

รายงาน

โครงการ “ส่งเสริม สร้างสุข ผู้สูงอายุทาบลาดูก”

เสนอ

รศ.ดร. ดวงฤดี ลาสุขะ

ผศ.ดร. กนกพร สุคำวัง

จัดทำโดย

เรือเอกหญิงโชติกา สุจारी	รหัสนักศึกษา 561231012
นางนัยน์ปพร จันทรรณิมา	รหัสนักศึกษา 561231013
นางสาวปริมล หงส์ศรี	รหัสนักศึกษา 561231014
นางสาวรุจิรา ฤกษ์ใจ	รหัสนักศึกษา 561231015
นางสาว วรรณฤดี เขาว้อยชัย	รหัสนักศึกษา 561231016
นายวุฒิพงษ์ เชื้อมนอก	รหัสนักศึกษา 561231018
นางสาวสุวารี นิระโส	รหัสนักศึกษา 561231019
นางสาวอภิณภัส ประจวบ	รหัสนักศึกษา 561231020

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการวิชา 564727 การฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุขั้นสูง

สาขา การพยาบาลผู้สูงอายุ แผนก ภาคปกติ ชั้นปีที่ 1

ภาคการศึกษาปีที่ 2 ปีการศึกษา 2556 บัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คำนำ

โครงการ “ ส่งเสริม สร้างสุข ผู้สูงอายุทาบลาจุก ” เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุขั้นสูง โครงการนี้จัดทำขึ้นจากปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลทาบลาจุก อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน จากการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแบบองค์รวมแล้วพบว่าผู้สูงอายุเหล่านี้ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และมีภาวะการฉีกเอ็นข้อเท้าไม่อยู่ ผู้จัดทำได้เห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้จัดทำโครงการ “ ส่งเสริม สร้างสุข ผู้สูงอายุทาบลาจุก ” นี้ขึ้น

โครงการ “ ส่งเสริม สร้างสุข ผู้สูงอายุทาบลาจุก ” นี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีด้วยความกรุณาและช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาตลอดจนได้รับความร่วมมือจากบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทาบลาจุก ผู้นำในชุมชน และผู้สูงอายุในชุมชนทาบลาจุก ที่คอยให้ความช่วยเหลือ ชี้แนะ และให้แหล่งเรียนรู้นอกสถานที่ คณะผู้จัดทำโครงการจึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ด้วย และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าโครงการ “ ส่งเสริม สร้างสุข ผู้สูงอายุทาบลาจุก ” จะเป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ และผู้ที่สนใจไม่มากนักน้อย

คณะผู้จัดทำ

นักศึกษาปริญญาโท ชั้นปีที่ 1 สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ

ปีการศึกษา 2556

ลักษณะโครงการ



โครงการ “ ส่งเสริม สร้างสุข ผู้สูงอายุทาบลาคุก ”

ชื่อโครงการ

ส่งเสริม สร้างสุข ผู้สูงอายุทาบลาคุก

เจ้าของโครงการ

บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ดำเนินงาน

- 1) นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ชั้นปีที่ 1
- 2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลทาบลาคุก

ที่มาและความสำคัญ

จากสถานการณ์ปัจจุบันสังคมไทยได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ ด้วยสัดส่วนจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น จากอัตราการเกิดและอัตราการตายที่ลดลง จากความความเจริญทางเทคโนโลยี ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีผลทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ซึ่งเห็นได้จาก สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ พบว่าสถิติประชากรที่มีการเปลี่ยนแปลงในระหว่างปี พ.ศ. 2553 – พ.ศ.2583 สัดส่วนของประชากรวัยเด็ก และวัยแรงงาน มีแนวโน้มลดลง ในขณะที่สัดส่วนของประชากรสูงอายุ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 13.2 ในพ.ศ.2553 เป็นร้อยละ 32.1 ในพ.ศ. 2583 ด้วยวัยสูงอายุที่มีความเสื่อมตามช่วงอายุ ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังและการเจ็บป่วยตามมา และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าวัยอื่น จากการศึกษาพบว่า ปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุมีหลายโรคและหลายปัญหา และบางครั้งอาจเป็นปัญหาที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคที่ได้รับการวินิจฉัย ปัญหาหลักที่พบในผู้สูงอายุได้แก่ ภาวะสับสน ภาวะกลั้นการขับถ่ายไม่ได้ การหกล้ม ภาวะเสียสมดุล และผลข้างเคียงจากการใช้ยาหลายชนิด (ผ่องพรรณ, 2554)

จากสถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลทาบลาคุกจากการประเมิน พบว่า การเจ็บป่วยที่พบมากที่สุด โดยแยกตามกลุ่มอายุ คือ 60-69 ปี , 70-79ปี และ 80ปีขึ้นไป คืออันดับหนึ่ง ความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 37.5, 54.54, และ 72.22 ตามลำดับ อันดับสอง การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ คิดเป็นร้อยละ 40.62, 45.45 และ 66.67 ตามลำดับ อันดับสาม ความผิดปกติด้านการมองเห็น คิดเป็นร้อยละ 28.12, 31.82 และ 38.89 ตามลำดับ อันดับสี่ เบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 34.37, 13.64 และ 5.55 ตามลำดับ และอันดับห้า ข้อเข่าเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 15.62, 13.64 และ 33.33 ตามลำดับ จากสถานการณ์ภาวะสุขภาพ

ผู้สูงอายุในตำบลทาบลาคุกดังกล่าว ส่วนแล้วแต่ส่งเสริมให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมา โดยเฉพาะปัญหาการเกิดพลัดตกหกล้ม

การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้ม คือกระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้ผู้ปวยมีความสามารถในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพตนเอง อันจะเป็นผลต่อสภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย ทางจิต และทางสังคม ลดผลกระทบต่อการเกิดพลัดตกหกล้ม

