

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุ ในจังหวัดอุบลราชธานี

The factors relating and predicting to accidental preventive behaviors among the elderly in Ubon Ratchatani province

มนพัทธ์ อารัมภีโรจน์¹

Monnapat Arumwiroj¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการร่วมกันทำนายของ ความรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุและการป้องกัน การรับรู้ภาวะสุขภาพและการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การสนับสนุนของครอบครัว การได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 290 คน โดยใช้สูตรของ Lemeshow et al. (2006.) ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างและหาความสัมพันธ์ด้วยสถิติเชิงวิเคราะห์ คือ T-test One way ANOVA Pearson's correlation และ Stepwise Multiple Regression Analysis ผลการวิจัยพบว่า 1. ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุและการป้องกันอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 85.2 พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ การสนับสนุนของครอบครัว และการได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 2.596, S.D. = 0.651) ($\bar{X}$ = 2.833, S.D.=0.461) และ($\bar{X}$ = 2.731, S.D.=0.607) ตามลำดับ ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพและการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 1.998, S.D. = 0.478) 2. ผู้สูงอายุที่มีเพศ อายุ โรคประจำตัว และประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุที่ต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุไม่แตกต่างกัน ($p>0.05$) ส่วนผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมประจำวันต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมประจำวันทำงานบ้านมีระดับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุที่ดีที่สุด ($\bar{X}$ = 2.899, S.D. = 0.165) 3. ความรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุและการป้องกัน การรับรู้ภาวะสุขภาพและการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การสนับสนุนของครอบครัว การได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (r = .411, .204, .387 และ .291ตามลำดับ) 4. ความรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุและการป้องกัน การรับรู้

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี (Department of Nursing, Ratchathani University)

โทร. 095-6139636 e-mail: mukjar@hotmail.com

ภาวะสุขภาพและการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การสนับสนุนของครอบครัว การได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ในรูปเชิงเส้นและสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 40.2 ($R^2 = .402$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ความรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุและการป้องกัน, พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ

Abstract

The study is a descriptive design. The purposes of this research were to investigate the relationship and identify the knowledge of accident and accidental prevention, perceived health status and acceptance of physical change due to aged, family support, receiving of medical services as predictors of the elderlies accidental preventive behaviors. There were totally 290 elderly volunteers enrolled into the study from Multi-Stage Random Sampling technique. The sample size was calculated via Lemeshow equation. Data were collected by interviewing questionnaire and analyzed by descriptive analysis, T-test, One way ANOVA, Pearson's correlation, and Stepwise Multiple Regression Analysis. The study results showed that 1. The knowledge of accident and accidental prevention was at a high level 85.2%, the accidental preventive behaviors, family support, receiving of medical services were at a high level ($\bar{X} = 2.596$, S.D. = 0.651) ($\bar{X} = 2.833$, S.D.=0.461) and ($\bar{X} = 2.731$, S.D.=0.607) respectively, and the perceived health status and acceptance of physical change due to aged was at a moderate level ($\bar{X} = 1.998$, S.D. = 0.478). 2. There was differences in the elderlies accidental preventive behaviors as classified by type of daily activities with a statistical significance of 0.05. Moreover, there were no differences among the other variables. 3. The knowledge of accident and accidental prevention, perceived health status and acceptance of physical change due to aged, family support, receiving of medical services were significantly relevant to accidental preventive behaviors with positive values ($r = .411$, $.204$, $.387$ and $.291$ respectively) 4. The knowledge of accident and accidental prevention, perceived health status and acceptance of physical change due to aged, family support, receiving of medical services were significant linear correlation capable of predicting the elderlies accidental preventive behaviors at the percentage of 40.2 ($R^2 = .402$) with a statistical significance of 0.05. Conclusively, the study results can be applied for a health promotion design in the accidental preventive behaviors among the elderly.

Keywords: The elderly, Knowledge of accident and accidental prevention, Accidental preventive behaviors

บทนำ

การเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุมีสาเหตุจากความเสื่อมและการถดถอย อีกทั้งจากโรคภัยไข้เจ็บเป็นผลให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ลดลง ระบบประสาทสัมผัสเสื่อมร่วมกับปัจจัยสิ่งแวดล้อม เช่นแสงสว่างไม่เพียงพอ พื้นไม่เรียบ เปียกชื้น เสื้อผ้าที่สวมใส่รุ่มร่าม รองเท้าที่ไม่กระชับและผลข้างเคียงของยาที่รับประทาน การให้การดูแลรักษาหากไม่ถูกต้องเหมาะสมทันที จะทำให้ผู้สูงอายุที่ได้รับอุบัติเหตุมีอาการรุนแรงขึ้น (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2557) ดังที่นายแพทย์สุทร บวรรัตนเวช ผู้อำนวยการใหญ่ศูนย์อุบัติเหตุและออร์โธปิดิกส์ ในเครือบริษัทกรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน) หรือ BDMS และผู้อำนวยการอาวุโสศูนย์กระดูกและข้อกรุงเทพ กล่าวว่า “ผู้สูงอายุเป็นวัยหนึ่งที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุสูง ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับสองของประเทศ รองจากการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน โดยอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นมากที่สุดล้วนเกิดขึ้นภายในบ้านทั้งสิ้น” (กรมสุขภาพจิต, 2560)

การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง (perceived health status) และการยอมรับถึงสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงจากความเสื่อมของสมรรถภาพในการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย เป็นพื้นฐานที่จะกระตุ้นให้เกิดการกระทำที่เป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นองค์ประกอบทางจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล ทำให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างจริงจังเมื่อปฏิบัติแล้วทำให้เกิดความสุขและมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นจึงเป็นแรงผลักดันทำให้บุคคลรับรู้ถึงคุณค่าของการมีสุขภาพดี (Pender :1996 อ้างถึงใน มนพัทธ์ อารัมภีโรจน์, 2557)

แรงสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์จิตใจ ด้านวัตถุสิ่งของ และด้านข้อมูลข่าวสารที่ผู้สูงอายุได้รับจากบุคคลในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่า เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ส่งผลให้มีความสามารถเผชิญกับปัญหาและสามารถดูแลตนเองในเรื่องสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น (Schaefer :1981 อ้างถึงใน นิทรา กิจธีระวุฒิมังษ์, 2559)

การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นการจัดบริการระดับต้น โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนช่วยเหลือตนเองในด้านความต้องการพื้นฐานของชีวิต ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินงาน โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการที่กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดให้แก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ การจัดทำบัตรประจำตัวผู้สูงอายุเพื่อใช้ในการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ การบริการตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น การเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุที่บ้าน การจัดให้บริการกับผู้สูงอายุทั้งด้านความรู้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์และวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุให้ความสนใจดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น (จิตติมา คุ่มสืบสาย, 2550)

การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) หมายถึงสังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกันในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 10 ขึ้นไป หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่

เดียวกันในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 7 ขึ้นไป จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยของกรมการปกครองพบว่า จังหวัดอุบลราชธานีเป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากเป็นลำดับต้นของประเทศ ติด 1 ใน 5 ของจังหวัดที่มีประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดในประเทศไทย มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 244,132 คน ต่อจำนวนประชากรทั้งหมด 1,805,300 คน (กรมการปกครอง, 2560) คิดเป็นร้อยละ 13.52 จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าจังหวัดอุบลราชธานีได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างแท้จริงแล้ว

จากความสำคัญของปัจจัยต่าง ๆ ที่กล่าวแล้วข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้วิจัยปฏิบัติงานและมีภูมิสำเนาอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานีจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยในเรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอุบัติเหตุและการป้องกัน การรับรู้ภาวะสุขภาพและการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การสนับสนุนของครอบครัว รวมทั้งการได้รับการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขว่ามีความสัมพันธ์และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของผู้สูงอายุได้หรือไม่อย่างไร ทั้งนี้คาดว่าผลจากการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา การวางแผน ดำเนินการเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานีได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

