

โปรแกรมป้องกันกระดูกสะโพกหักซ้ำในผู้ป่วยสูงอายุที่เคยกระดูกสะโพกหัก Fall Prevention Program in Elderly Patients with Previous Hip Fracture

ศุภฤทธิ เสงคราวิทย์ พ.บ.,
ว.ว. ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์
อ.ว. เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสาธารณสุขศาสตร์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม

Supparit Hengkrawit M.D.,
Thai Board of Orthopaedics
Thai Board of Preventive Medicine (Public Health)
Samutsongkhram Public Health Office

บทคัดย่อ

การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญและรักษายาก ไม่ว่าจะรักษาโดยการผ่าตัดหรือรักษาแบบอนุรักษ พบอัตราการเสียชีวิตใน 1 ปี ประมาณร้อยละ 20-30 ทั้งนี้อัตราการเสียชีวิตจะเพิ่มขึ้นมากถ้าหักซ้ำ ไม่ว่าจะเป็นช่วงเดิมหรือช่วงที่ยังไม่เคยหัก อีกทั้งประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุปัญหาจากการพลัดตกหกล้มยังเป็นปัญหาสำคัญซึ่งควรตระหนักทั้งการป้องกันและรักษา การศึกษาแบบเปรียบเทียบวิเคราะห์ย้อนหลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุทุกรายที่เข้ารับการผ่าตัดรักษากระดูกสะโพกหัก โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มก่อนได้รับโปรแกรมฯ (กลุ่มควบคุม) 472 คน ระหว่างปีงบประมาณ 2555 - 2556 และกลุ่มหลังได้รับโปรแกรมฯ (กลุ่มศึกษา) 494 คน ระหว่างปีงบประมาณ 2557 - 2558 เครื่องมือที่ใช้คือโปรแกรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างทั้งสองกลุ่มด้วยการทดสอบ chi-square และการทดสอบ Fisher's exact กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมป้องกันฯ มีอัตราการหักซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 12 ราย ใน 472 ราย (ร้อยละ 2.5) เป็น 4 ราย ใน 494 ราย (ร้อยละ 0.8) ($p = 0.035$) สรุปได้ว่าโปรแกรมป้องกันการหกล้มนี้สามารถลดอัตราการหักซ้ำได้ ควรพิจารณาใช้โปรแกรมนี้ป้องกันการหกล้มทั้งในผู้สูงอายุทุกราย โดยเน้นการป้องกันที่บ้านและการดูแลโดยชุมชน

คำสำคัญ : โปรแกรมป้องกันการหกล้ม การหกล้ม ผู้สูงอายุ กระดูกสะโพกหัก

ABSTRACT

Hip fracture from falling in elderly people is a major problem and has difficulty in either operative or conservative treatments. Mortality rate within 1 year is about 20 - 30% and increases if refracture occur. There are very few studies about fall prevention. Thailand is going to be aging society soon, prevention of hip fracture should be considered. We gave knowledge of fall prevention to the hip

fracture patients who underwent operation via hospital aging society and home health care unit. This retrospective analytical study divided patients into 2 Groups, group I was patients before preventive hip fracture program (472 patients in 2011 - 2013 fiscal year), whereas group II was patients after preventive hip fracture program (494 patients in 2014 - 2015 fiscal year). We found that incidence of refracture in group I was 2.5% and group II was 0.8%. Analysis by using chi-square test and Fisher's exact test revealed $p = 0.035$. We conclude that fall preventive program has significant role in prevent refracture in hip fracture patients, and we believe that fall preventive program can expand knowledge of the prevention to community and reduce incidence of hip fracture in all elderly people.

