



รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพียงพียงในจังหวัดสุโขทัย



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

ปีการศึกษา 2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพังกะโหลกศีรษะในจังหวัดสุโขทัย



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
ปีการศึกษา 2568
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง “รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะผิ่งผิ่ง
ในจังหวัดสุโขทัย”
ของ รุ่งระวี รักษาแดง
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาขารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

(รองศาสตราจารย์ ดร.จุฬารัตน์ ไสตะ)

.....ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่ง วงศ์วัฒน์)

.....กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

(รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ สุดหนองบัว)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรรพรรณ กิริติโรจน์)

อนุมัติ

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.วัฒนา พัดเกตุ)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ รักษาการแทน

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพังกะโหลกศีรษะในจังหวัดสุโขทัย
ผู้วิจัย	รุ่งระวี รัชต์แดง
ประธานที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่ง วงศ์วัฒน์
กรรมการที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ส.ด., มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2568
คำสำคัญ	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพังกะโหลกศีรษะ, การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานวิธีครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้ ระยะที่ 1) เพื่อการศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพังกะโหลกศีรษะในจังหวัดสุโขทัย ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่าง 447 คน โดยการวิเคราะห์เชิงประจักษ์ และ Binary logistic Regression Analysis ระยะที่ 2) เพื่อสร้างรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพังกะโหลกศีรษะ ประกอบด้วย การสร้างและยืนยันรูปแบบโดยใช้การสนทนากลุ่ม โดยการวิเคราะห์เชิงประจักษ์ และระยะที่ 3) เพื่อประเมินรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพังกะโหลกศีรษะ ด้วยการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 7 ท่าน โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและค่าเฉลี่ย ผลการวิจัยระยะที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติเคยพลัดตกหกล้มร้อยละ 60.2 ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพังกะโหลกศีรษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง ความเพียงพอของรายได้ การนอนหลับที่ไม่เพียงพอ การออกกำลังกาย พื้นลื่น และ พื้นต่างระดับ ระยะที่ 2 รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพังกะโหลกศีรษะในจังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วย 1) การเสริมสร้างการรับรู้และความสามารถในการจัดการภาวะสุขภาพ 2) การสร้างเสริมศักยภาพทางกายภาพเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม 3) การจัดการสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์ช่วยเดินเพื่อความปลอดภัย 4) การบูรณาการเครือข่ายสุขภาพชุมชน และ 5) การติดตามและประเมินผล ระยะที่ 3 การประเมินรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ พบว่า รูปแบบมีค่าเฉลี่ยระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.63 S.D. = 0.450) แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ความเป็นไปได้ (Feasibility) ($\bar{X}$ = 4.63 S.D. = 0.355) ความเป็นประโยชน์ (Utility) ($\bar{X}$ = 4.74 S.D. = 0.443) ความเหมาะสม (Propriety) ($\bar{X}$ = 4.48 S.D. = 0.716) ความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy) ($\bar{X}$ = 4.62 S.D. = 0.559)

Title A MODEL OF FALL PREVENTION AMONG THE DEPENDENT ELDERLY IN SUKHOTHAI PROVINCE

Author Rungrawi Rakdaeng

Advisor Assistant Professor Rung Wongwat, Dr.P.H.

Co-Advisor Associate Professor Narongsak Noosorn, Ph.D.

Academic Paper Dr.P.H. Dissertation in Public Health Program – (Type 2.1), Naresuan University, 2025

Keywords Dependent elderly, Falls in the dependent elderly

ABSTRACT

This mixed-methods research was conducted in three phases with the following objectives: Phase 1 aimed to examine the causes and factors associated with falls among dependent elderly in Sukhothai Province. Data were collected from 447 participants using in-depth interviews and questionnaires and analyzed through thematic analysis and binary logistic regression. Phase 2 focused on developing a fall prevention model for dependent elderly through model construction and validation using focus group discussions and thematic analysis. Phase 3 evaluated the model through an expert panel of seven specialists using content analysis and mean scores. Results from Phase 1 revealed that 60.2% of participants had a history of falls. Significant factors associated with falls ($p < .05$) included chronic illness, income adequacy, insufficient sleep, physical exercise, slippery floors, and uneven surfaces. The developed fall prevention model (Phase 2) comprised five components: 1) enhancing awareness and self-management of health conditions; 2) promoting physical capacity to prevent falls; 3) managing environments and assistive devices for safety; 4) integrating community health networks; and 5) monitoring and evaluation. The expert assessment (Phase 3) indicated that the model achieved the highest overall mean score of 4.63 (S.D. = 0.450), with high ratings across four dimensions: feasibility ($\bar{x} = 4.63$, S.D. = 0.355), utility ($\bar{x} = 4.74$, S.D. = 0.443), propriety ($\bar{x} = 4.48$, S.D. = 0.716), and accuracy ($\bar{x} = 4.62$, S.D. = 0.559).

ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดียิ่ง จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.รุ่ง วงศ์วัฒน์ รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้สละเวลาอันมีค่า ให้คำปรึกษาและความเอาใจใส่ในการแนะแนวเพื่อการปรับปรุงวิทยานิพนธ์จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยความภาคภูมิใจ ตลอดระยะเวลาในการศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยมีความรำลึกในพระคุณ และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณิกานต์ ทรงไทย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาทิตยา วังวนสินธุ์ รองศาสตราจารย์ ดร.จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสน่ห์ แสงเงิน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วุฒิชัย จรียา และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเครื่องมือวิจัยและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์

ขอขอบคุณ บัณฑิตวิทยาลัยในการสนับสนุนทุนอุดหนุนในการทำวิทยานิพนธ์ของนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร ปีงบประมาณ 2567

ขอขอบพระคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่จังหวัดสุโขทัย และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นจังหวัดสุโขทัย ตลอดจนเจ้าหน้าที่ และผู้ที่เกี่ยวข้อง ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์เป็นพื้นที่สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ และที่สำคัญอย่างยิ่งต้องขอขอบคุณกลุ่มอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

เหนือสิ่งอื่นใดขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา และทุกคนในครอบครัวของผู้วิจัย ที่ให้การสนับสนุนในทุก ๆ ด้านอย่างดีที่สุด คุณค่าและคุณประโยชน์อันพึงจะมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบและอุทิศแด่ผู้มีพระคุณทุกท่าน ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า งานวิจัยนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทย ด้านการส่งเสริมสุขภาพและกิจกรรมทางกายสำหรับประชากรผู้สูงอายุและประชาชนต่อไป

รุ่งระวี รักษ์แดง

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....ค	
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....ง	
ประกาศนุญการ.....จ	
สารบัญ.....ฉ	
สารบัญตาราง.....ช	
สารบัญภาพ.....ญ	
บทที่ 1 บทนำ.....1	
ความเป็นมาของปัญหา.....1	
คำถามการวิจัย.....9	
วัตถุประสงค์การวิจัย.....9	
สมมติฐานของการวิจัย.....10	
ขอบเขตของงานวิจัย.....10	
นิยามศัพท์เฉพาะ.....11	
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....14	
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....14	
การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ.....31	
แนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ.....47	
ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค.....89	
แนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม.....97	
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....100	
กรอบแนวคิดการวิจัย.....127	

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	130
การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการผลิตกหล่มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัด สุโขทัย.....	133
การวิจัยระยะที่ 2 การสร้างและยืนยันรูปแบบการป้องกันการผลิตกหล่มของผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย.....	144
การวิจัยระยะที่ 3 การประเมินรูปแบบการป้องกันการผลิตกหล่มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน จังหวัดสุโขทัย.....	157
บทที่ 4 ผลการวิจัย	164
ผลการวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการผลิตกหล่มของผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย.....	164
ผลการวิจัยระยะที่ 2 การสร้างและยืนยันรูปแบบการป้องกันการผลิตกหล่มของผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย.....	234
ผลการวิจัยระยะที่ 3 การประเมินรูปแบบการป้องกันการผลิตกหล่มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน จังหวัดสุโขทัย.....	271
บทที่ 5 บทสรุป	291
สรุปการวิจัย.....	292
อภิปรายผลการวิจัย.....	304
ข้อเสนอแนะ.....	317
บรรณานุกรม.....	319
ภาคผนวก	338
ประวัติผู้วิจัย	361

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1	แสดงการสรุปรงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการผลิตตกหล่มของผู้สูงอายุ.....	109
ตาราง 2	แสดงการสรุปรงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมและรูปแบบการป้องกันการผลิตตกหล่มของผู้สูงอายุ.....	119
ตาราง 3	แสดงการสรุปรงานวิจัยที่ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม และทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน	126
ตาราง 4	แสดงจำนวนประชากรและขนาดกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอำเภอในจังหวัดสุโขทัย.....	140
ตาราง 5	แสดงคุณลักษณะทางประชากรของผู้ให้ข้อมูลหลัก (n = 11)	165
ตาราง 6	แสดงข้อค้นพบปัจจัยด้านชีววิทยาที่เป็นสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการผลิตตกหล่มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย.....	172
ตาราง 7	แสดงข้อค้นพบปัจจัยด้านเศรษฐกิจและด้านสังคมที่เป็นสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการผลิตตกหล่มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย	183
ตาราง 8	แสดงข้อค้นพบปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการผลิตตกหล่มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย.....	189
ตาราง 9	แสดงข้อค้นพบปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเป็นสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการผลิตตกหล่มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย.....	198
ตาราง 10	แสดงการเปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างของปัจจัยที่ได้จากการเก็บข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพและการทบทวนวรรณกรรม	202
ตาราง 11	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านชีววิทยา (n = 447)	204
ตาราง 12	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประวัติการผลิตตกหล่ม (n = 447).....	206
ตาราง 13	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยเสี่ยงด้านชีววิทยา (n = 447).....	208

