนักคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- สุรีย์ กาญจนวงศ์, และคณะ. (2540). *โครงการศึกษาวิจัยครบวงจร เรื่อง ผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : แอลทีเพรส จำกัด.*
- สุรีย์พร ตริยาวิฑูวาทย์. (2534). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ ในชุมชนย่อยเขตเทศบาลเมืองนครปฐม. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.*
- สุรีย์มาศ นาคะผดุงรัตน์. (2542). *ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว กับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อผู้สูงอายุ : ศึกษาเฉพาะกรณีชมรมข้าราชการและครูอาวุโสของกระทรวงศึกษาธิการ. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (พัฒนาศักยภาพ). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.*
- สุเมธ ตันติเวชกุล. (2542, กันยายน-ธันวาคม). "ในหลวงกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ." *วารสารสวนปรุง. 15(3) : 42-47.*
- เสนอ อินทรสุขศรี. (2543). *ผู้สูงวัย. กรุงเทพฯ : ธรรมสารการพิมพ์.*
- แสงจันทร์ ทองมาก. (2541). "สุขภาพวัยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ," ใน *การพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ เล่ม 1. หน้า 1-77. นนทบุรี : ยุทธินการพิมพ์.*
- สำรวมจิต สุนทราภิรมย์สุข. (2540). *การเปรียบเทียบความหวัง และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง และในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลชลบุรี. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (สุขภาพ). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.*
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2540). *รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร 2538-2539. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ.*
- เสาวนีย์ พงศ์. (2542). *ผลของการฝึกสมาธิ (วิปัสสนากัมมัฏฐาน) ต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การมองโลกในแง่ดีและภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.*
- เสี้ยว เว่ย ถาน. (2536). *ความหนาแน่นของเนื้อกระดูกในกลุ่มผู้ป่วยหญิงสูงอายุที่มีกระดูกสันหลังหักเปรียบเทียบกับกระดูกที่ไม่หัก หลังได้รับอุบัติเหตุล้มลง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พัฒนาสุขภาพ). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.*
- อรพรรณ อิศราภรณ์. (2536). *พฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลอายุรศาสตร์คัลยศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.*

- อาภา ใจงาม. (2536). “อุบัติภัยในผู้สูงอายุ,” ใน *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. บรรณาธิการโดย จัรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ. หน้า 396-413. กรุงเทพฯ : รุ่งเรืองธรรม.
- อัปสร รั้งสิปการ. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (บริหารการพยาบาล). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- อัสนา อารณ. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร*. ปริญญาโท กศ.ม. (สุขภาพ). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- เอมอัชฌา (รัตนริมจง) วัฒนบุรานนท์. (2539). *สวัสดิศึกษา*. กรุงเทพฯ : โอ. เอส. พรินต์ติ้งเฮ้าส์.
- อำนวย กาจันะ และ จินตนา ศรีวงษา. (2541, ตุลาคม-ธันวาคม). “บทวิทยากร : สวัสดิการประชาชนด้านรักษาพยาบาลในประเทศไทย ทางเลือกเชิงนโยบายสำหรับผู้สูงอายุ,” *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*. 21(4) : 95-108.
- Ann F. & Judy A. (1986, November – December). “Self – Esteem, Social Support, and Positive Health Practices,” *Nursing Research*. 6 (35) : 334.
- Atchley, R.C. (1991). *Social Force and Aging An Introduction to Social Gerontology*. California : Wadsworth Publishing.
- Bandura, A. (1977, March). “Self – Efficacy : Toward a Unifying Theory of Behavior Change,” *Psychological Review*. 84 (3) : 191-212.
- _____. (1982). “Self – Efficacy Mechanism in Human Agency,” *American Psychologist*. 37 : 122-147.
- _____. (1997). *Self – Efficacy the Exercise of Control*. 1st ed. United States of America : W.H. Freeman Company.
- Cape, R. (1978). *Aging : It's Complex Management*. New York : Harper & Row Publishers.
- Cobb, S. (1976, September – October). “Social Support as a Moderator of Life Stress,” *Psychosomatic Medicine*. 14(38) : 300-314.