Keywords: fall prevention program, fall, elderly, fracture around the hip

บทนำ

ประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยใน พ.ศ. 2557 มีผู้สูงอายุ 9.9 ล้านคน (ร้อยละ 15.3) และคาดว่าจะใน พ.ศ. 2564 จะมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20¹ ทั้งนี้ผู้สูงอายุดังกล่าวมีแนวโน้มจะมีปัญหาสุขภาพต่างๆ เนื่องจากระบบต่างๆ ของร่างกายผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยพบว่าการหกล้มในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 28-35 เป็นร้อยละ 32-42 และเป็นปัญหาที่สำคัญปัญหาหนึ่ง² ผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปมีโอกาสหกล้มร้อยละ 28-35 ต่อปี และเพิ่มเป็นร้อยละ 32-42 เมื่ออายุเข้าสู่อายุ 70 ปี ความเสี่ยงของการหกล้มยิ่งมากขึ้น เมื่ออายุมากขึ้น โดยการหกล้มเบาๆ อาจส่งผลให้กระดูกสะโพกหรือกระดูกสันหลังหัก นอกจากนี้การหกล้มศีรษะกระแทกพื้นอาจทำให้เลือดออกในสมองส่งผลให้พิการและเสียชีวิต อนึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่หกล้มและกระดูกสะโพกหักมีโอกาสเสียชีวิตภายใน 1 ปี ถึงร้อยละ 20³ ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ผู้สูงอายุไทยหกล้มประมาณร้อยละ 20 โดยอัตราการหกล้มต่ำสุดในอายุ 65 ปีขึ้นไปที่มีสุขภาพดี (พบประมาณ 0.3-1.6 ครั้งต่อคนต่อปี) และอัตราการหกล้มเพิ่มเป็นสองเท่าในคนที่อายุ 75 ปีขึ้นไป⁴ การหกล้มในผู้สูงอายุหากไม่เสียชีวิต

ก็อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน สมาชิกในครอบครัวต้องดูแลใกล้ชิด ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก⁵ หลายคนอาจเห็นว่าการหกล้มเป็นเรื่องธรรมดา แต่สำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไปเป็นปัญหาที่สำคัญ เพราะคนไทยมีอัตราโรคกระดูกพรุนค่อนข้างสูงถึงร้อยละ 50⁶ การหกล้มแต่ละครั้งจึงมีโอกาสดูถูกหักได้ง่าย นำมาซึ่งภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และนำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด⁷

จากข้อมูลทะเบียนราษฎรจังหวัดนครปฐม พบสัดส่วนผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 20 นอกจากนี้ผลการศึกษาของกลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลนครปฐมใน พ.ศ. 2547-2551 พบว่าใน 1 ปี ผู้สูงอายุที่หกล้มและกระดูกสะโพกหักมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 41.4⁸ และพบว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการผ่าตัดทำให้ยังรักษายาก อีกทั้งผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักซ้ำยังทำให้การดูแลรักษายากยิ่งขึ้น ทว่ามีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับภาวะนี้ค่อนข้างน้อย ดังนั้นการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุหรือป้องกันไม่ให้กระดูกสะโพกข้างเดิมหักซ้ำ จึงเป็นสิ่งสำคัญมากเพื่อป้องกันภาวะอันไม่พึงประสงค์ต่างๆ หลังจากผู้ป่วยกลับบ้าน เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อของระบบ

ทางเดินปัสสาวะ ภาวะกล้ามเนื้อลีบจากการใช้งานน้อยลง จึงได้จัดทำโปรแกรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกทั้งข้างเดิมหรือข้างที่ยังไม่หักโดยการให้ความรู้และแนวทางปฏิบัติตัวทั้งขณะที่อยู่โรงพยาบาลและที่บ้าน การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มก่อนได้รับและหลังได้รับโปรแกรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการเผยแพร่โปรแกรมดังกล่าวในชุมชน เพื่อป้องกันกระดูกหักซ้ำและหักใหม่ของกระดูกบริเวณสะโพกในผู้สูงอายุ