ตาราง 14	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยเสี่ยงด้านเศรษฐกิจและสังคม (n = 447).....	209
ตาราง 15	แสดงการจัดกลุ่มระดับความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและการป้องกันการพลัดตกหกล้ม(n = 447).....	211
ตาราง 16	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและการป้องกันการพลัดตกหกล้มรายข้อ (n = 447).....	212
ตาราง 17	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม	213
ตาราง 18	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม รายข้อ (n = 447).....	215
ตาราง 19	แสดงความสัมพันธ์ปัจจัยด้านชีววิทยากับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยไม่ต้องคำนึงถึงผลกระทบจากปัจจัยด้านอื่น ๆ	217
ตาราง 20	แสดงความสัมพันธ์ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยไม่ต้องคำนึงถึงผลกระทบจากปัจจัยด้านอื่น ๆ	220
ตาราง 21	แสดงความสัมพันธ์ปัจจัยด้านพฤติกรรมกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงโดยไม่ต้องคำนึงถึงผลกระทบจากปัจจัยด้านอื่น ๆ	221
ตาราง 22	แสดงความสัมพันธ์ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยไม่ต้องคำนึงถึงผลกระทบจากปัจจัยด้านอื่น ๆ	224
ตาราง 23	แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบทวิที่ส่งต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	226
ตาราง 24	แสดงผลทดสอบตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม (Omnibus Tests of Model Coefficients).....	230
ตาราง 25	แสดงผลการทดสอบความเหมาะสมของโมเดล (Hosmer and Lemeshow Test)	230
ตาราง 26	แสดงผลการทดสอบความแปรผันของตัวแปรตาม (Model Summary).....	231
ตาราง 27	แสดงผลการทดสอบความถูกต้องของการพยากรณ์ (Classification table) ..	231
ตาราง 28	แสดงปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง.....	232

ตาราง 29	แสดงคุณลักษณะทางประชากรของผู้ให้ข้อมูลหลัก (n = 18)	235
ตาราง 30	แสดงกิจกรรมตามร่างรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึงพิงในจังหวัดสุโขทัย	260
ตาราง 31	แสดงร้อยละความคิดเห็นของผู้ร่วมยืนยันรูปแบบการป้องกันการพลัดตก หกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย (n = 18)	264
ตาราง 32	แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้เชี่ยวชาญ (n = 7)	272
ตาราง 33	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลการประเมินรูปแบบ การป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย โดยผู้เชี่ยวชาญ (n = 7)	281
ตาราง 34	แสดงกิจกรรมตามรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัยที่ได้ปรับปรุงจากการให้ข้อเสนอจากผู้เชี่ยวชาญ	287



สารบัญภาพ

หน้า

ภาพ 1	แสดงแผนผังการการแบ่งความเสี่ยง การประเมิน และการบริหารจัดการ การทำกิจกรรมสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน.....	49
ภาพ 2	แสดงแนวทางปฏิบัติการป้องกันการพลัดตกหกล้มของ STEADI.....	53
ภาพ 3	แสดงแผนผังการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุใน ชุมชนและสถานพยาบาล	59
ภาพ 4	แสดงการประเมินความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มและให้การรักษาเพื่อ ป้องกันหกล้มอย่างครอบคลุม	64
ภาพ 5	แสดงรูปแบบดั้งเดิมของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค	90
ภาพ 6	แสดงทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Rogers ที่ได้รับการพัฒนาใน ปี ค.ศ. 1983.....	93
ภาพ 7	แสดงกรอบแนวคิดการวิจัยระยะที่ 1	128
ภาพ 8	แสดงกรอบแนวคิดการวิจัยภาพ	129
ภาพ 9	แสดงขั้นตอนการวิจัย	132
ภาพ 10	แสดงสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดสุโขทัย	203
ภาพ 11	แสดงปัจจัยนำเข้าที่ได้รับการคัดเลือกเป็นองค์ประกอบของรูปแบบ การป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย	239
ภาพ 12	แสดงร่างรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในจังหวัด สุโขทัย.....	257
ภาพ 13	แสดงรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดสุโขทัย(PPNEF Model)	288

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

ปรากฏการณ์การสูงอายุของประชากรเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว สหประชาชาติ (United Nations: UN) คาดการณ์ทั่วโลกจะมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปี สูงถึง 1,200 ล้านคน ภายใน พ.ศ. 2568 และ 2,000 ล้านคน ภายใน พ.ศ. 2593 หรือร้อยละ 20 ของประชากรโลก โดยเฉพาะประเทศในทวีปยุโรป อเมริกา และเอเชีย (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566, 2567) แสดงให้เห็นว่าทั่วโลกกำลังเข้าสู่ประชากรสูงอายุ (Population aging) ซึ่งหมายถึง สัดส่วนของประชากรวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ลดลง แต่สัดส่วนของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มมากขึ้น (Chamie, 2023; Doerr et al., 2022; Tay et al., 2022) สัดส่วนของประชากรสูงอายุกาตุว่าจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.6 ในปี พ.ศ. 2563 ถึงร้อยละ 25 ในปี พ.ศ. 2593 (United Nations, Economic and Social Council, 2022a, 2022b) และปี พ.ศ. 2565 ประชากรกลุ่มอาเซียนทั้งหมด 674 ล้านคน มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 79 ล้านคน หรือร้อยละ 11.74 ของประชากรทั้งหมด ประเทศที่มีสัดส่วนประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงที่สุด คือ สิงคโปร์ รองลงมา ได้แก่ ประเทศไทย เวียดนาม มาเลเซีย อินโดนีเซีย และเมียนมา คิดเป็นร้อยละ 22.96, 18.86, 13.84, 11.43, 10.86 และ 10.76 ตามลำดับ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566)

จากโครงสร้างประชากรไทย ในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยมีประชากรประมาณ 66 ล้านคน เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 13 ล้านคน ร้อยละ 19.97 และมากกว่าประชากรเด็ก 3 ล้านคน ร้อยละ 15.63 โดยแบ่งเป็นผู้อายุวัยต้น 60-69 ปี, วัยกลาง 70-79 ปี และวัยปลาย 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 11.17, 5.95 และ 2.85 ตามลำดับ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567) จากข้อมูลร้อยละประชากรผู้สูงอายุของจังหวัดสุโขทัยในปี พ.ศ. 2564-2567 มีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 22, 24.6, 27.4 และ 28.95 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2567) จะเห็นได้ว่าจำนวนประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทย พบว่า สัดส่วนผู้สูงอายุของจังหวัดสุโขทัย 5 ปีย้อนหลังมีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุมากกว่าภาพรวมประเทศไทย

จากข้อมูลการคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ของจังหวัดสุโขทัยในปี พ.ศ. 2564 – 2567 พบว่าแนวโน้มของผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคม (ADL 12-20) ร้อยละ 97.3, 97.3, 97.8, 97.3 ตามลำดับ กลุ่มติดบ้าน (ADL 5-11) ร้อยละ 2.2, 2.2, 1.8, 2.2 ตามลำดับ และกลุ่มติดเตียง (ADL 0-4) ร้อยละ 1, 0.4, 0.4, 0.5

ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2567) จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้านเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดูแลตนเองได้บ้างช่วยเหลือตนเองได้บ้างและมีปัญหาสุขภาพมากที่สุด เพื่อป้องกันผู้สูงอายุไม่ให้ก้าวไปสู่ในกลุ่มติดเตียงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ในอนาคต จึงต้องมีวิธีการส่งเสริมป้องกันและมาตรการต่าง ๆ เพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและเตรียมความพร้อมเพื่อเผชิญหน้ากับการเปลี่ยนแปลงจากวัยชราที่หลีกเลี่ยงไม่ได้

วัยสูงอายุเป็นช่วงรอยต่อของชีวิตที่เปลี่ยนจากวัยกลางคนเข้าสู่วัยสูงอายุ ทำให้เผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลให้สภาพร่างกายและระบบการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายเป็นไปในลักษณะเสื่อมถอย มีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกายในด้านใดด้านหนึ่ง หรือหลายด้านร่วมกัน จากความชราที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่ในผู้สูงอายุ จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 ปี พ.ศ. 2562-2563 พบว่าโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคอ้วน ภาวะอ้วนลงพุง และภาวะMetabolic syndrome ร้อยละ 60.7, 20.4, 38.4, 46.5, 39.8 ตามลำดับ (วิชัย เอกพลากกร, 2564) พบว่า 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 2 โรคขึ้นไป (Armocida et al., 2022) ผู้สูงอายุที่มีอายุเฉลี่ย 75 ปี มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 3 โรค (Asogwa et al., 2022; Haakenstad et al., 2022) ข้อมูลการศึกษาสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ในประเทศเยอรมัน ร้อยละ 58.6 ของผู้สูงอายุ มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค และ ร้อยละ 25 ของผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าว เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 4 โรค ขึ้นไป (Hou et al., 2022) จากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายที่ถดถอยตามวัย รวมไปถึงพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาสุขภาพ อาจนำไปสู่การเกิดโรคเรื้อรังและอุบัติเหตุได้ง่าย

การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเป็นปัญหาทั่วโลก และเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขทุกปี จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยในปี พ.ศ. 2565 พบว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุเกิดการหกล้มทุกปี ได้รับบาดเจ็บร้อยละ 20 จากรายงานผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลติดต่อกันไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง (IPD) จากสาเหตุพลัดตกหกล้ม มีจำนวนสูงขึ้น และเป็นสาเหตุสำคัญลำดับที่สองของการได้รับการบาดเจ็บและเสียชีวิตโดยไม่ได้ตั้งใจ รองจากอุบัติเหตุการบาดเจ็บทางท้องถนน (กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค, 2565) มีผู้เสียชีวิตจากการพลัดหกล้มร้อยละ 80 เกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง ภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตกและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เมื่อเกิดการพลัดตกหกล้ม ทำให้มีการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุระยะยาวและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง (World Health Organization, 2021a) อุบัติการณ์จากการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป พบว่าเกิดการพลัดตกหกล้มร้อยละ 30 (มูทิตา มุสิการยกุล และสุจิตรา

สุคนธ์ทรัพย์, 2565; Bates et al., 2022) และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 50 ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป (Phu et al., 2022) สำหรับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2546-2547, 2551-2552, 2557 และ 2562-2563 พบว่า ความชุกของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเพศชาย ร้อยละ 30.5, 28.8, 26.4, 22.6 และผู้สูงอายุเพศหญิงร้อยละ 42.1, 43.8, 39.8, 37 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีอัตราการพลัดตกหกล้มมากกว่าเพศชาย จากการตรวจสุขภาพครั้งที่ 6 ในปี พ.ศ. 2562-2563 ความชุกของการพลัดตกหกล้มใน 6 เดือนที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ พบว่า ความชุกของการพลัดตกหกล้มของกลุ่มผู้สูงอายุ 60-69, 70-79 และ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 14.7, 16, 17.3 ตามลำดับ (วิชัย เอกพลการ, 2564) และอัตราการเสียชีวิตที่มีสาเหตุจากพลัดตกหกล้มต่อประชากรผู้สูงอายุแสนคน จำแนกตามกลุ่มอายุในปี พ.ศ. 2564 พบว่าอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มอายุ 60-69 ปี, 70-79 ปี และอายุ 80 ปีขึ้นไป เฉลี่ย 6.29, 10.79 และ 26.84 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค, 2566ค) นอกจากนี้ ยังพบว่าร้อยละ 41.1 เป็นผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติพลัดตกหกล้มมาก่อน (Rietdyk et al., 2022) มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มซ้ำถึงร้อยละ 50 (Zhou et al., 2022) จะเห็นได้ว่าการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้สูงอายุ 60-69 ปีและ 70-79 ปี มีโอกาสเสี่ยงเกิดการพลัดตกหกล้มสูง เสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มซ้ำได้ง่าย และมีโอกาสเสียชีวิตเป็น 4 เท่าของช่วงอายุ 60-69 ปี

สำหรับข้อมูลการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในจังหวัดสุโขทัย ปี พ.ศ. 2561-2565 พบว่าในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อัตราผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในสถานพยาบาลแต่ไม่ต้องนอนพักรักษาที่โรงพยาบาล (OPD) จากสาเหตุพลัดตกหกล้ม พบว่า มีอัตรา 658, 1,129, 1,217, 1,812 และ 1,255 ต่อแสนประชากรตามลำดับ อัตราผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลติดต่อกันไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง (IPD) จากสาเหตุพลัดตกหกล้ม พบว่า มีอัตรา 389.37, 467.27, 492.12, 390.89 และ 638.34 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และอัตราการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่า มีอัตราการเสียชีวิต 12.20, 10, 12.20, 5.50 และ 16.80 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค, 2566ก, 2566ค) จะเห็นได้ว่า อัตราการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ของจังหวัดสุโขทัยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในสถานพยาบาลแต่ไม่ต้องนอนพักรักษาที่โรงพยาบาล (OPD) จากการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุรายจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2 ปี พ.ศ. 2565 พบว่า จังหวัดสุโขทัยมีอัตราเพิ่มขึ้นมากที่สุด รองลงมาคือ เพชรบูรณ์ พิษณุโลก อุตรดิตถ์ และตาก โดยมีอัตรา 1,255.40, 1,198.49, 1,184.75, 892.71 และ 827.17 ต่อแสนประชากรตามลำดับ นอกจากนี้อัตราการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มในจังหวัดสุโขทัยได้เพิ่มขึ้นจาก 5.50 เป็น 16.80 ต่อแสนประชากร หรือเพิ่มเป็น 3 เท่า ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นสูงสุดในเขตสุขภาพที่ 2

จากข้อมูลการคัดกรองภาวะหกล้มในผู้สูงอายุของจังหวัดสุโขทัย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2565 มีจำนวนผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะหกล้มร้อยละ 71.02, 67.5 และ 68.29 ตามลำดับ และการคัดกรองด้านการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุได้เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2566 เป็นปีแรก โดยผู้ดำเนินการคัดกรองคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า มีผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองด้านการเคลื่อนไหวร้อยละ 94.71 พบว่ามีความเสี่ยง ร้อยละ 2.26 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2566) และในปี พ.ศ. 2567 ผลจากการคัดกรองความเสี่ยงภาวะพลัดตกหกล้ม พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มจำนวน 1,450 ราย และได้รับการรักษา 1,107 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.34 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2567) จากข้อมูลข้างต้น ผู้สูงอายุมีแนวโน้มการได้รับการคัดกรองภาวะหกล้มลดลง และมีผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการคัดกรองภาวะหกล้มอีก ร้อยละ 30 แสดงให้เห็นว่าการคัดกรองภาวะหกล้มในผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุทั้งหมด

การพลัดตกหกล้มสามารถนำไปสู่การสูญเสียสุขภาพที่รุนแรง รวมไปถึงความทุพพลภาพ และการเสียชีวิตในที่สุด จากรายงานของภาวะการศึกษาภาวะโรคของทั่วโลก ได้สำรวจผลกระทบระยะสั้นและระยะยาวจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป เมื่อเกิดการพลัดตกหกล้มผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บ ทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน เกิดความกลัวการหกล้มซ้ำ และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (James et al., 2020) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุในหลายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย เกิดการบาดเจ็บตั้งแต่เล็กน้อยไปถึงรุนแรง เช่น การฟกช้ำ ถลอก เป็นแผล เนื้อเยื่อฉีกขาด กระดูกหัก กระดูกเคลื่อน หรือเกิดการบาดเจ็บรุนแรง เช่น การบาดเจ็บที่สมอง การมีภาวะเลือดคั่งในสมอง การบาดเจ็บของกระดูกสันหลัง เส้นประสาท นำไปสู่การเกิดความทุพพลภาพและการเสียชีวิตได้ (World Health Organization, 2021a; ดิษฐพล ใจเชื้อ, 2565; วิชัย เอกพลากร, 2564) จากการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายนำไปสู่ผลกระทบทางด้านจิตใจ พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 25 มีภาวะกลัวการเดินหรือการเคลื่อนไหว ขาดความมั่นใจในการเดิน มีความกังวลใจ กลัวการพลัดตกหกล้มหกล้มซ้ำ ทำให้การเคลื่อนไหวยิ่งช้าลง กล้ามเนื้ออ่อนแรงมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะเครียด (ธงศักดิ์ ชัยสายพระราชูร์ และคณะ, 2565) และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (จิรัชญา เหล่าคม พดุมจารย์ และคณะ, 2565) ด้านเศรษฐกิจ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และหากมีภาวะแทรกซ้อน อาจทำให้พักฟื้นในโรงพยาบาลนานขึ้น (กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2565) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ทั้งในแง่เวลาที่ต้องใช้สำหรับการดูแล การพาตรวจ รับการรักษา และความเครียดทางอารมณ์จากการเฝ้าระวังหรือความกังวลเรื่องความปลอดภัยของผู้สูงอายุ นอกเหนือจากภาระด้านงานบ้านหรือการช่วยทำกิจวัตรพื้นฐาน ภาระเหล่านี้ยังสามารถลดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟในระยะยาว (Izadi-Avanji et al., 2024) จากกระแสดังกล่าวสอดคล้องกับจากการสำรวจในประเทศ

สหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 2009 โดยผลกระทบของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ดังนี้ ทางด้านร่างกาย ทางจิตใจ ทางสังคม ทางเศรษฐกิจและทางครอบครัว (โสภิตตา แสนวา และคณะ, 2565)

ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ สามารถจำแนกได้เป็น 4 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม (World Health Organization, 2021b; อรรพรรณ เจือจารย์, 2565; กรมควบคุมโรค, 2567) โดยปัจจัยเสี่ยงทางด้านชีววิทยา ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (กุมาลิพร ตรีสอน, 2563; ญัฐชยา พวงทอง, 2564; นันทา เขตเจริญ, 2563; ศิริวรรณ เชาวโน และพรชัย ขุนคงมี, 2565) ปัญหาทางด้านสาย การมองเห็นที่ลดลง (ร่ำพิง จรัสสุริยสกุล, 2567; อรรพรรณ เจือจารย์, 2565; Kim & Kim, 2022) ความเสื่อมของเส้นเลือดฝอย โภชนาการ ความสามารถในการดูแลตนเอง การทำงานของไต (Jin et al., 2022) ดัชนีมวลกาย (วนิดา ราชมัย, 2565) การเคลื่อนไหว (Lee et al, 2021) มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Kim & Kim, 2022) ปัจจัยเสี่ยงทางด้านพฤติกรรม ได้แก่ การใช้ยาเป็นประจำและหลายประเภท การใช้อานอนหลับ การใช้อากล่อมประสาท (วนิดา ราชมัย, 2565) การใช้รองเท้าไม่เหมาะสม (ร่ำพิง จรัสสุริยสกุล, 2567) การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การนอนหลับ (Tang et al, 2022) การอยู่กับที่นานเกินไป ขาดการออกกำลังกาย พฤติกรรมการแต่งกาย และการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน (ศิริวรรณ เชาวโน และพรชัย ขุนคงมี, 2565) ปัจจัยเสี่ยงทางด้านสภาพแวดล้อม ได้แก่ พื้นบ้านลื่น มีห้องน้ำภายนอกบ้าน พื้นห้องน้ำเปียกและลื่น แสงสว่างไม่เพียงพอ (กุมาลิพร ตรีสอน, 2563) สิ่งของขวางทางเดินและมีพื้นที่ต่างระดับทั้งในและนอกบ้าน (Songthap et al., 2023) มีเด็กเล็กอยู่ในบ้าน มีประตูบ้านมีลักษณะเลื่อนหรือดึง เปิดปิด และมีสัตว์เลี้ยง (กุมาลิพร ตรีสอน, 2563) ไม่มีราวบันได (อรรพรรณ เจือจารย์, 2565) บริเวณรอบบ้านมีทางลาดชัน (วนิดา ราชมัย, 2565) กรังเรียก สวิตช์ไฟฉุกเฉินหรือ อุปกรณ์ช่วยเดินที่ไม่สามารถเอื้อมถึงได้ รวมทั้งไม่มีอุปกรณ์ช่วยเดินหรือเก้าอี้ที่ไม่แข็งแรง (Lee et al, 2021) และปัจจัยเสี่ยงทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ ที่อยู่อาศัยไม่เพียงพอ ขาดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ขาดทรัพยากรชุมชน รายได้ ระดับการศึกษาต่ำ จำกัดการเข้าถึงด้านสุขภาพและบริการสังคม (World Health Organization, 2021a) ฐานะทางผู้ที่มีฐานะทางการเงินย่ำแย่จะมีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้ม จากการขาดแคลนปัจจัยในการดำรงชีวิต (Maruszezwska et al., 2025; Liu & Hu, 2022) การเข้าถึงบริการสุขภาพ ขาดการสนับสนุนจากชุมชน (นิพา ศรีช้าง, 2562) อาศัยเพียงลำพัง (Maruszezwska et al., 2022) รวมไปถึงการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถในการป้องกันการหกล้ม(ดวงรัตน์ อัครนาน และคณะ, 2564) และการได้รับข้อมูลข่าวสาร (ญัฐชยา พวงทอง, 2564) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ ส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุได้ ดังนั้นเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงต้องมีกระบวนการจัดการป้องกันปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ ก่อนเกิดอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้ม

แนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในประเทศไทยและนานาชาติ มีความสอดคล้องกันโดยมีองค์ประกอบหลัก ดังนี้ การแบ่งความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มโดยการประเมินระดับความเสี่ยงของแต่ละบุคคล การประเมินเพื่อระบุและวัดปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม การบริหารจัดการและการทำกิจกรรมสนับสนุนตามความเสี่ยง และการประเมินขั้นตอนการรักษาและการติดตาม (Montero-Odasso et al., 2022; Eckstrom et al, 2021; สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพะสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2562; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) จากแนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ จะเห็นได้ว่า องค์ประกอบดังกล่าว เป็นแนวทางที่จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุอย่างกว้าง และมีการใช้เครื่องมือในการประเมินที่ต่างกัน ดังนั้นการนำแนวทางไปปฏิบัติควรมีการปรับและคำนึงถึงบริบท สภาพแวดล้อม ทรัพยากรต่าง ๆ ของแต่ละพื้นที่ รวมไปถึงการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการสนับสนุนการป้องกันการพลัดตกหกล้มด้วย

จากการศึกษาโปรแกรมและรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่ผ่านมา มีรูปแบบการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ได้แก่ การออกกำลังกายเพื่อสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (จุฑาทิพย์ รอดสูงเนิน, 2564; ภาควงศ์ ธาวัช และก้องไพร ดันสุชาติ, 2566; อุฬาริน พรกระแสน, 2567; จุฑามาศ วงศ์เทววิมาน , 2568; Zahedian-Nasab et al., 2021; Chittrakul, Penprapa Siviroj, Somporn Sungkarat and Ratana Sapbamrer, 2020) การทำกิจกรรมทางกาย การติดตามอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (ปิยะรัตน์ สอนกุล, 2566) การเตรียมความพร้อมและการป้องกันการหกล้ม เน้นการมีส่วนร่วมในชุมชน การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม การแนะนำการใช้ยา การวัดสายตาเบื้องต้น (จริญญา ส่งเสริม, 2564; บัณฑิตา ทองนา, 2568; ศิริวิมล สุระพล และจิตตรา ประทุมชา, 2568) การใช้อุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนไหว และการติดตามกระตุ้นเตือน การให้กำลังใจ (อุฬาริน พรกระแสน, 2567) การติดตามเยี่ยมเพื่อจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านให้ปลอดภัย (นพวรรณ ดวงจันทร์และคณะ, 2565; กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค, 2565; ธรรมบุญ ชามทอง, 2568; สุพรรณ นามอยู่ และคณะ, 2568) การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (นิภาพร มีชิน และคณะ, 2566; ฟาอิส วาเลาะเต และคณะ, 2565; ธรรมบุญ ชามทอง, 2568) การปรับมุมมองผู้สูงอายุต่อความกลัวการหกล้ม การติดตามผลทางโทรศัพท์และนัดติดตามการเปลี่ยนแปลงทุก 2 เดือน (กิตติมา เศรษฐบุญสร้าง และประเสริฐ ประสมรักษ์, 2566; กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง และคณะ, 2568) การใช้ระบบสุขภาพทางไกล (Montero-Odasso et al., 2022) และการแทรกแซงหลายปัจจัย ส่งผลให้ลดอัตราการหกล้ม ลดความเสี่ยงจากการหกล้มและการหกล้มซ้ำในผู้สูงอายุได้ (Lee & Yu, 2020) จะเห็นได้ว่าแนวทางการป้องกันการเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุมีหลากหลายวิธี เนื่องจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุนั้น เกิดได้จากหลายปัจจัย

จึงต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุ ญาติ ผู้ดูแล รวมไปถึงหน่วยงานและภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ดังนั้นการบูรณาการแนวทางหลายด้านและการติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความเสี่ยงและส่งเสริมความปลอดภัยของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมนั้น ต้องอาศัยความเชื่อ ความรู้ และการรับรู้ด้านในต่าง ๆ เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการป้องกันโรค จากการทบทวนวรรณกรรม การนำทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมาประยุกต์ใช้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุนั้น พบว่ามีประสิทธิผลในการส่งเสริมการรับรู้และความเชื่อมั่นของผู้สูงอายุในการป้องกันการพลัดตกหกล้มได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (วิลาวัลย์ เอี่ยมสะอาด และกรรณิการ์ พินิจ, 2566; นัทธินิ บุญช่วย และสมคิด ปราบภัย, 2564) สามารถนำมาใช้เป็นมาตรการป้องกันการพลัดตกหกล้มได้ โดยการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม (Mei Fong Ong et al., 2023) และยังทำนายพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุได้ (Taheri-Kharameh et al., 2022) นอกจากนี้การมีส่วนร่วมของชุมชนในการวิเคราะห์ การตัดสินใจ การเป็นเจ้าของ การเป็นผู้รับผิดชอบ และมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางภายใต้ศักยภาพของชุมชนเอง ส่งผลให้การป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จากการศึกษาโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการทรงตัว และพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 (นงพิมล นิมิตรอนันท์ และคณะ, 2563) และยังพบว่าการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ออกกำลังกายที่บ้าน 3 ครั้งต่อสัปดาห์เป็นเวลา 8 สัปดาห์ และการติดตามโดยอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ช่วยให้ผู้สูงอายุมีการเดิน การทรงตัวและลดความกลัวการพลัดตกหกล้มได้ดีขึ้น (จุฑามาศ วงศ์เทเวศิมา, 2568) รวมไปถึงการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักและแรงผลักดันให้มีพฤติกรรมดูแลป้องกันตนเองจากการพลัดตกหกล้ม (โสภิตตา แสนวา และคณะ, 2565; สุกัสสร บุญกรับพวง และคณะ, 2565; บุญณดา โสพัฒน์, 2566) การสนับสนุนทางสังคมเพื่อการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ ต้องอาศัยระบบความสัมพันธ์ภายในสังคมที่เริ่มต้นจากระดับครอบครัว ระดับชุมชน และระดับเครือข่าย เป็นรูปแบบหลักที่มีความสัมพันธ์กัน และเกี่ยวข้องกับการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ (ภคพนธ์ ศาลาทอง และระวีวรรณ ธรณี, 2565) การเยี่ยมบ้าน การให้กำลังใจและการกระตุ้นเตือนจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (มุทิตา มุสิกการยกุล และสุจิตรา สุคนธทรัพย์, 2565; ปิยะรัตน์ สวนกุล, 2566; อุฬาริน พรกระแสน, 2567; กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง และคณะ, 2568; สุพรรณ นามอยู่ และคณะ, 2568) การร่วมมือกันในการสื่อสารผ่านเวทีประชาคมและการถ่ายทอดข้อมูลผ่านภาคีเครือข่ายเป็นการทำงานเป็นทีม (นงพิมล นิมิตรอนันท์

