

โมเดลสมการโครงสร้างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ในเขตสุขภาพที่ 11 กระทรวงสาธารณสุข

ศักดิ์สิทธิ์ มหารัตนวงศ์*¹, ฐาวรี ชันสำโรง**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปริมาณนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและทดสอบโมเดลสมการโครงสร้างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ในเขตสุขภาพที่ 11 กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจำนวน 496 คน โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามทั้งหมด 6 ชุด ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 หาค่าความเชื่อมั่น โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.70, 0.754, 0.912, 0.787 และ 0.840 ตามลำดับวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (SEM) ผลการศึกษาพบว่า โมเดลสมการโครงสร้างที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 127.208$, $df = 67$, $\chi^2/df = 1.899$, $p = 0.000$, $CFI = 0.988$, $GFI = 0.975$, $AGFI = 0.928$, $TLI = 0.969$, $NFI = 0.975$, $RMSEA = 0.043$) โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลทางตรงสูงสุดต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ (1.24) รองลงมาคือ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (1.19) การสนับสนุนทางสังคม (0.57) และการเข้าถึงบริการสุขภาพ (-2.06) ปัจจัยทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ร้อยละ 32.40 ผลการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้บริหารด้านบริการสุขภาพในการกำหนดมาตรการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, การสนับสนุนทางสังคม, การรับรู้ความสามารถของตนเอง, การเข้าถึงบริการสุขภาพ, พฤติกรรมป้องกันการหกล้ม

* นิสิตปริญญาเอก สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

*¹ Corresponding author, email: saksit.md.md@gmail.com, Tel. 061-1541789

A Structural Equation Model of the Factor Effecting Fall Prevention Behaviours among Older Persons with Chronic Diseases in 11th Regional Health Ministry of Public Health

Saksit Maharattanawong^{*1}, Thawari Khansamrong^{**}

Abstract

This quantitative research aimed to develop and test a structural equation model (SEM) of factors influencing fall prevention behaviors among older adults with chronic diseases in Health Region 11, Ministry of Public Health. The sample consisted of 496 older adults with chronic diseases, selected using multi-stage random sampling. The research instruments consisted of six sets of questionnaires, which were developed by the researcher based on concepts and theories related to fall prevention behaviors in older adults with chronic diseases. The content validity of the questionnaires was examined by five experts, with the IOC values ranging from 0.67 to 1.00. The reliability was determined using Cronbach's alpha coefficient, with values of 0.70, 0.754, 0.912, 0.787, and 0.840, respectively. Data analysis was conducted using a statistical for SEM analysis. The study findings revealed that the developed structural equation model was consistent with empirical data ($\chi^2 = 127.208$, $df = 67$, $\chi^2/df = 1.899$, $p = 0.000$, $CFI = 0.988$, $GFI = 0.975$, $AGFI = 0.928$, $TLI = 0.969$, $NFI = 0.975$, $RMSEA = 0.043$). The self-efficacy had the highest direct influence on fall prevention behaviors in older adults (1.24), followed by Health Belief Model (1.19), social support (0.57) and access to healthcare services (-2.06). All factors collectively explained 32.40% of the variance in fall prevention behaviors among older adults with chronic diseases. The results of this research will be beneficial for public health administrators in developing effective and strategies for fall prevention among community-dwelling older adults with chronic diseases.

Keywords: Health belief model, Social support, Self-efficacy perception, Access to healthcare services, Fall prevention behaviors

* Ph.D. Student in Public Health, Graduate School, Western University

** Assistant Professor Graduate School, Western University

^{*1} Corresponding author, email: saksit.md.md@gmail.com, Tel. 061-1541789

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

สถานการณ์ประชากรโลกกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง คือการก้าวเข้าสู่ "สังคมสูงวัย" อย่างรวดเร็วองค์การสหประชาชาติรายงานในปี 2564 พบว่า จำนวนผู้มีอายุ 65 ปีขึ้นไปทั่วโลก 761 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าคือ 1.6 พันล้านคน ภายในปี 2593 ร้อยละ 60 (United Nations, 2023) สำหรับประเทศไทย มีสัดส่วนผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าในปี 2574 ประเทศไทยจะเข้าสู่ "สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด" โดยผู้สูงอายุจะมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 28 ของพลเมืองทั้งประเทศ (มูลนิธิ สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2559) การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่สำคัญคือความเสื่อมถอยลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพทั้งกายและใจของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Disease: NCD) เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ, 2566) โรคเหล่านี้เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตทั่วโลกและพบบ่อยในผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายตามวัยและการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งสามารถป้องกันหรือชะลอได้หากมีการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องและส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการจัดการตนเอง และข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขในปี 2565 พบว่า ผู้สูงอายุในประเทศไทยจำนวน 9,527,054 คน ได้รับการประเมินและคัดกรองสุขภาพ 7,501,688 คน (ร้อยละ 78.74) ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อันดับแรกคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46.06 รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 21.12 และโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 2.43 (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ, 2566) ในปี 2566 มีผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อสูงถึง 7,404,202 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 75 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคเหล่านี้ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การไม่ออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ มลพิษทางอากาศ ความเครียด และการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ หากไม่ได้รับการคัดกรองและรักษาอย่างต่อเนื่อง อาจนำไปสู่ความรุนแรงของโรคภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ภาวะไตวายเรื้อรัง ภาวะติดเตียง หรือความพิการ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2558) โรคเรื้อรังเหล่านี้ส่งผลต่อสุขภาพกาย และเป็นภาวะที่ต้องการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพในระยะยาวหรือตลอดชีวิต เนื่องจากเป็นภาวะที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้ในระยะเวลาอันสั้นและอาจมีการกลับเป็นซ้ำได้ ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจึงเป็นวิกฤตการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและยาวนาน (Lubkin, 1995) นอกจากโรคเรื้อรังแล้ว การหกล้ม (Fall) ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกและในประเทศไทย เนื่องจากมีอุบัติการณ์สูงและผลกระทบที่รุนแรงตามมา ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการหกล้ม จากการศึกษาของ Salari et al. (2022) พบว่า อัตราความชุกของการหกล้มในผู้สูงอายุทั่วโลกอยู่ที่ร้อยละ 26.50 โดยภูมิภาคที่มีอัตราความชุกของการหกล้มในผู้สูงอายุสูงที่สุดคือ โอเชียเนีย อยู่ที่ร้อยละ 34.40 และอเมริกา อยู่ที่ร้อยละ 27.90 สำหรับประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ. 2560-2564 มีผู้สูงอายุหกล้มปีละ 3,030,900 ถึง 5,506,000 ราย และมีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุการหกล้มถึง 5,700 ถึง 10,400 รายต่อปี (กรมควบคุมโรค, 2566) ผลกระทบจากการหกล้มนั้นร้ายแรงและหลากหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ การหกล้มในผู้สูงอายุจึงเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องได้รับการแก้ไข นโยบายสาธารณสุขของไทยจึงมุ่งเน้นการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุเป็นแนวทางหลัก เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการหกล้ม และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า

การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุสามารถทำได้หลากหลายวิธี เช่น การให้ความรู้เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง การส่งเสริมการออกกำลังกาย การปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม และการปรับพฤติกรรมการแต่งกายหรือการเปลี่ยนอิริยาบถอย่างช้าๆ เพื่อป้องกันอาการหน้ามืด (กมลทิพย์ หลักมัน, 2558) และพบว่าพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุได้รับอิทธิพลจากทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอก ตัวอย่างเช่น ปัจจัยภายใน อายุสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม (สุภัทสร บุญกรับพวง และคณะ, 2565; ณัฐชยา พวงทอง, 2564) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) มีอิทธิพลโดยตรงสูงมากต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ทศนคติที่ดีต่อการป้องกัน สัมพันธ์อย่างยิ่งกับพฤติกรรมดังกล่าว (ศิริวรรณ วิเศษแก้ว และประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2565) ภาวะซึมเศร้า เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม (Lohman et al, 2022) ปัญหาการเดิน ความจำบกพร่อง รองเท้าไม่เหมาะสม เพิ่มความเสี่ยง (รำพึง จรัสสุริยสกุล, 2567) โรคเรื้อรังหลายชนิด การใช้ยาหลายตัว การขาดสารอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ปัญหาการนอนหลับ เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ (Xu et al., 2022) ปัจจัยภายนอก เช่น การสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม (สุภัทสร บุญกรับพวง และคณะ, 2565) รวมถึงสภาพแวดล้อมภายในและรอบบ้าน เป็นต้น (อริสรา บุญรักษา, 2564) นอกจากนี้ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (Health care providers) ยังมีบทบาทสำคัญในการช่วยลดความเสี่ยง (Moreland et al., 2020)

ผลกระทบจากการหกล้มนั้นร้ายแรงและหลากหลายมิติ ด้านร่างกายสูงถึงร้อยละ 20-30 มีอาการกระดูกสะโพกหัก ร้อยละ 5-10 มีอาการบาดเจ็บรุนแรงของสมอง ร้อยละ 3.5 เสียชีวิต และร้อยละ 25-75 สูญเสียความสามารถในชีวิตประจำวัน (ภาสกร สวนเรืองและคณะ, 2561) ผู้ที่หกล้มแล้วต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ครึ่งหนึ่งจะเสียชีวิตภายในหนึ่งปี และเป็นสาเหตุอันดับแรกของการเกิดภาวะทุพพลภาพ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2561) นอกจากนี้ในด้านสังคมและเศรษฐกิจ การหกล้มส่งผลให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาและการดูแลที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างมหาศาล ประมาณการว่าอาจสูงถึง 1,200,000 บาทต่อคนต่อปี (นิพา ศรีช่าง และลลิตรา กาวี, 2560) ผู้สูงอายุบางรายอาจต้องนอนโรงพยาบาลนานกว่า 20 วัน และ 1 ใน 5 อาจไม่สามารถกลับมาเดินได้อีก หรือต้องนอนติดเตียงตลอดไป (ภาวดี วิมลพันธุ์ และชนิษฐา พิศฉลาด, 2556) ด้วยผลกระทบที่รุนแรงเช่นนี้ การหกล้มในผู้สูงอายุจึงเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องได้รับการแก้ไข นโยบายสาธารณสุขของไทยจึงมุ่งเน้นการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุเป็นแนวทางหลัก เพื่อลดอัตราการเกิดและลดอันตรายจากการหกล้ม

เขตสุขภาพที่ 11 กำลังเผชิญกับสถานการณ์ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการหกล้ม ข้อมูลแสดงให้เห็นว่าอัตราการหกล้มของผู้สูงอายุที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 11 มีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน ซึ่งสะท้อนถึงผลกระทบในมิติของคุณภาพชีวิต สังคม เศรษฐกิจ และภาวะของประเทศที่กำลังจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมถึงองค์การอนามัยโลกรายงานว่าผู้สูงอายุอายุ 65 ปีขึ้นไป มีอัตราการหกล้มที่สูง ประสบเหตุหกล้มทุกปี ในแต่ละปี มีผู้เสียชีวิตจากการหกล้มทั่วโลกประมาณ 684,000 คน (World Health Organization [WHO], 2021) ในสหรัฐอเมริกาผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปประมาณ 14 ล้านคน มีรายงานหกล้มทุกปี อัตราการเสียชีวิตจากการหกล้มในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2023 อัตราการเสียชีวิตจากการหกล้มอยู่ที่ 69.9 ต่อ 100,000 คน (Centers for

Disease Control and Prevention, 2023) การหกล้มไม่เพียงแต่เป็นสาเหตุของการบาดเจ็บและการเสียชีวิต แต่ยังส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเคลื่อนไหว การสูญเสียอิสรภาพ และภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ การป้องกันการหกล้มสามารถลดอัตราการบาดเจ็บและการเสียชีวิตในผู้สูงอายุได้ โดยการเสริมสร้างความแข็งแรง การปรับปรุงความสมดุล และการสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยเป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพการทำความเข้าใจปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง รวมถึงยังไม่เคยมีการศึกษาวิจัยโดยใช้สมการโครงสร้างของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ในเขตสุขภาพที่ 11 กระทรวงสาธารณสุขมาก่อน ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรทางการแพทย์จึงเล็งเห็นความสำคัญของการศึกษาโมเดลสมการโครงสร้างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในพื้นที่นี้ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดทำแนวทางการป้องกันการหกล้มในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
2. เพื่อพัฒนาและตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
3. เพื่อตรวจสอบเส้นทางอิทธิพลทางตรงของปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