- Colling, J. & Park, C. (1983). "Home, Safe Home," *Journal of Gerontological Nursing*. 9(3) : 175-192.
- Craven, R. & Bruno, P. (1980). "Teach the Elderly to Prevent Falls," *Journal of Gerontological Nursing*. 12(8) : 27-33.
- Ebersole, P. & Hess, P. (1981). *Toward Healthy Aging Human needs and Nursing response*. St.Louise : The C.V. Mosby.
- Eliopoulos, C. (1997). *Gerontological nursing*. 4th ed. Philadelphia : Lippincopy.
- Elizabeth, E., Karen Soken & Ann Marie Spellbring. (2002, January – February). "A Meta – Analysis of Fall Prevention Programs for the Elderly," *Nursing Research*. Editor by Molly, C. 51 (1) : 1-8.
- Forber, E.J. & Fitzsimons, V.M. (1981). *The Older Adult : A Process for Wellness*. London : The C.V. Mosby.
- Gallagher, Elaine M. (1996, Spring). "Head and Heels : Impact of a Health Promotion Program to Reduce Falls in the Elderly," In *Canadian Journal on Aging*. (CD-ROM). 15 (1) : 84-98. Available : ERIC (1993 – September 2001) ; Acc. No. EJ. 522553.
- Green, Lawrence W. & Kreuter, Marshall W. (1991). *Health Promotion Planning : and Environmental Approach*. Toronto : Mayfield Publishing.
- Jacobson, D.E. (1986, September). "Types and timing of Social Support," *Journal Health Social Behavior*. 27(63) : 259.
- Kaplan, B.H. et al. (1977, May). "Social Support and Health," *Medicine Care*. 15 : 47-58.
- Krejcie & Morgan. (1960, December). "The NEA Research Bulletin," *Small-Sample Techniques*. 38 : 99.
- Kohen, S. & Wills, T. (1985, September). "Stress, Social support, and the buffering hypothesis," *Psychological Bulletin*. 98 : 310-357.
- Linn, M., & Hunter, K. (1979). "Perception of age in the elderly," *Journal of Gerontology*. 34 : 46-52.
- Loius, M. (1983). "Fall and Their Cause," *Journal of Gerontological Nursing*. 9(3) : 144-149.
- Mc. Farland, R.A. & Moor, R.C. (1961). *The Epidemiology of Accident : In Accident Prevention*. London : McGraw-Hill.

- Phillips, L.R. (1991). "Social Support of the Older Client : In Chenitz, Stone, Salisbury," *Clinical Gerontological Nursing : A Guide to Advanced Practice*. Philadelphia : WB. Saunder.
- Strickland, B.R. (1978,December). "The prediction of social action from a dimension of internal – external control," *Journal of Psychology*. 60 : 353-358.
- Svensson & Marie-Louise. (1992, Winter). "Fall and Accidents among the Elderly : Analysis of Injuries, Risks and Consequences and Preventive Possibilities," In *Gerontology (0351)*. (CD-ROM). Available : DAI-C 53/04.
- Thoits, P.A. (1982, June). "Conceptual, methodological, and theoretical problem in studying social support as a buffer against life stress." *Journal of Health and Social Behavior*. 59(23) : 145-159.
- Thygerson, A.L. (1967). *Safety*. New Jersey : Prentice Hall.
- Wallston, K.A. & B.S. Wallston. (1982, Spring). "Who is Responsible for your Health? The Construct of health locus of control," In *Social psychology of health and illness*. p. 115-120.
- Woolley & Sandra M. (1990, August). "An Assessment of Falls in the Elderly (Accident)," In *Gerontology (0351)*. (CD-ROM). Available : DAI-A 51/02.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัย
รายนามผู้เชี่ยวชาญ