จากความสำเร็จดังกล่าว บัณฑิตศึกษาศาखाวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทาบลาคุก จึงได้ทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้ม ผู้สูงอายุในชุมชน โดยเน้นให้ชุมชนรวมทั้งผู้สูงอายุ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลภาวะสุขภาพและการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มให้แก่ผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชน เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน เกิดความรู้ความเข้าใจในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเกิดการพลัดตกหกล้ม
2. เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้ม ของครอบครัว และชุมชน
3. เพื่อส่งเสริมสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างของผู้สูงอายุ ชุมชน รพ.สต ทาบลาคุก และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วัน เวลา และสถานที่ดำเนินการ

วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2557 เวลา 08.00 – 12.00 น. ณ หมู่บ้านทาบลาคุก ตำบล ทาบลาคุก

อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้เข้าร่วม โครงการประกอบด้วย

เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนบ้านทาบลาคุก 5 คน

ผู้สูงอายุในตำบลทาบลาคุก 30 คน

การดำเนินงาน

ระยะวางแผน

วันที่ 15 มกราคม 2557

1. ประชุม คณะกรรมการดำเนินงาน (อาจารย์ และนักศึกษา) เพื่อวางแผนการลงสำรวจพื้นที่จริง

วันที่ 16 มกราคม 2557

2. ประชุมวางแผนการดำเนินงานร่วมเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทาปลาตุกและ อสม.

ระยะเตรียม

วันที่ 16, 17, 24 และ 30 มกราคม 2557

1. ลงพื้นที่สำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ที่ รพ.สต. บ้านทาปลาตุก
2. ประเมิน/คัดกรองภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ รพ.สต. บ้านทาปลาตุก

วันที่ 31 มกราคม 2557

สรุป/วิเคราะห์ปัญหาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2557

นำเสนอข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลทาปลาตุกแก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทาปลาตุก อสม. และผู้นำชุมชนทาปลาตุก โดยผ่านระบบอินเทอร์เน็ต โปรแกรมแองค์เอทท์ ที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2557

1. เขียนโครงการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้มของ ผู้สูงอายุในชุมชน
2. ประชุมวางแผนการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้นำชุมชนบ้านทาปลาตุก เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทาปลาตุก
3. จัดเตรียมทรัพยากรให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน การพลัดตกหกล้ม การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม และการออกกำลังกายในการป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้ม

ระยะดำเนินงาน

13 กุมภาพันธ์ 2557

1. จัดโครงการ ส่งเสริม สร้างสุข ผู้สูงอายุทาบลาคุก

กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

เวลา	กิจกรรม
08.00-08.30 น.	ลงทะเบียน
09.00 น.	พิธีเปิดโครงการ
09.20-12.00 น.	คัดกรองบุคคลที่มีภาวะเสี่ยง
	ให้ความรู้, สาธิตและฝึกการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้ม และการกลืนปัสสาวะไม่อยู่
	จัดเกมส์แข่งขัน กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
	ประเมินความรู้หลังเข้าร่วมกิจกรรม

ระยะสรุปและประเมินผล

1. ประเมินผลการเข้าร่วมโครงการ โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจ
2. สังเกตความสนใจและการให้ความร่วมมือของผู้สูงอายุ ในการเข้าร่วมโครงการ

แผนการดำเนินการ

ระยะดำเนินงาน วัน/เดือน/ปี	มกราคม								กุมภาพันธ์			
	9	10	15	16	23	24	30	31	6	7	13	14
ระยะวางแผน ประชุม คณะกรรมการดำเนินงาน (อาจารย์ และนักศึกษา) เพื่อวางแผนการลงสำรวจพื้นที่จริง ประชุมวางแผนการดำเนินงานร่วมเจ้าหน้าที่ รพ.สต ทาปลาตุกและ อสม.			↔									
ระยะเตรียม ลงพื้นที่สำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ที่ รพ.สต บ้านทาปลาตุก ประเมิน/คัดกรองภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่ รพ.สต บ้านทาปลาตุก สรุป/วิเคราะห์ปัญหาภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุ นำเสนอข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลทาปลาตุกแก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทาปลาตุก อสม. และผู้นำชุมชนทาปลาตุก โดยผ่านระบบอินเตอร์เน็ต โปรแกรม แสงค์เอาท์ ที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เขียนโครงการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้มของ ผู้สูงอายุ ในชุมชน ประชุมวางแผนการดำเนินงานร่วมกับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้นำชุมชน				←————→								

ผู้รับผิดชอบโครงการ(1)

ลงชื่อ.....

(นางสาวรุจิรา ฤกษ์ใจ)

นักศึกษาพยาบาล ป.โท ปีที่ 1

ผู้รับผิดชอบโครงการ(2)

ลงชื่อ.....

(นายกมล ชะคำแจ้)

ผอ.รพ.สต. ทาปลาคุก

ผู้รับผิดชอบโครงการ(3)

ลงชื่อ.....

(.)

(ประธานชมรมผู้สูงอายุชุมชนบ้านทาปลาคุก)

ที่ปรึกษาโครงการ

ลงชื่อ.....

(รศ.ดร. ดวงฤดี ใสสุขะ)

ลงชื่อ.....