และคณะ, 2563) จะเห็นได้ว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ในด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของ ด้านข้อมูล และด้านการประเมิน อย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักและเกิดพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อการป้องกันการพลัดตกหกล้ม การประยุกต์ใช้แรงสนับสนุนทางสังคม ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค พบว่า สามารถส่งเสริมการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุได้ (วิลาวลัย เอี่ยมสอาด และกรรณิการ์ พินิจ, 2566; นัทธินิ บุญช่วย และสมคิด ปราบภัย, 2564) สามารถสร้างความน่าเชื่อถือและความถูกต้องในการช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชน (Ong et al., 2023) และสามารถช่วยให้ผู้ให้บริการสาธารณสุขในการพัฒนา กิจกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (Taheri-Kharamah et al., 2022) ในการส่งเสริมป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง ผลลัพธ์ และเกิดความเชื่อมั่นในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มที่เหมาะสมด้วยตนเอง โดยอาศัย การมีส่วนร่วมของชุมชนและแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือน ทำให้เกิดการป้องกันการพลัดตกหกล้มและเกิดความตระหนักถึงความปลอดภัยมากขึ้น

กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยมีนโยบายมุ่งเน้นปี 2566 Health for Wealth ประชาชนแข็งแรง เศรษฐกิจไทยเข้มแข็ง ประเทศไทยแข็งแรง มีโครงการของขวัญปีใหม่ 2566 ปีแห่งสุขภาพสูงวัยไทย ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุร้อยละ 80 ได้รับการคัดกรองความถดถอย 9 ด้าน ได้แก่ ด้านการมองเห็น ด้านการได้ยิน ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านความคิดความจำ ด้านภาวะซึมเศร้า (2Q) ด้านสุขภาพช่องปาก ด้านภาวะขาดสารอาหาร และด้านการเคลื่อนไหว 2) โรงพยาบาลทุกแห่งมีคลินิกผู้สูงอายุรองรับการส่งต่อ ดูแลต่อเนื่องในรายที่คัดกรองแล้วพบว่ามีความเสี่ยง 3) วัสดุอุปกรณ์ แวนสายตาสำหรับผู้สูงอายุ ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองขับ แผ่นเสริมซึมซับ และราวกันหกล้ม 4) การเยี่ยมเสริมพลัง Kick off 12 เขตสุขภาพ (ศิริรัตน์ สุวรรณฤทธิ์, 2566)

สำหรับนโยบายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ได้มีแนวทางในด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) ในกลุ่มของผู้สูงอายุ ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan 2) ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ได้รับการดูแลทั้งในสถานบริการและในชุมชน ได้แก่ ประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และทุกตำบลมีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) 3) ผู้สูงอายุผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงพลัดตกหกล้ม (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2565) จากผลการดำเนินงานตามนโยบายพบว่า 1) การจัดทำ Care plan

ในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงยังไม่ครอบคลุมในการดูแลผู้สูงอายุ 2) ผู้จัดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care manager) โยกย้ายลาออก ทำให้กระบวนการดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง หน่วยบริการบางแห่งไม่มีผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (CM) ในการจัดทำ Care plan 3) ไม่มีการเบิกจ่ายเงินตาม Care plan หรือบางพื้นที่เคยมีการเบิกจ่าย แต่หยุดนิ่งไม่มีการเบิกจ่ายต่อ เนื่องจากขาดเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานตามภารกิจ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ได้ขับเคลื่อนงาน 4) ขาดแนวทางการส่งต่อรูปแบบการดูแลรักษาไม่ชัดเจน มีคลินิกผู้สูงอายุไม่เพียงพอ 5) ระบบการรายงานงานจัดบริการให้การรักษาผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ยังไม่มีระบบที่ชัดเจน รวมไปถึงขาดการมีส่วนร่วมในหลายภาคส่วนและขาดการสนับสนุนทางสังคม

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อใช้เป็นรูปแบบในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และเพื่อเป็นแนวทางลดความเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้ม ที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บจนนำไปสู่การเกิดความทุพพลภาพและเสียชีวิต โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม และทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้หลายภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหาการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

คำถามการวิจัย

1. สาเหตุและปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย
2. รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัยเป็นอย่างไร
3. รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัยมีความเหมาะสมหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย
3. เพื่อประเมินรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยด้านพฤติกรรม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีผลต่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย
2. รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย มีความเหมาะสมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

ขอบเขตของงานวิจัย

การวิจัยเรื่องรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย โดยมีขอบเขตการวิจัย ดังนี้

ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยเรื่องรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัยเป็นการศึกษาด้วยกระบวนการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed method research) แบบแผนเชิงสำรวจบุกเบิก (Exploratory Sequential design) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และนำผลมาต่อระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ด้วยการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ในเก็บข้อมูล เพื่อนำมาวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยมีผลต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย นำมาใช้ในการสร้างและประเมินรูปแบบการพัฒนาการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

ขอบเขตพื้นที่การศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้ทำการศึกษารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

ขอบเขตด้านประชากร ประกอบด้วย 2 กลุ่มหลัก

กลุ่มที่ 1 คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่อาศัยในจังหวัดสุโขทัย

กลุ่มที่ 2 ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Caregiver) ผู้ดูแลระดับครอบครัว และผู้นำชุมชน

ขอบเขตระยะเวลา

ทำการศึกษาในช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567 – มิถุนายน พ.ศ. 2568

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสุโขทัย ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือต้องการความช่วยเหลือบางส่วน มีความจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคมและเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้หรือมีภาวะแทรกซ้อน โดยได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เทิล เอดีแอล (Barthel ADL index) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 - 11 คะแนน

การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เสียการทรงตัวขณะดำเนินชีวิตประจำวัน ส่งผลให้พลัดตกหกล้มลงสู่พื้นหรือระดับที่ต่ำกว่าเดิม หรือปะทะสิ่งของต่าง ๆ โดยไม่ได้ตั้งใจ ขณะที่ยังมีสติหรือหมดสติ ทั้งที่บาดเจ็บหรือไม่บาดเจ็บ อาจส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน หรือถึงแก่ชีวิต ใน 6 เดือนที่ผ่านมา

การป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดพลัดตกหกล้ม เช่น การปฏิบัติตัวต่อสุขภาพของตนเอง การออกกำลังกาย การจัดสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกบ้าน

ปัจจัยเสี่ยงด้านชีววิทยา หมายถึง ลักษณะทางกายภาพของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เช่น เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย สถานภาพ ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง ประวัติการพลัดตกหกล้ม การมองเห็น การได้ยิน การทรงตัว การเดิน ความสามารถในการจับถ้ายึด และความกลัวการพลัดตกหกล้ม ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

ปัจจัยเสี่ยงด้านเศรษฐกิจและสังคม หมายถึง ลักษณะทางสังคมและฐานะทางเศรษฐกิจที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้ม ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ การอยู่ลำพัง การอยู่อาศัยกับสมาชิกในบ้าน และการมีข้อจำกัดทางด้านบริการสุขภาพ

ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรือการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เช่น การใช้ยาหลายชนิด รองเท้าที่ไม่เหมาะสม การสวมใส่เสื้อผ้า การนอนหลับ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย กิจกรรมทางกาย และการใช้อุปกรณ์เคลื่อนที่

ปัจจัยเสี่ยงด้านสภาพแวดล้อม หมายถึง การจัดการสิ่งแวดล้อมอยู่ภายใต้พฤติกรรมความสัมพันธ์ของลักษณะทางกายภาพของแต่ละผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปกับสภาพแวดล้อมรอบตัว รวมถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นในบ้าน บริเวณบ้านหรือตามที่สาธารณะต่าง ๆ ที่ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดการพลัดตกหกล้ม เช่น สภาพบ้านที่อยู่อาศัย พื้นลื่น พื้นต่างระดับ ราวจับ ประตูบานแสงสว่าง พรหมหรือผ้าเช็ดเท้า ห้องน้ำ การจัดวางของใช้ภายในบ้าน เติงนอน และสัตว์เลี้ยงในบ้าน

รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง กระบวนการกิจกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในจังหวัดสุโขทัย โดยได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เทิล เอดีแอล (Barthel ADL index) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 - 11 คะแนน โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed method research) ในการหาสาเหตุและปัจจัยเพื่อนำผลมาวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และนำแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Motivation Prevention Theory) แนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย โดยมีเป้าหมายในการลดปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัยแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ความเป็นไปได้ ความเป็นประโยชน์ ความเหมาะสม และ ความถูกต้องครอบคลุม โดยใช้กระบวนการสัมมนาอิงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship)