ที่ ทม 1012/ 6466



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๙ สิงหาคม 2545

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสัมภาษณ์

เนื่องด้วย นางสาวนันทน์ภัส หงษ์เวียงจันทร์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขออนุญาตใช้สถานที่ และขอสัมภาษณ์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน ในระหว่างเดือนกันยายน 2545

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวนันทน์ภัส หงษ์เวียงจันทร์ ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภภรณ์ หะวานนท์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5731, 5618

โทรสาร. 02-258-4119

ที่ ทม 1012/ 6386



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๔3 สิงหาคม 2545

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน พันเอกหญิง แพทย์หญิง ท่านผู้หญิง วัฒนา วัชรโรทัย ประธานชมรมผู้สูงอายุ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสัมภาษณ์

เนื่องด้วย นางสาวนันทน์ภัส หงษ์เวียงจันทร์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขออนุญาตใช้สถานที่ และขอสัมภาษณ์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน ในระหว่างเดือนกันยายน 2545

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวนันทน์ภัส หงษ์เวียงจันทร์ ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภภรณ์ หะวานนท์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5731, 5618

โทรสาร. 02-258-4119



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มศว โทร. 5731, 5644

ที่ ทม 1012/ ๒๐๒๗

วันที่ ๘ สิงหาคม 2545

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะพลศึกษา

เนื่องด้วย นางสาวนันทน์ภัส หงษ์เวียงจันทร์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ . ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ธาดา วิมลวัตรเวที เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสัมภาษณ์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวนันทน์ภัส หงษ์เวียงจันทร์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

(รองศาสตราจารย์นภภรณ์ หะวานนท์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



ที่ ทม 1012/ ๒๐๒๒

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุโขวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๕ สิงหาคม 2545

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสัมภาษณ์

เนื่องด้วย นางสาวนันทน์ภัท หงษ์เวียงจันทร์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นางสาวชูชื่น คัมภีระพยาบาลวิชาชีพระดับ 7 วช. และ นางสุนันทา อริยกุลนิมิต พยาบาลวิชาชีพระดับ 7 วช. เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสัมภาษณ์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวนันทน์ภัท หงษ์เวียงจันทร์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภาพร หะวานนท์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5726, 5644

โทรสาร. 02-258-4119

ที่ ทม 1012/ ๘๐ ๘๕



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๕ สิงหาคม 2545

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสัมภาษณ์

เนื่องด้วย นางสาวนันทน์ภัส หงษ์เวียงจันทร์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ อาจารย์จารุพร แสงเป่า และ อาจารย์นงลักษณ์ นฤวัตร เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสัมภาษณ์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวนันทน์ภัส หงษ์เวียงจันทร์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภภรณ์ หะวานนท์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5726, 5644

โทรสาร. 02-258-4119



ที่ ทม 1012/ 69/3

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๑๕ กันยายน 2545

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสัมภาษณ์

เนื่องด้วย นางสาวนันท์นภัส หงษ์เวียงจันทร์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โรงพยาบาลกลาง โรงเรียนตากสิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลหลวงพ่อบุญศรี โรงพยาบาลหนองจอก โรงพยาบาลลาดกระบัง และโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ตอบแบบสัมภาษณ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ในระหว่างเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน 2545

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวนันท์นภัส หงษ์เวียงจันทร์ ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ และจะกรุณามิหนังสือแจ้งไปยังโรงพยาบาลในสังกัดจะเป็นพระคุณอย่างยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภกรณ์ หะวานนท์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5731, 5618

โทรสาร. 02-258-4119



เอกสารเลขที่ ๔๗. ๑๙๙

เอกสารรับรองโครงการวิจัยในคน

คณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร

ขอรับรองว่า

โครงการ : ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน
ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาล
สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

โครงการเลขที่ : 014

ชื่อหัวหน้าโครงการ : นางสาวนันทน์ภัส หงษ์เวียงจันทร์

สังกัด : คณะพลศึกษา วิชาเอกสุขศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