(ผศ.ดร. กนกพร สุคำวัง)

บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผลการดำเนินงาน



บทที่ 1

บทนำ

หลักการและเหตุผล

จากสถานการณ์ปัจจุบันสังคมไทยได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ ด้วยสัดส่วนจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น จากอัตราการเกิดและอัตราการตายที่ลดลง จากความความเจริญทางเทคโนโลยี ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีผลทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ซึ่งเห็นได้จาก สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ พบว่าสถิติประชากรที่มีการเปลี่ยนแปลงในระหว่างปี พ.ศ. 2553 – พ.ศ.2583 สัดส่วนของประชากรวัยเด็ก และวัยแรงงาน มีแนวโน้มลดลง ในขณะที่สัดส่วนของประชากรสูงอายุ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 13.2 ในพ.ศ.2553 เป็นร้อยละ 32.1 ในพ.ศ. 2583 ซึ่งในการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงหลายด้านด้วยกันทั้งทางด้านสภาพร่างกาย จิตใจ ตลอดจนการดำรงอยู่ในสังคมของผู้สูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงไปจากวัยอื่น เนื่องจากมีความเสื่อมของการทำงานระบบต่างๆ ทั้งร่างกาย โดยเฉพาะระบบประสาท ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบขับถ่าย ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบกระดูก และกล้ามเนื้อ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ มักจะเกิดขึ้นช้าๆ ในภาวะปกติของวัยของระบบต่างๆ ยังทำหน้าที่ได้อย่างปกติ แต่ในภาวะบีบคั้น ไม่ว่าจะเกิดจากทางอารมณ์ หรือทางร่างกาย หรือสังคม จะทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถรักษาสมดุลของร่างกายไว้(กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข) มีผลทำให้เกิดโรคเรื้อรังและการเจ็บป่วยตามมา การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าวัยอื่น จากการศึกษาพบว่า ปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุมีหลายโรคและหลายปัญหา และบางครั้งอาจเป็นปัญหาที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคที่ได้รับการวินิจฉัย ปัญหาหลักที่พบในผู้สูงอายุได้แก่ ภาวะสับสน ภาวะกลั้นการขับถ่ายไม่ได้ การหกล้ม ภาวะเสียสมดุล และผลข้างเคียงจากการใช้ยาหลายชนิด (ผ่องพรรณ, 2554) และจากสถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลทาบลาดจากการประเมิน พบว่า การเจ็บป่วยที่พบมากที่สุด โดยแยกตามกลุ่มอายุ คือ 60-69 ปี , 70-79ปี และ 80ปีขึ้นไป คืออันดับหนึ่ง ความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 37.5, 54.54, และ 72.22 ตามลำดับ อันดับสอง การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ คิดเป็นร้อยละ 40.62, 45.45 และ 66.67 ตามลำดับ อันดับสาม ความผิดปกติด้านการมองเห็น คิดเป็นร้อยละ 28.12, 31.82 และ 38.89 ตามลำดับ อันดับสี่ เบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 34.37, 13.64 และ 5.55 ตามลำดับ และอันดับห้า ข้อเข่าเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 15.62, 13.64 และ 33.33 ตามลำดับ จากสถานการณ์ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุใน

ตำบลทาบลาคุกดังกล่าว ล้วนแล้วแต่ส่งเสริมให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมา โดยเฉพาะปัญหาการเกิดพลัดตกหกล้ม

การหกล้มในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญด้าน การสาธารณสุขจาก การศึกษาของอารี(2553)พบว่า การหกล้มเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและอาจเสียชีวิตในเวลาต่อมา จากข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุไทยในปีพ.ศ.2550 และปีพ.ศ.2554 พบว่า สัดส่วนการพลัดตกหกล้มลดลงเล็กน้อย จากร้อยละ 10.3 เหลือเพียง ร้อยละ 8.6 เมื่อพิจารณาตามลักษณะประชากรจะพบว่า การพลัดตกหกล้มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุหญิงมีแนวโน้มที่จะพลัดตกหกล้มมากกว่า ผู้สูงอายุชาย ซึ่งการหกล้มมักเกิดในผู้ที่มีสุขภาพไม่ดี และมีความสามารถในการทำงานน้อยลง และจากปัจจัยอื่นๆ เช่น จากการศึกษาของจุน ฮาเซกาว่าและคณะ(2010) พบว่า การกลืนปัสสาวะไม่อยู่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดพลัดตกหกล้มซ้ำในผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลระยะยาวในประเทศญี่ปุ่น ซึ่งสัมพันธ์กับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของเชียร์ เรลล์และคณะ(2009)พบว่า ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่แบบเฉียบพลัน(urge incontinence)ทำให้มีโอกาสภาวะเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มเพิ่มมากขึ้นและพบปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดปัญหาดังกล่าวคือ มีการสูญเสียการเคลื่อนไหว ,ต้องอาศัยอุปกรณ์ช่วยเดิน, ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว,มีความอยากลำบากในการเคลื่อนย้าย, การรับรู้และการมองเห็นบกพร่อง, การใช้ยาหลายตัว รวมถึงภาวะความดันโลหิตต่ำ และมีอาการวิงเวียนศีรษะ ทั้งนี้ยังพบว่าประมาณ 30 เปอร์เซ็นต์ของผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป เคยมีประสบการณ์การหกล้มมากกว่า 1 ครั้งต่อปี อัตราการเสียชีวิต จากการหกล้มจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุ 75 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ทุกเชื้อชาติและชาติพันธุ์ การหกล้มในผู้สูงอายุ 30-70 เปอร์เซ็นต์ เกิดจากการเดินสะดุดสิ่งของ หรือลื่นล้ม ก้าวพลาดและมักเกิดขณะเดิน เนื่องจากการเดินเป็นกิจกรรมที่ทำมากที่สุดในแต่ละวัน แม้ว่าผู้สูงอายุจะเดินอย่างอิสระแต่ความสามารถในการควบคุมสมดุลการทรงตัวนั้นลดลงทำให้เมื่อลื่นหรือสะดุดจะเกิดการหกล้มได้ง่าย ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มจะขาดความมั่นใจในการทำกิจกรรมในแต่ละวัน เรียกภาวะนี้ว่าภาวะความกลัวการหกล้ม (fear of falling) ซึ่งทำให้ลดความสามารถของร่างกายในการทำงาน ผลที่ตามมา คือ ลดการเคลื่อนไหวเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม ส่งผลให้กล้ามเนื้อฝ่อลีบและประสิทธิภาพในการทำงานน้อยลง เสี่ยงสมดุลในการทรงตัว และมีผลต่อคุณภาพชีวิต เช่น ลดบทบาทในสังคม หรือลดกิจกรรมยามว่าง (อารี, 2553) เกิดการแยกตัว ส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพิงมากขึ้น ในกลุ่มที่มีปัญหาการหักของกระดูกจากการหกล้ม จะทำให้ใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ส่งผลกระทบต่อสังคมในเรื่องค่าใช้จ่ายและการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นตามมา