การอยู่อาศัยกับสมาชิกในบ้าน หมายถึง ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับบุคคลอื่น ไม่ว่าจะเป็นคู่สมรส บุตร หลาน หรือสมาชิกครอบครัวอื่น ๆ ซึ่งการมีผู้อยู่ร่วมบ้านมีผลต่อการเฝ้าระวังและการช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุพลัดตกหกล้ม

การอยู่ลำพังระหว่างวัน หมายถึง ช่วงเวลาที่ผู้สูงอายุอยู่เพียงลำพังในบ้านโดยไม่มีผู้ดูแลหรือสมาชิกครอบครัวอยู่ด้วยในเวลากลางวัน ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเนื่องจากขาดการสังเกตและการช่วยเหลือทันที

ประโยชน์ที่ได้จากงานวิจัย

เชิงนโยบาย

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย สามารถนำผลการวิจัยที่ได้ใช้เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
2. โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถนำผลการวิจัยที่ได้ใช้เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย เพื่อส่งเสริมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
3. หน่วยงานสาธารณสุขสามารถนำผลการวิจัยที่ได้ใช้เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้มีความรู้ความสามารถเพื่อส่งเสริมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เชิงวิชาการ

1. โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถนำข้อมูลเพื่อใช้อ้างอิงในการสนับสนุนเชิงวิชาการในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
2. บุคลากรและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถใช้เป็นแนวทางศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมในการจัดโปรแกรมเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยสามารถนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลในการใช้ศึกษาวิจัยในอนาคต

เชิงปฏิบัติการ

1. โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสุโขทัยสามารถนำรูปแบบและแนวทางที่ได้ไปปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ให้บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
2. หน่วยงานบริการสาธารณสุขในจังหวัดสุโขทัยสามารถนำคู่มือโปรแกรมวิธีการป้องกันการพลัดตกหกล้มไปใช้ได้จริง เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและลดความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้ม
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยสามารถนำไปใช้พัฒนาต่อยอดแนวทางวิธีการเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาด้วยกระบวนการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed method research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และเพื่อประเมินรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย โดยผู้วิจัยได้มีการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ
3. แนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ
4. แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค
5. แนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1. สถานการณ์ของผู้สูงอายุ

ปรากฏการณ์การสูงอายุของประชากรเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว สหประชาชาติ (United Nations: UN) คาดการณ์ทั่วโลกจะมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปี สูงถึง 1,200 ล้านคน ภายใน พ.ศ. 2568 และ 2,000 ล้านคน ภายใน พ.ศ. 2593 หรือร้อยละ 20 ของประชากรโลก โดยเฉพาะประเทศในทวีปยุโรป อเมริกา และเอเชีย จำนวนประชากรโลกในปี พ.ศ. 2566 ทั่วโลกมีประชากร 8 พันล้านคน มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีประมาณ 1.14 พันล้านคน หรือร้อยละ 14.22 อายุคาดเฉลี่ยของประชากรอยู่ที่ 73.40 ปี และประชากรหญิงมีอายุคาดเฉลี่ยสูงกว่าประชากรชาย ประเทศที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก 10 อันดับแรก ได้แก่ จีน อินเดีย สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น รัสเซีย บราซิล อินโดนีเซีย เยอรมนี อิตาลี และฝรั่งเศส ร้อยละ 19.50, 10.72, 23.88, 36.08, 23.06, 15.08, 11.14, 30.30, 31.64 และ 28.17 ตามลำดับ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567) ปัจจุบันทั่วโลกกำลังเข้าสู่กระบวนการที่เรียกว่า ประชากรสูงอายุ (Population aging) ซึ่งหมายถึง สัดส่วนของประชากรวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ลดลง แต่สัดส่วนของประชากรที่อายุ 60 ปีและสูงกว่าเพิ่มขึ้น เนื่องมาจากอัตราการตายและอัตราการเจริญพันธุ์ลดลง จากแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

(Chamie, 2023; Doerr et al., 2022; Tay et al., 2022) สัดส่วนของประชากรสูงอายุคาดว่าจะเพิ่มขึ้นอีกจากร้อยละ 13.6 ในปี 2020 ถึงร้อยละ 25.0 ในปี 2050 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุในภูมิภาคนี้เป็นผลมาจากการลดลงอย่างมากของภาวะเจริญพันธุ์และอัตราการเสียชีวิต ควบคู่ไปกับการมีอายุยืนยาวที่เพิ่มขึ้น และอัตราการเจริญพันธุ์ทั้งหมดลดลงมากกว่าครึ่ง (United Nations, Economic and Social Council, 2022a)

สถานการณ์ประชากรของกลุ่มประเทศอาเซียนมีประชากรทั้งหมด 674 ล้านคน โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 79 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 11.74 ของประชากรทั้งหมด จึงถือได้ว่าประเทศกลุ่มอาเซียนเป็นสังคมสูงอายุแล้ว คือมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 อัตราส่วนเพศของประชากรอาเซียนเท่ากับประชากรชาย 101 ต่อประชากรหญิง 100 คน อัตราส่วนเพศลดลง เมื่อประชากรอายุสูงขึ้น อัตราส่วนเพศของผู้สูงอายุอาเซียนเท่ากับผู้ชาย 81 คน ต่อผู้หญิง 100 คน และอัตราส่วนเพศของประชากรสูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ลดลงเหลือผู้สูงอายุชาย 55 คน ต่อผู้สูงอายุหญิง 100 คน และประเทศสิงคโปร์มีอัตราผู้สูงอายุมากที่สุดร้อยละ 24.03 และเป็นประเทศแรกในอาเซียนที่เข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ รองลงมาได้แก่ ไทย เวียดนาม และมาเลเซีย ตามลำดับ โดยพบว่าสิงคโปร์และไทยมีประชากรสูงอายุมากกว่าประชากรเด็ก โดยประเทศสิงคโปร์มีประชากรสูงอายุ (ร้อยละ 24.03) รองลงมาคือ ประเทศไทย (ร้อยละ 19.97) เวียดนาม (ร้อยละ 14.31) มาเลเซีย (ร้อยละ 11.78) อินโดนีเซีย (ร้อยละ 11.14) เมียนมา (ร้อยละ 11.05) บรูไน (ร้อยละ 10.97) กัมพูชา (ร้อยละ 10.04) ฟิลิปปินส์ (ร้อยละ 8.80) ลาว (ร้อยละ 7.37) และติมอร์เลสเต (ร้อยละ 7.95) (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567; United Nations, Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, 2022a)

การสูงวัยของประชากรไทยในปี 2565 ประเทศไทย มีจำนวนคนเกิดในปี พ.ศ. 2565 น้อยลงกว่าที่เกิดในปี พ.ศ. 2564 อย่างมาก นอกจากเป็นผลมาจากวิถีชีวิตของคนหนุ่มสาวที่เปลี่ยนไปสตรีไทยมีสถานภาพสูงขึ้น ผู้หญิงอยู่เป็นโสดมากขึ้น ทำงานนอกบ้านมากขึ้น แต่งงานช้าลง ความต้องการมีบุตรลดน้อยลง และผู้หญิงในวัยเจริญพันธุ์มีจำนวนน้อยลง และเหตุการณ์ระบาดของโควิด-19 ทำให้คู่สมรสจำนวนไม่น้อยที่ชะลอการมีบุตรของตนไว้ก่อน การที่ประเทศไทยมีจำนวนคนเสียชีวิตในปี พ.ศ. 2565 เพิ่มขึ้นมากกว่าการเสียชีวิตในปี พ.ศ. 2564 อย่างมาก เป็นผลโดยตรงมาจากสัดส่วนและจำนวนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การระบาดของโควิด-19 อาจจะเป็นปัจจัยเร่งให้คนไทย โดยเฉพาะผู้สูงอายุเสียชีวิตด้วยโรคระบาดนี้เพิ่มสูงขึ้นมากกว่าสองหมื่นราย (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566)

โครงสร้างประชากรไทย ในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยมีประชากร ประมาณ 66 ล้านคน เป็นผู้ที่มิอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 13 ล้านคน ร้อยละ 19.97 และมากกว่าประชากรเด็ก 3 ล้านคน ร้อยละ 15.63 โดยแบ่งเป็นผู้อายุวัยต้น 60-69 ปี, วัยกลาง 70-79 ปี และวัยปลาย 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 11.17, 5.95 และ 2.85 ตามลำดับ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567) และข้อมูลสถิติประชากรศาสตร์ (ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป) ของประเทศไทย ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2561-2565 พบว่า มีผู้สูงอายุ จำนวนร้อยละ 16.06, 16.73, 17.58, 18.24 และ 19.21 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าสถิติประชากรศาสตร์ของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปในประเทศไทยมีแนวโน้มของผู้สูงอายุสูงขึ้นทุกปี และประชากรสูงอายุวันต้น 60-69 ปี มีจำนวนมากที่สุด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565ข)