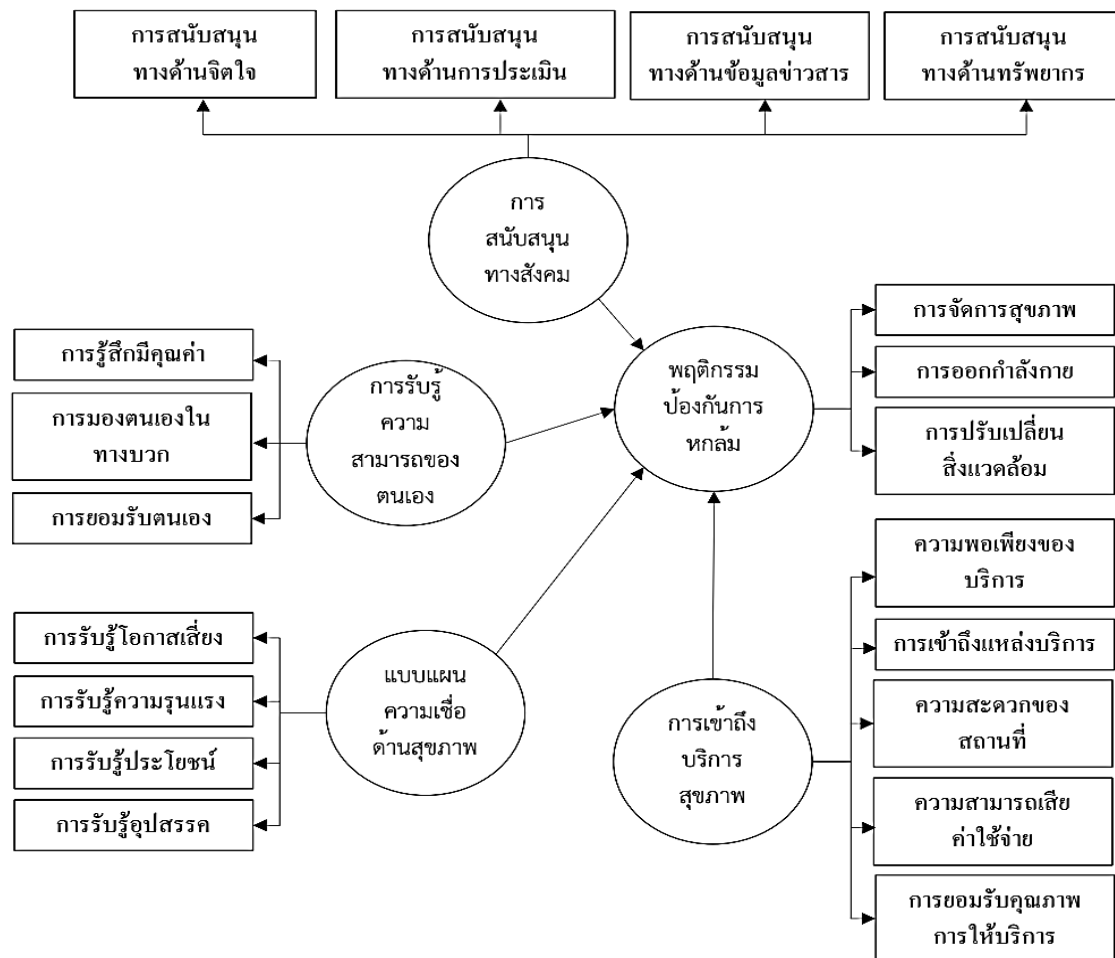
สมมติฐานการวิจัย

1. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
2. การสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
3. การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
4. การเข้าถึงบริการสุขภาพ มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยนำแนวคิด 1) ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสตอก (Rosenstock, 1974) 2) แนวคิดทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House, 1981) 3) แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self efficacy) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) 4) การเข้าถึงบริการสุขภาพของเพ็ญแชมสกี และ โทมัส (Penchamsky & Thomas, 1981) 5) แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคของคาสลและคอบบ์ (Kasl & Cobb, 1966) และ 6) แนวทางการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2008) มาสร้างเป็นแนวคิดที่ประกอบด้วยตัวแปรในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยมีตัวแปรแฝงและตัวแปรสังเกต ดังนี้ 1) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม การรับรู้ประโยชน์ ในการป้องกันการหกล้ม

และการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันการหกล้ม 2) การสนับสนุนทางสังคม ด้านจิตใจ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร 3) การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรู้สึกรู้สึกมีคุณค่า การมองตนเองในทางบวก และการยอมรับตนเอง 4) การเข้าถึงบริการสุขภาพ ความพอเพียงของบริการ การเข้าถึงแหล่งบริการ สิ่งอำนวยความสะดวกในการให้บริการ ความสามารถในการเสียค่าใช้จ่าย และการยอมรับคุณภาพการบริการ และ 5) พฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง การจัดการสุขภาพ การออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) ครั้งนี้ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรแฝงและตัวแปรสังเกต ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งและพัฒนา/ทดสอบโมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Model: SEM)

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมและกลุ่มติดบ้านที่ป่วยหรือได้รับการรักษาให้หายจากอาการป่วยจากโรคเรื้อรัง จำนวนทั้งสิ้น 518,409 คน (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ, 2567)

กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุจำนวน 496 คน ซึ่งมาจากการคำนวณขนาดตัวอย่างตามจำนวนตัวแปรสังเกต ตามหลักสมการโครงสร้าง (Hair et al., 2010) ได้ขนาดตัวอย่าง 496 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลาย

ขั้นตอน (Multi-stage random sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรในแต่ละจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 11 ซึ่งประกอบด้วย 7 จังหวัด โดยขั้นที่ 1 สุ่มเลือกจังหวัด ด้วยวิธีสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับสลาก ได้จังหวัดสุราษฎร์ธานี (19 อำเภอ) และจังหวัดชุมพร (8 อำเภอ) ขั้นที่ 2 แต่ละจังหวัด สุ่มแบบง่ายจากสลากรายชื่ออำเภอ จังหวัดละ 2 อำเภอ ได้อำเภอบ้านนาสาร มี 11 ตำบล อำเภอไชยา มี 9 ตำบล (จังหวัดสุราษฎร์ธานี) อำเภอหลังสวน มี 13 ตำบล และอำเภอท่าแซะ มี 10 ตำบล (จังหวัดชุมพร) ขั้นที่ 3 แต่ละอำเภอ สุ่มแบบง่ายจากสลากรายชื่อตำบล อำเภอละ 2 ตำบล ได้ตำบลนาสาร ตำบลพรุพี ตำบลพุมเรียง ตำบลเสม็ด (จังหวัดสุราษฎร์ธานี) ตำบลหลังสวน ตำบลชันเงิน ตำบลท่าแซะ ตำบลหงส์เจริญ (จังหวัดชุมพร) รวม 8 ตำบล ขั้นที่ 4 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง รายตำบล จากสัดส่วนของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมและกลุ่มติดบ้าน จากจำนวนประชากร 7,753 คน ได้จำนวนตัวอย่าง 496 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัย ด้านประชากรศาสตร์ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ เกี่ยวกับ เพศ อายุ อาชีพเดิม อาชีพปัจจุบัน โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะครอบครัว สมาชิกที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย การดูแลของผู้ดูแลหลัก ประวัติการหกล้ม การออกกำลังกาย จำนวนยา รับประทาน ชนิดของยา รับประทาน การมองเห็น ปัญหาการนอนหลับ อุปกรณ์ช่วยในการเดินและการเคลื่อนที่ สมรรถภาพทางกายและจิตใจ [น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า การคัดกรองการล้ม-TUG การคัดกรองโรคสมองเสื่อมเบื้องต้น-AMT การกัวทกล้ม และการคัดกรอง ซิมเคร้า-2Q] จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ตามแนวคิดของโรเซนสตอก (Rosenstock, 1974) ประกอบด้วย ตัวแปรสังเกต 4 ตัวแปร ตัวแปรละ 5 ข้อ ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการหกล้ม 2) การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม 3) การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการหกล้ม และ 4) การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันการหกล้ม ด้านละ 5 ข้อ รวมจำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) ประกอบด้วย ตัวแปรสังเกต 4 ตัวแปร ตัวแปรละ 5 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านการประเมิน 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร และ 4) ด้านทรัพยากร ด้านละ 5 ข้อ รวมจำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของของแบนดูรา (Bandura, 1997) ประกอบด้วย ตัวแปรสังเกต 3 ตัวแปร ตัวแปรละ 3 ข้อ ได้แก่ 1) การรู้สึกมีคุณค่า 2) การมองเห็นตนเองในทางบวก และ 3) การยอมรับตนเอง ด้านละ 3 ข้อ รวมจำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของเพ็ญแซมสกี แอนด์ โทมัส (Penchamsky & Thomas, 1981) ประกอบด้วย ตัวแปรสังเกต 5 ตัวแปร ตัวแปรละ 5 ข้อ ได้แก่ 1) ความพอเพียงของบริการ 2) การเข้าถึงแหล่งบริการ 3) สิ่งอำนวยความสะดวกในการให้บริการ 4) ความสามารถในการเสียค่าใช้จ่าย และ 5) การยอมรับคุณภาพการบริการ รวมจำนวน 25 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของคาสล์และคอบบ์รวม (Kasl & Cobb, 1966) กับองค์การอนามัยโลก ประกอบด้วย ตัวแปรสังเกต 3 ตัวแปรตัว ตัวแปรละ 5 ข้อ ได้แก่ 1) การจัดการสุขภาพ 2) การออกกำลังกาย และ 3) การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม รวมจำนวน 15 ข้อ

แบบสอบถามส่วนที่ 2- ส่วนที่ 6 มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ของลิเคิร์ต (Likert scale) โดยเกณฑ์การแปลผลประยุกต์ใช้เกณฑ์ของ Bloom (1975) โดยการนำมาจัดระดับ 3 ระดับ คือ ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ซึ่งถือว่าพอใช้ได้แต่ยังไม่ดีมาก ผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุงข้อคำถามก่อนนำไปใช้จริง โดยเปรียบเทียบว่าข้อที่ได้คะแนนต่ำมี ภาษากำกวม หรือคลุมเครือหรือไม่และขอความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญเพิ่มเติมในการปรับปรุงถ้อยคำของข้อคำถามให้ใช้ภาษาที่ชัดเจนขึ้น ง่ายต่อความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่างและส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินค่า IOC ใหม่ จึงนำไปใช้เก็บข้อมูลจริงผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุในจังหวัดระนอง ในเขตสุขภาพที่ 11 ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำผลการทดลองมาใช้คำนวณเพื่อตรวจสอบคุณภาพและค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง การเข้าถึงบริการสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.700, 0.754, 0.912, 0.787 และ 0.840 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล การวิจัยในครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น เอกสารรับรองเลขที่ WTU 2567-0115 ลงวันที่ 2 ธันวาคม 2567

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นนักวิชาการสาธารณสุขจำนวน 2 คน เตรียมความพร้อมชี้แจงแบบสอบถาม และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อช่วยเก็บข้อมูลทุกคนปฏิบัติได้ตามแนวทางเดียวกัน ก่อนพบกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ หลังจากนั้นแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตในการให้ตอบแบบสอบถามพร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ และหนังสือยินยอมตนเข้าร่วมวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จนครบจำนวน ทั้ง 2 จังหวัด โดยหลังแจกแบบสอบถาม ผู้ช่วยวิจัยส่งแบบสอบถามกลับคืนมา ผู้วิจัยจึงตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของแบบสอบถามทั้งหมด และนำไปวิเคราะห์นำข้อมูลตามวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างด้วยโปรแกรมวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Modeling: SEM) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรแฝง โดยทดสอบการแจกแจงเป็นโค้งปกติด้วยวิธี SKEW และ Kurtosis พบว่าค่าที่ได้ไม่ละเมิดข้อจำกัดของการวิเคราะห์องค์ประกอบสมการโครงสร้าง จึงนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ ในขั้นต่อไป

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลด้านประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.10 เพศชาย ร้อยละ 42.90 เฉลี่ยอายุเท่ากับ 65 ปี ช่วงอายุ 60–69 ปี มากที่สุด ร้อยละ 79.40 และเคยประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 72.20 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 13.90 แต่ในกลุ่มที่มีโรค พบว่าโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 30.67 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 13.58 พบได้บ่อยที่สุด โครงสร้างครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 92.50 อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 85.30 และมีผู้ดูแลหลักตลอดเวลา ร้อยละ 93.80 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยหกล้ม ร้อยละ 73.00 มีการหกล้ม ร้อยละ 27.00 โดยผู้ที่เคยหกล้มมักเกิดในบ้าน โดยเฉพาะบริเวณพื้นต่างระดับ ร้อยละ 42.57 สาเหตุหลักของการหกล้มคือ การสะดุด ร้อยละ 46.32 อาการบาดเจ็บส่วนใหญ่คือ ฟกช้ำ ร้อยละ 43.52 และส่วนใหญ่ไม่ได้เข้ารับการรักษาย่างเป็นทางการ ร้อยละ 59.25 ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ออกกำลังกาย ร้อยละ 40.45 ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาออกกำลังกายเท่ากับ 20 นาที ส่วนใหญ่มักใช้เวลาไม่เกิน 15 นาที ร้อยละ 64.40 การใช้จ่ายพบว่าส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังที่ต้องรับประทานยา โดยมีเพียงร้อยละ 14.10 ที่ไม่มียาประจำ ด้านร่างกายและจิตใจ กลุ่มตัวอย่างมองเห็นได้ชัดเจน ร้อยละ 68.80 ไม่มีปัญหาการนอนหลับ ร้อยละ 92.50 ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ร้อยละ 96.60 ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์สมส่วน ร้อยละ 42.10 และมีเพียงส่วนน้อยที่มีภาวะความดันต่ำขณะเปลี่ยนท่า ร้อยละ 13.70 ส่วนใหญ่ไม่กลัวการหกล้ม ร้อยละ 87.90 และไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 99.20

2. ตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตสุขภาพที่ 11

กลุ่มตัวอย่างมีระดับของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.10 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 37.50 และระดับน้อย ร้อยละ 1.40 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างมีระดับการสนับสนุนทางสังคมในภาพรวม อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 99.20 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 0.80

กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 75.40 รองลงมาอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 24.60

กลุ่มตัวอย่างมีระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพในภาพรวม อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 99.40 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 0.60 และระดับมาก

กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 85.50 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง 14.50 ร้อยละ 26.70 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในภาพรวม

ตัวแปร	มาก		ปานกลาง		น้อย	
	n(คน)	%	n(คน)	%	n(คน)	%
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	186	35.70	303	61.10	7	1.40
การสนับสนุนทางสังคม	0	0	4	0.80	492	99.20
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	374	75.40	0	0	122	24.60
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	0	0	3	0.60	493	99.40
พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม	424	85.50	72	14.50	0	0

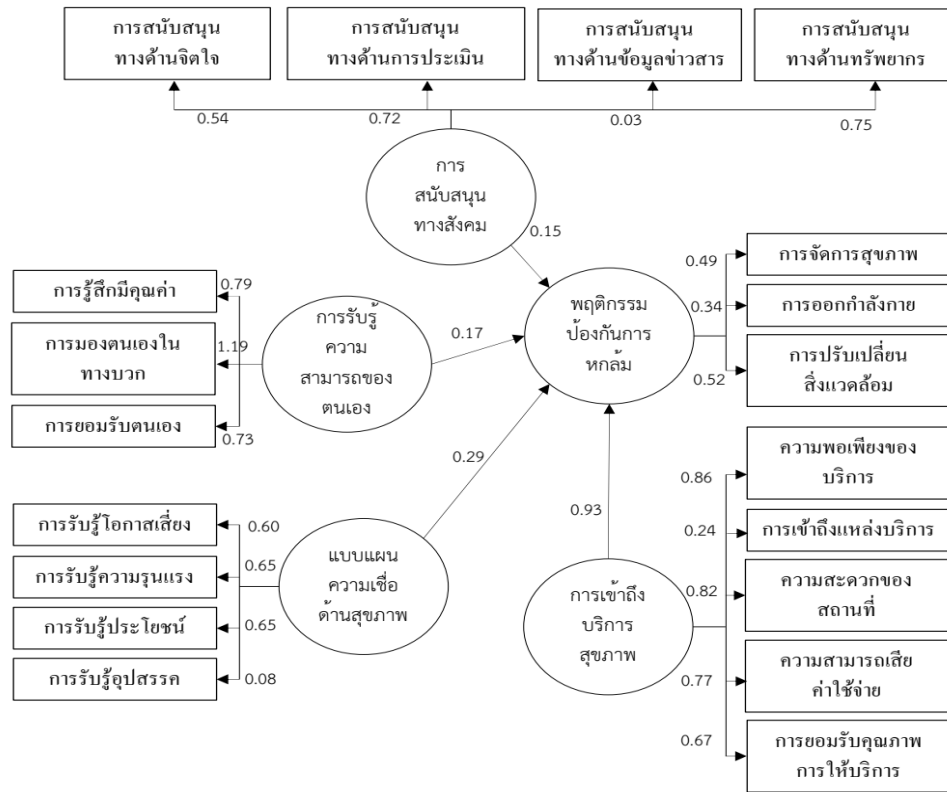
3. ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลสมมติฐาน

พบว่าโมเดลสมการโครงสร้างที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับดีเยี่ยม ค่าดัชนีส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้ พบว่าค่า χ^2 ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ($p = 0.000$) แต่สามารถยอมรับได้ในกรณีที่ค่าดัชนีอื่น ๆ แสดงความสอดคล้องที่ดี เพราะค่า χ^2 มักไวต่อขนาดกลุ่มตัวอย่างค่า $\chi^2/df = 1.899$ อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม (2 หรือต่ำกว่า 3) บ่งชี้ว่าโมเดลมีความพอดี โดยรวมดี ค่าดัชนีอื่น ได้แก่ CFI, GFI, AGFI, NFI, TLI ล้วนอยู่ในช่วงที่ยอมรับได้ บ่งบอกถึงความสอดคล้องที่ดีระหว่างโมเดลกับข้อมูล ค่า RMSEA = 0.043 ต่ำกว่า 0.05 แสดงว่าโมเดลมีข้อผิดพลาดในการประมาณค่าความแปรปรวนรวมในระดับต่ำ สรุป โมเดลที่ปรับแล้วมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์อย่างเหมาะสมในเกือบทุกตัวชี้วัด จึงถือว่าเป็นโมเดลที่มีคุณภาพดี และสามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์เชิงโครงสร้างต่อไปได้ ($\chi^2 = 127.208$, $df = 67$, $\chi^2/df = 1.899$, $p = 0.000$, CFI = 0.988, GFI = 0.975, AGFI = 0.928, TLI = 0.969, NFI = 0.975, RMSEA = 0.043) ดังตารางที่ 2 และแผนภูมิที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลสมมติฐาน

ค่าดัชนีตรวจสอบ	ค่าความสอดคล้องที่ยอมรับได้	ค่า	ผลการพิจารณา
χ^2	$0.05 < p \leq 1.00$	0.000	ไม่ผ่านเกณฑ์
χ^2/df	$2 \leq \chi^2/df \leq 3$	1.899	ผ่านเกณฑ์
CFI	$0.97 \leq CFI \leq 1.00$	0.988	ผ่านเกณฑ์
GFI	$0.95 \leq GFI \leq 1.00$	0.975	ผ่านเกณฑ์
AGFI	$0.85 \leq AGFI \leq 0.97$	0.928	ผ่านเกณฑ์
NFI	$0.90 \leq AGFI \leq 1.00$	0.957	ผ่านเกณฑ์
TLI	$0.90 \leq TLI \leq 0.95$	0.969	ผ่านเกณฑ์
RMSEA	$0 \leq SRMR \leq 0.05$	0.043	ผ่านเกณฑ์

ที่มา: ยุทธ ไกยวรรณ (2563)



แผนภูมิที่ 2 ความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลสมมติฐานหลังปรับโมเดล

4. อิทธิพลทางตรงของปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ตารางที่ 3 อิทธิพลระหว่างตัวแปรในโมเดลสมการโครงสร้าง