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาแบบเปรียบเทียบวิเคราะห์นี้ศึกษาในผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไปทุกรายที่กระดูกรอบๆ สะโพกหัก (fracture of neck of femur, intertrochanteric fracture, subtrochanteric fracture) ที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดในโรงพยาบาลนครปฐม ระหว่างปีงบประมาณ 2555 - 2558 ที่มีข้อมูลในเวชระเบียนครบถ้วน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มก่อนได้รับโปรแกรมป้องกันการหกล้ม (กลุ่มควบคุม) คือ ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกรอบๆ สะโพกหักที่เข้ารับการรักษาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2554 - 30 กันยายน 2556 จำนวน 472 คน และกลุ่มหลังได้รับโปรแกรมป้องกันการหกล้ม (กลุ่มศึกษา) คือ ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกรอบๆ สะโพกหักที่เข้ารับการรักษาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2556 - 30 กันยายน 2558 จำนวน 494 คน

ทั้งนี้ กลุ่มก่อนได้รับโปรแกรมป้องกันการหกล้ม (กลุ่มควบคุม) ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ เมื่ออาการทุเลาให้กลับไปพักฟื้นที่บ้าน ส่วนกลุ่มหลัง (กลุ่มศึกษา) ได้รับโปรแกรมป้องกันการหกล้มได้รับการดูแลป้องกันกระดูกบริเวณสะโพกหักซ้ำตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่บ้าน และหลังส่งต่อผู้ป่วยกลับบ้าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การดูแลที่บ้าน

พยาบาลกลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ให้ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพก่อนผ่าตัดทุกราย ตั้งแต่การดูด triffow เพื่อป้องกันภาวะปอดแฟบหลังผ่าตัด การยกกันของขาข้างที่หักซึ่งถูกต้องด้วยเครื่องถ่วงผ่านผิวหนัง (skin traction) เพื่อลดภาวะแผลกดทับ รวมทั้งประเมินโภชนาการก่อนผ่าตัดทุกรายโดยนักโภชนาการ เพื่อเป็นข้อมูลในการดูแลด้านโภชนาการให้เหมาะสม

หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ให้ผู้ป่วยลุกนั่ง และหรือพยายามช่วยเหลือตนเองเท่าที่จะทำได้ กระตุ้นให้ผู้ป่วยดูด triffow ทุก 6 ชั่วโมง และให้ยกกันของขาข้างที่หักซึ่งถูกต้องด้วยเครื่องถ่วงผ่านผิวหนังทุก 2 ชั่วโมง รวมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเรื่องการป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้าน การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม และการออกกำลังกายเพื่อให้กล้ามเนื้อแข็งแรง

การดูแลหลังส่งต่อผู้ป่วยกลับบ้าน

ทีมเยี่ยมบ้านติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเป็นระยะๆ โดยตรวจสอบและดูแลสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในบริเวณที่พักอาศัย ดังนี้ พื้นบ้านต้องไม่ลื่น ไม่ควรมีพื้นบ้านต่างระดับที่สังเกตยาก เช่น บริเวณบันได ขอบธรณีประตู หากมีบริเวณต่างระดับให้ทำจุดสังเกตที่ชัดเจน แสงสว่างในบ้านต้องเพียงพอ ควรมีไฟในห้องน้ำ 2 ดวง หรือมีแสงสว่างที่เหมาะสม จัดเครื่องใช้ในบ้านให้เรียบร้อย ไม่เปลี่ยนที่วางเฟอร์นิเจอร์บ่อยๆ ใช้ผ้าเช็ดเท้าที่ขอบไม่สูง และไม่ขาดรุ่งริ่ง ลดความเสี่ยงโดยสำรวจอุปกรณ์เครื่องใช้ เช่น แก้ว ไม้ค้ำยัน ให้อยู่ในสภาพที่พร้อมใช้หรือไม่ชำรุด ตรวจสอบ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย โดยเฉพาะยาที่ต้องกินเป็นประจำ ให้กินยาเท่าที่จำเป็น ไม่ซ้ำซ้อนกัน เพื่อลดอาการง่วงซึมที่เกิดจากยา และเพื่อการเดินที่มั่นคง ประเมินระดับการมองเห็นของผู้ป่วยและให้

คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

การดูแลโดยชุมชน

อบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ ซึ่งเป็นทีมเยี่ยมบ้านเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่พลัดตกหกล้มหรือผู้ที่สงสัยกระดูกสะโพกหักตามแนวทางเวชปฏิบัติ (clinical practice guideline) ของกลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลนครปฐม ตลอดจนการปฐมพยาบาลเบื้องต้น และการประสานให้นายาประจำตัวที่ผู้ป่วยกินมาที่โรงพยาบาล โดยเฉพาะยาบางชนิดที่มีผลต่อการผ่าตัด เช่น ยาแอสไพริน รวมทั้งประสานและส่งต่อผู้ป่วยให้ อสม. และทีมเยี่ยมบ้านติดตามเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนค้นหา/คัดกรองผู้ป่วยหรือผู้ที่สงสัยกระดูกสะโพกหัก เพื่อส่งต่อเข้ารับการตรวจรักษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) โปรแกรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุซึ่งสร้างโดยผู้วิจัยตามรายละเอียดดังกล่าวข้างต้น ในกลุ่มศึกษาได้รับโปรแกรมป้องกันทั้งการดูแลที่โรงพยาบาล การดูแลหลังส่งต่อผู้ป่วยกลับบ้าน และการดูแลในชุมชนโดยทีมเยี่ยมบ้าน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาตามมาตรฐานที่โรงพยาบาล 2) แบบบันทึกข้อมูลซึ่งผู้วิจัยสร้างเอง ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย) และข้อมูลทางคลินิก (จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ชนิดของการหัก การหักซ้ำ) ซึ่งได้จากเวชระเบียนของผู้ป่วยในการเข้ารับการรักษ และการมาติดตามการรักษาโดยแพทย์นัด ส่วนข้อมูลการติดตามผู้ป่วยโดยทีมเยี่ยมบ้านได้จากรายงานการเยี่ยมบ้านของทีม Home Health Care ทั้งนี้โปรแกรมป้องกันการหกล้มและแบบบันทึกข้อมูลได้รับการตรวจสอบโดยทีมศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลนครปฐม

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย และจากรายงานการเยี่ยมบ้านของทีมเยี่ยมบ้านแล้วบันทึกในแบบบันทึกข้อมูล ตรวจสอบความ

ถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล ระบุนิสัยแล้วบันทึกลงคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปนำเสนอข้อมูลเป็นค่าความถี่และค่าร้อยละ เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มหลังได้รับฯ และกลุ่มก่อนได้รับโปรแกรมฯ ด้วยการทดสอบ chi-square และ Fisher's exact กำหนดระดับนัยสำคัญทางคลินิกที่ 0.05

ผลการศึกษา

ผู้สูงอายุที่กระดูกรอบๆ สะโพกหักในกลุ่มหลังได้รับโปรแกรม (กลุ่มศึกษา) และก่อนได้รับโปรแกรม (กลุ่มควบคุม) จำนวน 494 และ 472 ราย ตามลำดับ เป็นเพศหญิง 357 ราย (ร้อยละ 72.3) และ 349 ราย (ร้อยละ 73.9) ตามลำดับ ($p = 0.563$) อายุในช่วง 70 - 79 ปี ในกลุ่มหลังได้รับโปรแกรมฯ 188 ราย (ร้อยละ 38.1) และในกลุ่มก่อนได้รับโปรแกรมฯ 212 ราย (ร้อยละ 44.9) ตามลำดับ ($p = 0.108$) ระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่าในกลุ่มหลังได้รับโปรแกรมฯ 362 ราย (ร้อยละ 73.3) และในกลุ่มก่อนได้รับโปรแกรมฯ 351 ราย (ร้อยละ 74.4) ตามลำดับ ($p = 0.710$) ดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 20-25 กก./ตร.ม. ในกลุ่มหลังได้รับโปรแกรมฯ 274 ราย (ร้อยละ 54.8) และในกลุ่มก่อนได้รับโปรแกรมฯ 264 ราย (ร้อยละ 55.9) ตามลำดับ ($p = 0.861$) รายละเอียดดังตารางที่ 1