ซึ่งเป้าหมายหลักขององค์การสาธารณสุขและองค์การแพทย์ไทยได้เน้นการรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลอีกบทบาทหนึ่ง ต้องการองค์ความรู้ในการนำมาออกแบบกิจกรรมหรือวางแผนให้บุคคล ชุมชน ได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่การส่งเสริมสุขภาพตนเอง ซึ่งทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al.,2002) เป็นทฤษฎีที่ได้รับการนำมาประยุกต์ใช้มาก โดยเฉพาะเกี่ยวกับการส่งเสริมการออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ดังนั้นคณะผู้จัดทำจึงตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนจึงได้จัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้มขึ้น เพื่อสร้างความตระหนักรู้ของผู้สูงอายุและบุคคลากรด้านสุขภาพในชุมชนและสามารถปฏิบัติตัวรวมทั้งเสริมสร้างทักษะและความสามารถด้านร่างกายของผู้สูงอายุในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้ม โดยการจัดกิจกรรม ได้แก่ คัดกรองบุคคลที่มีภาวะเสี่ยงด้วยลูกบอลสี , จัดบอร์ดให้ความรู้เกี่ยวกับการเกิดพลัดตกหกล้มและการป้องกัน การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม การออกกำลังกายในการป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้ม , สอนและสาธิตการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และจัดเกมส์แข่งขัน กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

บทที่ 2

ทบทวนองค์ความรู้

วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะ การเสื่อมถอยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ซึ่งการเปลี่ยนแปลง ดังกล่าวมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ โดยทั่วไปแบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้ (สุชาติ รอดมงคลดี, 2550)

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา (Physiological change) ภาวะผู้สูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม มากกว่าการเจริญเติบโต ซึ่งแต่ละคนจะเกิดไม่เท่ากัน เซลล์ต่างๆ ภายในร่างกายทำงานลดลง และมีจำนวนน้อยลง เมื่อเทียบกับวัยหนุ่มสาว ขนาดเซลล์ที่เหลือจะใหญ่ขึ้น ซึ่งจะเกิดขึ้นในทุกระบบหน้าที่ของร่างกาย ความสามารถในการทำงานของอวัยวะในระบบต่างๆ ลดลง ผู้สูงอายุจะมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยเป็นโรคต่างๆ ได้ง่าย

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ (Psychological change) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคม จะทำให้จิตใจของผู้สูงอายุเปลี่ยนไปด้วย ผู้สูงอายุจะปรับจิตใจและอารมณ์ทั้งทางด้านบวกและด้านลบไปตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและสิ่งแวดล้อม ในด้านบวกผู้สูงอายุจะมีการปรับปรุงและพัฒนาจิตใจในทางที่ดีงามมากขึ้น สามารถควบคุมจิตใจได้ดีกว่าหนุ่มสาว ในด้านลบได้แก่ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักเช่น คู่ชีวิต การสูญเสียความสามารถทางเพศ การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัวจากบุตรหลานที่แยกย้ายออกไป ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล แต่การแสดงออกขึ้นอยู่กับลักษณะของคนๆ นั้น การศึกษา ประสบการณ์ และสิ่งแวดล้อมในวัยเด็กและผู้ใหญ่ของคนๆ นั้น

3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Social change) วัยสูงอายุจะมีการปฏิสัมพันธ์กับสังคมเริ่มลดลง ทั้งนี้จากภาระหน้าที่และบทบาทในสังคมเริ่มลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการปรับตัว จนก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทางร่างกายและจิตใจตามมา

สรุปได้ว่า บุคคลเมื่อมีอายุมากขึ้นจะเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลง โดยเฉพาะวัยสูงอายุจะพบการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลงที่ชัดเจนกว่าวัยอื่น ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม แต่การเปลี่ยนแปลงจะมากหรือน้อยยังขึ้นอยู่กับหลายๆ ปัจจัย เช่น เพศ อายุ ความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคล การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เป็นต้น

ภาวะหกล้ม

ภาวะหกล้ม หมายถึง การที่ร่างกายเปลี่ยนท่าจากท่ายืนเป็นท่านั่ง หรือท่านอนอย่างรวดเร็วโดยไม่ได้ตั้งใจ หรือภาวะหกล้ม หมายถึง การที่บุคคลลงไปอยู่ในท่าพักโดยไม่ตั้งใจบนพื้นหรือในระดับที่ต่ำกว่าเดิม และจากผลที่ตามมาของการถูกชนหรือตีอย่างแรง การหกล้ม การเกิดอัมพาตอย่างทันทีทันใดหรือการชัก

ปัจจัยส่งเสริมภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ

การเกิดภาวะหกล้มในผู้สูงอายุมีรายงานที่ระบุถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย โดยแบ่งกลุ่มปัจจัยออกเป็น 2 กลุ่มดังนี้

