

ผลของโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร

Effects of risk management program for falling among elderly in Tungtago Hospital, Chumphon Province.

(Received: May 11,2024 ; Revised: May 26,2024 ; Accepted: May 27,2024)

อมาวาสี ทองโมทย์¹
Amawasri Thongmote¹

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร ระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม 2567 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 52 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ได้แก่ สมรรถภาพทางกาย ความกลัวในการหกล้ม ความสามารถในการทรงตัว และพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า โปรแกรมการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ใน 8 สัปดาห์ คือ สัปดาห์ที่ 1 ชี้แจงการจัดกิจกรรม สัปดาห์ที่ 2 การจัดการความเสี่ยง สัปดาห์ที่ 3 วิธีการออกกำลังกาย สัปดาห์ที่ 4-6 การฝึกออกกำลังกาย สัปดาห์ที่ 7 การปรับสิ่งแวดล้อม สัปดาห์ที่ 8 ประเมินผล พบว่า หลังได้รับโปรแกรมผู้สูงอายุมีสมรรถภาพโดยรวมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -8.231$, $df=51$, $p<0.001$) มีความสามารถในการทรงตัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -7.524$, $df=51$, $p<0.001$) มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -8.363$, $df=51$, $p<0.001$) มีความกลัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.651$, $df=52$, $p<0.001$) และไม่มีการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 36.5 เป็นร้อยละ 63.5

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการความเสี่ยง, การพลัดตกหกล้ม, ผู้สูงอายุ

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study effects of risk management program for falling among elderly in Tungtago Hospital, Chumphon Province. Between January to March 2024, sample group consisted of 52 elderly people aged 60 years and over. Research instrument was questionnaires, including physical fitness, fear of falling, balance ability, and fall prevention behavior. Data were analyzed using Descriptive statistics and Paired t-test.

Results: found that risk management program for falling among elderly, in 8 weeks: Week 1: clarifying activities; Week 2: risk management; Week 3: exercise methods; Weeks 4-6: exercise training; Week 7: improving environment; Week 8: evaluate. Health status of the elderly found that after receiving program, elderly's overall fitness increased at statistically significant ($t = -8.231$, $df = 51$, $p<0.001$). There was significantly greater increase in balance ability ($t = -7.524$, $df = 51$, $p<0.001$), significantly increased fall prevention behavior ($t = -8.363$, $df = 51$, $p<0.001$), statistically significant reduction in fear ($t = 6.651$, $df = 52$, $p<0.001$), and had no falls, increasing from 36.5% to 63.5%.

Keywords: Risk Management Program, Falling, Elderly

บทนำ

สถานการณ์ประชากรสูงอายุในโลก ประชากรโลกกำลังมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี 2021 มีประชากรรวมทั่วโลก 7,875 ล้านคน ผู้สูงอายุ 60 ปี

ขึ้นไป 1,082 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด “ผู้สูงอายุวัยปลาย” ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปมีจำนวนมากถึง 151 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลทุ่งตะโก อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร

ละ 2 ของประชากร ทั้งหมดในปี 2021 ทวีปยุโรป และอเมริกาเหนือเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์แล้ว คือมีอัตราผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป สูงกว่าร้อยละ 20 ทวีปอื่น ๆ เป็นสังคมสูงอายุทั้งหมด ยกเว้นแอฟริกา ทวีปเดียวที่ยังเป็นสังคมเยาว์วัย คือมีอัตราผู้สูงอายุไม่ถึงร้อยละ 10 ประเทศที่มีอัตราผู้สูงอายุสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ญี่ปุ่น ร้อยละ 35 อิตาลี ร้อยละ 30 และโปรตุเกส ร้อยละ 30 ประชากรสูงอายุในประเทศไทย ในปี 2564 ประเทศไทยมีประชากรรวม 66.7 ล้านคน ประชากรสูงอายุของประเทศไทยได้เพิ่มจำนวน ขึ้นอย่างเร็วมาก เมื่อ 50 ปีก่อน มีผู้สูงอายุไม่ถึง 2 ล้านคน แต่ในปี 2564 จำนวนผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นเป็น 12.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด¹

โดยทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้ม ในปี พ.ศ. 2545 ประมาณ 391,000 คน และเพิ่มขึ้นเป็น 424,000 คน ในปี พ.ศ. 2555 (เฉลี่ยวันละ 1,160 คน) จากการคาดการณ์ในภาพรวมของประเทศไทย พบว่า ในปี พ.ศ. 2560 จะมีผู้สูงอายุพลัดตกหกล้ม จำนวน 3,030,900 - 4,714,800 คน และระหว่างปีพ.ศ. 2560 - 2564 มีผู้สูงอายุพลัดตกหกล้ม ปีละประมาณ 3,030,900 - 5,506,000 คน ซึ่งในจำนวนนี้จะมีผู้เสียชีวิต จำนวน 5,700 - 10,400 คนต่อปี การพลัดตกหกล้มมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำหรับประเทศไทยมีผู้สูงอายุเสียชีวิตกว่า 1,000 คน หรือเฉลี่ยวันละ 3 คน² ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเพิ่มสูงขึ้นตามอายุ ประกอบกับปัจจุบันประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในระยะ 10 ปี มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นถึง 2,500,000 คน และคาดการณ์ว่าจะสูงถึงร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2568³ จากการศึกษาความชุกของการพลัดตกหกล้มพบว่า เพศหญิงมักจะหกล้มในตัวบ้านและบริเวณรั้วบ้าน เช่น ห้องนอน ห้องครัว และห้องน้ำ เป็นต้น ส่วนเพศชาย จะพบหกล้มบริเวณนอกบ้านขณะเดินทาง และในสถานที่ทำงาน นอกจากนี้ การบาดเจ็บภายหลังการพลัดตกหกล้ม มีตั้งแต่อาการเล็กน้อย เช่น

อาการฟกช้ำ แผลถลอก กระดูกหัก จนถึงขั้นรุนแรง และเสียชีวิตได้⁴ เมื่อพิจารณาตามเขตสุขภาพ พบว่า อัตราการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ สูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ ในเขตสุขภาพที่ 1, 5, 2, 11, 10 และ 6 ตามลำดับ⁵ ผลการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในประชากรสูงอายุทั่วประเทศ ดำเนินการโดยกองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค ในปี พ.ศ. 2566 พบว่า เคยพลัดตกหกล้มในรอบ 1 ปี ร้อยละ 12.60 หรือ 339 คน ได้รับบาดเจ็บ ร้อยละ 60.18 บาดเจ็บจนต้องนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล ร้อยละ 20.10 และ ได้รับบาดเจ็บจนกระดูกหัก ร้อยละ 9.80 ผู้ที่เคยหกล้มมีความกังวลกลัวหกล้ม ไม่กล้าทำกิจวัตรประจำวันที่เคยทำได้ หรือไม่ออกไปร่วมกิจกรรมสังคมนอกบ้าน ร้อยละ 34.81⁶ และการหกล้มและจำนวนครั้งที่หกล้มมีความสัมพันธ์สอดคล้องกับอายุที่เพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุวัยปลายเคยหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุวัยกลาง และวัยต้น คือ ร้อยละ 8.9 สำหรับวัยปลาย ร้อยละ 7.1 สำหรับวัยกลางและร้อยละ 5.5 สำหรับวัยต้น ตามลำดับ⁷

แนวคิดการจัดการความเสี่ยงภาวะหกล้มของผู้สูงอายุ ให้คำนึงถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและด้านสังคม ความเสี่ยงและการบาดเจ็บจากภาวะหกล้มเกิดจากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยที่เป็นระดับบุคคล ระดับชุมชน และระดับประเทศ การป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุจึงต้องประเมินอย่างเป็นระบบในปัจจัยต่าง ๆ เกี่ยวกับมาตรการป้องกันและรักษาภาวะหกล้มของผู้สูงอายุ เน้นความสำคัญใน 4 เรื่องหลัก ดังนี้ 1) การฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การทรงตัว และการเดิน 2) ตรวจวัดสายตาและการมองเห็น รวมถึงระบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาที่เหมาะสม 3) ตรวจสอบการใช้ยาและแก้ไขหากมีปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมหรือมีการใช้ยาที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะหกล้ม 4) ประเมินสภาพแวดล้อมและปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุเพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้ม ควรวางแผนร่วมมือเป็นทีมหมอครอบครัวเพื่อการ

ประเมินและใช้มาตรการป้องกันร่วมกันทั้งหมดโดยหวังผลให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด และตรงกับปัญหาของผู้สูงอายุเฉพาะแต่ละบุคคล⁸

จังหวัดชุมพร ในปี พ.ศ. 2566 มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 86,697 คน จากการรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินตามความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living: ADL) พบว่ามีกลุ่มติดสังคม 75,909 คน กลุ่มติดบ้าน 2,134 คน กลุ่มติดเตียง 552 คน รวม 78,595 คน คิดเป็นร้อยละ 90.65 (เป้าหมายร้อยละ 80) ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลทุ่งตะโก มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 1,033 คน จำแนกออกเป็นกลุ่ม ตามจำนวนผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองพบว่า มีกลุ่มติดสังคม 989 คน กลุ่มติดบ้าน 18 คน กลุ่มติดเตียง 4 คน รวม 1,011 คน คิดเป็นร้อยละ 97.87 และกลุ่มที่ยังไม่ได้รับการคัดกรอง 22 คน ผลการคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน (Basic/Community Screen STEP) ในเขตโรงพยาบาลทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร ปีงบประมาณ 2566 ต่อการพลัดตกหกล้ม คัดกรอง จำนวน 1,030 คน ร้อยละ 99.71 ไม่เสี่ยง 902 เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม 128 คน ในส่วนการคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน จาก API คัดกรอง 1,121 คน ร้อยละ 100 ต่อการพลัดตกหกล้ม ปกติ 938 คน เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม 183 คน ผู้สูงอายุที่พบสภาวะทอดลอยจากการคัดกรองโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหรือประเมินซ้ำ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Confirm STEP2) โรงพยาบาลทุ่งตะโก ปีงบประมาณ 2566 จำนวนผู้สูงอายุ 1,033 คน จำนวนผู้สูงอายุที่พบความผิดปกติ จำนวน 274 คน ร้อยละ 26.52 มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม จำนวน 131 คน ร้อยละ 12.68 และได้รับการจัดทำ care plan และให้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ (STEP3 Big Rock 4) ร้อยละ 100⁹