จำนวนวันนอนโรงพยาบาลน้อยกว่า 14 วัน ในกลุ่มหลังได้รับโปรแกรมฯ 285 ราย (ร้อยละ 57.7) และในกลุ่มก่อนได้รับโปรแกรมฯ 261 ราย (ร้อยละ 55.3) ตามลำดับ ($p = 0.703$) ชนิดของการหักเป็น intertrochanteric ในกลุ่มหลังได้รับโปรแกรมฯ 268 ราย (ร้อยละ 54.3) และกลุ่มก่อนได้รับโปรแกรมฯ 259 ราย (ร้อยละ 54.9) ตามลำดับ ($p = 0.571$) โดยพบการหักซ้ำในกลุ่มหลังได้รับโปรแกรมฯ 4 ราย (ร้อยละ 0.8) และกลุ่มก่อนได้รับโปรแกรมฯ 12 ราย (ร้อยละ 2.5) ตามลำดับ ($p = 0.035$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)		P-value ^a
	กลุ่มศึกษา (n = 494)	กลุ่มควบคุม (n = 472)	
เพศ			0.563
หญิง	357 (72.3)	349 (73.9)	
อายุ (ปี)			0.108
60-69	101 (20.4)	75 (15.9)	
70-79	188 (38.1)	212 (44.9)	
≥ 80	205 (41.5)	185 (39.2)	
ระดับการศึกษา			0.710
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	362 (73.3)	351 (74.4)	
มัธยมศึกษาตอนต้น-ปลาย	73 (14.8)	56 (11.9)	
สูงกว่ามัธยมศึกษา	59 (11.9)	65 (13.7)	
ดัชนีมวลกาย (กก./ตร.ม.)			0.861
< 20	114 (23.1)	110 (23.3)	
20-25	274 (54.8)	264 (55.9)	
> 25	109 (22.1)	98 (20.8)	

^achi-square test

ตารางที่ 2 ข้อมูลทางคลินิกระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)		P-value ^a
	กลุ่มศึกษา (n = 494)	กลุ่มควบคุม (n = 472)	
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล (วัน)			0.703 ^a
< 14	285 (57.7)	261 (55.3)	
14-28	169 (34.2)	182 (38.5)	
≥ 29*	40 (8.1)	29 (6.2)	
ชนิดของการหัก			0.571 ^a
Fracture neck of femur	185 (37.4)	178 (37.7)	
Intertrochanteric fracture	268 (54.3)	259 (54.9)	
Subtrochanteric fracture	41 (8.3)	35 (7.4)	
การหักซ้ำ	4 (0.8)	12 (2.5)	0.035 ^b

*กลุ่มหลังได้รับโปรแกรมฯ จำนวนวันนอน 29-90 วัน 38 ราย (ร้อยละ 7.7) และจำนวนวันนอน > 90 วัน 2 ราย (ร้อยละ 0.4)

กลุ่มก่อนได้รับโปรแกรมฯ จำนวนวันนอน 29-90 วัน 28 ราย (ร้อยละ 5.9) และจำนวนวันนอน > 90 วัน 1 ราย (ร้อยละ 0.3)