ตัวแปร	อิทธิพล	อิทธิพล	อิทธิพล
	ทางตรง	ทางอ้อม	รวม
	DE	IE	TE
1. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม	1.187	0.00	1.187
2. การสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม	0.569	0.00	0.569
3. การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม	1.237	0.00	1.237
4. การเข้าถึงบริการสุขภาพ มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม	-2.057	0.00	-2.057

จากตารางที่ 3 แสดงอิทธิพลระหว่างตัวแปรในโมเดลสมการโครงสร้างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบดังนี้

การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีอิทธิพลทางตรงในเชิงบวกสูงสุดต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม (สัมประสิทธิ์อิทธิพล 1.237) สอดคล้องสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีอิทธิพลทางตรงในเชิงบวกต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม (สัมประสิทธิ์อิทธิพล 1.187) สอดคล้องสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

การสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลทางตรงในเชิงบวกต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม (สัมประสิทธิ์อิทธิพล 0.569) สอดคล้องสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

การเข้าถึงบริการสุขภาพ มีอิทธิพลทางตรงในเชิงลบต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม (สัมประสิทธิ์อิทธิพล -2.057) สอดคล้องสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4

ปัจจัยทั้งหมดในโมเดลร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ร้อยละ 32.40

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยดังกล่าว พบว่าโมเดลสมการโครงสร้างมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ในระดับดีเยี่ยม ($\chi^2/df = 1.899$, CFI = 0.988, GFI = 0.975, AGFI = 0.928, TLI = 0.969, NFI = 0.975, RMSEA = 0.043)

1. การรับรู้ความสามารถของตนเอง ผลการวิจัยพบว่า มีอิทธิพลทางตรงสูงสุดต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม (สัมประสิทธิ์อิทธิพล 1.237) ยอมรับสมมติฐานข้อที่ 3 อธิบายได้ว่า การตรวจสอบโมเดลการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ จึงสรุปได้ว่า ตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถวัดได้จากตัวแปรสังเกต 3 ตัว ได้แก่ (1) การรู้สึกมีคุณค่า (2) การมองตนเองในทางบวก (3) การยอมรับตนเองจริง แสดงว่าปัจจัยภายใน (Self-efficacy, health belief) มีบทบาทมากกว่าปัจจัยภายนอก (Social support, access) สอดคล้องกับทฤษฎี Self-Efficacy ของ Bandura โดยทั่วไปที่กล่าวว่าการรับรู้ความสามารถตนเองที่สูงจะนำไปสู่พฤติกรรมที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์นี้อาจตีความได้ว่า ผู้สูงอายุบางรายที่มีความมั่นใจในตนเองสูงมาก และเชื่อว่าตนเองสามารถจัดการหรือควบคุมสถานการณ์ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวรรณ วิเศษแก้ว และ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2565) ที่พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองและทัศนคติต่อการป้องกันการหกล้มมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองและทัศนคติต่อการป้องกันการหกล้มมีค่าสัมประสิทธิ์ อิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.86 และ 0.44 ตามลำดับ

2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงและเป็นบวกต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ (สัมประสิทธิ์อิทธิพล 1.187) ยอมรับสมมติฐานข้อที่ 1

อธิบายได้ว่า การตรวจสอบโมเดลแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ จึงสรุปได้ว่า ตัวแปรแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถวัดได้จากตัวแปรสังเกต 4 ตัว ได้แก่

(1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการหกล้ม (2) การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม (3) การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการหกล้มและ (4) การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันการหกล้มจริง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎี Health Belief Model ของ Rosenstock ที่กล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้บุคคลเปลี่ยนแปลงหรือรักษาสุขภาพของตนเอง ผลนี้แสดงให้เห็นว่า หากผู้สูงอายุมีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับการหกล้ม เช่น การรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงที่จะหกล้มสูง ตระหนักถึงความรุนแรงของผลกระทบจากการหกล้ม มองเห็นประโยชน์ของการป้องกัน และสามารถจัดการกับอุปสรรคในการป้องกันได้ จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่ดียิ่งขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภัสสร บุญกรับพวง และคณะ (2565) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ประโยชน์ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการได้รับข้อมูลข่าวสารและการเข้าถึงสถานบริการส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. การสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทเชิงบวก ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงในเชิงบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม (สัมประสิทธิ์อิทธิพล 0.569) ยอมรับสมมติฐานที่ 2 อธิบายได้ว่า การตรวจสอบโมเดลการสนับสนุนทางสังคม มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ จึงสรุปได้ว่า ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมสามารถวัดได้จากตัวแปรสังเกต 4 ตัว ได้แก่ (1) การสนับสนุนด้านจิตใจ (2) การสนับสนุนด้านการประเมิน (3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (4) การสนับสนุนด้านทรัพยากรจริง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายชิ้นที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากคนรอบข้าง ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งในด้านข้อมูล การให้กำลังใจ และการช่วยเหลือปฏิบัติ ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจและสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันการหกล้มได้ การมีเครือข่ายทางสังคมที่แข็งแกร่งช่วยสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของนริศรา ชาญณรงค์ และคณะ (2566) ที่พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ คือ การได้รับกำลังใจและการกระตุ้นเตือน ($\beta = 0.272$, $p\text{-value} < 0.001$) คือ เพื่อนบ้านแนะนำให้เดินโดยใช้ไม้เท้า หรืออุปกรณ์ช่วยเดิน และคนในครอบครัวซื้อไม้เท้า หรืออุปกรณ์ช่วยเดิน คนในครอบครัวพุงเข้าห้องน้ำ และเพื่อนบ้านบอกวิธีการออกกำลังกายเป็นต้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับรายงานของ Jennifer Pillay et al. (2024) ที่พบว่าเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุการสนับสนุนด้านการให้ข้อมูลและความคิดยังเป็นสิ่งสำคัญ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับรายงานของ Kayoung Lee and Seon-Heui (2024) ที่พบว่า การสนับสนุนด้านเทคโนโลยีแก่ผู้สูงอายุสามารถกระตุ้นให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายและสามารถลดความเสี่ยงในการหกล้มได้

4. การเข้าถึงบริการสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า มีอิทธิพลทางตรงในเชิงลบที่รุนแรงที่สุดต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม (สัมประสิทธิ์อิทธิพล -2.057) ยอมรับสมมติฐานที่ 4 ผลการศึกษานี้จากผลที่ติดลบ แปลว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้นสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มที่ลดลง ซึ่งขัดกับทฤษฎีและงานวิจัยที่ผ่านมา อาจเกิดจาก ปัญหาการนิยามตัวแปร (เช่น คนที่เข้ารับบริการสุขภาพมาก อาจเป็นกลุ่มที่ป่วยมาก/เสี่ยงสูง หรือความไม่สมดุลของข้อมูล ซึ่งการเข้าถึงบริการสุขภาพอาจสะท้อนถึงคนป่วย มากกว่าการป้องกันได้ดี ผลการศึกษานี้เป็นสิ่งที่ต้องตีความอย่างละเอียดและรอบคอบ อาจไม่ใช่การบ่งชี้ว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ไม่เหมาะสม แต่เป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุมีการพึ่งพาบริการสุขภาพมากเกินไป