ทั้งนี้ โรงพยาบาลทุ่งตะโก ได้มีการพัฒนาและการจัดกิจกรรมโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลทุ่งตะโก ภายใต้โครงการชุมพรเมืองน่าอยู่ สูงวัยอย่างมีคุณภาพ ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

พัฒนามาจากแนวความคิดของ โรเซนสต็อก¹⁰ และ ทฤษฎีความสามารถแห่งตน¹¹ ในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการสอนเป็นกลุ่มย่อยในชมรมผู้สูงอายุ เริ่มตั้งแต่ในปีงบประมาณ 2565-2566 เพื่อจะเป็นประโยชน์ที่สำคัญยิ่งต่อการนำข้อมูลการวิจัยไปประกอบการวางแผนและกำหนดแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ อันจะส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม และผู้สูงอายุมีความสามารถในการกิจวัตรประจำวันที่ดีขึ้น ดังนั้น จึงเป็นเหตุผลให้ผู้วิจัยทำการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร ในครั้งนี้

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ศึกษาในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร ระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีผลตรวจ ADL ≥ 12 คะแนน ที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 52 คน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน¹² ดังนี้

$$n = \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 \sigma_d^2}{(\mu_d)^2}$$

เมื่อ Z_α = ระดับความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 1.96, Z_β = กำหนดค่า Power of Test เท่ากับ 80 มีค่าเท่ากับ 0.84, σ_d^2 = ค่าความแปรปรวนร่วม, μ_d = ผลต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังทดลอง อ้างอิงการศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน¹³ พบว่าอัตราการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรม (mean = 1.04, SD = 0.40) ภายใน 90 วัน ต่ำกว่าก่อนที่ยังไม่ได้รับโปรแกรม (mean = 1.20, S.D = 0.21) แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{(1.96 + 0.84)^2 \times 4.78}{(0.40 + 0.21)^2} = 40.13 \text{ คน}$$

หลังจากแทนค่าในสูตรได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 41 คน และผู้วิจัยปรับขนาดตัวอย่างเพื่อข้อมูล drop out 20% ของกลุ่มตัวอย่าง ได้จำนวน 52 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลทุ่งตะโก เครื่องมือวิจัยนี้ผู้วิจัยสร้างเอง โดยประยุกต์มาจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพัฒนามาจากแนวความคิดของ โรเซนสต็อก¹⁰ และ ทฤษฎีความสามารถแห่งตน¹¹ ในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการสอนเป็นกลุ่มย่อยในชมรมผู้สูงอายุเป็นกลุ่มย่อยในชมรมผู้สูงอายุ ดำเนินการใน 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย สัปดาห์ที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและชี้แจงการจัดกิจกรรมโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ สัปดาห์ที่ 2 การจัดการความเสี่ยง สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมการออกกำลังกาย สัปดาห์ที่ 4-6 การฝึกออกกำลังกาย สัปดาห์ที่ 7 การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ภาวะสุขภาพโดยรวม ได้แก่ โคเลสเตอรอล

ความดันโลหิต การออกกำลังกาย และการพลัดตกหกล้ม

ส่วนที่ 2 สมรรถภาพทางกายผู้สูงอายุ เครื่องมือวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพะสงฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ⁸ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และสมรรถภาพทางกายผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 ความกลัวในการหกล้ม จำนวน 15 ข้อ เครื่องมือวิจัยนี้ผู้วิจัยประยุกต์มาจากสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพะสงฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ⁸ คำถาม เช่น ความกลัวในการหกล้มเกี่ยวกับ การทำความสะอาดบ้าน ใส่หรือถอดเสื้อผ้า รับประทานอาหารที่มีไขมันสูงเกิดการกำเริบของโรค หงข้าวทำกับข้าวอย่างง่าย การอาบน้ำ เป็นต้น การตอบมี 1-5¹⁴ คือ 1=น้อยที่สุด ถึง 5=มากที่สุด การแปลผลรวม 75 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ¹⁵ คือ 1.00-25.00 ระดับต่ำ, 25.01 – 50.00 ระดับปานกลาง, 50.01 – 75.00 ระดับสูง

ส่วนที่ 4 ความสามารถในการทรงตัว โดยวิธี Berg Balance Scale 14 ข้อ เครื่องมือวิจัยนี้ผู้วิจัยประยุกต์มาจาก ทิวาพร ทวีวรรณกิจ และคณะ¹⁶ เกี่ยวกับความสามารถด้านการลุกขึ้นยืน พยายามไม่ใช้มียัน การยืนนิ่ง 2 นาทีโดยไม่จับสิ่งของใด ๆ การนั่งไม่พิงพนักเก้าอี้มือทั้งสองทอดออก 2 นาที เป็นต้น การให้คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 4 คะแนน คือ 0 = ทำไม่ได้, 1 = ทำได้น้อยที่สุด ถึง 5 = ทำได้มากที่สุด การแปลผลคะแนนรวม 56 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ¹⁵ คือ 1.00-18.66 ระดับต่ำ, 18.67-37.33 ระดับปานกลาง, 37.34-56.00 ระดับสูง

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ เครื่องมือวิจัยนี้ผู้วิจัยประยุกต์มาจาก ทิวาพร ทวีวรรณกิจ และคณะ¹⁶ เกี่ยวกับการกระทำหรือการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ได้แก่ การไปรับการตรวจวัดสายตาอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง กรณีที่มีปัญหาทางสายตา เช่น สายตาวัว ท่านรับการตรวจรักษาเพื่อแก้ไขปัญหาทางสายตา รับประทานยา การตอบเป็นระดับพฤติกรรม 1-5¹⁴ คือ 1=น้อยที่สุด ถึง 5=มาก

ที่สุด การแปลผลคะแนนรวม 50 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ¹⁵ คือ 1.00 – 16.66 = ระดับต่ำ, 16.67 – 33.33 = ระดับปานกลาง, 33.34 – 50.00 = ระดับสูง การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การหาค่าความเที่ยง (content validity index: CVI) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยสำหรับข้อมูลทั่วไป โดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เลือกใช้คำถามรายข้อที่มีค่า CVI = 1 ทุกประเด็น คือ ข้อมูลทั่วไปและคุณลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุ การหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน ในเขตอำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ปรากฏค่าเชื่อมั่น alpha ของแบบสอบถามดังนี้ สมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ .87 ความกลัวการหกล้ม = .81 ความสามารถในการทรงตัว = .84 และพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ = .86

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ระยะก่อนการทดลอง เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย วิจัย ชี้แจงให้วัตถุประสงค์ของการวิจัย และการสอนเป็นกลุ่มย่อยในชมรมผู้สูงอายุ

ระยะทดลอง ดำเนินการจัดกิจกรรม 8 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 Pre-test (ก่อนการจัดกิจกรรม) กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพและชี้แจงการจัดกิจกรรมโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

สัปดาห์ที่ 2 ให้ความรู้ในการจัดการความเสี่ยงหลายอย่างร่วมกันครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงด้านต่าง ๆ ที่จะมีผลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยโปรแกรมการให้ความรู้การออกกำลังกาย และการให้คำปรึกษาแนะนำในการใช้ยา กิจกรรมการให้ความรู้

สัปดาห์ที่ 3 ให้ความรู้วิธีออกกำลังกาย เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในการศึกษาครั้งนี้ ได้จัดกิจกรรมการออกกำลังกายออกเป็น 2 กิจกรรมหลัก ได้แก่ กิจกรรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ร่วมกับการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความ

แข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว ให้กับผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรม โดยการทำกิจกรรมการออกกำลังกาย ประกอบคือวิธีที่ 1 ทำการฝึกการออกกำลังกาย และให้การบ้านเป็นตารางออกกำลังกายด้วยตนเองต่อเนืองที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 4-6 การฝึกการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ เนื้อหากิจกรรม ได้แก่ 1) ทำยืดกล้ามเนื้อและฝึกความยืดหยุ่นของข้อ 4 ท่า 2) ทำฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ 4 ท่า 3) ทำฝึกการเดินและการทรงตัว 7 ท่า

สัปดาห์ที่ 7 การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม เกี่ยวกับการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้าน ได้แก่ ลักษณะที่อยู่อาศัย พื้นบ้าน ขอบธรณีประตู/พื้นต่างระดับ แสงสว่างภายในบ้าน บันได ห้องน้ำ ห้องส้วม การจัดวางสิ่งของ พรมเช็ดเท้า สัตว์เลี้ยง และบริเวณรอบ ๆ บ้าน

สัปดาห์ที่ 8 การสรุปและประเมินผล ผู้เข้าร่วมโปรแกรมตอบแบบสอบถาม (post-test)

3. ระยะหลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 8 (2 ชั่วโมง) การสรุปและประเมินผล การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรงของผู้สูงอายุต้นแบบ สมรรถภาพดี พร้อมทั้งประเมินผลหลังเข้าร่วมกิจกรรมครบ 8 สัปดาห์ ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมตอบแบบสอบถาม (post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ ข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างตัวแปรเปรียบเทียบ 1 กลุ่ม (one group measured) ระหว่างก่อน-หลังพัฒนา โดยใช้ Paired t-test ได้แก่ สมรรถภาพระบบหายใจและหลอดเลือด ความกลัวในการหกล้ม ความสามารถในการทรงตัว พฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ และ การพลัดตกหกล้ม

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการ

พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาล
ชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ เอกสารรับรองเลขที่ 005/2567
ลงวันที่ 2 มกราคม 2567

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่เป็น
เพศหญิง ร้อยละ 65.4 อายุ 70-79 ปี ร้อยละ 46.2
และภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อย
ละ 86.5

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า หลังได้รับ
โปรแกรมผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพปกติเพิ่มขึ้น ได้แก่
ระดับ cholesterol จากร้อยละ 21.2 เป็นร้อยละ
78.8 systolic blood pressure จากร้อยละ 40.4
เป็นร้อยละ 51.9 diastolic blood pressure จาก
ร้อยละ 40.4 เป็นร้อยละ 96.2 ออกกำลังกายโดยการเดิน
จากร้อยละ 63.5 เป็นร้อยละ 73.1 และผู้สูงอายุไม่มี
การพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 36.5 เป็นร้อย
ละ 63.5 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n= 52)

ภาวะสุขภาพ	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับ Cholesterol				
ปกติ (<200 มก./ดล.)	11	21.2	41	78.8
ผิดปกติ (≥ 200 มก./ดล.)	41	78.8	11	21.2
Systolic blood pressure				
ปกติ ต่ำกว่า 130 mmHg	21	40.4	27	51.9
ผิดปกติ 130 mmHg ขึ้นไป	31	59.6	25	48.1
Diastolic blood pressure				
ปกติ ต่ำกว่า 90 mmHg	21	40.4	50	96.2
ผิดปกติ 90 mmHg ขึ้นไป	31	59.6	2	3.8
การออกกำลังกาย				
ไม่มี	13	25.0	3	5.8
เดิน	33	63.5	38	73.1
เต้น	3	5.8	3	5.8
แกว่งแขน	2	3.8	7	13.5
ทำสวน	1	1.9	1	1.9
จำนวนครั้งที่พลัดตกหกล้ม				
ไม่มี	19	36.5	33	63.5
1 ครั้ง	10	19.2	15	28.8
2 ครั้งขึ้นไป	23	44.2	4	7.7

สมรรถภาพทางกายผู้สูงอายุ พบว่า หลังได้รับ
โปรแกรมผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยสมรรถภาพโดยรวม
เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ($t = -8.231$, $df = 51$, $p < .001$) มีสมรรถภาพ
เพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ การเดินย่ำก้าว 2 นาที จาก

53.60 เป็น 66.21 รองลงมาคือ ลูกยืนจากเก้าอี้ จาก
6.85 เป็น 10.29 และมีสมรรถภาพเพิ่มขึ้นน้อยที่สุด
คือ นั่งเก้าอี้ยืนแขนแตะปลายเท้า จาก 0.85 เป็น
1.10 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถภาพทางร่างกายผู้สูงอายุ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n=52)

สมรรถภาพ	ก่อน	หลัง	t	df	p-value
	เฉลี่ย	เฉลี่ย			
1. ดัชนีมวลกาย (กก./ม. ²)	24.72	22.86	5.212	51	<.001*
2. เส้นรอบเอว (เซนติเมตร)	88.67	86.06	4.691	51	<.001*
3. เดินย่ำก้าว 2 นาที (ครั้ง)	53.60	66.21	-8.006	51	<.001*
4. ลูกยืนจากเก้าอี้ (ครั้ง)	6.85	10.29	-9.108	51	<.001*
5. งอแขนพับศอก (ครั้ง)	10.56	13.63	-9.758	51	<.001*
6. นั่งเก้าอี้ยันแขนแตะปลายเท้าแตะได้ (นิ้ว)	0.85	1.10	-2.897	51	.006*
7. การเอื้อมแขนแตะมือด้านหลังแตะได้ (นิ้ว)	2.26	3.06	-6.412	51	<.001*
8. การลุกเดินจากเก้าอี้ไปและกลับ ทำได้ (วินาที)	6.10	7.87	-6.329	51	<.001*
เฉลี่ย	193.60	211.09	-8.231	51	<.001*

*p-value <.05, Paired t-test

ความสามารถในการทรงตัว พบว่าหลังได้รับโปรแกรมผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการทรงตัวเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -7.524$, $df=51$, $p<0.001$) ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทรงตัวเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ ยืนนิ่ง 2 นาทีโดยไม่จับสิ่งของ จาก 3.23

เป็น 3.90 รองลงมาคือ ลูกขึ้นยืน พยายามไม่ใช้มียืน จาก 3.23 เป็น 3.81 และผู้สูงอายุมีความสามารถในการทรงตัวเพิ่มขึ้นน้อยที่สุดคือ ยืนเท้าชิดกัน 2 ข้างโดยไม่ยึดเกาะสิ่งใด จาก 2.87 เป็น 3.06 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการทรงตัว ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n=52)

ความสามารถในการทรงตัว	ก่อน	หลัง	t	df	p-value
	เฉลี่ย	เฉลี่ย			
1. ลูกขึ้นยืน พยายามไม่ใช้มียืน	3.23	3.81	-6.872	51	<.001*
2. ยืนนิ่ง 2 นาทีโดยไม่จับสิ่งของ	3.23	3.90	-8.299	51	<.001*
3. นั่งไม่พึ่งพิงเก้าอี้มือทั้งสองกดดอก 2 นาที	3.27	3.87	-7.554	51	<.001*
4. เปลี่ยนจากยืนเป็นนั่งเอง	3.10	3.63	-7.178	51	<.001*
5. เคลื่อนย้ายตัวเองจากเก้าอี้ไปอีกเก้าอี้หนึ่ง ทำสลับกัน โดยครั้งแรกให้นั่งเก้าอี้ที่มีที่พัก แขนและอีกเก้าอี้หนึ่งไม่มีที่พักแขน	3.21	3.60	-5.236	51	<.001*
6. ยืนหลับตานิ่งๆ 10 นาที	1.90	2.23	-4.977	51	<.001*
7. ยืนเท้าชิดกัน 2 ข้างโดยไม่ยึดเกาะสิ่งใด	2.87	3.06	-3.120	51	.003*
8. ยกแขนขึ้นด้านหน้าขนานกับพื้น (90 องศา) เอนไปข้างหน้าให้มากที่สุด	2.46	2.88	-5.684	51	<.001*
9. หยิบรองเท้าที่วางอยู่ด้านหน้าของเท้า	3.13	3.56	-4.790	51	<.001*
10. หมุนตัวไปทางซ้ายให้มากที่สุด พยายามมองสิ่งที่อยู่ด้านหลัง และทำซ้ำทางด้านขวา	2.96	3.40	-3.655	51	.001*
11. หมุนตัวกลับ 360 องศา โดยหมุนไปทางซ้ายให้ครบแล้วหมุนกลับไปทางขวา	2.88	3.37	-3.868	51	<.001*

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการทรงตัว ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n=52)

ความสามารถในการทรงตัว	ก่อน	หลัง	t	df	p-value
	เฉลี่ย	เฉลี่ย			
12. วางเท้าบนตั่ง (ม้าเตี้ย) ที่ละข้างสลับกัน ทำซ้ำข้างละ 4 ครั้ง	3.15	3.67	-6.137	51	<.001*
13. วางเท้าข้างหนึ่ง ให้อยู่ด้านหน้าเท้าอีกข้างหนึ่ง	3.06	3.40	-4.804	51	<.001*
14. ยืนขาข้างเดียวได้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยไม่มีการยืตัวตู่	1.79	2.06	-3.675	51	.001*
ค่าเฉลี่ย	40.25	46.44	-7.524	51	<.001*

*p-value <.05, Paired t-test

พฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุพบว่า หลังได้รับโปรแกรมผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการหกล้มเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-8.363$, $df=51$, $p<0.001$) ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ เมื่อมีปัญหาทางสายตาจะไปการตรวจรักษาเพื่อแก้ไขปัญหาดัง

กล่าวคือ จาก 3.25 เป็น 4.98 รองลงมาคือ ไปรับการตรวจวัดสายตาอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง จาก 3.73 เป็น 4.96 และผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นน้อยที่สุดคือ ได้รับการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงภาวะหกล้มทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จาก 4.67 ± 0.47 เป็น 5.00 ± 0.00 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n=52)

พฤติกรรมป้องกันการหกล้ม	ก่อน	หลัง	t	df	p-value
	เฉลี่ย	เฉลี่ย			
1. ไปรับการตรวจวัดสายตาอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	3.73	4.96	-9.223	51	<.001*
2. เมื่อมีปัญหาทางสายตาจะไปการตรวจรักษาเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว	3.25	4.98	-8.339	51	<.001*
3. รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด ไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเอง	4.00	5.00	-7.141	51	<.001*
4. ทานปรึกษาแพทย์ทุกครั้งเมื่อมีปัญหาเรื่องการรับประทานยาหรือผลข้างเคียงของยา เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด ฯลฯ	4.40	5.00	-8.677	51	<.001*
5. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	4.02	4.83	-6.570	51	<.001*
6. จะพยายามช่วยตนเองในการป้องกันภาวะหกล้ม	4.12	4.83	-5.892	51	<.001*
7. ครอบครัวและผู้ดูแลในครอบครัว ให้การดูแลเพื่อป้องกันการหกล้ม	4.13	4.90	-5.646	51	<.001*
8. ได้รับการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงภาวะหกล้มทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	4.67	5.00	-4.977	51	<.001*
9. มีการออกกำลังกายตามความเหมาะสม	2.96	3.94	-5.683	51	<.001*
10. ในบ้านมีการป้องกันภาวะหกล้ม เช่น มีราวจับตามทางเดินหรือในห้องน้ำ	3.35	3.88	-6.741	51	<.001*
ค่าเฉลี่ย	38.63	47.33	-8.363	51	<.001*

*p-value <.05, Paired t-test

สรุปและอภิปรายผล

1. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพปกติเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นตามสมมติฐาน ได้แก่ ระดับ cholesterol, systolic blood pressure, diastolic blood pressure ออกกำลังกายโดยการเดิน ออกกำลังกาย 5 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ¹⁷ พบว่า โปรแกรมป้องกันการหกล้มนี้สามารถนำมาใช้ในการส่งเสริมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการศึกษาของปริศนา รสดีดา¹⁸ การศึกษาการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน: บทบาทพยาบาลกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน พบว่า แนวทางการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลชุมชนในการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ได้แก่ การประเมินผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลการรับประทานยาโรค อาหาร การปรับสิ่งแวดล้อม และการส่งเสริมการออกกำลังกาย

2. สมรรถภาพทางกาย หลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ การเดินย่ำก้าว 2 นาที รองลงมาคือ ลูกยืนจากเก้าอี้ และมีสมรรถภาพเพิ่มขึ้นในการนั่งเก้าอี้ยืนแขนแตะปลายเท้า ตามลำดับ ซึ่งเป็นตามสมมติฐานสอดคล้องกับการศึกษาการป้องกันการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง พบว่าการสร้างเสริมความตระหนักถึงความต้องการของผู้รับบริการเป็นสิ่งสำคัญและกระตุ้นการมีส่วนร่วมให้เกิดความเข้าใจและรู้สึกเป็นเจ้าของในกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อให้ผู้สูงอายุมีการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างยั่งยืนในระยะยาว¹⁹

3. ความสามารถในการทรงตัว หลังได้รับโปรแกรมผู้สูงอายุมีความสามารถในการทรงตัวเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า หลังได้รับโปรแกรมทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทรงตัวเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ การยืนนิ่ง 2 นาทีโดยไม่จับสิ่งของ ลูกขึ้นยืนพยายามไม่ใช้มือยัน และผู้สูงอายุมีความสามารถในการทรงตัวยืนเท้าชิดกัน 2 ข้างโดยไม่ยืดเกาะสิ่งใดๆ ได้ ตามลำดับ จึงมีผลทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทรงตัวเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นตามสมมติฐานสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรพัฒน์ นาวารัตน์และคณะ²⁰ ศึกษาคุณค่าจุดตัดความเร็วในการเดินสำหรับทำนายการกล้วการหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่า ความเร็วในการเดินสามารถนำมาใช้ฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดเพื่อเพิ่มความสามารถในการทรงตัวได้ และการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มมี 3 อย่าง ได้แก่ โรคทางระบบประสาท การใช้ยา และความสามารถในการทรงตัว²¹

3. พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า หลังได้รับโปรแกรมทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ เมื่อมีปัญหาทางสายตาจะไปการตรวจรักษาเพื่อแก้ไขปัญหาทางสายตาทันที จะไปรับการตรวจวัดสายตาอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นในการได้รับการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงภาวะหกล้มทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตามลำดับ และผู้สูงอายุไม่มีการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 36.5 เป็นร้อยละ 63.5 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่า หลังทดลองผู้สูงอายุสามารถป้องกันการหกล้มแตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และทำให้ผู้สูงอายุมีการเตรียมความพร้อมในการ

ป้องกันการหกล้มได้มากขึ้น²² การศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับโปรแกรม²³ การศึกษาของ จริญญา ส่งเสริม¹³ ศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า หลังได้รับโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มผู้สูงอายุในชุมชนมีพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและอัตราการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมภายใน 90 วัน ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับโปรแกรมและการศึกษาที่พบว่า สมรรถภาพด้านการทรงตัวและด้านการใช้ยามีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁴ สรุปผล โปรแกรมการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุนี้ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทรงตัว มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มและมีสมรรถภาพโดยรวมดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านนโยบาย จากผลการศึกษานี้ผู้บริหารการพยาบาลสามารถนำผลการศึกษาไปใช้

ประกอบในการพัฒนานโยบายในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุต่อเนื่องไปยังชุมชน เพื่อลดโอกาสเสี่ยงในการหกล้มและอัตราการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน

2. ด้านการปฏิบัติ จากผลการศึกษานี้ ผู้ให้บริการสามารถนำโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ครั้งนี้ ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานการส่งเสริมและป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุต่อไป โดยสามารถนำความรู้และกิจกรรมโปรแกรมไปต่อยอดหรือนำไปใช้ในการเพิ่มสมรรถนะของผู้สูงอายุ รวมทั้งสามารถนำไปพัฒนาแกนนำในชุมชนขยายผลนำไปใช้ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการศึกษานี้ เนื่องจากผู้วิจัยพัฒนากิจกรรมและศึกษาในผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร เท่านั้น ดังนั้นควรศึกษาและพัฒนาโปรแกรมในการส่งเสริมและป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนอื่น ๆ ในวงกว้างจะเป็นประโยชน์ต่อทั้งผู้สูงอายุ และให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่ออายุสูงขึ้นไปในระยะยาวจะสามารถช่วยลดภาระการดูแลของญาติได้

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Thailand's leadership and innovations towards healthy ageing. [Internet]. 2023. [Cited 2023 June 2]. Available from: <https://www.who.int/thailand>
2. Odasso MM, van der Velde N, Martin FC, Petrovic M, Tan MP, Ryg J, et al. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. [Internet]. 2022. [Cited 2023 May 2]. Available from: <https://academic.oup.com/ageing/article/51/9/afac205/6730755>
3. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. บทความเรื่อง สังคมผู้สูงอายุ : นัยต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ. [อินเทอร์เน็ต]. 2560. [เข้าถึงเมื่อ 17 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงจาก http://www.stou.ac.th/stouonline/lom/data/sec/Lom_12/05-01.html.
4. สำนักระบาดวิทยา. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2560. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. 2560. [เข้าถึงเมื่อ 17 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงจาก <http://www.boe.moph.go.th/Annual>
5. นิพา ศรีช้าง, วิตรา กำวิ. รายงานการพยากรณ์การพลัดตกหกล้ม ของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 – 2564. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 17 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงจาก <http://www.thaincd.com>

6. กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค. รายงานสรุปผลการประเมินความรอบรู้การป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ
ปีงบประมาณ 2566. [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 17 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงจาก
<https://ddc.moph.go.th/uploads/files/37140202309190758>
7. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2564. นนทบุรี: กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติ
แห่งชาติ, 2565.
8. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ.
[อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 17 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงจาก: <http://agingthai.dms.go.th/agingthai>
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร. ข้อมูลจาก HDC จังหวัดชุมพร. [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 17 พฤศจิกายน 2566].
เข้าถึงจาก: <http://www.cmpo.moph.go.th/cmpo>
10. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. Health Education Monographs 1974; 2: 328-35.
11. Bandura. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company, 1997.
12. อรุณ จิรวัดน์กุล. สถิติในงานวิจัย เลือกใช้อย่างไรให้เหมาะสม. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์, 2557.
13. จริญญา ส่งเสริม. ผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารโรงพยาบาลนครพนม 2564; 8(1):
73-83.
14. Likert R. "The Method of Constructing an Attitude Scale," Reading in Attitude Theory and Measurement. edited
by Martin Fishbein. New York: John Wiley & Son, 1967.
15. Best JW. Research in Education. New Jersey: Prentice hall Inc., 1977.
16. ทิพาพร ทวีวรรณกิจ, สุกัลยา อมตฉายา, พรณี ปิงสุวรรณ, ลักขณา มาทอ. การทรงตัว การล้ม และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่
เคลื่อนไหวและไม่เคลื่อนไหวร่างกายเป็นประจำ. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด 2553; 22(3): 271-79.
17. กาญจนา พิบูลย์. โครงการวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน. คณะ
สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2562.
18. บริศนา รณสีดา. การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน: บทบาทพยาบาลกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน. วารสารพยาบาล
สภาวิชาชีพไทย 2561; 11(2): 15-25.
19. ญาณานุช บุญญรัตน์. การป้องกันการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง. ลำปางเวชสาร 2561;
39(1): 41-43.
20. จิรพัฒน์ นาวารัตน์, มูรณีย์ ดารามัน, วันวิสาข์ สุตระกูล, จุฬาลักษณ์ จิตรสว่าง, อรพรรณ มีเงิน. ค่าจุดตัดความเร็วในการเดิน
สำหรับทำนายการก๊วการหกล้มในผู้สูงอายุ. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ 2561; 21(3): 317-24.
21. Emerson PN. Fall-Risk Assessment and Intervention to Reduce Fall-related Injuries and Hospitalization among
Older Adults. The Journal for Nurse Practitioners. 2023; 19(1): 104397. doi:10.1016/j.nurpra.2022.07.005
22. อธิภัทร อติวินิจตระการ, ขวณท์ อิมอาบ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมและป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ.
วารสารแพทย์เขต 4-5, 2562; 38(4): 288-98.
23. มานิตา รักศรี, นารีรัตน์ จิตรมนตรี, เสาวลักษณ์ จิระธรรมคุณ. ผลของโปรแกรมการปรับความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม
ป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย 2562; 12(2): 134-50.
24. Karpusenko T, Alfonsi M, Cirino NT de O, et al. Factors associated with unrecovered falls among older adults.
Geriatric Nursing. 2023; 51: 323-29.