1. ปัจจัยภายในบุคคล ประกอบด้วยปัจจัยดังต่อไปนี้
 - 1.1 อายุ ผลการศึกษาพบว่าบุคคลที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการหกล้มได้มาก อย่างไรก็ตามผลการศึกษายังไม่สามารถสรุปได้เนื่องจากมีบางการศึกษาที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับอุบัติการณ์การเกิดการหกล้ม
 - 1.2 ภาวะพร่องด้านการรับรู้และสติปัญญา เป็นปัจจัยที่สำคัญของการเกิดภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ ภาวะพร่องประกอบด้วยภาวะสับสน แต่ภาวะความจำและความเข้าใจลดลงเป็นปัจจัยที่ทำให้ภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มเพิ่มมากขึ้น
 - 1.3 ประวัติการหกล้ม เป็นปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม
 - 1.4 การใช้ยาที่มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง เช่น ยานอนหลับหรือยาระงับประสาท จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดการหกล้ม แต่ผลการศึกษาบางการศึกษาที่เป็นการศึกษาเชิงพรรณารายงานว่ายาบางประเภท เช่น ยาไดจอกซิน(digoxin) ยาแก้ปวด ยาขับปัสสาวะ และยาลดความดันโลหิตสูง มีส่วนในการส่งเสริมให้เกิดการหกล้มได้ แต่ยังไม่มียารายงานจากการศึกษาที่น่าเชื่อถือยืนยัน
 - 1.5 ปัจจัยด้านร่างกาย เช่น ภาวะอ่อนแรง การเคลื่อนไหวลดลง และการประสานงานลดลง มีความสัมพันธ์กับการหกล้ม

- 1.6 ปัญหาการจับถ่ายปัสสาวะ เช่น ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ หรือปัญหาถ่ายเหลวเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของภาวะหกล้ม ในขณะที่การได้รับยาขับปัสสาวะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ปัญหาดังกล่าวรุนแรงมากขึ้น
- 1.7 ปัจจัยอื่นๆ ที่มีรายงานว่าสาเหตุของการหกล้มในผู้สูงอายุ ได้แก่ การได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำ ภาวะมีนงง การใช้สารเสพติด ภายหลังการผ่าตัด ภาวะนอนไม่หลับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

2. ปัจจัยภายนอกบุคคล

- 1.1 ตำแหน่งที่มีการหกล้ม รายงานพบว่าตำแหน่งที่ผู้ป่วยหกล้มมักจะเป็นตำแหน่งเดิมๆ มีรายงานพบว่ามีถึงร้อยละ 43 ที่การหกล้มเกิดข้างเตียง ที่เหลือเกิดในห้องน้ำ ห้องส้วม หรือทางเดิน
- 1.2 ระยะเวลาของการหกล้ม ระยะเวลาที่เกิดการหกล้มบ่อยมีรายงานคือเวลากลางวัน โดยเฉพาะช่วงสายๆและบ่ายๆ ซึ่งมีรายงานถึงความสัมพันธ์ระหว่างช่วงเวลาหกล้มกับช่วงเวลาที่มียกิจกรม
- 1.3 กิจกรรมขณะหกล้ม มีรายงานว่าการหกล้มเกิดขณะเคลื่อนย้ายจากตำแหน่งหนึ่งไปยังอีกตำแหน่งหนึ่งมากที่สุด เช่น การเดิน การเข้าห้องน้ำ การนั่งบนเก้าอี้
- 1.4 ลักษณะพื้น มีรายงานการเกิดการหกล้มบนพื้นไวนิล แต่อย่างไรก็ตามบนพื้นห้องน้ำ และห้องส้วมก็พบรายงานการหกล้ม เช่นเดียวกับพื้นแข็ง
- 1.5 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ลักษณะไม้กั้นเตียง พื้นลื่น หรือแสงสว่างไม่เพียงพอ

การประเมินภาวะหกล้ม

ประวัติการหกล้ม , การกั้วการหกล้ม , การกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้

สติปัญญาและการรับรู้ลดลง , ภาวะอารมณ์ , ภาวะสับสน , การทำหน้าที่ลดลง , การใช้จ่าย

ปัญหาสุขภาพทางอายุรกรรม , ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม

ผลกระทบของการหกล้ม

การหกล้มส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุดังต่อไปนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย การหกล้มนำมาสู่การได้รับบาดเจ็บ เช่น กระดูกหัก เลือดคั่งได้สมอง และการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ ทำให้ผู้สูงอายุไม่เคลื่อนไหวนำมาสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อ ข้อติดแข็ง และแผลกดทับ การมีลิ้มเลือดอุดตันบริเวณหลอดเลือดดำลึก นอกจากนั้นถ้ารุนแรงอาจนำมาซึ่งการเสียชีวิตได้
2. ผลกระทบด้านจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นใจในตนเองและกลัวการหกล้มซ้ำทำให้เกิดการพึ่งพามากขึ้น ทำให้เป็นภาระของครอบครัวตามมา
3. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม การเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาทำให้เป็นภาระต่อครอบครัว

การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่บ้าน

1. ปัจจัยด้านภายในตัวบุคคล
 - 1.1 ไม่เคลื่อนไหวร่างกายโดยไม่มีผู้ช่วยเหลือขณะร่างกายอ่อนแอ
 - 1.2 หลีกเลี่ยงการไปในที่ที่เป็นอันตราย
 - 1.3 การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
 - 1.4 การไปพบแพทย์เพื่อตรวจร่างกายประจำปี
 - 1.5 การรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์
 - 1.6 รับประทานอาหารครบถ้วนและเพียงพอ
 - 1.7 การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ
 - 1.8 การเคลื่อนไหวและเปลี่ยนท่าช้าๆ
 - 1.9 สำรวจสิ่งของที่เป็นอันตรายภายในบ้านเป็นประจำ
 - 1.10 ใช้อุปกรณ์ในการเคลื่อนไหวที่เหมาะสม
 - 1.11 สวมเครื่องแต่งกายเหมาะสม
2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม
 - 2.1 จัดให้มีแสงสว่างและสื่ออย่างเหมาะสม สถานที่ที่พบว่าแสงสว่างมักไม่เพียงพอ เช่น บันได ทางเข้าบ้าน ทางเดินภายในและภายนอกบ้าน บริเวณที่มีแสงจ้ามากเกินไป เช่น บริเวณที่มีกระจก พื้นที่ขัดมันเป็นเงาสระท้อน หรือบริเวณที่แสงอาทิตย์ส่องตรง สำหรับสีที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ สีกลมกลืน สีที่ประกอบกันเป็นลวดลายแบบแผนที่สับสน เช่น สีของพรม หรือกระเบื้องปูพื้น หรือสิ่งของตกแต่งผนัง เป็นต้น