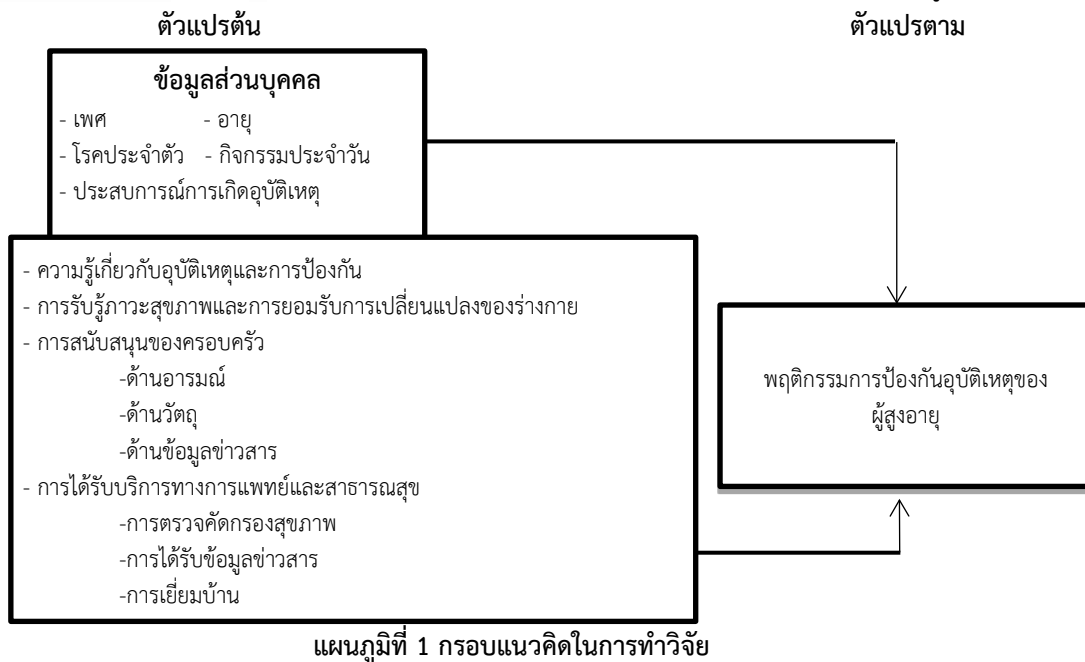
สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานีที่มี เพศ อายุ โรคประจำตัว กิจกรรมประจำวัน ประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุต่างกัมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุแตกต่างกัน
2. ความรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุและการป้องกัน การรับรู้ภาวะสุขภาพและการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การสนับสนุนของครอบครัว การได้รับการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี
3. ความรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุและการป้องกัน การรับรู้ภาวะสุขภาพและการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การสนับสนุนของครอบครัว การได้รับการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่ามีปัจจัยหลายอย่างส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่าปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว กิจกรรมประจำวัน ประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุ และปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุและการป้องกัน การรับรู้ภาวะสุขภาพและการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การสนับสนุนของครอบครัว การได้รับการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยใช้แนวคิดการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของ เพนเดอร์

(Pender, 1996) และโคชีเออร์, เอิร์บ, เบอร์แมน, เบริก (Kozier, Erb, Benan & Burke, 2000) และแรงสนับสนุนจากครอบครัวที่ผู้สูงอายุได้รับจากบุคคลในครอบครัว ตามแนวคิดของเชฟเฟอร์ (Schaefer, 1981) มากำหนดเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย โดยแสดงไว้ในแผนภูมิที่ 1



วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) รวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2560–มิถุนายน พ.ศ.2561

ประชากรคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานีจำนวน 244,132 คน จากทั้งหมด 25 อำเภอ 219 ตำบล 2,469 หมู่บ้าน

กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ (Lemeshow et al., 2006.) ดังนี้

$$n = \frac{Z^2 \alpha / 2 \sigma^2}{d^2}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

$Z\alpha / 2$ = ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติที่ระดับ 0.05 = 1.96

σ^2 = ค่าความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุ

ที่ได้จากการศึกษานำร่อง = 18.87

d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ของการสุ่มตัวอย่าง มีค่าเท่ากับ 0.50

แทนค่าในสูตร $n = \frac{(1.96 \times 1.96) (18.87)}{(0.50 \times 0.50)}$

$$n = 289.96$$

ดังนั้น ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 290 คน โดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) มีรายละเอียดขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างดังนี้

ขั้นที่ 1 แบ่งประชากรออกเป็นกลุ่ม (Cluster) โดยใช้อำเภอทั้ง 25 อำเภอเป็นหน่วยในการสุ่ม สุ่มมา 6 อำเภอคิดจากร้อยละ 25 ของจำนวนทั้งหมด โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) คืออำเภอเมืองอุบล อำเภอโขงเจียม อำเภอเดชอุดม อำเภอน้ำยืน อำเภอวารินชำราบ และอำเภอตาลสุม

ขั้นที่ 2 ใช้ตำบลและหมู่บ้านเป็นหน่วยในการสุ่ม โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) กำหนดสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบลจำแนกตามหมู่บ้าน โดยใช้วิธีการเทียบอัตราส่วน

ขั้นที่ 3 กำหนดตัวผู้สูงอายุ โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากรายชื่อของประชากรผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้านจนครบตามจำนวน รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอำเภอและตำบลในจังหวัดอุบลราชธานี

อำเภอ	ประชากรผู้สูงอายุในอำเภอ (คน)	ตำบล	ประชากรผู้สูงอายุในตำบล (คน)	หมู่บ้าน	กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ (คน)	จำนวนร้อยละ
เมือง	24,781	แจระแม	1,183	ทัพไทย	48	17
โขงเจียม	2,573	ห้วยยาง	665	โพนแพง	27	9
เดชอุดม	15,371	เมืองเดช	3,107	เมืองเก่า	125	43
น้ำยืน	4,118	ยาง	531	ยางกลาง	22	8
วารินชำราบ	11,867	แสนสุข	1,372	คำเจริญ	55	19
ตาลสุม	3,424	สำโรง	328	นาโพธิ์	13	4
รวม	62,134		7,186		290	100

โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
2. มีการรับรู้ และมีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีประวัติเป็นโรคจิต โรคประสาท