^achi-square test, ^bFisher's exact test

วิจารณ์

ผู้สูงอายุที่กระตุกรอบๆ สะโพกหักทั้งกลุ่ม หลังได้รับ และก่อนได้รับโปรแกรมป้องกันการหกล้ม มีลักษณะส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา และ ดัชนีมวลกาย) รวมทั้งจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และชนิดของการหักไม่แตกต่างกัน แต่กลุ่มก่อนได้รับโปรแกรมฯ มีอัตราการหักซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้โปรแกรมป้องกันการหกล้มซึ่งประกอบด้วย การป้องกันแบบ ดติยภูมิทั้งที่โรงพยาบาล ที่บ้าน และในชุมชน ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมฯ มีความรู้ในการ ป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้าน การจัดสภาพแวดล้อม ให้เหมาะสม ตลอดจนการออกกำลังกาย เพื่อให้ กล้ามเนื้อแข็งแรงและทรงตัวได้ดี ซึ่งความรู้ในการ ป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้านทำให้ผู้สูงอายุระมัดระวัง ต่อสิ่งที่จะทำให้หกล้ม จัดสภาพแวดล้อมให้ไม่เสี่ยง ต่อการหกล้ม เช่นเดียวกับการศึกษาที่ไม่ได้ตีพิมพ์ เผยแพร่ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ พ.ศ. 2557 ซึ่งพบว่า การให้ความรู้ ในการดูแลตนเองทำให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเอง โดยป้องกันการพลัดตกหกล้มได้มากขึ้น นอกจากนี้ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความสามารถในการ ทรงตัวเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการป้องกันอุบัติเหตุ ในผู้สูงอายุ⁹

อนึ่งโปรแกรมนี้ได้จัดทีมเยี่ยมบ้านเพื่อ ช่วยตรวจสอบและดูแลจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม ต่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มในบริเวณที่พัก อาศัยซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุมั่นใจในความปลอดภัย ทั้งนี้สภาพแวดล้อมเป็นปัจจัยหลักของความ เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยพื้นลื่นเป็นสาเหตุที่ทำให้ พลัดตกหกล้มถึงร้อยละ 52.8 ตามรายงานวิจัยที่ไม่ ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย มหิดล พ.ศ. 2552 นอกจากนี้สิ่งกีดขวางทางเดิน ก็เป็นสาเหตุสำคัญของการพลัดตกหกล้ม ฉะนั้น การป้องกันความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มต้องดูแล

สภาพแวดล้อมภายในบ้านและห้องต่างๆ ที่เสี่ยงต่อ การลื่นล้ม เช่น ห้องน้ำ ห้องนั่งเล่น บันได¹⁰ ผู้สูงอายุ ที่ต้องใช้บันไดจะเสี่ยงต่อการหกล้มเนื่องจากต้อง อาศัยทั้งกำลังกล้ามเนื้อและการทำงานของข้อเข่า ซึ่งเสื่อมไปตามวัย อีกทั้งระบบไหลเวียนโลหิตที่ ทำงานได้ลดลงอาจเป็นลมหน้ามืดได้ง่ายจึงทำให้ หกล้ม¹¹ นั่นคือบ้านที่มีพื้นลื่น พื้นสะท้อนแสง พื้นต่างระดับ และมีสิ่งกีดขวางต่างๆ จะทำให้ผู้สูงอายุ เสี่ยงต่อการหกล้ม¹²

นอกจากนี้บ้านที่มีแสงสว่างไม่เพียงพอ ก็ ทำให้ความสามารถในการมองเห็นลดลง ส่งผลให้ ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการล้มได้ การใช้ยา ก็เป็นอีกปัจจัย หนึ่งที่มีผลต่อการหกล้มเพราะผู้สูงอายุที่มีโรคประจำ ตัวต้องใช้ยาเป็นประจำและอาจต้องใช้ยาร่วมกัน หลายชนิดจนอาจเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาทำให้เกิด ผลข้างเคียงหรือพิษของยาได้¹³ ยาบางชนิดมีผลต่อ การทรงตัว เช่น ยารักษาภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท เช่น ยานอนหลับ และยาต้านเศร้า ซึ่งมีผลทำให้วังงเวียน เดินโซเซ กระวนกระวาย และสับสน ยาลดความดันโลหิตและ ยาขับปัสสาวะทำให้ความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยน ท่า¹⁴ นอกจากนี้ยังอาจเกิดอุบัติเหตุจากความเร่งรีบ เข้าห้องน้ำในผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และได้รับยาขับปัสสาวะทำให้อาจลื่นหรือสะดุดล้ม ดังรายงานวิจัยที่ไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ของบัณฑิต วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2545