ข้อมูลสถิติประชากรศาสตร์ (ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป) จำแนกตามรายจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2 ปี พ.ศ. 2567 พบว่า ร้อยละผู้สูงอายุที่มีมากที่สุด คือ จังหวัดอุดรธานี รองลงมา คือ จังหวัดสุโขทัย จังหวัดพิษณุโลก จังหวัดเพชรบูรณ์ และจังหวัดตาก คิดเป็นร้อยละ 24.03, 23.05, 21.51, 20.47 และ 13.51 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565ข) จากข้อมูลร้อยละประชากรผู้สูงอายุของจังหวัดสุโขทัยในปี พ.ศ. 2564-2567 มีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 22, 24.6, 27.4 และ 28.95 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2567) ในปี พ.ศ. 2568 พบว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปต่อประชากรจังหวัดจำนวน 144,371 ร้อยละ 50.25 เป็นเพศชาย ร้อยละ 21.78 เพศหญิงร้อยละ 28.47 ของประชากรจังหวัดสุโขทัย (กรมการปกครอง, 2568) จะเห็นได้ว่าสถิติประชากรศาสตร์ของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปในจังหวัดสุโขทัยมีแนวโน้มของผู้สูงอายุสูงขึ้นทุกปี

จากข้อมูลประชากรและสถิติประชากรศาสตร์ ในระดับโลก กลุ่มประเทศอาเซียน ประเทศไทย เขตสุขภาพและจังหวัดสุโขทัย จะเห็นได้ว่า สัดส่วนประชากรของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น 60-69 ปี มีจำนวนประชากรมากที่สุดในหลายประเทศทั่วโลก เมื่อพิจารณาข้อมูลประชากรของจังหวัดสุโขทัย พบว่ามีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มจากร้อยละ 19.04 ในปี 2561 เป็นร้อยละ 23.05 ในปี 2565 สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่ส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจในอนาคต

2. ความหมายของผู้สูงอายุ

คำนิยามของผู้สูงอายุ องค์การสหประชาชาติ (United nations) ยังไม่มีนิยามที่แน่นอนว่าอายุเท่าไรจึงเรียกว่าเป็น “ผู้สูงอายุ” (older/elderly person) แต่สหประชาชาติใช้อายุ 65 ปี ขึ้นไปในการนำเสนอสถิติ ข้อมูล และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างอายุของประชากร (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565)

องค์การอนามัยโลกได้ให้หมายว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปี หรือมากกว่า เมื่อนับตามวัย หรือผู้ที่สังคมยอมรับว่าสูงอายุจากการกำหนดของสังคม หรือผู้ที่เกษียณจากอายุการทำงาน เมื่อนับตามสภาพเศรษฐกิจในประเทศที่พิจารณาแล้ว ส่วนใหญ่ใช้เกณฑ์ที่อายุ 65 ปี (World Health Organization, 2010)

สำหรับประเทศไทย กำหนดนิยาม “ผู้สูงอายุ” ไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3 “ผู้สูงอายุ” หมายความว่า “บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย” (สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2555)

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ (2546) กำหนดให้บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์และมี สัญชาติไทยเป็นผู้สูงอายุ โดยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุไว้ 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) และผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป)

Barrow & Smith (1979) ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่ก้าวสู่สภาพหรือบทบาทใหม่ทางสังคม Ebersole & Hess (1998) ผู้สูงอายุ หมายถึง วัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมในทางที่เสื่อมลง นำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาสุขภาพ

รัชฎา พงธณกิจ (2559) วัยสูงอายุจัดเป็นวัยที่อยู่ในระยะท้ายสุดของชีวิต ลักษณะและพัฒนาการในวัยนี้จะตรงข้ามกับวัยเด็ก คือมีแต่ความเสื่อมโทรมและสึกหรอ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้จะดำเนินไปอย่างค่อยเป็นค่อยไป

สกุณา บุญนรากร (2551) วัยสูงอายุ หมายถึง วัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอย เนื่องจากความเสื่อมของการทำงานระบบต่าง ๆ ทั่วร่างกาย ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

จากความหมายที่กล่าวมา ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไปทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงและปัญหาสุขภาพตามมา สำหรับงานวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสุโขทัย เป็นเกณฑ์กำหนดกลุ่มเป้าหมายของผู้สูงอายุที่สนใจศึกษา

3. การแบ่งช่วงวัยของผู้สูงอายุ

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (ศลทร คงหวาน และสิทธิพันธ์ พูนเอียด, 2565) ได้แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุไทย ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. ผู้สูงอายุวัยต้น หมายถึง ผู้มีอายุ 60-69 ปี
2. ผู้สูงอายุวัยกลาง หมายถึง ผู้มีอายุ 70-79 ปี
3. ผู้สูงอายุวัยปลาย หมายถึง ผู้มีอายุ 80 ปีขึ้นไป

สถาบันแห่งชาติผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดช่วงอายุของผู้สูงอายุไว้ ดังนี้ (จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชริตันศิริ, 2533)

1. ผู้สูงอายุวัยต้น (young old) มีอายุระหว่าง 60-74 ปี เป็นวัยที่ยังไม่ชรามาก ถ้าสุขภาพกายและสุขภาพจิตดี

2. ผู้สูงอายุ เมื่อมีอายุ 75 ปี ขึ้นไป จึงถือเป็นวัยชราอย่างแท้จริง

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2558) แบ่งโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุไทย ออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ประชากรสูงอายุวัยต้น คือ ผู้มีอายุ 60 - 69 ปี

2. ประชากรสูงอายุวัยกลาง คือ ผู้มีอายุ 70 - 79 ปี

3. ประชากรสูงอายุวัยปลาย คือ ผู้มีอายุ 80 ปีขึ้นไป

กรมกิจการผู้สูงอายุ (2567) ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งแบ่งผู้สูงอายุออกเป็นกลุ่มอายุ 4 กลุ่ม

ใหญ่ คือ

1. วัยสูงอายุตอนต้น (Young - old) อายุ 60 - 69 ปี

2. วัยสูงอายุตอนกลาง (Medium - old) อายุ 70 - 79 ปี

3. วัยสูงอายุมาก (Old - old) อายุ 80 ปีหรือมากกว่า

4. ศตวรรษิกชน (centenarian) หมายถึง ผู้สูงอายุวัยปลายสุดที่มีอายุ 100 ปีขึ้นไป

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2548) ได้จำแนก วัยสูงอายุ ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. วัยสูงอายุตอนต้น (Young - old) อายุ 60 - 69 ปี

2. วัยสูงอายุตอนกลาง (Medium - old) อายุ 70 - 79 ปี

3. วัยสูงอายุมาก (Old - old) อายุ 80 ปีหรือมากกว่า

ข้อมูลองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2010) มีการแบ่งเกณฑ์อายุ ตามสภาพของการมีอายุเพิ่มขึ้น ในลักษณะของการแบ่งช่วงอายุที่เหมือนกัน คือ

1. ผู้สูงอายุ (Elderly) มีอายุระหว่าง 60 - 74 ปี

2. คนชรา (Old) มีอายุระหว่าง 75 - 90 ปี

3. คนชรามาก (Very Old) มีอายุ 90 ปีขึ้นไป

Yuriek, et al., (1980) แบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุตามสถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติ (National Institute of Aging) ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (Young - old) มีอายุ 60 - 74 ปี

2. กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (Old - old) มีอายุ 75 ปีขึ้นไป

สำหรับประเทศในแถบตะวันตก Jones, & Rose (2005) ทำการแบ่งโครงสร้างผู้สูงอายุไว้ 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ประชากรสูงอายุวัยต้น คือ ผู้มีอายุ 65 ถึง 74 ปี
2. ประชากรสูงอายุวัยกลาง คือ ผู้มีอายุ 75 ถึง 84 ปี
3. ประชากรสูงอายุวัยปลาย คือ ผู้มีอายุ 85 ถึง 99 ปี
4. ประชาชนสูงอายุมาก คือ ผู้ที่มีอายุ 100 ปีขึ้นไป

สำนักส่งเสริมสุขภาพ (2552) ได้แบ่งกลุ่ม ผู้สูงอายุโดยใช้สภาวะสุขภาพเป็นเกณฑ์ในการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ โดยการจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel activities of daily living: ADL)

สำหรับการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ แบ่งตามระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ในการดูแลกิจวัตรประจำวัน โดยมีเกณฑ์การแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2552; อัจฉรา ปุราคม, 2558)

1. ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดีหรือกลุ่มดีดั่งสังคม (well elder) ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ดำเนินชีวิตในสังคมได้โดยอิสระและมักเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม

ในด้านสุขภาพ สามารถทำกิจวัตรพื้นฐานประจำวัน (Activity of daily living: ADL) และกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้ (Instrumental activity of daily living: IADL) เป็นผู้มีสุขภาพทั่วไปดี ไม่มีโรคเรื้อรัง หรือเป็นเพียงผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือเป็นผู้ที่มีโรคเรื้อรัง 1 - 2 โรคแต่ควบคุมได้

ในด้านสังคม กลุ่มนี้จะเป็นผู้สูงอายุที่สามารถและประสงค์เข้าร่วมกิจกรรมในสังคม สามารถช่วยเหลือครอบครัวผู้อื่นและสังคมได้ อาจมีปัญหาทุกข์ยากและเดือดร้อนด้วยหรือไม่ก็ได้

2. ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (Homebound elder) ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้เป็นกลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาในงานวิจัยในครั้งนี้ ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือต้องการความช่วยเหลือบางส่วน มีความจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคมและเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้หรือมีภาวะแทรกซ้อน มีหลายโรคและมีกลุ่มอาการสำคัญของผู้สูงอายุที่มีผลต่อการไปมาได้โดยอิสระ