การประเมินการรับรู้ของผู้สูงอายุ เป็นการทดสอบการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลของผู้สูงอายุ ถ้าผู้สูงอายุสามารถตอบได้ใน 8 ใน 10 ข้อ ให้ดำเนินการเก็บข้อมูลในส่วนอื่น ๆ ต่อไป

3. ผลการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองโดยใช้แบบประเมิน Barthel ADL Index โดยระดับของ Barthel ADL Index ต้อง > 12 คะแนน แสดงว่าผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้

4. มีความสามารถในการสื่อสาร ทั้งการพูด การฟัง และสามารถตอบแบบสัมภาษณ์ได้
5. มีความยินดี และเต็มใจที่จะให้สัมภาษณ์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้ได้เสนอผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชธานีและได้ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยจัดทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ การศึกษาวิจัยและการเก็บข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการศึกษาไว้เป็นหลักฐาน และแจ้งให้ทราบว่า การให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างจะเป็นความลับและจะไม่ถูกเปิดเผยเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยจะเป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเองและเป็นการนำเสนอข้อมูลในภาพรวม จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวได้ หากไม่ต้องการมีส่วนร่วมในการศึกษาครั้งนี้โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพหรือสิทธิประโยชน์ใด ๆ อันพึงได้รับทั้งสิ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสัมภาษณ์มีทั้งหมด 6 ส่วน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว กิจกรรมประจำวัน และประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุ ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุและการป้องกัน จำนวน 12 ข้อ ลักษณะเป็นแบบ ถูก-ผิด (dichotomous scale) ดัดแปลงจากทฤษฎีการเกิดอุบัติเหตุของวีรศักดิ์ เมืองไพศาล (2557)

ส่วนที่ 3 การรับรู้ภาวะสุขภาพและการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายผู้สูงอายุ จำนวน 12 ข้อ ลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale)

ส่วนที่ 4 การสนับสนุนของครอบครัว ด้านอารมณ์ ด้านวัตถุ ด้านข้อมูลข่าวสาร ดัดแปลงจากทฤษฎีของ Shaffer's (1981) และแบบสัมภาษณ์ของฐิติมา คุ่มสืบสาย (2550) จำนวน 8 ข้อ ลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale)

ส่วนที่ 5 การได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ด้านการตรวจคัดกรองสุขภาพ ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร จำนวน 8 ข้อ ลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale)

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุ จำนวน 12 ข้อ ลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความเที่ยงตรง (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ใช้ค่าดัชนี Index of Item Objective Congruence: IOC ทุกข้อคำถามผ่านตามเกณฑ์ที่ยอมรับได้คือ 0.7 ขึ้นไป
ความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 คน

ใช้สูตร Kuder-Richardson :KR-20 ด้านความรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุและการป้องกัน = 0.744 ใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ทดสอบในด้าน
การรับรู้ภาวะสุขภาพและการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย = 0.866
การสนับสนุนของครอบครัว = 0.848
การได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข = 0.786
พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ = 0.798

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ
2. วิเคราะห์ระดับของตัวแปรโดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
3. เปรียบเทียบความแตกต่างโดยสถิติ t-test, One way ANOVA
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยสถิติ Pearson's Correlation
5. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายของตัวแปร โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้าสมการ (Stepwise Multiple Regression Analysis)
6. กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ (Level of Significance) เท่ากับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการทดสอบสมมติฐาน

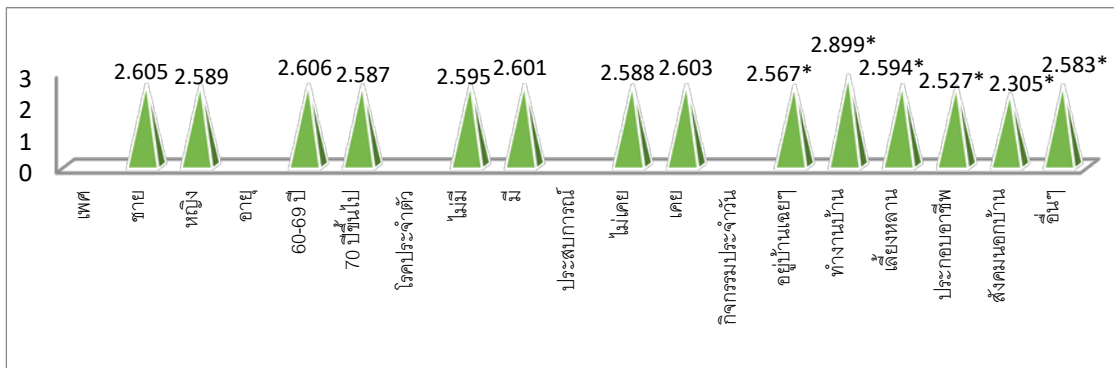
ผลการวิจัย

ผู้สูงอายุเป็นเพศชายร้อยละ 40 เพศหญิงร้อยละ 60 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น คือ อายุระหว่าง 60-69 ปีร้อยละ 54.5 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 55.2 กิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่บ้านเฉย ๆ ร้อยละ 47.6 และไม่เคยมีประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุร้อยละ 52.1

ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุและการป้องกันอยู่ในระดับสูงร้อยละ 85.2 การสนับสนุนของครอบครัว และการได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 2.833, S.D. = 0.461) และ ($\bar{X}$ = 2.731, S.D. = 0.607) ตามลำดับ ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพและการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 1.998, S.D. = 0.478)

ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.59$, S.D. = 0.651) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย 3 ลำดับแรกคือ วางของมีคมรวมกับเครื่องใช้ชนิดอื่น ($\bar{X} = 2.88$, S.D. = 0.394) สวมรองเท้ามีดบาดเมื่อเดินไปในที่รก ($\bar{X} = 2.87$, S.D. = 0.417) และใช้แสงสว่างนำทางเมื่อเดินไปในที่มืด ($\bar{X} = 2.86$, S.D. = 0.395) ส่วนพฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 3 ลำดับคือ คืออ่านทำความเข้าใจกับฉลากที่ติดมากับภาชนะบรรจุ ($\bar{X} = 2.16$, S.D. = 0.900) ยกของโดยไม่สนใจว่าจะมีความร้อนมากและหนักมากหรือไม่ ($\bar{X} = 2.17$, S.D. = 0.880) และเก็บยาและเวชภัณฑ์ไว้ในตู้เฉพาะ ($\bar{X} = 2.28$, S.D. = 0.904) ตามลำดับ

ผู้สูงอายุที่มีเพศ อายุ โรคประจำตัว และประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุที่ต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) ส่วนผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมประจำวันต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมประจำวันทำงานบ้านมีระดับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุที่ดีที่สุด ($\bar{X} = 2.899$, S.D. = 0.165) (รูปที่ 1)



* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รูปที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 290)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าความรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุและการป้องกัน การรับรู้ภาวะสุขภาพและการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การสนับสนุนของครอบครัว การได้รับการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = .411, .204, .387$ และ $.291$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (n= 290)

ความสัมพันธ์ (ค่า r)	พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ (Y)
ความรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุและการป้องกัน (X ₁)	.411*
การรับรู้ภาวะสุขภาพและการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย (X ₂)	.204*
การสนับสนุนของครอบครัว (X ₃)	.387*
การได้รับการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข (X ₄)	.291*

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้าสมการ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุและการป้องกัน (X₁) การสนับสนุนของครอบครัว (X₃) การได้รับการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข (X₄) และการรับรู้ภาวะสุขภาพและการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย (X₂) คือตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ในรูปเชิงเส้นและสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม การป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุ (Y) ได้ร้อยละ 40.2 ($R^2 = .402$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ ตารางที่) 05.03)

ตารางที่ 3 แสดงการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้าสมการ (n= 290)

ลำดับของตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือก	β	Beta	t -value	p-value
ค่าคงที่ (Constant)	11.093		4.521	< .001
ความรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุและการป้องกัน (X ₁)	.905	.314	6.096	< .001
การสนับสนุนของครอบครัว (X ₃)	.394	.269	5.122	< .001
การได้รับการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข (X ₄)	.159	.146	2.789	.006
การรับรู้ภาวะสุขภาพและการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย (X ₂)	.093	.131	2.612	.009

R = .650 $R^2 = .402$ Adj $R^2 = .393$ F-test = 30.887 p-value < .001

สามารถเขียนสมการถดถอยเชิงเส้นในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

$$Y = 11.093 + .905 (X_1) + .394 (X_3) + .159 (X_4) + .093 (X_2)$$

สมการถดถอยเชิงเส้นในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z = .314 (X_1) + .269 (X_3) + .146 (X_4) + .131 (X_2)$$

ซึ่งหมายความว่า ความรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุและการป้องกันเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุได้มากที่สุด โดยถ้าคะแนนความรู้เกี่ยวกับ

อุบัติเหตุและการป้องกัน เพิ่มขึ้น 1 คะแนนจะทำให้ระดับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น .314 คะแนน คะแนนการสนับสนุนของครอบครัวเพิ่มขึ้น 1 คะแนนจะทำให้ระดับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น .269 คะแนน คะแนนการได้รับการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้ระดับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น .146 คะแนน และคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพและการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเพิ่มขึ้น 1 คะแนนจะทำให้ระดับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น .131 คะแนน ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