ข้อมูลที่นำเสนอนี้สรุปได้ว่าโปรแกรม ป้องกันการหกล้มนี้ซึ่งประกอบด้วย การป้องกัน ทั้งที่โรงพยาบาล ที่บ้าน และในชุมชนสามารถลด อัตราการหักซ้ำของผู้สูงอายุที่กระตุกสะโพกหักได้ ควรพิจารณาใช้โปรแกรมนี้ป้องกันการหกล้มทั้งใน ผู้สูงอายุที่กระตุกสะโพกหักและผู้สูงอายุ ทุกวัย โดยเน้นการป้องกันที่บ้านและการดูแล โดยชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. ปราโมทย์ ประสาทกุล, บรรณาธิการ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2558.
2. Center for Disease Control and Prevention. Preventing falls: What works [internet]. [n.d.] [cited 2016 Nov 2]. Available from: URL: www.cdc.gov2injury.
3. ชาญรัตน์ อโนทัยสินทวี, แสงสุลี ธรรมไกรสร, พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ, และคณะ, บรรณาธิการ. ยากันล้ม คู่มือป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; ม.ป.ป.
4. ประเสริฐ ประสมรักษ์. ภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ. [อินเทอร์เน็ต]. [n.d.] [วันที่สืบค้น 3 พ.ย. 2559]. เข้าถึงได้จาก URL: http://commed1.md.kku.ac.th/site_data/myort2_78/29/SUMMER2012/elderlyfall4.pdf
5. Thomas, MS. Health care delivery settings and older adult. In: Meiner SE, editor. Gerontologic nursing. 4th ed. St. Louis: Mosby Elsevier; 2011. p.145-75.
6. วิรัช สนั่นศิลป์. สถานการณ์โรคกระดูกพรุน ปี 2555 : หักครั้งเดียวก็เกินพอ. [อินเทอร์เน็ต]. [n.d.] [วันที่สืบค้น 3 พ.ย. 2559]. เข้าถึงได้จาก URL: <http://www.bangkokhealth.com/health/article/สถานการณ์โรคกระดูกพรุนปี-2555-หักครั้งเดียวก็เกินพอ-807>.
7. อุดม เพชรสังหาร. การหกล้มในผู้สูงอายุ. โลกวันนี้วันสุข 2557;10(471):46.
8. นัทพันธุ์ คีรีวิเชียร. ผลการรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนหัวกระดูกสะโพกเทียมโดยใช้อุปกรณ์ Austin-Moore ในโรงพยาบาลนครปฐม. วารสารแพทย์เขต 4-5 2552;28(2):159-65.
9. Greany JF, Di Fabio RP. Models to predict fall history and fall risk for community-dwelling elderly. Phys Occup Ther Geriatr 2010;28(issue 3):280-96.
10. Studenski S, Duncan PW, Chandler J, et al. Predicting falls: the role of mobility and nonphysical factors. J Am Geriatr Soc 1994;42(3):297-302.
11. Resnick B, Junlapeeya P. Falls in a community of older adults: findings and implications for practice. Appl Nurs Res 2004;17(2):81-91.
12. เพ็ญศรี เลาสวัสดิชัยกุล, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, พรณวดี พุทธิพนะ. ปัจจัยเกี่ยวข้องและผลจากการหกล้มในผู้สูงอายุ. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2553;1(2):16-20.
13. ประเสริฐ อัสสันตชัย, บรรณาธิการ. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554.
14. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพัฒนาวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.