โครงการได้มาตรฐานทางวิชาการ ไม่ขัดต่อหลักจริยธรรมสากล และเป็นไปตามคำประกาศเฮลซิงกิ

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการที่เสนอได้ ณ วันที่ ...๑๗... เดือน ธันวาคม
พ.ศ 2545

ลงชื่อ
(นายอุดมศักดิ์ สังข์คุ้ม)

รองปลัดกรุงเทพมหานคร

ประธานคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคน
ของกรุงเทพมหานคร

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือ

- | | |
|---|--|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร. ธาดา วิลลัตร์เวที | หัวหน้าภาควิชาสุขศึกษา
คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 2. อาจารย์ นงลักษณ์ นฤวัตร | อาจารย์ 2 ระดับ 7
รองหัวหน้าภาควิชาการพยาบาล
อายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์
วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ |
| 3. อาจารย์ ดร. จารุพร แสงเป้า | อาจารย์ 2 ระดับ 7
ภาควิชาการศึกษาทั่วไป
วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ |
| 4. คุณชูชื่น คัมภีระ | พยาบาลวิชาชีพระดับ 7 วช.
หัวหน้าตึกศัลยกรรมกระดูกหญิง
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร
และวชิรพยาบาล |
| 5. คุณสุนันทา อริยกุลนิมิต | พยาบาลวิชาชีพระดับ 7 วช. หน่วยไตเทียม
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร
และวชิรพยาบาล |

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย

เรื่อง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ
ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

คำชี้แจง

1. แบบสัมภาษณ์นี้แบ่งเป็น 6 ตอน ดังนี้
 - ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์
 - ตอนที่ 2 การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้าน
 - ตอนที่ 3 ความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนด้านสุขภาพ
 - ตอนที่ 4 อุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน
 - ตอนที่ 5 แรงสนับสนุนทางสังคม
 - ตอนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน
2. ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้สูงอายุ

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือนครั้งนี้
นางสาวนันท์นภัส หงษ์เวียงจันทร์
นิสิตปริญญาโท ภาควิชาสุขศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษา

() ไม่ได้รับการศึกษา	() ระดับประถมศึกษา
() ระดับมัธยมศึกษา	() อนุปริญญาหรือเทียบเท่า
() ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	
4. สถานภาพสมรส

() โสด	() คู่
() ม้าย	() หย่าร้าง / แยกกัน
5. อาชีพปัจจุบันของท่าน

() ไม่มีอาชีพ	() รับจ้าง
() ค้าขาย	() เกษตรกรรม / ทำสวน
() ข้าราชการบำนาญ	() อื่นๆ ระบุ.....
6. รายได้ต่อเดือน.....บาท
7. สภาพการเป็นอยู่ปัจจุบัน

() อยู่คนเดียว	() อยู่กับคู่สมรส
() อยู่กับบุตรหลาน	() อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน
() อยู่กับญาติหรือคนรู้จัก	() อื่นๆ ระบุ.....
8. โรคประจำตัว

() ไม่มี	
() มี ระบุ.....	
9. ประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้าน ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา

() ไม่มี	
() มี ระบุ.....	

ตอนที่ 2 การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้าน

คำชี้แจง จากข้อความต่อไปนี้ ให้ทำเครื่องหมาย ✓/ลงในช่องตรงตามความเป็นจริงของผู้สูงอายุ