- 2.2 จัดพื้นที่บ้านให้เหมาะสม พื้นที่เป็นอันตรายได้แก่ พื้นผิวที่ไม่เรียบ มีลวดลายหลอกลตา มีสิ่งปกคลุมที่ทำให้ลื่นหรือสะดุด เช่น บริเวณทางเดิน พื้นบ้านที่ไม่เรียบ การลงน้ำมันพื้นลื่นเกินไป มีสิ่งเกาะบนพื้น พื้นห้องน้ำที่เปียกอยู่เสมอ พรอมปูพื้นที่ไม่มีที่ยึดเกาะ
- 2.3 จัดสิ่งก่อสร้างภายในให้เหมาะสม เช่น บันไดควรมีราวยึด ชั้นบันไดควรมีความสูงที่เหมาะสม สูงสม่ำเสมอ และกว้างเพียงพอ ไม่ควรมีลวดลาย ควรมีขอบเขตแสดงเครื่องหมายให้ชัดเจน ห้องน้ำควรมีราวเกาะยึด ไม่ควรเป็นที่นั่งแบบนั่งยองๆ อ่างล้างหน้าไม่ควรต่ำเกินไป
- 2.4 ควรจัดเครื่องเรือนให้เหมาะสม จัดให้เป็นระเบียบ ไม่ควรเกาะกะวางทางเดิน เครื่องเรือนควรมีความมั่นคงขณะใช้งาน
- 2.5 เครื่องแต่งกายและเครื่องช่วยในการเคลื่อนไหวควรมีความเหมาะสม เสื้อผ้าที่ใส่ควรพอดีตัว ไม่ใหญ่หรือยาวเกินไป เพราะทำให้มีโอกาสสะดุดหรือเกี่ยวดึงได้ง่าย รองเท้าควรใส่พอดีเท้า อุปกรณ์ช่วยเคลื่อนไหวต่างๆเช่น ไม้เท้า ส้อมเข็น ควรมีขนาดที่เหมาะสม และใช้ได้อย่างถูกต้อง

แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ

ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

ทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญกับคุณลักษณะของบุคคล และประสบการณ์ของบุคคล (Individual characteristics and experiences) การคิดรู้และอารมณ์ที่จำเพาะต่อพฤติกรรม (Behavioral specific cognitions and affect) และพฤติกรรมที่ได้ (Behavioral Outcome) การรู้ตัวแปรที่เป็นปัจจัยต่อการเกิดพฤติกรรมจะเป็นประโยชน์ต่อการออกแบบกิจกรรมเพื่อสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรม จากทฤษฎีนี้แสดงให้เห็นว่าแต่ละบุคคลมีลักษณะและความเฉพาะของปัจจัยที่จะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

แนวคิดหลักและคำจำกัดความ (Major concepts and definition)

1. การเห็นความสำคัญของสุขภาพ (Importance of health) คือ การที่บุคคลมองว่าสุขภาพคือสิ่งที่มีคุณค่าที่ควรแสวงหา
2. รับรู้สุขภาพสามารถควบคุมได้ (Perceived control of health) บุคคลรับรู้และเชื่อว่าสามารถเปลี่ยนแปลงสุขภาพได้ตามต้องการ
3. รับรู้ความสามารถของตน (Perceive self – efficacy) บุคคลมีความเชื่ออย่างมาก ว่าพฤติกรรมสามารถเกิดได้ตามที่บุคคลกำหนด

4. คำจำกัดความของสุขภาพ มีตั้งแต่การไม่มีโรคจนถึงสุขภาพสูงสุดทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

5. การรับรู้สถานะสุขภาพ (Perceived health status) สถานะที่รู้สึกดี หรือรู้สึกป่วยสามารถแยกได้จากพฤติกรรมสุขภาพ

6. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม (Perceived benefits of behaviors) บุคคลจะมีความโน้มเอียงสูงที่จะเริ่มหรือทำต่อเนื่องในพฤติกรรมนั้น ๆ ถ้ารับรู้ว่ามีประโยชน์ต่อสุขภาพ

7. การรับรู้ถึงอุปสรรคของพฤติกรรม (Perceived barriers to health promoting behaviors) ถ้าบุคคลรับรู้ว่าการกระทำนั้นยากลำบากจะทำให้มีความตั้งใจลดลงในการปฏิบัติตาม

สำหรับองค์ประกอบอื่น เช่น อายุ เพศสภาพ การศึกษา รายได้ น้ำหนัก แบบแผน สุขภาพของครอบครัว การคาดการณ์ เป็นเพียงผลโดยอ้อมในกระบวนการคิด และปี ค.ศ.1996 Health Promotion Model ได้ปรับปรุงใหม่ และมีกรอบแนวคิดเพิ่มดังนี้

1. พฤติกรรมเดิม (Prior related behavior) คือ พฤติกรรมที่เป็นองค์ประกอบที่มีผลโดยตรงและโดยอ้อม และมีความเชื่อมโยงกับการรับรู้ถึงความสามารถของตน พฤติกรรมในอนาคตจะได้รับอิทธิพลจากความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการกระทำที่คล้ายคลึงในอดีต

2. กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผล (Activity-related affect) ความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบในพฤติกรรมบางอย่าง มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม และมีอิทธิพลโดยอ้อมถึงการรับรู้ในความสามารถของตน

3. การยึดมั่นต่อแผนปฏิบัติ (Commitment to a plan of action) รวมถึงแนวคิดที่ตั้งใจเป็นแผนกลยุทธ์ที่เป็นเหตุมาซึ่งความตั้งใจที่จะเป็นแผนในการปฏิบัติซึ่งเกิดขึ้นเองหรือบุคคลอื่นมีส่วนรับรู้

4. ความต้องการ ความชอบที่เกิดขึ้นแทรกทันที (Immediate competing demands and preferences) ในการที่บุคคลจะเลือกปฏิบัติ ความต้องการที่จะปฏิบัติอาจไม่สำเร็จเพราะไม่สามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อมได้ ความชอบเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการเลือกปฏิบัติ เช่น บางครั้งตั้งใจจะไปออกกำลังกาย แต่กลับแวะเดินเที่ยวซื้อของในศูนย์การค้า เป็นต้น

จากแนวคิดหลักของทฤษฎีจะเห็นได้ว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะเกิดขึ้นได้นั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซับซ้อนหลากหลายปัจจัย ที่จะต้องประเมินให้ครอบคลุม

จากการศึกษาของวิชชดา เจริญกิจการ (2542) เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองและอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย อิทธิพลระหว่างบุคคล และเพศ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุได้

ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory)

ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนเป็นทฤษฎีที่ Albert Bandura นักจิตวิทยาชาวแคนาดา ได้พัฒนามาจาก ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social learning theory) สาเหตุของพฤติกรรมที่เกิด ขึ้นตามแนวคิด พื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของ Bandura นั้น Bandura มีความเชื่อว่าพฤติกรรมของคนเรานั้น ไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่จะต้องมี ปัจจัยส่วนบุคคลร่วมด้วย และการร่วมของปัจจัยส่วนบุคคลนั้น จะต้องร่วมกันในลักษณะที่กำหนดซึ่งกัน และกัน (Reciprocal Determinism) กับปัจจัยทางด้าน พฤติกรรมและสภาพแวดล้อม การที่ปัจจัยทั้ง 3 ทำหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกันนั้น ไม่ได้หมายความว่าทั้ง 3 ปัจจัยนั้นจะมีอิทธิพลในการกำหนดซึ่งกันและกัน อย่างเท่าเทียมกัน บางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่าอีกบางปัจจัย และอิทธิพลของปัจจัยทั้ง 3 นั้นไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมๆกัน หากแต่ต้องอาศัยเวลาในการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่นๆ (Bandura, 1989 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550)

ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน ประกอบด้วย แนวคิดที่สำคัญคือ

1. การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-Efficacy) ซึ่ง Bandura ได้ให้ความหมายว่า เป็นการตัดสินใจความสามารถตนเองว่า สามารถทำงานในระดับใด หรือความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับ ความสามารถในการกระทำให้สิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต ความเชื่อในความสามารถตนเองพิจารณาจาก ความรู้สึก ความคิด การตั้งใจและพฤติกรรม

2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ (Outcome expectation) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคล ประเมินค่าพฤติกรรมเฉพาะอย่างที่ปฏิบัติ อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้เป็นการคาดหวังในสิ่งที่เกิดขึ้นสืบเนื่องจากพฤติกรรมที่ได้กระทำ

จากรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความสามารถตนเองกับความคาดหวังผลลัพธ์นั้น บุคคล จะกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถตนเองว่าจะกระทำพฤติกรรม นั้นหรือไม่ และความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดจากการกระทำพฤติกรรม เนื่องจากมนุษย์เรียนรู้ว่าการกระทำใดนำไปสู่ผลลัพธ์ใด แต่ความสามารถของมนุษย์แต่ละคนที่จะกระทำกิจกรรมต่างๆมีขีดจำกัดไม่เท่ากัน ดังนั้นการที่บุคคลจะตัดสินใจว่าจะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ ส่วนหนึ่งจึงขึ้นอยู่กับการรับรู้ ความสามารถตนเองและอีกส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ

บทที่ 3

ขั้นตอนการดำเนินงาน

การดำเนินงาน

ระยะเตรียมงาน (16 มกราคม ถึง 7 กุมภาพันธ์ 2557)

1. ค้นหาและสรุปปัญหาที่พบจากการสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนบ้านท่าปลาตุก
2. ประชุมวางแผนการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าปลาตุก
3. เขียนโครงการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน
4. จัดทำสื่อในโครงการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ดังนี้
 - ยั่งตัวในคนเฒ่า ท่าปลาตุก
 - การออกกำลังกายลดภาวะปัสสาวะเล็ด
 - การออกกำลังกายโดยใช้ไม้เอนร์ดิก
5. จัดนิทรรศการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

ระยะดำเนินงาน (8-13 กุมภาพันธ์ 2557)

จัดกิจกรรมสร้างเสริมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ดังต่อไปนี้

1. การจัดการประชาสัมพันธ์เพื่อเชิญชวนผู้สูงอายุให้เข้าร่วมกิจกรรม
2. กิจกรรมคัดกรองผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มด้วยลูกทดลองดี
3. กิจกรรมการออกกำลังกาย
 - ยั่งตัวในคนเฒ่า ท่าปลาตุก
 - การออกกำลังกายลดภาวะปัสสาวะเล็ด
 - การออกกำลังกายโดยใช้ไม้เอนร์ดิก
4. จัดบอร์ดให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม
5. ประเมินผลโครงการและรับของที่ระลึก