ผู้สูงอายุที่เข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่าย อาจเกิดความรู้สึกรังเกียจ และเชื่อว่าเมื่อเกิดการหกล้มแล้ว สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลได้ทันทั่วถึง ทำให้ลดความตระหนักหรือความพยายามในการป้องกันตนเองลง อีกประการหนึ่งเกี่ยวกับ คุณภาพหรือรูปแบบของบริการแม้จะเข้าถึงได้ แต่ข้อมูล คำแนะนำ หรือรูปแบบการบริการที่ได้รับอาจยังไม่เน้นการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการเข็งรุกที่เพียงพอ หรือไม่ได้ถูกนำไปปฏิบัติอย่างเหมาะสม ซึ่งชี้ให้เห็นความจำเป็นในการส่งเสริมการดูแลตนเองและปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเข็งรุกให้มากขึ้นแม้จะเข้าถึงบริการสุขภาพ

5. ความสามารถในการอธิบายความแปรปรวน ปัจจัยทั้งหมดในโมเดลสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ร้อยละ 32.40 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ค่อนข้างดีในการวิจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพและสาธารณสุข สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังให้ความสำคัญกับการป้องกันการหกล้มมากที่สุด เนื่องจากเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในวัยสูงอายุ การหกล้มอาจนำไปสู่การบาดเจ็บรุนแรงหรือภาวะทุพพลภาพได้ ดังนั้น การป้องกันการหกล้มจึงเป็นพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญและปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้การจัดการภาวะเรื้อรังและการมีส่วนร่วมทางสังคมก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาวะของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถจัดการภาวะเรื้อรังได้ดี โดยเฉพาะการเฝ้าระวังอาการและการไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุวรรณ ศรีสุข (2560) ที่พบว่า การจัดการภาวะเรื้อรังเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ธนวัฒน์ ใจดี (2561) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ยังคงมีอีกประมาณร้อยละ 67.60 ของความแปรปรวนที่ยังไม่สามารถอธิบายได้ด้วยปัจจัยเหล่านี้บ่งชี้ว่าอาจมีปัจจัยอื่นๆ อีกมากที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล (เช่น ระดับความรู้ ความเจ็บป่วย เฉพาะโรค) ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม (เช่น ลักษณะที่อยู่อาศัย) และปัจจัยทางวัฒนธรรม ที่ควรนำไปศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต

สรุปผล

การวิจัยนี้ประสบความสำเร็จในการพัฒนาและทดสอบโมเดลสมการโครงสร้างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตสุขภาพที่ 11 ซึ่งโมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นอย่างดี ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลทางตรงสูงสุดต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม รองลงมาคือแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ในขณะที่การเข้าถึงบริการสุขภาพมีอิทธิพลในเชิงลบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริวรรณ วิเศษแก้ว และประภาเพ็ญ สุวรรณ (2565) ที่พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุสูงสุด นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการป้องกันการหกล้มมากที่สุด เนื่องจากเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในวัยสูงอายุ การหกล้มอาจนำไปสู่การบาดเจ็บรุนแรงหรือภาวะทุพพลภาพได้ ดังนั้นการป้องกันการหกล้มจึงเป็นพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญและปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ การจัดการภาวะเรื้อรังและการมีส่วนร่วมทางสังคมก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาวะของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถจัดการภาวะเรื้อรังได้ดี โดยเฉพาะการเฝ้าระวังอาการและการไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ

สุวรรณ ศรีสสุข (2560) ที่พบว่าการจัดการภาวะเรื้อรังเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม การใช้ชีวิตอย่างกระตือรือร้นยังมีคะแนนค่อนข้างต่ำ ซึ่งอาจสะท้อนถึงข้อจำกัดทางสุขภาพหรือสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการมีกิจกรรมทางกายหรือการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างเต็มที่งานวิจัยของ พัชรินทร์ สมบูรณ์และคณะ (2566) ระบุว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในการออกกำลังกายหรือเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเนื่องจากปัญหาสุขภาพหรือขาดแรงจูงใจ ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายและสังคมอย่างสม่ำเสมอ จึงเป็นประเด็นที่ควรได้รับการสนับสนุนมากขึ้น จากงานวิจัยของ ธนวัฒน์ ใจดี (2561) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ ส่วนการเข้าถึงบริการสุขภาพมีอิทธิพลในเชิงลบ ซึ่งเป็นจุดที่ควรได้รับการศึกษาและทำความเข้าใจเชิงลึกต่อไป แม้ว่าปัจจัยในโมเดลจะสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมป้องกัน การหกล้มได้ส่วนหนึ่ง แต่ยังคงมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ยังไม่ถูกค้นพบ ดังนั้น การส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ควรเน้นการให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพให้ถูกต้อง ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็ง และพิจารณาออกแบบบริการสุขภาพที่เน้นการป้องกันเชิงรุกและสอดคล้องกับพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติจริง เพื่อการใช้ประโยชน์ได้อย่างแท้จริงในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. กระทรวงสาธารณสุขควรเพิ่มเติมนโยบายสนับสนุนหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับ นำโมเดลสมการโครงสร้างที่พัฒนาขึ้นใช้เป็นกรอบแนวทางในการกำหนดและขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะในประเด็นสำคัญ เช่น การส่งเสริมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง และการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ พร้อมทั้งพัฒนาโครงการนำร่องหรือแผนงานเชิงนโยบายที่สามารถประเมินผลและขยายผลได้ในระดับพื้นที่
2. สำนักงานสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 11 ควรส่งเสริมเพิ่มเติมกรอบปฏิบัติการประจำปีหน่วยงานสาธารณสุขในกำกับ โดยเฉพาะหน่วยงานระดับปฐมภูมิที่ใกล้ชิดกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยนำผลจากการวิจัยนี้พัฒนาเป็นแผนงานหรือโครงการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในพื้นที่รับผิดชอบ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำโมเดลสมการโครงสร้างที่พัฒนาขึ้นจากงานวิจัยนี้ ศึกษาวิจัยแบบวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) เพื่อสร้างและทดลองใช้รูปแบบ (Model) การส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยยึดตามโมเดลที่ได้จากการวิเคราะห์ SEM และพัฒนาให้สามารถนำไปใช้จริงในพื้นที่
2. เสนอการใช้ Causal model และการพัฒนาทฤษฎีโมเดลสมการโครงสร้างที่สอดคล้องกับยุคปัจจุบัน

.....