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. ท่านสามารถป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้านของท่านได้ถูกต้อง			
2. โดยทั่วไปท่านมีสุขภาพดี ร่างกายแข็งแรง จึงมักไม่เกิดอุบัติเหตุ			
3. ร่างกายของท่านแข็งแรงดี พร้อมทั้งจะช่วยเหลือบุคคลในครอบครัวได้			
4. สายตาของท่านมองทางต่างระดับได้ดี			
5. หู ตา ของท่านปกติ			
6. ท่านใช้ความระมัดระวังอย่างดี เพื่อป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน			
7. ท่านปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้น้อยกว่าที่ตั้งใจ			
8. ท่านสามารถขึ้น-ลงบันไดในบ้านโดยลำพัง			
9. ท่านใช้กล้ามเนื้อ แขนขา ของท่านได้ตามปกติ			
10. ท่านเดินได้ไม่ไถลนัก			
11. ท่านสามารถช่วยเหลืองานในบ้านได้ดี			
12. ท่านยังเดินได้คล่องแคล่ว			
13. ท่านขึ้นบันไดไม่ไหว ต้องให้ผู้อื่นช่วยพยุง			
14. ท่านคิดว่าท่านสามารถปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุได้			
15. หากท่านเกิดอุบัติเหตุในบ้าน ท่านสามารถไปพบแพทย์ได้			
16. ท่านสามารถดูแลตนเอง เมื่ออยู่ตามลำพังได้			
17. ท่านสามารถอ่านฉลากยา และวิธีใช้ ได้ด้วยตนเอง			
18. ท่านยังต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัว ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ภายในบ้าน			
19. ท่านเป็นตัวอย่างแก่คนวัยเดียวกัน ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้าน			
20. ท่านปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้านได้ไม่ดี เท่ากับผู้อื่นในวัยเดียวกัน			

ตอนที่ 3 ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ

คำชี้แจง จากข้อความต่อไปนี้ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความรู้สึก
ความคิดเห็นของผู้สูงอายุมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

ข้อความ	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย
ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ				
1. ท่านจะหายจากการบาดเจ็บเร็วหรือช้า ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตัวของท่าน				
2. ท่านเพิ่มความระมัดระวัง ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้านได้ด้วยตนเอง				
3. ท่านประสบอุบัติเหตุภายในบ้าน เพราะตัวท่านเองเป็นสาเหตุ				
4. ท่านหลีกเลี่ยงการเกิดอุบัติเหตุในบ้านโดยการไม่ประมาท				
5. ท่านเกิดอุบัติเหตุในบ้าน เพราะท่าน หู ตา ไม้ดี ร่างกายไม่แข็งแรง				
6. ท่านควรป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน ด้วยตัวท่านเอง				
7. ถ้าท่านพักอาศัยบริเวณชั้นล่างของบ้าน ท่านจะลดการเกิดอุบัติเหตุ				
8. กำลังใจและการกระทำของท่าน เป็นตัวกำหนดว่าท่านจะเกิดหรือไม่เกิดอุบัติเหตุในบ้านของท่าน				
ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ				
1. บุคคลในครอบครัวเป็นตัวการที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุในบ้าน				
2. บุคคลในครอบครัวปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้านเพื่อป้องกันอุบัติเหตุในบ้านให้ท่าน				
3. ครอบครัวมีส่วนช่วยป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้าน				
4. การที่ท่านไม่เกิดอุบัติเหตุในบ้านเป็นเพราะแพทย์และพยาบาล ช่วยแนะนำ ให้ความรู้				
5. บุคคลในครอบครัวเป็นผู้แนะนำท่านให้ดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ				
6. บ้านที่รก จั้ววางสิ่งของเกะกะไม่เป็นระเบียบ ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย				

ข้อความ	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย
7. ท่านจะหายจากการบาดเจ็บ เพราะท่านได้รับการดูแล อย่างดีจากญาติมิตร				
8. ถ้าท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์/พยาบาล อย่าง เคร่งครัด ท่านจะไม่เกิดอุบัติเหตุในบ้าน				
<u>ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ</u>				
1. ท่านเกิดอุบัติเหตุในบ้านเพราะท่านโชคไม่ดี				
2. ท่านจะเกิดอุบัติเหตุในบ้านหรือไม่ขึ้นอยู่กับบุญวาสนา ของท่าน				
3. ท่านจะหายจากการบาดเจ็บเร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับโชค ชะตาเป็นตัวกำหนด				
4. ดวงชะตาไม่ดี มีส่วนทำให้เกิดอุบัติเหตุ				
5. ถ้าท่านได้รับอุบัติเหตุแล้ว ต่อไปท่านจะโชคดี				
6. การที่ท่านได้รับอุบัติเหตุในบ้าน ถือว่าเป็นการฟาด เคราะห์				
7. อุบัติเหตุในบ้านเป็นเรื่องบังเอิญ				
8. อุบัติเหตุในบ้านสามารถเกิดขึ้นกับทุกคนในบ้าน ไม่ สามารถหลีกเลี่ยงได้				