เพศ ผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชาย มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุไม่แตกต่างกัน ($p>0.05$) ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานข้อ 1 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานียังมีวิถีการดำเนินชีวิตในแต่ละวันที่คล้ายคลึงกัน กิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชายส่วนใหญ่คืออยู่บ้านเฉยๆ คิดเป็นร้อยละ 47.6 การได้รับข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุจากครอบครัว และการได้รับการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอยู่ในระดับมากเหมือน ๆ กัน จึงทำให้ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงมีความรู้ความเข้าใจและดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง และมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุไม่แตกต่างกัน

อายุ ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุไม่แตกต่างกัน ($p>0.05$) ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานข้อ 1 ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60–69 ปี ร้อยละ 54.5 ซึ่งเป็นช่วงวัยผู้สูงอายุตอนต้น มีการรับรู้ภาวะสุขภาพและการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ยังสามารถมีกิจกรรมประจำวันและปฏิบัติตัวได้ตามปกติ ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อช่วยป้องกันอุบัติเหตุและได้รับการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับมากเท่าเทียมกัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับ ฦภาภัก พุทธรักษา (2560) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของคนพิการทางการเคลื่อนไหวในอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

โรคประจำตัว ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวและมีโรคประจำตัวมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุไม่แตกต่างกัน ($p>0.05$) ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานข้อ 1 จากผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 55.2 อาจเนื่องจากในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขไทย (2560) ต้องรับผิดชอบด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ มีนโยบายให้การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม มีได้จำกัดเฉพาะผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยหรือพิการเท่านั้น มีการจัดให้บริการผู้สูงอายุถึงที่บ้าน (Home Health Care) โดยจัดทีมสุขภาพ (Health Team) ซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด เป็นต้น ออกบริการตรวจและรักษาผู้สูงอายุถึงที่บ้าน ซึ่งขณะนี้สนับสนุนให้ดำเนินการในทุกจังหวัด ทั้งเขตเมือง และเขตชนบท ส่งผลให้

ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวและมีโรคประจำตัวได้รับความรู้และมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุไม่แตกต่างกัน

กิจกรรมประจำวัน ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมประจำวันต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งยอมรับสมมติฐานข้อที่ 1 โดยผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมประจำวันทำงานบ้าน มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุแตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมประจำวัน อยู่บ้านเฉยๆ เลี้ยงหลาน ประกอบอาชีพมีรายได้ ไปพบปะสังคมนอกบ้าน และผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมประจำวันทำงานบ้านมีระดับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุที่ดีที่สุด ($\bar{X}$ = 2.899, S.D.=0.165) นอกนั้นไม่พบความแตกต่าง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 60 ที่ยังทำงานบ้านและทำกิจกรรมต่าง ๆ ภายในบ้านด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ ทำให้เกิดความรู้และทักษะการปฏิบัติที่ถูกต้องปลอดภัยและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุอย่างต่อเนื่องจนเกิดพฤติกรรมด้านทักษะพิสัย (Psychomotor domain) คือพฤติกรรมการปฏิบัติที่บุคคลแสดงออกมาเกี่ยวกับการใช้ความสามารถที่แสดงออกมาทางร่างกายและสังเกตเห็นได้ พฤติกรรมการปฏิบัติเป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี จากเหตุผลดังกล่าวจึงส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมประจำวันทำงานบ้านมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุที่ดีที่สุดและแตกต่างกันกับผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมประจำวันอื่น ๆ

ประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุ ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุและไม่มีประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุ มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุไม่แตกต่างกัน ($p>0.05$) ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานข้อ 1 ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุร้อยละ 52.1 และมีความรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุและการป้องกันอุบัติเหตุอยู่ในระดับสูงร้อยละ 85.2 จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความระมัดระวังในการป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุได้ถูกต้อง ไม่ว่าจะเคยมีประสบการณ์ การเกิดอุบัติเหตุและไม่มีประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุ ส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของธนวรรณ สำกำปัง (2557) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุจังหวัดขอนแก่น พบว่าปัจจัยประวัติการเคยเกิดอุบัติเหตุมีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการมีประวัติเคยหกล้มมีความสัมพันธ์กับการหกล้มสูงเป็น 2.4 เท่าของผู้ที่ไม่มีประวัติเคยหกล้ม เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีประวัติเคยเกิดอุบัติเหตุหกล้มจะหมดความมั่นใจในการเดินหรือการทำกิจกรรมอื่น ๆ เรียกภาวะนี้ว่าภาวะความกลัวการหกล้ม ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการเคลื่อนที่ส่งผลให้ความสามารถในการทรงตัวลดลง นำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุหกล้มได้ง่ายขึ้น

ความรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุและการป้องกัน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = .411$) ซึ่งยอมรับสมมติฐานข้อที่ 2 สอดคล้องกับการศึกษาของ ฐิติมา คุ่มสืบสาย (2550) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของ

ผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และจากการศึกษาของสุเทพ ธรรมะตระกูล (2552) เรื่องการวิจัยและพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่าการเข้ารับการอบรมให้ความรู้การดูแลส่งเสริมสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุและการป้องกันมากก็จะมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุที่ถูกต้องสูงขึ้นด้วย สอดคล้องกับความหมายของพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้หรือพุทธิพิสัย (Cognitive domain) เกี่ยวข้องกับความรู้ ความจำ ข้อเท็จจริง การพัฒนาความสามารถ ทักษะทางสติปัญญา การใช้วิจารณญาณเพื่อประกอบการตัดสินใจ พฤติกรรมด้านนี้เริ่มต้นจากความรู้ระดับต่าง ๆ และเพิ่มการใช้ความคิดและพัฒนาสติปัญญาเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เห็นได้จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุและการป้องกันอุบัติเหตุอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 85.2 และมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุโดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 2.596, S.D. = 0.651) เช่นเดียวกัน

การรับรู้ภาวะสุขภาพและการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (r = .204) ซึ่งยอมรับสมมติฐานข้อที่ 2 แสดงว่าผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานีที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพและการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จะมีแนวโน้มของพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุที่สูงขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของมนพัทธ์ อารัมภะวิโรจน์ (2557) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะเสี่ยง และความรุนแรงของโรคกระดูกพรุนกับพฤติกรรมป้องกันภาวะกระดูกพรุนในกลุ่มเสี่ยงพื้นที่ 5 จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าการรับรู้ภาวะเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (r = .633) แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ด้านสุขภาพจะเป็นแรงจูงใจที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมในทางด้านบวกเพื่อที่จะให้มีภาวะสุขภาพดีขึ้น และเป็นองค์ประกอบทางจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล ทำให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างจริงจัง (Pender, 1996)

การสนับสนุนของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (r = .387) ซึ่งยอมรับสมมติฐานข้อที่ 2 แสดงว่าการสนับสนุนของครอบครัวมีส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุที่ดีขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากผลการศึกษาการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}$ = 2.903, S.D.=0.354) คือการยอมรับนับถือและให้ความสำคัญในการตัดสินใจ ความห่วงใย และการกระตุ้นเตือนจากบุคคลในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าได้รับความเอาใจใส่หรือความรัก ส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจ มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุที่ดีขึ้นได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของพรทิพย์ มาลาธรรม (2552) ศึกษาการความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและแรงสนับสนุนจากเพื่อนกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าการให้แรงสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุของครอบครัวและการรับรู้แรง

สนับสนุนจากเพื่อนของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับสมจิตร หนูเจริญกุล (2552) พบว่าการที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลและกลุ่มบุคคลที่ปฏิสัมพันธ์ด้วย ทางด้านอารมณ์ สังคม วัตถุ สิ่งของ รวมทั้งข้อมูลข่าวสาร ผลของแรงสนับสนุนทำให้บุคคลเกิดความตระหนัก สามารถตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ได้ตามความต้องการ ส่งผลให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

การได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = .291$) ยอมรับสมมติฐานข้อที่ 2 แสดงว่าการที่ผู้สูงอายุได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างทั่วถึงจะส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุที่สูงขึ้นด้วย เนื่องจากปัจจุบันการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข (การสาธารณสุขไทย, 2560) จะเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพกับประชาชนทุกกลุ่มและทุกช่วงอายุ ซึ่งมีวิธีการ ได้แก่ การให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา ให้สุศึกษา ส่งเสริมการออกกำลังกาย สนับสนุนชุมชนให้จัดทำโครงการต่าง ๆ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมออกกำลังกาย เป็นต้น ซึ่งเป็นการป้องกันในระดับปฐมภูมิ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพ อนามัย การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การป้องกันอุบัติเหตุ และการให้ภูมิคุ้มกันโรค เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลตนเองในการป้องกันอุบัติเหตุเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุที่สูงขึ้นได้

การวิเคราะห์ความสามารถในการร่วมกันทำนาย ความรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุและการป้องกัน (X_1) การสนับสนุนของครอบครัว (X_3) การได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข (X_4) และการรับรู้ภาวะสุขภาพและการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย (X_2) คือตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ในรูปเชิงเส้นและสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุ (Y) ได้ร้อยละ 40.2 ($R^2 = .402$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ซึ่งยอมรับสมมติฐานข้อที่ 3 แสดงให้เห็นว่าหากผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุและการป้องกัน การรับรู้ภาวะสุขภาพและการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การสนับสนุนของครอบครัว การได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอยู่ในระดับดี ก็มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุที่ดีมากขึ้นด้วยเช่นเดียวกัน

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย

1. ส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุและการป้องกันแก่ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและทั่วถึง ตามนโยบายเน้นในด้านเชิงรุก การออกเยี่ยมบ้าน การตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองโรคอย่างสม่ำเสมอ

2. แนะนำและสนับสนุนให้ครอบครัว มีการจัดหาสิ่งของต่าง ๆ และซ่อมแซมอุปกรณ์เครื่องใช้ต่าง ๆ ที่ชำรุดเพื่อป้องกันอุบัติเหตุให้กับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ เช่น การทำราวจับสำหรับผู้สูงอายุภายในบ้านและเพิ่มแสงไฟตามทางเดิน ช่วยดูแลการใช้ยาและการจัดเก็บยาให้ถูกต้อง จัดหารองเท้าที่ขนาดพอดีให้กับผู้สูงอายุ ช่วยเหลือผู้สูงอายุในการยกของหนักและของร้อน เป็นต้น

3. สนับสนุนให้จัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม มีการรับรู้ภาวะสุขภาพและการยอมรับ การเปลี่ยนแปลงของร่างกายผู้สูงอายุ และทราบถึงปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนได้นำความรู้มาปฏิบัติและสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในเชิงลึกเกี่ยวกับวิธีการดำเนินชีวิตและผลกระทบที่ผู้สูงอายุได้รับจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในทางเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยีและนวัตกรรมใหม่ ๆ เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์และส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุให้กับผู้สูงอายุ

2. ควรทำการศึกษารูปแบบกิจกรรมในเชิงปฏิบัติการ ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุ ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลอดจนบุคลากรทุกระดับทั้ง 6 แห่ง ในจังหวัดอุบลราชธานี ที่อนุญาตและให้ความช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือและผู้สูงอายุทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี ขอขอบคุณผู้ช่วยวิจัยทุกคน (นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี รุ่น 18) ที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบถ้วนทั้งหมด ทำให้งานวิจัยประสบผลสำเร็จ ความดีและประโยชน์อันพึงมีจากงานวิจัยนี้ ขอมอบแต่บิดา มารดาผู้ให้กำเนิด และผู้มีพระคุณทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

- กรมการปกครอง. (2560). กระทรวงมหาดไทย. ประกาศสำนักทะเบียนกลาง กรมการปกครอง เรื่อง จำนวนราษฎรทั่วราชอาณาจักร แยกเป็นกรุงเทพมหานครและจังหวัดต่าง ๆ ตามหลักฐานการทะเบียนราษฎร ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2560. สืบค้นจาก <http://www.dopa.go.th>.
- กรมสุขภาพจิต. (2560). “วัยชรา” เสี่ยงหกล้มสูง BDMS จัดระบบดูแลดภาวะวิกฤต. สืบค้นจาก <https://www.dmh.go.th>.

- กระทรวงสาธารณสุขไทย. (2560). *ผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสาธารณสุข.
- ฐิติมา คุ่มสืบสาย. (2550). *พฤติกรรมกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในผู้สูงอายุในตำบลห้วยพล่อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน,มหาวิทยาลัยศิลปากร).
- ณภาพัช พุทธิรักษา. (2560). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของคนพิการทางการเคลื่อนไหวในอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง*. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 25(1), 61-73.
- ธนวรรณ สำกำปัง. (2557). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ จังหวัดขอนแก่น*. *สำนักงานป้องกันควบคุมโรค*, 18(1), 61-69.
- นิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์. (2559). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน*. 11(1), 71. สืบค้นจาก [www.tci-thaijo.org](http://www.tci-thaijo.org/tci-thaijo.org)
- พรทิพย์ มาลาธรรม. (2552). *ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและแรงสนับสนุนจากเพื่อนกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท จังหวัดฉะเชิงเทรา*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์,มหาวิทยาลัยมหิดล).
- มนพัทธ์ อารัมภวิโรจน์. (2557). *ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะเสี่ยงและความรุนแรงของโรคกระดูกพรุน กับพฤติกรรมป้องกันภาวะกระดูกพรุนในกลุ่มเสี่ยงพื้นที่ 5 จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 58(5), 497-510.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2557). *การจัดการภาวะฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สมาคมพฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย.
- สมจิตร หนูเจริญกุล. (2552). *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 3 (ฉบับปรับปรุงแก้ไข ครั้งที่ 4) (พิมพ์ครั้งที่ 12)*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัย มหิดล.
- สุเทพ ธรรมะตระกูล. (.2552 *การวิจัยและพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในจังหวัดเพชรบูรณ์*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน, มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์).
- Hosmer, Davidw; Stanley Lemeshow. (2006). *Applied Logistic Regression* (2 nd ed). New York: Chichester,Wiley.