เอกสารอ้างอิง

- กมลทิพย์ หล้ามัน. (2558). *การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุตำบลท่าขุมเงิน อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่]. Chiang Mai University Digital Collection. <https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Info/item/dc:123756>
- กรมควบคุมโรค. (2566). *โครงการบริการวิชาการแก่สังคมบูรณาการกับการเรียนการสอน*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี. <https://nurse.rtu.ac.th/index.php/2021-11-05-02-34-44/2021-11-05-02-44-44/269>
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในคลินิก NCD 2558*. <https://www.thaincd.com>
- ณัฐชยา พวงทอง. (2564). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม้ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ธนวัฒน์ ใจดี. (2561). การมีส่วนร่วมทางสังคมกับสุขภาพทางจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลและการสาธารณสุข, 15(3)*,30-45.
- นริศรา ชาญณรงค์, รจฤดี โชติกาวิรินทร์, เขมกัญญา อนันต์, และรัฐศาสตร์ เด่นชัย. (2566). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 16(2)*, 216–229.
- นิพา ศรีช่าง และลลิตรา กาวี. (2560). *รายงานการพยากรณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560-2564*. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- พัชรินทร์ สมบูรณ์, รัมภา เต็มหนอง, และขวัญฤติรา หวังจิตต์. (2566). การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมสำหรับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโดยบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่าย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 32(1)*,102-112.
- ภาวดี วิมลพันธุ์ และชนิษฐา พิศฉลาด. (2556). ผลของโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 3(23)*,98-109.
- ภาสกร สวนเรือง, อาณัติ วรรณศรี, และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2561). *การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชนภายใต้นโยบายการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง*. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 12(3)*,437-451. <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4939/hsri-journal-v12n3-p437-451.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2559, 12 มกราคม). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559*. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. <https://thaitgri.org/?p=38427>
- ยุทธ ไกยวรรณ. (2563). *การวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างด้วย AMOS (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (2566, 20 กันยายน). *ข้อมูลผู้สูงอายุไทย 2565-2566*. <https://hdc.moph.go.th/center/public/main>

- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (2567, 15 ตุลาคม). จำนวนผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ปีงบประมาณ 2567. [https://hdc.moph.go.th/
center/public/standard-report-detail/953a2fc648be8ce76a8115fbb955bb51](https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/953a2fc648be8ce76a8115fbb955bb51)
- รำพึง จรัสสุริยสกุล. (2567). ปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุตำบลห้วยแย้ อำเภอหนองบัวระเหว
จังหวัดชัยภูมิ. *ชัยภูมิเวชสาร*, 44(1), 98-110.
- ศิริวรรณ วิเศษแก้ว และประภาณีพิณ สุวรรณ. (2565). รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพล
ต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ จังหวัดลพบุรี. *วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต
4*, 12(2), 215-228.
- สุภัสสร บุญกรับพวง, กิตติวรรณ จันทร์ฤทธิ, และธนากร ธนวัฒน์. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม
การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์. *วารสารวิชาการ
สาธารณสุขชุมชน*, 8(4), 45-55.
- สุวรรณา ศรีสุข. (2560). ปัจจัยทำนายความเข้มแข็งในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มา
รับบริการ ณ คลินิกโรคปอด โรงพยาบาลปัตตานี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 10(3), 44-58.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วิชัช เกษมทรัพย์, วิชัช เอกพลากร, และบรรทม ลีระพันธ์.
(2561). การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. [https://kb.hsri.
or.th/dspace/handle/11228/4850](https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4850)
- อริสรา บุญรักษา. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุตำบลแม่ือง อำเภอภูพานยาว จังหวัดพะเยา
[การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง, มหาวิทยาลัยพะเยา]. [https://updc.up.ac.th/server/api/core/
bitstreams/d6337677-381f-460b-b732-011477175c34/content](https://updc.up.ac.th/server/api/core/bitstreams/d6337677-381f-460b-b732-011477175c34/content)
- Bandura A. (1997). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*,
84(2), 191-215.
- Bloom, B. S. (1975). *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational
goals. Handbook I: Cognitive domain*. Longman.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2023). *Important facts about falls*. [https://
www.cdc.gov/falls/data-research/index.html](https://www.cdc.gov/falls/data-research/index.html)
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis* (7th
ed.). Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.
- Jennifer Pillay, Lindsay A. Gaudet, Sabrina Saba, Ben Vandermeer, Ashiqur Rahman Ashiq,
Aireen Wingert, & Lisa Hartling. (2024). Falls prevention interventions for community-
dwelling older adults: Systematic review and meta-analysis of benefits, harms, and
patient values and preferences. *Syst Rev*, 13, 289. [https://doi.org/10.1186/s13643-
024-02681-3](https://doi.org/10.1186/s13643-024-02681-3)
- Kasl, S. V., & Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior and sick role behavior.
Archives of Environmental Health, 12, 246-266.

- Kayoung Lee & Seon-Heui Lee. (2024). Effects of community-based fall prevention interventions for older adults using information and communication technology: A systematic review and meta-analysis. *Health Informatics Journal*, 30(2). <https://doi.org/10.1177/14604582241259324>
- Lubkin, I. M. (1995). *Chronic illness: Impact and intervention*. Jones & Bartlett.
- Lohman M. C., Mezuk B., Fairchild A. J., Resciniti, N. V., & Merchant A. T. (2022). The role of frailty in the association between depression and fall risk among older adults. *Aging & Mental Health*, 26(9), 1805-1812. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1950616>
- Moreland, B., Kakara, R., & Henry, A. (2020). Trends in nonfatal falls and fall-related injuries among adults aged ≥ 65 years-United States, 2012–2018. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(27), 875-881.
- Penchansky R, Thomas JW. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction, *Med Care*, 19(2), 127-40.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335. <https://doi.org/10.1177/109019817400200403>
- Salari, N., Darvishi, N., Ahmadipanah, M. et al. (2022). Global prevalence of falls in the older adults: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *J Orthop Surg Res* 17, 334.
- United Nations (2023). *World Social Report 2023: Leaving no one behind in an ageing world*. <https://desapublications.un.org/publications/world-social-report-2023-leaving-no-one-behind-ageing-world>
- World Health Organization. (2008). *WHO global report on falls prevention in older age*. https://www.who.int/publications/i/item/9789241563536?utm_source=chatgpt.com
- World Health Organization. (2021). *Falls*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>
- Xu, Q., Ou, X., & Li, J. (2022). The risk of falls among the aging population: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*, 10, 902599.