ตอนที่ 4 อุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน

คำชี้แจง จากข้อความต่อไปนี้ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหน้าข้อความที่ตรงกับอุปกรณ์หรือการติดตั้งเพิ่มเติมในบ้านของผู้สูงอายุตามความเป็นจริง และเขียนอุปกรณ์ที่ผู้สูงอายุมีนอกเหนือจากอุปกรณ์ที่ให้มาในช่องระบุ

- () 1. โถส้วมแบบโถนั่ง (ชักโครก)
- () 2. ไม้เท้า ไม้ค้ำยัน เครื่องพยุงเดิน
- () 3. ราวจับข้างผนังห้องน้ำ ห้องส้วม
- () 4. ห้องส้วมแยกเป็นสัดส่วนกับห้องน้ำ
- () 5. ประตูห้องน้ำเปิด – ปิดสะดวก
- () 6. พื้นห้องน้ำปูด้วยกระเบื้องชนิดหยาบหรือปูทับด้วยอุปกรณ์กันลื่น เช่น แผ่นยางปู
- () 7. อุปกรณ์ตัดไฟฟ้าฉุกเฉิน
- () 8. เครื่องใช้ไฟฟ้าต่อสายดิน
- () 9. พื้นบ้านเรียบ ไม่มีพื้นต่างระดับ
- () 10. พื้นบ้านไม่ลื่น
- () 11. ปรับเปลี่ยนสีพื้นที่ต่างระดับให้เห็นความแตกต่างชัดเจน
- () 12. ปรับพื้นที่บริเวณรอบบ้านเรียบ
- () 13. เตียงนอนมีราวกันเตียงที่แข็งแรง ใช้งานได้สะดวก และปลอดภัย
- () 14. เก้าอี้มีพนักพิงและมีที่เท้าแขนพอเหมาะ
- () 15. มีราวบันไดทั้งสองข้างตลอดความยาวของบันได
- () 16. ราวบันไดที่ลื่น ปูทับด้วยแผ่นยางกันลื่นตลอดความยาวของบันได
- () 17. มีสวิตช์ไฟที่ส่วนบนสุดและล่างสุดของบันได
- () 18. ติดตั้งไฟบริเวณบันได ห้องน้ำ ห้องนอนให้แสงสว่างเพียงพอ
- () 19. ติดตั้งไฟในบ้าน บริเวณรอบบ้านให้แสงสว่างเพียงพอ
- () 20. ติดสวิตช์ไฟที่ข้างประตูทุกห้อง
- () 21. มีแสงสว่างเพียงพอจากบริเวณห้องนอนไปห้องน้ำ
- () 22. พรอมเช็ดเท้าด้านล่าง มีวัสดุกันลื่นรองรับ
- () 23. สวมแว่นตา
- () 24. ใช้เครื่องช่วยฟัง
- () 25. อื่นๆ ระบุ.....

ตอนที่ 5 การสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง จากข้อความต่อไปนี้ ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความรู้สึก
ความคิดเห็นของผู้สูงอายุมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

ข้อความ	ได้รับ ทุกครั้ง	ได้รับ บางครั้ง	ไม่ได้รับ
1. ท่านได้รับความอบอุ่นและรู้สึกปลอดภัยจากบุคคลรอบข้าง			
2. บุคคลรอบข้างช่วยให้ท่านมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป			
3. บุคคลใกล้ชิดทราบปัญหาการเคลื่อนไหว และความเสื่อมของระบบ ประสาทสัมผัสของท่าน			
4. เมื่อท่านเดือดร้อนท่านจะได้รับความช่วยเหลือจากคนรอบข้าง			
5. เมื่อเกิดอุบัติเหตุเล็กๆ น้อยๆ สมาชิกในครอบครัวจะสนใจและให้การดูแล ท่านเสมอ			
6. ท่านได้รับกำลังใจ การสนับสนุนจากคนอื่นๆ ในการป้องกันตนเองจาก อุบัติเหตุในบ้าน			
7. บุคคลในครอบครัวจะจัดที่อยู่อาศัยให้ท่าน โดยคำนึงถึงความปลอดภัย			
8. เมื่อมีการเปลี่ยนแปลง ปรับปรุงบ้านและบริเวณรอบบ้าน สมาชิกใน ครอบครัวจะบอกท่าน			
9. เมื่อมีปัญหาในบ้าน สมาชิกในครอบครัวจะขอคำปรึกษาและขอความช่วยเหลือ จากท่าน			
10. หากท่านประสบอุบัติเหตุในบ้าน สมาชิกในครอบครัวจะช่วยดูแลท่าน และ พาท่านไปพบแพทย์			
11. ปัจจุบันท่านยังคงไปมาหาสู่เพื่อนบ้าน และญาติมิตร			
12. เมื่อท่านมีปัญหาด้านการเงิน จะมีผู้ช่วยเหลือท่าน			
13. หากท่านไม่สบาย จะมีผู้ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของท่าน			
14. หากท่านประสบอุบัติเหตุในบ้าน จะมีผู้ช่วยเหลือด้านการเงินแก่ท่าน			
15. ในการทำกิจกรรมต่างๆ ภายในบ้านท่านจะได้รับการช่วยเหลือ			
16. ญาติจะช่วยจัดหาอุปกรณ์ที่ช่วยป้องกันการเกิดอุบัติเหตุให้ท่าน			
17. มีบุคคลไปไหนมาไหนกับท่าน เมื่อท่านต้องการ			
18. แพทย์/พยาบาล ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านกับท่าน			
19. เมื่อท่านมีปัญหา หรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิด อุบัติเหตุในบ้าน ท่านสามารถปรึกษาเพื่อนๆ			
20. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านจากสมาชิกใน ครอบครัว			

ตอนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน

คำชี้แจง จากข้อความต่อไปนี้ ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความรู้สึก
ความคิดเห็นของผู้สูงอายุมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

ข้อความ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
1. ท่านหลีกเลี่ยงการปีนป่าย ซ่อมแซม ส่วนที่มีความสูงภายในบ้านและภายนอกบ้าน			
2. ท่านจัดบ้านสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย วางสิ่งของไม่เกะกะ			
3. ท่านระมัดระวังตัวมากขึ้น ขณะเดินบนพื้นลื่น หรือขึ้นบันได			
4. ท่านระมัดระวังในการลุก นั่ง เดิน			
5. ท่านเคลื่อนไหวช้าๆ ไม่รีบร้อน ลุกลง			
6. ท่านรักษาพื้นห้องน้ำ ห้องส้วมให้แห้ง			
7. ท่านจะเปลี่ยนแผ่นยางกันลื่นทันที หากตรวจพบว่าแผ่นยางกันลื่นชำรุดขาดความยืดหยุ่น ไม่เกาะพื้น			
8. ท่านสามารถถือข้าวของสองมือขณะขึ้น - ลงบันได			
9. ท่านจะเปิดไฟตลอดทางเดิน ขณะเดินภายในบ้านตอนกลางคืน			
10. ท่านรับประทานอาหารอย่างช้าๆ เคี้ยวละเอียด เพื่อป้องกันการสำลักอาหาร			
11. ท่านตรวจสอบอุปกรณ์เครื่องใช้ในบ้านให้อยู่ในสภาพดีและปลอดภัย			
12. ท่านสัมผัสสายไฟ หรือเครื่องใช้ไฟฟ้าด้วยมือที่เปียก			
13. ท่านเก็บยาและเวชภัณฑ์ไว้ในตู้เฉพาะ			
14. ท่านแยกยารับประทาน และยาใช้ภายนอกไว้ต่างหาก ไม่ปะปนกัน			
15. ท่านทั้งยาที่ไม่รู้จักชื่อสรรพคุณและยาที่ฉลากหลุด			
16. ท่านติดตามข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ			
17. ท่านไม่มีเวลาจัดเก็บข้าวของภายในบ้าน			
18. ท่านสวมรองเท้าที่พอดีกับเท้า			
19. บางครั้งท่านคิดว่าไม่เป็นไร คงไม่เกิดอุบัติเหตุ ท่านก็ลองเสี่ยงปฏิบัติ			
20. เมื่อท่านได้รับคำแนะนำเรื่องการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน ท่านไม่เข้าใจก็จะไม่ซักถามให้รู้เรื่อง			