การประเมินผล (ประเมินผลหลังเข้าร่วมกิจกรรม13 กุมภาพันธ์ 2557)

1. จากแบบประเมินความพึงพอใจ
2. จากความสนใจและการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ

แผนการดำเนินการ

ระยะดำเนินงาน	Wk1	Wk2	Wk3	Wk4
1.ระยะเตรียมงาน (16 มกราคม ถึง 7กุมภาพันธ์ 2557)	←————→			
2.ระยะดำเนินงาน (8-13 กุมภาพันธ์ 2557)				↔
3.ระยะติดตามและประเมินผล(ประเมินผลหลังจัดกิจกรรม 13 กุมภาพันธ์ 2557)				↔

ทำบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน



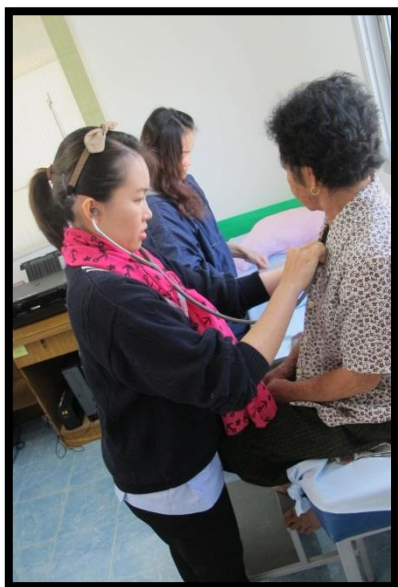
ท่าที่ 1 นั่งเก้าอี้หลังตรงไม่พิงพนัก ใช้เข่าทั้งสอง
หนีบลูกบอลไว้แล้วหันปลายเท้าทั้งสองข้างเข้า
หากัน ยึดตัวตรงเกร็งหน้าท้องพร้อมกับนับ 1-5
แล้วคลายกล้ามเนื้อหน้าท้อง ทำซ้ำ 5 ครั้ง



ท่าที่ 2 นั่งเก้าอี้หลังตรงไม่พิงพนัก ใช้ยางยืดรัดเข่า
ทั้งสองข้างเข้าหากัน สันเท้าชิดปลายเท้าแยกออก
จากกัน แล้วออกแรงกางเข่าทั้งสองข้างออกจาก
กันให้มากที่สุด ทำซ้ำ 5 ครั้ง

ที่มา: Continence Foundation of Australia(2014)

ระยะเตรียมการ



ระยะดำเนินการ





บทที่ 4

สรุปผลการดำเนินงาน

จากการทำโครงการ ส่งเสริม สร้างสุข ผู้สูงอายุทาบลาดุก โดยใช้กิจกรรมการออกกำลังกายและจัดนิทรรศการให้ความรู้เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม และการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานด้วยลูกบอลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ การออกกำลังกายโดยใช้ไม้ันอร์ดิก พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการได้ให้ความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรม ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ และสามารถสาธิตย้อนกลับได้อย่างถูกต้องตามความสามารถของผู้สูงอายุแต่ละคน ซึ่งจากการประเมินผลตามแบบสอบถามโครงการ พบว่า

มีผู้เข้าร่วมทั้งหมด 27 คน แบ่งเป็นชาย 1 คน และหญิง 26 คน จำนวนผู้สูงอายุที่เข้าร่วม 27 คน (ร้อยละ 100) โดยได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการในระดับเห็นด้วยมากที่สุดจำนวน 20 คน ร้อยละ 74.1 และเห็นว่าการดำเนินโครงการสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในระดับเห็นด้วยมากที่สุดจำนวน 16 คน ร้อยละ 59

ผู้สูงอายุมีแรงจูงใจและตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้ม โดยเห็นได้จากระดับความพึงพอใจของการประชาสัมพันธ์โครงการในระดับเห็นด้วยมากที่สุดจำนวน 21 คน ร้อยละ 77 และพึงพอใจในรูปแบบและเนื้อหาของการจัดกิจกรรมในระดับเห็นด้วยมากที่สุดจำนวน 19 คน ร้อยละ 70.4 และมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการทั้งหมดอยู่ในระดับมากที่สุดจำนวน 24 คน ร้อยละ 88 และเห็นว่าควรให้มีการจัดโครงการในครั้งต่อไปจำนวน 22 คน ร้อยละ 81.5



บรรณานุกรม

Buijs, R., Ross-Kerr, J., Cousins, S. O., & Wilson, D. (2003). Promoting participation: evaluation of a health promotion program for low income seniors. *J Community Health Nurs*, 20(2), 93-107. doi: 10.1207/s15327655jchn2002_03

Exercise for elderly จากเว็บไซต์ <http://www.nsh.org/>

Hasegawa, J., Kuzuya, M., & Iguchi, A. (2010). Urinary incontinence and behavioral symptoms are independent risk factors for recurrent and injurious falls, respectively, among residents in long-term care facilities. *Arch Gerontol Geriatr*, 50(1), 77-81. doi: 10.1016/j.archger.2009.02.001

Lev, E. L. (1997). Bandura's theory of self-efficacy: applications to oncology. *Sch Inq Nurs Pract*, 11(1), 21-37; discussion 39-43.

ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2554). การพยาบาลปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ: การนำไปใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 2).
ขอนแก่น: โรงพิมพ์ คลังนานาวิทยา.

อารี ปรมัตถากร. (2553). รายงานการวิจัย เรื่อง ป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ. นครราชสีมา. ศูนย์วิจัยส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ(เรือนลำควน) ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา กรมอนามัย.

สุชาดา รอดมงคล. (2550). ผลการดำเนินงานโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อปรับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ตำบลไผ่ขวาง อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง. พระนครศรีอยุธยา: มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา