

การสังเคราะห์วรรณกรรมด้านการปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในช่วงปี พ.ศ. 2556-2565

มธุรส สว่างบำรุง^{*}, หนึ่งหทัย ชัยอาภา^{**}, เมธี วงศ์วีระพันธุ์^{***}

บทคัดย่อ

งานวิจัยวิเคราะห์เอกสารมีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์วรรณกรรมด้านการปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุและเชื่อมโยงแนวคิดทฤษฎีในการดูแลป้องกันด้านการปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุของประเทศไทย ในช่วงปี พ.ศ. 2556 - 2565 ประชากร คือ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ จำนวน 30 รายการ ที่สืบค้นจาก 3 ฐานข้อมูล ได้แก่ ThaiJO, Research Gateway Common Service และ Google.co.th เครื่องมือวิจัย คือ แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย และแบบบันทึกข้อมูลงานวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยด้านการพัฒนาโปรแกรมป้องกันการปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ จำนวน 15 รายการ คิดเป็นร้อยละ 50.00 การสังเคราะห์วรรณกรรมด้านการวิจัยอยู่ภายใต้กรอบแนวคิด มิติ 4 ด้าน ได้แก่ มิติที่ 1) ด้านสถานการณ์การแพทย์ฉุกเฉิน การประเมินความเสี่ยง และข้อเสนอแนะของนโยบายในการป้องกันการปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ มิติที่ 2) ด้านทัศนคติ การรู้คิด อารมณ์และพฤติกรรมในการปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ มิติที่ 3) ด้านปัจจัยที่ส่งผล หรือมีความสัมพันธ์กับการปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ และมิติที่ 4) ด้านการพัฒนาโปรแกรม รูปแบบ การฟื้นฟูและมาตรการป้องกันการปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ความเชื่อมโยงแนวคิดทฤษฎีในการดูแลป้องกันการปลัดตกหกล้มทั้งหมดมี 7 แนวคิด ประกอบด้วย 1) แนวคิดนโยบายการแพทย์ฉุกเฉิน 2) ทฤษฎีทัศนคติความสมดุล 3) ทฤษฎีปัจจัยนำปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม 4) ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ 5) ทฤษฎีในการดูแลตนเอง 6) แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ 7) แนวคิดสาธารณสุข

คำสำคัญ: การปลัดตกหกล้ม; ผู้สูงอายุ; การสังเคราะห์วรรณกรรม

^{*} รองศาสตราจารย์ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้

^{**} ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้

^{***} อาจารย์ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้

^a Corresponding author: มธุรส สว่างบำรุง Email: marosesom@yahoo.com

รับบทความ: 20 ก.พ. 67; รับบทความแก้ไข: 9 พ.ค. 67; ตอปรับตีพิมพ์: 11 พ.ค. 67; ตีพิมพ์ออนไลน์: 4 มิ.ย. 67

Literature Synthesis on Falls of the Elderly in the Year 2013-2022

Maturose Sawangbumrung^{*a}, Naunghatai Chairporn^{**}, Matree Vongverapant^{***}

Abstract

The objectives of this document analysis research were to synthesize literature on falls among the elderly and to link theoretical concepts in preventing falls among the elderly in Thailand in the year 2013-2022. The population included a total of 30 studies related to falls in the elderly which searched from three databases: ThaiJo, Research Gateway Common Service and Google.co.th. The research instruments were the research quality assessment form and the research data recording form. Data were analyzed using descriptive statistics including percentages, means, standard deviations, and content analyses.

Results of the study revealed that most of the research studies were on the development of programs to prevent falls for the elderly, totaling 15 subjects (50%). The research literature synthesis was based on four dimensions of conceptual frameworks: 1) emergency medical situation, risk assessment, and policy recommendations for preventing falls among the elderly; 2) attitudes, cognition, emotion and behavior in falls among the elderly; 3) factors that affect or are related to falls among the elderly; and 4) development of programs, models, rehabilitation, and measures to prevent falls for the elderly. As for Theoretical concepts are linked to fall prevention care, a total of 7 concepts consisting of 1) emergency medical policy concept, 2) balance attitude theory, 3) theory of predisposing factors, enabling factors, and reinforcing factors, 4) theory of health promotion 5) self-care theory, 6) health literacy concept, and 7) public health concept.

Keywords: Falls; Elderly; Literature synthesis

^{*} Associate Professor, Faculty of Liberal Arts, Maejo University

^{**} Assistant Professor, Faculty of Science, Maejo University

^{***} Instructor, Faculty of Liberal Arts, Maejo University

^a Corresponding author: Maturose Sawangbumrung Email: marosesom@yahoo.com

Received: Feb. 20, 24; Revised: May 9, 24; Accepted: May 11, 24; Published Online: Jun. 4, 24

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ใน พ.ศ. 2564 ประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” หรือมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ คาดว่าใน พ.ศ. 2583 สัดส่วนของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 31.2 ทุกปีพบว่า มีผู้สูงอายุ 1 ใน 3 หรือมากกว่า 3 ล้านคนทกล้ม สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการลื่น สะดุด หรือก้าวพลาดบนพื้นระดับเดียวกันมากถึงร้อยละ 67.4 และการตกหรือล้มจากบันได และชั้นบันได ร้อยละ 5.2 ผู้ป่วยใน พ.ศ. 2562 เพิ่มขึ้นจาก พ.ศ. 2561 ร้อยละ 6 พบภาคเหนือมีผู้ป่วยสูงที่สุด รองลงมาคือ ภาคใต้ และภาคอีสาน ใช้บริการรถฉุกเฉิน ด้วยสาเหตุพลัดตกหกล้ม เฉลี่ยวันละ 140 ครั้ง หรือ 50,000 ครั้ง/ปี ใน พ.ศ. 2562 มีผู้เสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มสูงถึง 2,450 คน หรือเฉลี่ยวันละ 7 คน เป็นกลุ่มผู้สูงอายุมากถึง 1,318 คน หรือเฉลี่ยวันละ 4 คน การบาดเจ็บหลังจากพลัดตกหกล้ม มีตั้งแต่อาการฟกช้ำ แผลถลอก กระดูกหัก รุนแรงถึงทุพพลภาพ และเสียชีวิตได้⁽¹⁾ การพลัดตกหกล้ม เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ไม่ควรมองข้าม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ในแต่ละปีมีผู้ตายจากการพลัดตกหกล้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สูงเกือบ 1,800 คน หรือเฉลี่ยวันละ 5 คน โดยเป็นผู้สูงอายุ สูงถึง 800 คน หรือเฉลี่ยวันละ 2 คน เป็นสาเหตุการตายอันดับสองในกลุ่มของการบาดเจ็บโดยไม่ตั้งใจ รองจากอุบัติเหตุทางถนน อุบัติเหตุขนส่ง ร้อยละ 31.51 การพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 10.63 ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเพิ่มสูงขึ้นตามอายุ⁽²⁾ โดยจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มในปี 2565 เท่ากับ 1,255 ราย ส่วนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่บาดเจ็บเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลจากพลัดตกหกล้มในปี 2565 มีจำนวน 89,355 ราย งบประมาณที่สูญเสียในแต่ละปีในการดูแลผู้สูงอายุที่บาดเจ็บจากพลัดตกหกล้มเป็นจำนวนหลายพันล้านบาท โดยมีปัจจัยเสี่ยงสำคัญประกอบด้วย 1) ปัจจัยเสี่ยงทางด้านร่างกาย การมีโรคประจำตัวเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับหนึ่งของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ต้องใช้ยาที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม รองลงมาคือ การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ ทำให้กล้ามเนื้อและระบบการทรงตัวไม่แข็งแรง ภาวะขาดวิตามินดี การบาดเจ็บทางเท้า นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยเสี่ยงทางการมองเห็นที่บกพร่อง ประสาทสัมผัสการรับรู้ที่บกพร่อง สิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการหกล้ม 2) ปัจจัยเสี่ยงทางด้านสภาพแวดล้อม ผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่ในบ้านที่ไม่ปลอดภัยถึงร้อยละ 80 เกิดเหตุหกล้มในห้องน้ำถึงร้อยละ 30 ตัวอย่างจุดเสี่ยง เช่น พื้นเปียก ลื่น ห้องน้ำไม่มีราวจับ ไม่มีเก้าอี้นั่งอาบน้ำ พื้นต่างระดับ สิ่งของขวางกั้น แสงสว่างไม่เพียงพอ การใช้บันได เป็นต้น นอกจากนี้ การแต่งกายและการเลือกใช้อุปกรณ์ที่ไม่เหมาะสมมีโอกาสเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม การบาดเจ็บจากพลัดตกหกล้มมีตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงขั้นทำให้เสียชีวิต รวมทั้งอาจทำให้เกิดความพิการทุพพลภาพ ต้องพึ่งพาผู้อื่นคุณภาพชีวิตลดลงอายุขัยสั้นลง⁽³⁾ นอกจากการบาดเจ็บแล้ว อุบัติเหตุพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุยังส่งผลกระทบทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เคยหกล้มไปแล้ว จะยิ่งกลัวมากขึ้นจนกังวลและขาดความมั่นใจที่จะเดินจนเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้⁽⁴⁾ ความสำคัญดังกล่าวนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในประเด็นการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุซึ่งมีระดับความรุนแรงต่อชีวิตและนำมาซึ่งผลกระทบในหลายด้าน โดยการศึกษาสังเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารงานวิจัยที่สืบค้นจากฐานข้อมูลต่างๆ ในช่วง 10 ปี ซึ่งเกิดประโยชน์โดยตรงแก่การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หน่วยงานนำองค์ความรู้ไปพัฒนาสังคมประชากรผู้สูงอายุในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อสังเคราะห์วรรณกรรมด้านการปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในช่วงปี พ.ศ. 2556-2565
2. เพื่อเชื่อมโยงแนวคิดทฤษฎีในการดูแลป้องกันด้านการปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในช่วงปี พ.ศ.2556-2565

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้กำหนดรูปแบบงานวิจัยวิเคราะห์เอกสาร (Documentary research) จากงานวิจัยด้านการปลัดตกหกล้มจำนวน 30 รายการโดยผู้วิจัยกำหนดวัตถุประสงค์ ขอบเขต ลักษณะ ประเภทของเอกสาร สืบค้นคัดเลือกตามเกณฑ์ จัดระบบเอกสาร สังเคราะห์องค์ความรู้ และนำเสนอบทสรุปรายงานผลการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ วรรณกรรมที่ประกอบด้วยรายงานการวิจัย บทความวิจัย วิทยานิพนธ์ต่างๆ ซึ่งเผยแพร่ในช่วงปี พ.ศ. 2556 - 2565 ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการปลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ จำนวน 30 รายการ จากสถาบันการศึกษา หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนในประเทศไทย โดยการสืบค้นข้อมูลฐานความรู้จากแหล่งต่างๆในระบบ Internet

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ค้นหาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กำหนดกรอบแนวคิด สร้างเครื่องมือวิจัยและเกณฑ์วัด
2. สืบค้นคำว่า “การปลัดตกหกล้ม/หกล้ม/อุบัติเหตุของผู้สูงอายุ” โดยกำหนดขอบเขตในช่วงปี พ.ศ.2556-2565 สืบค้นรายชื่อรายงานการวิจัย บทความวิจัย วิทยานิพนธ์ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ ผ่านระบบ Internet จากฐานข้อมูลวิจัยไทย จำนวน 3 ฐาน ประกอบด้วย Thai Journals Online (ThaiJO), Research Gateway Common Service และ Google.co.th
3. คัดเลือกงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดตามแบบฟอร์มการวิเคราะห์งานวิจัยตามหลัก PICO (Population, Intervention, Comparison และ Output) ประกอบด้วยชื่อเรื่อง บทคัดย่อ ปี รูปแบบวิจัย วิธีดำเนินงาน เนื้อหางานวิจัย ผลลัพธ์ข้อค้นพบ และต้องมีรูปเล่มฉบับเต็ม (Full text) หรือบทความวิจัย โดย Scott⁽⁵⁾ ระบุการพิจารณาว่า 1) ความจริง (Authenticity) 2) ความถูกต้องน่าเชื่อถือ (Credibility) 3) การเป็นตัวแทน (Representativeness) และ 4) ความหมาย (Meaning)

เกณฑ์การคัดเข้า

- 1) คัดเลือกรายงานการวิจัย บทความวิจัย และวิทยานิพนธ์จากแหล่งอ้างอิงที่มีความเชื่อถือในช่วงปี พ.ศ.2556-2565 กำหนดขอบเขตประเด็นการปลัดตกหกล้ม จำนวน 30 รายการ
- 2) สืบค้นเฉพาะใน 3 ฐานข้อมูล ได้แก่ ฐานข้อมูลวารสารวิชาการ Thai Journals Online (ThaiJO), Research Gateway Common Service และ Google.co.th มีการจัดทำฉบับเต็ม หรือบทความวิจัย

เกณฑ์คัดออก

- 1) งานวิจัยที่ศึกษาในประเด็นอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการปลัดตกหกล้ม
- 2) งานวิจัยที่ขาดความสมบูรณ์ หรือความชัดเจน
4. การสกัดข้อมูล (Data extraction) สังเคราะห์ข้อความให้เป็นหมวดหมู่ สรุปและเขียนรายงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินคุณภาพของงานวิจัย ประกอบด้วย หัวข้อวัตถุประสงค์วิจัย รูปแบบงานวิจัย กลุ่มตัวอย่าง คุณภาพและเครื่องมือวิจัยที่ใช้ การวิเคราะห์ข้อมูล การอภิปรายผลสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และ แบบบันทึกข้อมูลคุณลักษณะของงานวิจัย ประกอบด้วยชื่อเรื่อง ผู้วิจัย ปี วัตถุประสงค์ กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย สถิติ วิธีดำเนินการ เครื่องมือทั้ง 2 ประเภท ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อหา ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์ (IOC) จำนวน 3 ท่าน มีค่าตั้งแต่ 0.67-1

การวิเคราะห์ข้อมูล

การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา หาค่า ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ความเบ้ ความโด่ง และการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพ สังเคราะห์เนื้อหาสร้างบทสรุปจัดกลุ่มตามประเด็นที่ต้องการศึกษา (Theme)

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของงานวิจัยเชิงปริมาณ

ตารางที่ 1 ความถี่และร้อยละของงานวิจัยที่จำแนกตามคุณลักษณะงานวิจัย

ตัวแปร	ระดับของตัวแปร	ความถี่	ร้อยละ
1. มิติ	1. ด้านสถานการณ์การแพทย์ฉุกเฉิน การประเมินความเสี่ยงและข้อเสนอแนะของนโยบายในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ	6	20.0
	2. ด้านทัศนคติ การรู้คิด อารมณ์และพฤติกรรมในการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ	4	13.3
	3. ด้านปัจจัยที่ส่งผล หรือมีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ	5	16.7
	4. ด้านการพัฒนาโปรแกรม รูปแบบ การฟื้นฟู และมาตรการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ	15	50.0
2. ปี พ.ศ. ที่ผลิตงานวิจัย	2556	1	3.3
	2557	1	3.3
	2558	4	13.3
	2559	3	10.0
	2560	4	13.3
	2561	2	6.7
	2562	3	10.0
	2563	4	13.3
	2564	5	16.7
	2565	3	10.0

ตารางที่ 1 (ต่อ) ความถี่และร้อยละของงานวิจัยที่จำแนกตามคุณลักษณะงานวิจัย

ตัวแปร	ระดับของตัวแปร	ความถี่	ร้อยละ
3. แหล่งข้อมูล	1. ประชากร	1	3.3
	2. กลุ่มตัวอย่าง	29	96.7
4. วิธีการสุ่มตัวอย่าง	1. แบบเจาะจง	20	71.4
	2. แบบบังเอิญ	2	7.1
	3. สุ่มอย่างง่าย	3	10.7
	4. แบบแบ่งชั้นภูมิ	1	3.6
	5. แบบแบ่งกลุ่ม	1	3.6
	6. แบบหลายขั้นตอน	1	3.6
	(ไม่ระบุ 2 เรื่อง)		
5. เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย	1. แบบสอบถาม	12	41.4
	2. แบบสัมภาษณ์	7	24.1
	3. แบบประเมิน	18	62.1
	4. แบบทดสอบ	3	10.3
	(1. เครื่องมือมากกว่า 1/เรื่อง 2. ไม่ระบุ 1 เรื่องและร้อยละเทียบตามแถว)		
6. การหาประสิทธิภาพเครื่องมือวิจัย	1. ความเที่ยงตรง	3	15.0
	2. ความเที่ยงตรง และความเชื่อมั่น	17	85.0
	(ไม่ระบุ 10 เรื่อง)		
7. สถิติที่ใช้ในงานวิจัย	1. ไคสแควร์	11	37.9
	2. สหสัมพันธ์ เพียร์สัน	2	6.9
	3. ไบนารี โลจิสติก	3	10.3
	4. บรรยาย/คุณภาพ/ร้อยละ/ค่าเฉลี่ย/ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	5	17.2
	5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มอิสระ t-test	6	20.7
	6. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มไม่อิสระ Paired t-test	8	27.6
	7. แมนวิทนีย์	1	3.3
	8. ครัสคาล-วอลิส	1	3.3
	9. วิลคอกซัน	2	6.9
	10. แมคนีมาร์	1	3.3
	11. ANOVA	1	3.3
	(1. ใช้สถิติมากกว่า 1/เรื่อง 2. ไม่ระบุ 1 เรื่อง และร้อยละเทียบตามแถว)		

ตารางที่ 1 (ต่อ) ความถี่และร้อยละของงานวิจัยที่จำแนกตามคุณลักษณะงานวิจัย

ตัวแปร	ระดับของตัวแปร	ความถี่	ร้อยละ
8. วิธีดำเนิน การวิจัย	1. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม	1	3.3
	2. การวิจัยเชิงสำรวจ	1	3.3
	3. การวิจัยแบบภาคตัดขวาง	4	13.3
	4. การวิจัยเชิงคุณภาพ	9	30.0
	5. การวิจัยเชิงทดลอง/กึ่งทดลอง	11	36.8
	6. การวิจัยจากผลไปหาเหตุ	1	3.3
	7. การวิจัยและพัฒนา	3	10.0

ผลการศึกษาตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยที่เป็นตัวแปรจัดประเภท พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาในด้านการพัฒนาโปรแกรม รูปแบบ การฟื้นฟู และมาตรการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ จำนวน 15 เรื่อง (50.0 %) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบประเมินมากที่สุด จำนวน 18 เรื่อง (62.1%) และแบบแผนการวิจัยใช้แบบวิจัยเชิงทดลอง/กึ่งทดลอง มากที่สุด จำนวน 11 เรื่อง (36.8%)

ตารางที่ 2 ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรต่อเนื่องตามคุณลักษณะงานวิจัย

ตัวแปร	n	$\bar{x}$	SD	Min	Max	ความเบ้	ความโด่ง
1. จำนวนวัตถุประสงค์งานวิจัย	30	1.93	0.94	1	5	1.19	2.23
2. จำนวนสมมติฐานงานวิจัย	5	3.6	1.14	2	5	-0.41	-0.17
3. จำนวนตัวอย่าง	29	218	236.575	19	966	1.55	2.35
4. จำนวนตัวอย่างทดลอง	10	86.90	147.53	23	494	2.85	8.36
5. จำนวนตัวอย่างควบคุม	10	80.8	139.66	23	472	2.99	9.13
6. ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย	16	0.83	0.08	0.64	0.94	-0.743	-0.230
7. จำนวนข้อของเครื่องมือวิจัย	13	34.3	21.65	10	80	1.08	0.04

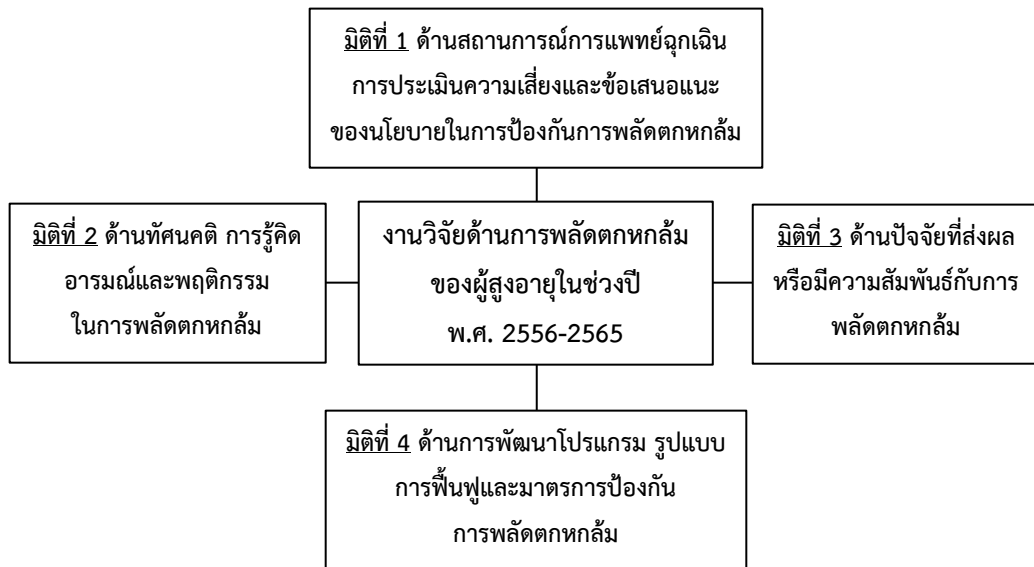
หมายเหตุ: บางตัวแปรไม่ระบุครบ 30 รายการ

ผลการศึกษาคุณลักษณะงานวิจัยที่เป็นตัวแปรต่อเนื่อง จำนวน 6 ตัวแปร คำนวณทางสถิติเบื้องต้น ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ความเบ้ ความโด่ง พบว่าจำนวนวัตถุประสงค์งานวิจัยเฉลี่ย จำนวน 2 ข้อ สมมติฐานวิจัย เฉลี่ย จำนวน 4 ข้อ ขนาดตัวอย่างเฉลี่ย จำนวน 218 คน ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในกลุ่มทดลองเฉลี่ย จำนวน 87 คน ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในกลุ่มควบคุมเฉลี่ย จำนวน 81 คน ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยเฉลี่ย อยู่ที่ 0.83 จำนวนข้อของเครื่องมือเฉลี่ย จำนวน 35 ข้อ และเมื่อพิจารณาความเบ้ และความโด่งพบว่า ตัวแปรทั้งหมดค่อนข้างมีการแจกแจงแบบปกติ

ตอนที่ 2 การสังเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.1 การสังเคราะห์วรรณกรรมด้านการปลัดทกหกล้มของผู้สูงอายุในช่วงปี พ.ศ. 2556-2565

จากงานวิจัยทั้งหมด 30 รายการซึ่งมีประเด็นโจทย์หัวข้อหลัก คือ การปลัดทกหกล้มของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยนำมาสังเคราะห์จัดอยู่ภายใต้กรอบแนวคิดมิติ 4 ด้าน โดยมีรายละเอียดของหัวข้อสาระสำคัญที่แตกต่างกัน สรุปได้ดังต่อไปนี้



ภาพที่ 1 สรุปภาพรวมจากงานวิจัยด้านการปลัดทกหกล้มของผู้สูงอายุในประเทศไทยช่วงปี พ.ศ. 2556-2565 จัดอยู่ภายใต้กรอบแนวคิดที่สำคัญในมิติ 4 ด้าน

มิติด้านสถานการณ์การแพทย์ฉุกเฉิน การประเมินความเสี่ยง และข้อเสนอแนะของนโยบายในการป้องกันการปลัดทกหกล้มของผู้สูงอายุ

ในมิติที่ 1 นี้ งานวิจัยพบว่า สถานการณ์การแพทย์ฉุกเฉินประเทศไทยอาจไม่จำเป็นที่จะต้องมีการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุที่ปลัดทกหกล้มโดยเฉพาะเนื่องจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในปัจจุบันมีการให้บริการครอบคลุมทุกกลุ่มอายุและทุกกลุ่มอาการแล้วแต่ปัญหาที่สำคัญคือการขาดแคลนบุคลากรที่ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินและบุคลากรยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่ปลัดทกหกล้ม⁽⁶⁾ เมื่อวิเคราะห์ประเมินความเสี่ยงมีหลายปัจจัย ได้แก่ อายุ การเคลื่อนไหว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การมองเห็น ระดับความรู้สึกรู้สึก การรับรู้ ภาวะสมองเสื่อมคุณภาพจิตต่างๆ ประวัติการหกล้มมีความเสี่ยงสูง การได้รับยา การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป การขับถ่ายไม่ได้ ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในบ้านสูงสุดได้แก่ บริเวณบันได พื้นผิวทางเดินทุกลักษณะ ขณะที่ตัวแปรสถานภาพสมรส การมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับการปลัดทกหกล้ม รวมถึงที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ

งานวิจัยต่างๆ ยังมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย 7 แนวทาง ได้แก่ 1) การพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข 2) งบประมาณ 3) การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 4) พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 5) ประเมินความเสี่ยงต่างๆ 6) เดือนร่วมกับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง 6) สำรวจจุดเสี่ยงสภาพแวดล้อมในชุมชน และ 7) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานภาคีเครือข่าย ควรมีระบบการดูแลป้องกันการพลัดตกหกล้มในระดับพื้นที่ชุมชน

มิติด้านทัศนคติ การรู้คิด อารมณ์และพฤติกรรมในการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

งานวิจัย พบว่าผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยทัศนคติในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม อยู่ในระดับดี (Mean=4.38, SD=0.643) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=1.92, SD=0.639) และพบว่า ทัศนคติในการป้องกันการพลัดตกหกล้มมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05⁽⁷⁾ ส่วนความแตกฉานด้านสุขภาพเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม พบว่า ค่าเฉลี่ยรวมของทั้ง 8 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 4 มีความแตกฉานด้านสุขภาพการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 81.13)⁽⁸⁾ และผู้สูงอายุมีอารมณ์กลัวการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับมาก

มิติด้านปัจจัยที่ส่งผลหรือมีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

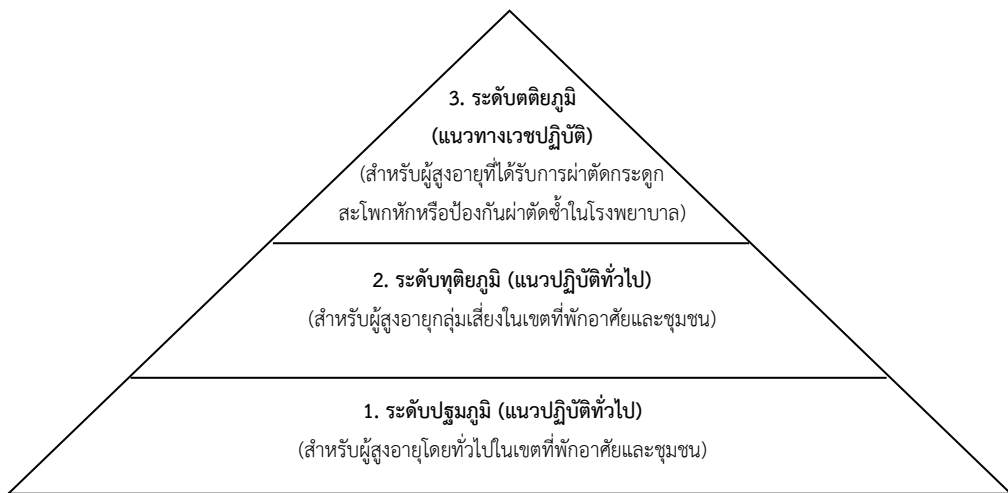
1. ปัจจัยชีวสังคม พบว่า เพศหญิงมีประวัติการพลัดตกหกล้มมากกว่าเพศชาย ส่วนอายุจำแนกเป็นผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปมากที่สุด มีโอกาสเกิดการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุวัยต้น 4.618 เท่า
2. ปัจจัยสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่สำคัญ ได้แก่ 1) รูปร่างและภาวะสุขภาพ ดัชนีมวลกาย (BMI) เกินเกณฑ์ อ้วน อ้วนมาก มีโอกาสเสี่ยงหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ปกติ 1.8 เท่า และโรคประจำตัว มีโอกาสเกิดการหกล้มในผู้สูงอายุมากกว่าภาวะสุขภาพดี 5.712 เท่า 2) การเคลื่อนไหวและการทรงตัว กระดูกและข้อเข่า ข้อสะโพกมีโอกาสเสี่ยงหกล้มเสียสมดุลมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหา 2.9 เท่า 3) ปัญหาสายตาและการได้ยิน มีโอกาสเสี่ยงหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาการได้ยิน 1.7 เท่า 4) การรับรู้ ความคิดและพฤติกรรมป้องกัน การรับรู้โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำกับพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญที่สถิติ 5) ประวัติการพลัดตกหกล้มในรอบ 1 ปีมีโอกาสเสี่ยงกว่า และ 6) ภาวะโภชนาการ ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะขาดสารอาหารมีในกลุ่มที่มีการพลัดตกหกล้มมากกว่า
3. ปัจจัยร่วม ได้แก่ 1) ที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่จะเป็นการหกล้มในบ้าน ร้อยละ 15.8/ หกล้มนอกบ้านซึ่งเป็นสถานที่ที่หกล้มมากที่สุด คือ รอบบริเวณบ้าน ร้อยละ 38.81 2) ยาบางประเภท การใช้ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท ยาลดความดันโลหิตสูง เป็นประจำมีโอกาสเสี่ยงหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ใช้ยา 1.6 เท่า (OR=1.6, 95% CI=1.1-2.4)⁽⁹⁾ หรือมีการใช้ยาประจำตั้งแต่ 5 ชนิดขึ้นไป (Polypharmacy) และ 3) แรงสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนบ้านในระดับต่ำ เนื่องจากครอบครัวของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เคยซื้ออุปกรณ์ช่วยพยุงเดินให้แก่ผู้สูงอายุ และเพื่อนบ้านไม่เคยแนะนำการใช้อุปกรณ์

มิติด้านการพัฒนาโปรแกรม รูปแบบ การฟื้นฟู และมาตรการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ งานวิจัยจำแนกออกเป็น 3 ระดับดังต่อไปนี้

1. การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) คือ การป้องกันขั้นที่ 1 แนวปฏิบัติทั่วไปสำหรับในกลุ่มผู้สูงอายุโดยทั่วไปที่มีสมรรถภาพร่างกายปกติ จะมุ่งเน้นการพัฒนาแบบการส่งเสริมความรู้ และกิจกรรมทางกายเพื่อป้องกันตนในการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในเขตที่พักอาศัยและในชุมชน

2. การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) คือ การป้องกันขั้นที่ 2 กับกลุ่มเสี่ยงผู้สูงอายุในเขตที่พักอาศัยและในชุมชน สำหรับแนวปฏิบัติทั่วไป ในการค้นหาและคัดกรองผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม ทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุที่เคยหรือไม่เคยมีการพลัดตกหกล้มมาก่อนโดยมีการพัฒนาโปรแกรมพิเศษ เช่น แบบประเมินระดับความเสี่ยง การอบรมความรู้ ฝึกการทรงตัว (Balance exercise) แบบทดสอบและการทดสอบด้วยอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ เวทีเครือข่ายชุมชน จัดทำคู่มือ และอื่นๆ งานวิจัยบางส่วนได้นำแนวคิดทฤษฎีมาปรับใช้ ได้แก่ แนวคิดการติดตามผลระยะเวลา 3 ปี แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ และทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม

3. การป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) คือ การป้องกันขั้นที่ 3 สำหรับแนวทางเวชปฏิบัติกับกลุ่มผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มุ่งเน้นการรักษาพยาบาล ฟื้นฟู ประคับประคอง และติดตามผล ซึ่งมีการดำเนินการอย่างเป็นระบบตามกรอบมาตรฐานด้านสาธารณสุขโดยกำหนดสถานที่โรงพยาบาลในการศึกษาวิจัย เมื่อเกิดกรณีที่ผู้ป่วยผู้สูงอายุพลัดตกหกล้มจนได้รับการบาดเจ็บรุนแรงต้องได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) และ มีการป้องกันกระดูกหักซ้ำ (Refracture prevention) จะมีผลกระทบต่ออันตรายแทรกซ้อนต่างๆ จนถึงอัตราการเสียชีวิต โดยมีขั้นตอนเริ่มต้นการดูแลในโรงพยาบาลก่อนผ่าตัด เช่น การให้ความรู้ด้านการพลัดตกหกล้มแก่ผู้ป่วยผู้สูงอายุ หรือผู้ดูแลในการปฏิบัติตน การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ ภาวะแทรกซ้อนจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ฝึกกำลังกล้ามเนื้อต้นขา ป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจโดยการดูด Triflo (Incentive spirometer) การยกกันของขา ข้างที่หักซึ่งถูกตรึงด้วยเครื่องถ่วงผ่านผิวหนัง (Skin traction) แบบประเมินการทรงตัว (Berg balance scale, BBS) ,Timed up and go test (TUGT), ความเร็วในการเดินทางราบ (Gait speed), ความถี่การก้าวเดิน (Cadence), ระยะห่างการก้าวขา (Step length) ติดตามประเมินความก้าวหน้าทางคลินิก เป็นต้น การเตรียมส่งต่อผู้ป่วยกลับบ้าน และการดูแลโดยชุมชน เยี่ยมบ้าน ประเมินการปรับตัวทางกายและใจ จากทั้ง 3 ระดับข้างต้นสามารถสรุปเป็นได้ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 พีระมิดแสดงทิศทางการวิจัยที่ศึกษาพัฒนารูปแบบ มาตรการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ.2556-2565 จำแนกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ

2.2 ความเชื่อมโยงแนวคิดทฤษฎีในการดูแลป้องกันด้านการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในช่วงปี พ.ศ. 2556 - 2565 ประกอบด้วย

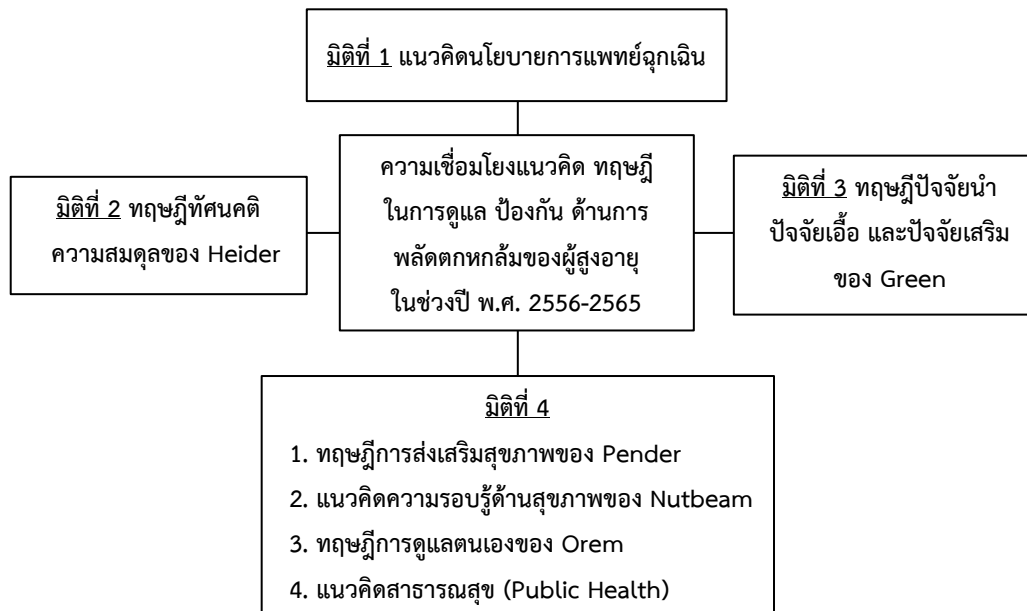
1) มิติแนวคิดนโยบายการแพทย์ฉุกเฉิน องค์การสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) มีกรอบแนวคิดนโยบาย แผนกลยุทธ์ พันธกิจของหน่วยงานในรอบ 20 ปี (พ.ศ.2561-พ.ศ.2580) พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน อำนาจหน้าที่เพื่อการบริหารจัดการทิศทางการแพทย์ฉุกเฉิน และอื่นๆ ปฏิบัติการฉุกเฉิน เพื่อมุ่งลดอัตราการเสียชีวิต หรือ ทุพพลภาพของประชากรไทยครอบคลุมทุกกลุ่มวัยและทุกกลุ่มอาการ

2) มิติทฤษฎีทัศนคติความสมดุล ผู้สูงอายุจะมีความรอบรู้แตกฉานระดับสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกแต่มีพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแนวคิดทฤษฎีความสมดุล (Balance theory) ของ Heider⁽¹⁰⁾ อธิบายถึงวิธีการรักษาความสอดคล้องในทัศนคติและพฤติกรรมของบุคคล บุคคลจะพยายามสร้างความสมดุลหรือความสอดคล้องในความสัมพันธ์กับผู้อื่นและโลกที่เขาอยู่ เมื่อมีความไม่สมดุลระหว่างสองประการในตัวอย่างของสามประการบุคคลจะรู้สึกไม่สบายใจหรือไม่พอใจ และเพื่อลดความไม่พอใจนี้ บุคคลจะพยายามทำให้เกิดสมดุลโดยการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ของหนึ่งในองค์ประกอบดังกล่าว

3) มิติทฤษฎีปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม จากปัจจัยชีวสังคม ปัจจัยสุขภาพของผู้สูงอายุ และปัจจัยร่วมของการพลัดตกหกล้มในช่วงต้นนี้ มีความสอดคล้องกับแนวความคิดพฤติกรรมสุขภาพของ Green⁽¹¹⁾ ประกอบด้วย 3 กลุ่มปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ ค่านิยม ความเชื่อ การรับรู้ 2) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) ได้แก่ ทรัพยากรที่มีอยู่ การเข้าถึง ทรัพยากร ทักษะ และ 3) ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) ความคิดเห็นของบุคคล หรือกลุ่มบุคคล

กฎระเบียบ/ข้อ เมื่อเปรียบเทียบกับปัจจัยชีวสังคม และ ปัจจัยสุขภาพของผู้สูงอายุ ก็คือ ปัจจัยนำ ส่วนปัจจัยร่วม นั้นเป็นได้ทั้งปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ตามแนวคิดดังกล่าวนี้

4) มิติที่ 4 การพัฒนารูปแบบและมาตรการป้องกันการพลัดตกหกล้ม มีความเชื่อมโยงกับ 4 แนวคิดทฤษฎีหลัก ได้แก่ 1. ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender⁽¹²⁾ ที่อธิบายว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มี 6 ด้านดังนี้ 1) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (Nutrition) 2) พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย (Physical activity) 3) การจัดการกับความเครียด (Stress management) 4) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) 5) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relations) 6) การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ (Spiritual growth) 2. แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) โดย Nutbeam⁽¹³⁾ กล่าวว่า ความรู้ด้านสุขภาพ ต้องพัฒนาทั้ง 3 ระดับ คือ ขั้นพื้นฐาน (Functional health literacy) ขั้นปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy) และขั้นวิจารณ์ (Critical health literacy) 3. ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (Theory of Self-care) ประกอบด้วย 1) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) 2) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) และ 3) การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) และ 4. แนวคิดสาธารณสุข (Public Health) กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) ที่จะพัฒนาความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ 1) Prevention & promotion excellence (ส่งเสริมสุขภาพและความป้องกันโรคเป็นเลิศ) 1.1 พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย 1.2 การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ 1.3 ความปลอดภัยด้านอาหารและลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 1.4 การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม 2) Service excellence (บริการเป็นเลิศ) 2.1 การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ 2.2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 2.3 ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ 2.4 ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติและเขตเศรษฐกิจพิเศษ 3) People excellence (บุคลากรเป็นเลิศ) 3.1 การวางแผนความต้องการอัตรากำลังคน 3.2 การผลิตและพัฒนาอัตรากำลังคน 3.3 การพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ 3.4 การพัฒนาเครือข่ายภาคประชาชนและภาคประชาสังคมด้านสุขภาพ 4) Governance excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศ) 4.1 ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ 4.2 ระบบหลักประกันสุขภาพ 4.3 ความมั่นคงด้านยาและเวชภัณฑ์ และการคุ้มครองผู้บริโภค 4.4 ระบบธรรมาภิบาล⁽¹⁴⁾ ซึ่งสามารถสรุปเป็นภาพรวมดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 ความเชื่อมโยงแนวคิดทฤษฎีในการดูแลป้องกันด้านการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในประเทศไทย ในช่วงปี พ.ศ. 2556-2565 ประกอบด้วย 7 แนวคิดตามกรอบคิดมิติ 4 ด้านของงานวิจัย

การอภิปรายผล

1. สรุปผลจากการสังเคราะห์วรรณกรรมงานวิจัย พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นศึกษาในด้านการพัฒนาโปรแกรมรูปแบบ การฟื้นฟู และมาตรการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ จำนวน 15 รายการ คิดเป็นร้อยละ 50.0 ซึ่งผลงานวิจัย 30 รายการที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้มในประเทศไทย ในช่วงปี พ.ศ.2556-2565 จัดอยู่ภายใต้กรอบแนวคิด มิติ 4 ด้าน กล่าวคือ 1) มิติด้านสถานการณ์การแพทย์ฉุกเฉิน การประเมินความเสี่ยง และข้อเสนอแนะของนโยบายในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ การเจ็บป่วยหกล้มของผู้สูงอายุเมื่อเกิดกรณีระยะวิกฤติได้รับการคุ้มครองตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ สอดคล้องกับแนวคิดนโยบาย เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (UCEP) เจ็บป่วย "ฉุกเฉินวิกฤต" มีสิทธิทุกที่ "โดยไม่ต้องสำรองจ่าย" รู้จักสิทธิ UCEP สิทธิ UCEP (Universal coverage for emergency patients) คือ สิทธิการรักษาตามนโยบายรัฐ เพื่อคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ให้สามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกแห่งที่ใกล้ที่สุดได้ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายจนพ้นวิกฤตและสามารถเคลื่อนย้ายได้อย่างปลอดภัย แต่ไม่เกิน 72 ชั่วโมง⁽¹⁵⁾ 2) มิติด้านทัศนคติ การรู้คิด อารมณ์และพฤติกรรมในการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ งานวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุมีความรอบรู้สุขภาพเรื่องการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับสูง มีทัศนคติความสัมพันธ์ทางบวก และพฤติกรรมการป้องกันอยู่ในระดับปานกลาง โดยแนวคิดทัศนคติ มีองค์ประกอบ 3 ส่วนร่วมกันคือ ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) ความรู้สึก (Affective) และพฤติกรรม

(Behavioral) ซึ่งการมีทัศนคติเรื่องการปลัดตกหกล้มก็มาจากการประสบการณ์เรียนรู้ บุคลิกภาพ ข้อมูลข่าวสาร สุขภาพ ประสบการณ์บาดเจ็บจากการปลัดตกหกล้ม และอื่นๆ ทัศนคติค่อนข้างจะมีความคงทนแต่ก็เป็นเรื่องที่มีความผันผวนเปลี่ยนแปลงได้ตามเหตุปัจจัยของการปลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุแต่ละบุคคล สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมในการจัดการความเสี่ยงต่อการปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01⁽¹⁶⁾ 3) **มิติด้านปัจจัยที่ส่งผลหรือมีความสัมพันธ์กับการปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ** พบว่า จากปัจจัยชีวสังคม ปัจจัยสุขภาพของผู้สูงอายุ และปัจจัยร่วมมีโอกาสเป็นไปได้ทั้งหมดต่อความเสี่ยงการปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุเพราะเป็นองค์ประกอบร่วมกันของชีวิต สอดคล้องกับงานวิจัยอื่นๆ ในยุคสมัยใหม่ซึ่งมีข้อค้นพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปลัดตกหกล้มมี 6 ปัจจัย ได้แก่ เพศหญิง (OR_{adj} 1.6, 95% CI 1.3-1.9) การมองเห็นบกพร่อง (OR_{adj} 1.4, 95% CI 1.3-1.6) การทรงตัวบกพร่อง (OR_{adj} 1.5, 95% CI 1.4-1.6) การใช้ยาเฉพาะ (OR_{adj} 1.8, 95% CI 1.6-2.1) บ้านที่ยกพื้นสูงหรือต้องขึ้นลงด้วยบันได (OR_{adj} 1.3, 95% CI 1.2-1.5) และเส้นรอบเอวเกิน (OR_{adj} 1.3, 95% CI 1.1-1.6) ความชุกการปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นสอดคล้องกับความเสื่อมของร่างกายที่เพิ่มขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น⁽¹⁷⁾ และ 4) **มิติด้านการพัฒนาโปรแกรม รูปแบบ การฟื้นฟู และมาตรการป้องกันการปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ** งานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาพัฒนาโปรแกรม มาตรการป้องกันใน 3 ระดับ ได้แก่ ระดับปฐมภูมิ และระดับทุติยภูมิ สำหรับแนวปฏิบัติทั่วไปในเขตที่พักอาศัยและชุมชน และระดับตติยภูมิ สำหรับแนวเวชปฏิบัติในโรงพยาบาล กรณีที่ผู้สูงอายุปลัดตกหกล้มบาดเจ็บรุนแรงต้องได้รับการผ่าตัดรักษากระดูกสะโพกหักและการป้องกันการปลัดตกหกล้มซ้ำซึ่งจะมีแผนการดูแล (Care plan) ที่เป็นระบบมาตรฐาน และมาตรการป้องกันแบบองค์รวม (Holistic care) ในระดับสูงนับตั้งแต่จุดเริ่มต้นในการรับผู้ป่วยสูงอายุเข้ารับการรักษายาบาลจนถึงขั้นตอนส่งกลับไปยังที่พักอาศัยในเขตชุมชน สอดคล้องกับ มาตรการการป้องกันภาวะหกล้มในแนวทางเวชปฏิบัตินี้จะแจกแจงเป็น 3 ระดับดังนี้ 1) การป้องกันภาวะหกล้มในระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) หมายถึง การป้องกันภาวะหกล้มโดยการส่งเสริมสุขภาพและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีรวมทั้งแนะนำให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ยังไม่เคยเกิดภาวะหกล้ม 2) การป้องกันภาวะหกล้มในระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) หมายถึง การป้องกันภาวะหกล้ม ด้วยการคัดกรอง ตรวจสอบสุขภาพเพื่อตรวจหาและให้การดูแลรักษาทั้งปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกระตุ้นต่อภาวะหกล้ม ตั้งแต่ในระยะแรกให้หมดไปหรือสามารถควบคุมให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ 3) การป้องกันภาวะหกล้มในระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) หมายถึง การป้องกันภาวะหกล้มที่เคยเกิดขึ้นแล้วไม่ให้เกิดซ้ำอีก รวมถึงการป้องกันผลแทรกซ้อนจากภาวะหกล้มไม่ให้เกิดความพิการ เช่น ภาวะกระดูกหักหรือกระทบต่อความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน⁽¹⁸⁾

2. **ความเชื่อมโยงแนวคิดทฤษฎีในการดูแลป้องกันด้านการปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในช่วงปี พ.ศ. 2556-2565** สรุปได้ว่า มีความเชื่อมโยงแนวคิดทฤษฎีเพื่ออธิบายในมิติสุขภาพ รวม 7 แนวคิดที่สำคัญประกอบด้วย 1) แนวคิดนโยบายการแพทย์ฉุกเฉิน 2) ทฤษฎีทัศนคติความสมดุลของ Heider 3) ทฤษฎี

ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ของ Green 4) ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender 5) ทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam 6) ทฤษฎีในการดูแลตนเองของ Orem และ 7) แนวคิดสาธารณสุข ซึ่งการเชื่อมโยงแนวคิดทฤษฎีต่างๆนี้ทำให้เกิดองค์ความรู้ใหม่จากการผสมผสานนำแนวคิดทฤษฎีต่างๆสู่ภาคการปฏิบัติ การกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์การดำเนินงานด้านสาธารณสุขในระบบหลักของประเทศ ไทยซึ่งเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบสุขภาพไทย สร้างเสริมพลังสุขภาพ (Health power) และพลังทางสังคม (Social power) โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานสาธารณสุข ภาควิชาการ และภาคประชาชนเป็นศูนย์กลางในการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยสู่ระดับมาตรฐานสากล สอดคล้องกับแนวคิดที่ระบุว่า การใช้ศาสตร์หรือวิธีวิทยาจากหลายสาขาวิชาในงานวิจัยเดียวกัน ทำให้เกิดการเสริมเติมเต็มซึ่งกันและกัน เกิดพลัง และความสมบูรณ์มากกว่าการแยกส่วน หรือใช้ศาสตร์/วิธีวิทยาจากสาขาวิชาเดียวการวิจัยแบบบูรณาการเป็นความร่วมมือกันจากนักวิชาการฝ่ายต่างๆที่เกี่ยวข้องใช้ความรู้ ทฤษฎีวิธีวิทยาจากสาขาวิชาต่างๆแบบผสมผสานทำให้ได้ผลผลิตที่เป็นองค์รวม และยังได้พลังความร่วมมือทางวิชาการ รวมทั้งความสมานฉันท์อีกด้วย⁽¹⁹⁾ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ งานวิจัยที่พบว่า กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินงานส่งเสริมและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุผ่านทางโครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยสูงอายุ โดยมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบระยะยาว (Long term care) ในชุมชน นอกจากนี้การดำเนินงานด้านการป้องกันพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุดำเนินการผ่าน 4 กรมหลักของกระทรวงสาธารณสุข คือ กรมการแพทย์ กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต และกรมควบคุมโรค โดยมุ่งเน้นในด้านวิชาการ เช่น การผลิตคู่มือ/ แนวทางในการป้องกันฯ ให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข⁽²⁰⁾

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

ในทุกเขตชุมชน ควรจัดตั้งศูนย์สถานพยาบาลต้นแบบสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการฟื้นฟูร่างกายจากการพลัดตกหกล้ม และหน่วยงาน อปท. ควรสนับสนุนงบประมาณด้านกายอุปกรณ์แก่ผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

ควรวิจัยเรื่องการเตรียมความพร้อมของครอบครัวและเครือข่ายที่น้องในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มในมิติด้านเศรษฐกิจ และด้านผู้ดูแลหลัก (Caregiver)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ ที่สนับสนุนทุนวิจัย งบประมาณ ปี พ.ศ. 2565 และผู้รังสรรค์ผลงานวิจัย จำนวน 30 รายการในช่วงปี พ.ศ.2556-2565

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สังคมสูงวัยใส่ใจพลัดตกหกล้ม [อินเทอร์เน็ต]. มปป. [เข้าถึงเมื่อ 2567 กุมภาพันธ์ 19] เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1157520210624083452.pdf>
2. สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ. [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อ 2567 กุมภาพันธ์ 19] เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/document/file/violence>
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. การป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2567 กุมภาพันธ์ 19] เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/dip/news.php?news=>
4. ภาณุวัฒน์ ว่องตระกูลเรือง. การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ปัญหาที่ต้องระวัง. [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อ 2567 กุมภาพันธ์ 19] เข้าถึงได้จาก: <https://www.nakornthon.com/article>
5. Scott J. A Matter of Record: Documentary sources in social research. Cambridge: Polity Press; 1990.
6. ศรวณีย์ หนูชิต, ดนัย ชินคำ, ณัฐธิดา มาลาทอง, สุรเดช ดวงทิพย์ศิริกุล, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส. สถานการณ์ของระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่พลัดตกหกล้ม: ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย. วารสารการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย. 2562;6:57-68.
7. จิตติมา ทาสวรรณอินทร์, มณฑุเชษฐ์ มะโนธรรม, วรัญญา มณีรัตน์, จุฬามาศ เมืองมูล. ทศนคติและพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2563;38(4):132-141.
8. นิชดา สารถวัลย์แพศย์, สมยศ ศรีจรรย์, เมทนี ระดาบุตร, ปฐยาวัชร ปรากฏผล, วนิตา ขวเจริญพันธ์, ลัดดาวัลย์ ไวยสุระสิงห์. การพัฒนาความตระหนักรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน เขตสุขภาพที่ 4. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2562;11(1):95-106.
9. วนิตา ราชมณี, ทิพย์วรรณ จุมแพง, ลลิตา สุกแสงปัญญา. รายงานการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 6. ชลบุรี: ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
10. HEIDER F. Attitudes and cognitive organization. J Psychol. 1946 Jan;21:107-12. doi: 10.1080/00223980.1946.9917275.
11. Green LW, Kreuter MW, Deeds SG, Partridge KB. Health education planning: a diagnostic approach. California: Mayfield Publishing Company; 1980.
12. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 5th ed. New Jersey: Pearson Education, Inc; 2006.
13. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Social Science and Medicine. 2008;67(12):2072-78.

14. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) กระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ธันวาคม 25] เข้าถึงได้จาก: <https://waa.inter.nstda.or.th/stks/pub/2017/20171117-MinistryofPublicHealth.pdf>
15. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). นโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่ (UCEP) เจ็บป่วย"ฉุกเฉินวิกฤต" มีสิทธิทุกที่ "โดยไม่ต้องสำรองจ่าย". [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ธันวาคม 25] เข้าถึงได้จาก: https://www.nhso.go.th/page/coverage_rights_emergency_patients
16. ชัชฎาภร พิศมร, จันทกานต์ อุณถิ่น, ดวงฤทัย เชียงแขก, ทองสาย ใจคำ. ความรู้ ทักษะ และ พฤติกรรมในการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าไคร้ ตำบลหนองหล่ม จังหวัดลำปาง. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี. 2566;21(2):140-52.
17. ถนอม นามวงศ์, นริศรา อารีรักษ์. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร. วารสารควบคุมโรค. 2566;49(1):158-66.
18. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ. นนทบุรี: สันทวีการพิมพ์; 2562.
19. สรุปผลการจัดการความรู้ “การบูรณาการงานวิจัยระหว่างสาขา”. [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2566 มกราคม 14] เข้าถึงได้จาก: <https://scia.chanthaburi.buu.ac.th/documents/km010.pdf>
20. วันทนี กุลเพ็ง, ธัญญรัตน์ โอนทัยสินทวี, วิทวัช พันธุมงคล, จิตติ วิสัยพรม, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส. รายงานการวิจัยเรื่อง รายงานการทํากิจกรรมส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัย โครงการศึกษาการดำเนินมาตรการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนในประเทศไทย. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2561.