ภาคผนวก ค

คุณภาพของเครื่องมือ

ค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

คุณภาพของเครื่องมือ

ตาราง 11 ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนกของแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้าน

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	0.443
2	0.389
3	0.525
4	0.255
5	0.412
6	0.388
7	0.441
8	0.336
9	0.524
10	0.494
11	0.381
12	0.623
13	0.359
14	0.309
15	0.161
16	0.343
17	0.343
18	0.444
19	0.299
20	0.459

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้าน = 0.81

ตาราง 12 ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนกของแบบสัมภาษณ์ความเชื่ออำนาจภายในตนด้าน
สุขภาพ

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	0.310
2	0.428
3	0.250
4	0.329
5	0.284
6	0.323
7	0.451
8	0.283

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ = 0.62

ตาราง 13 ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนกของแบบสัมภาษณ์ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	0.313
2	0.243
3	0.233
4	0.398
5	0.373
6	0.165
7	0.311
8	0.350

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ = 0.60

ตาราง 14 ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนกของแบบสัมภาษณ์ความเชื่ออำนาจความบังเอิญ
ด้านสุขภาพ

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	0.458
2	0.710
3	0.460
4	0.523
5	0.394
6	0.410
7	0.190
8	0.249

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ = 0.71

ตาราง 15 ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนกของแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	0.567
2	0.393
3	0.470
4	0.653
5	0.523
6	0.582
7	0.538
8	0.351
9	0.326
10	0.468
11	0.327
12	0.507
13	0.603

ตาราง 15 (ต่อ)

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (r)
14	0.358
15	0.462
16	0.413
17	0.334
18	0.167
19	0.183
20	0.312

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม = 0.83

ตาราง 16 ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนกของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ
ในบ้าน

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	0.174
2	0.145
3	0.180
4	0.124
5	0.375
6	0.411
7	0.140
8	0.210
9	0.310
10	0.420
11	0.104
12	0.369
13	0.460
14	0.323
15	0.305

ตาราง 16 (ต่อ)

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (r)
16	0.202
17	0.200
18	0.367
19	0.295
20	0.242

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน = 0.68

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวนันท์นภัส ชื่อสกุล หงษ์เวียงจันทร์
 เกิดวันที่ 24 เดือนมีนาคม พุทธศักราช 2518
 สถานที่เกิด อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี
 สถานที่อยู่ปัจจุบัน 99 / 215 หมู่บ้านเทพราช หมู่ 3 ซอย 6 ต. ท่าศาลา
 อ. เมือง จ. ลพบุรี 15000
 ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ 4
 สถานที่ทำงานปัจจุบัน ดิกัลยกรรมอุบัติเหตุ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร
 และวชิรพยาบาล

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2533 มัธยมศึกษาตอนต้น
 โรงเรียนพระนารายณ์ จังหวัดลพบุรี
 พ.ศ. 2536 มัธยมศึกษาตอนปลาย
 โรงเรียนพิบูลวิทยาลัย จังหวัดลพบุรี
 พ.ศ. 2539 พยาบาลศาสตรบัณฑิต
 วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
 พ.ศ. 2546 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา
 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