ในด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ จะมีความจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคมชัดเจนและอาจมีความจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานหรือต่อเนื่องบางประการ ทำให้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นบ้างบางส่วน เช่น ในการเคลื่อนไหว ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่สามารถเดินตามลำพังบนทางเรียบได้ ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือหรือผู้ช่วยเหลือ การรับประทานอาหาร ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องการความช่วยเหลือขณะรับประทานอาหาร หรือแม้จะรับประทานอาหารได้เองแต่อาจทำ

หกละเทอะ โต๊ะเปื้อนได้ การขับถ่ายผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ต้องการความช่วยเหลือ เช่น พาไปห้องสุขา ช่วยทำความสะอาดหลังการขับถ่าย เป็นต้น ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านนี้ มีโรคประจำตัวหลายโรค โดยมีโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้หรือมีภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ยังเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome) ที่มีผลต่อการเคลื่อนที่ และการเข้าสังคม ทางด้านร่างกาย เช่น การมีความยากลำบากในการเคลื่อนที่ ทางด้านจิตใจ เช่น มีภาวะซึมเศร้า ทางด้านสติปัญญาการคิดรู้ เช่น ภาวะหลงลืมและสมองเสื่อม

ในด้านสังคม ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านนี้ เป็นกลุ่มที่มีส่วนร่วมกับสังคมน้อย เนื่องจากมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย เช่น ไม่สามารถร่วมกิจกรรมที่วัดได้เช่นเดิม รวมถึงกลุ่มที่ไปมานอกบ้านได้โดยอิสระแต่ไม่ชอบออกสังคมและกลุ่มที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมสังคมได้ เนื่องจากติดภาระทางบ้าน เช่น ต้องดูแลหลาน ผู้สูงอายุกลุ่มนี้อาจมีหรือไม่มีศักยภาพในการช่วยเหลือครอบครัวและสังคมได้ การเสริมพลังอำนาจให้กับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ จะช่วยเสริมสุขภาพและเสริมศักยภาพชุมชน ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านอาจเป็นผู้ที่มีหรือไม่มีปัญหาทุกข์ยากเดือดร้อน

3. ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (Bedbound elder) ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงและกลุ่มระยะสุดท้าย (Bedbound elder - end of life) เป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายหรือการทำกิจวัตรพื้นฐานประจำวันอื่น และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคและมีภาวะแทรกซ้อน ภาวะห่อหรือเปราะบาง

ในด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง เป็นกลุ่มที่มีความจำกัดในการทำกิจวัตรพื้นฐานประจำวัน ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ทำให้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น ทั้งในการเคลื่อนย้ายหรือในกิจวัตรพื้นฐานประจำวัน เช่น การเคลื่อนไหว ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่สามารถย้ายตำแหน่งตัวเองขณะนั่งได้ หรือแม้แต่ขยับตัวไม่ได้ในท่านอน ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนย้าย หรือพลิกตะแคงตัว การรับประทานอาหารผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีภาวะกลืนลำบาก แม้ว่าผู้ดูแลจะป้อนอาหารให้และผู้สูงอายุอาจได้รับสารอาหารผ่านช่องทางอื่น ได้แก่ จมูก กระเพาะอาหาร และลำไส้ การขับถ่าย ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ต้องขับถ่ายในท่านอนหรืออยู่บนเตียงสวมใส่ผ้าอ้อมตลอดเวลา หรือต้องเปลี่ยนผ้าอ้อมเป็นประจำผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงนี้ มีโรคประจำตัวหลายโรค ทั้งที่ควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ มีการเจ็บป่วยเรื้อรังมายาวนาน และมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ นอกจากนี้ยังเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะห่อหรือเปราะบาง ที่มีผลต่อความต้องการความช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตและการเข้าสังคม

ในด้านสังคม ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงนี้ เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถมีส่วนร่วมทางสังคมด้วยตนเองได้ เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ปัญหาสุขภาพที่มีผลต่อความสามารถในการเคลื่อนที่ได้ ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จำเป็นต้องพึ่งพา ครอบครัว ผู้อื่นและสังคม ในการมีส่วนร่วมทางสังคมผู้สูงอายุ

กลุ่มนี้ อาจไม่มีศักยภาพในการช่วยเหลือครอบครัวและสังคมได้ การเสริมพลังอำนาจให้กับผู้สูงอายุ และครอบครัว ผู้ดูแล จะช่วยเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและเสริมศักยภาพของผู้ดูแล

จากแบบประเมิน ADL การจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel activities of daily living: ADL) การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายและผู้ทรงคุณวุฒิได้ประยุกต์ จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เทล เอดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 - 11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 - 4 คะแนน

จากข้อมูลการคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living - ADL) ของเขตสุขภาพที่ 2 ในปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่า แนวโน้มของผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคม (ADL 12-20) มีจำนวนร้อยละ 97.61 , 97.45 และ 97.38 ในกลุ่มติดบ้าน (ADL 5-11) มีจำนวนร้อยละ 1.86, 1.99 และ 2.12 และกลุ่มติดเตียง (ADL 0-4) มีจำนวนร้อยละ 0.52, 0.56 และ 0.50 ตามลำดับ (ศูนย์อนามัยที่ 2, 2566)

จากข้อมูลการคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living - ADL) ของจังหวัดสุโขทัยในปี พ.ศ. 2564 – 2567 พบว่าแนวโน้มของผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคม (ADL 12-20) ร้อยละ 97.3, 97.3, 97.8, 97.3 ตามลำดับ กลุ่มติดบ้าน (ADL 5-11) ร้อยละ 2.2, 2.2, 1.8, 2.2 ตามลำดับ และกลุ่มติดเตียง (ADL 0-4) ร้อยละ 1, 0.4, 0.4, 0.5 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2567)

สำหรับงานวิจัยในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสามารถการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ที่ได้รับการประเมินแล้วอยู่ในกลุ่มที่ 2 (กลุ่มติดบ้าน) คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 - 11 คะแนนโดยผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ ถือว่ามีปัญหาสุขภาพมากที่สุด การทำการศึกษาวิจัยนี้เพื่อป้องกันผู้สูงอายุไม่ให้ก้าวไปสู่ในกลุ่มติดเตียง (ADL 0-4) ในอนาคต

4. การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงในหลายด้านจากความเสื่อมถอยของร่างกาย ทั้งที่สามารถสังเกตได้จากภายนอก รวมไปถึงระบบภายในร่างกายที่มีความผิดปกติ ทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยขึ้น โดยการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุสามารถสรุปได้ดังนี้ (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2561; มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2563)

4.1 ด้านร่างกาย

4.1.1 ผิวหนัง จะแห้ง บางลง เหี่ยวย่น และหลุดลอกง่าย เกิดจากไขมันใต้ผิวหนัง ลดลงผิวแห้ง ทำให้เกิดอาการคันตามร่างกาย มีริ้วรอยบนใบหน้า เม็ดสีผิวหนังน้อยลงทำให้เกิดจุดขาว เมื่อผิวบางลงผู้สูงอายุจะหนาวง่าย และเกิดรอยฟกช้ำหรือเกิดแผลได้ง่าย ดังนั้น ผู้สูงอายุไม่ควรอาบน้ำร้อนหรืออุ่นเวลาที่อากาศหนาว ควรเลือกใช้สบู่เด็กหรือมีส่วนผสมของน้ำมันธรรมชาติในการอาบน้ำหรือชำระร่างกายด้วยน้ำธรรมดาก็เพียงพอ หลังอาบน้ำควรทาโลชั่นเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นให้แก่ผิว และควรระมัดระวังเรื่องการดื่ง การเช็ดถูผิวแห้งแรง ๆ เพราะอาจทำให้เกิดแผลได้ง่าย นอกจากนี้การสัมผัสที่ผิวหนังลดลงจะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดน้ำร้อนลวกได้ง่าย ต่อมาเหงื่อเสียหน้าที่ทำให้ร่างกายระบายความร้อนไม่ดี จึงเกิดลมแดดได้ง่าย เซลล์สร้างเม็ดสีเสียหน้าที่ ทำให้ผิวตกกระ ผอมและขนสีจางลง จนกลายเป็นสีขาว

4.1.2 ริมฝีปาก จะมีสีซีดหรือเรียกว่า ริมฝีปากซีด เกิดจากรากผมไม่สร้างเม็ดสี อีกทั้งผมจะบางลงและหลุดร่วงง่าย ดังนั้นควรให้ผู้สูงอายุใช้แชมพูชนิดอ่อน เช่น แชมพูสำหรับเด็ก ตัดผมสั้น อยู่เสมอเพื่อดูแลและทำความสะอาดได้ง่าย อาจใช้มือนวดศีรษะเพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดริมฝีปาก ผู้สูงอายุจะมีริมฝีปากแห้งและลอกแตกง่าย ผู้สูงอายุควรใช้ลิปสติกมันทาเพื่อให้ปากชุ่มชื้น และดูแลช่องปากให้สะอาดอยู่เสมอ เพื่อลดการสะสมของแบคทีเรีย

4.1.3 ฟัน ฟันหลุดหรือหักง่าย ฟันกร่อนเพราะหักหลุดง่าย เหงือกกรัน เยื่อช่องปากบางลงเกิดแผลในปาก ปากลิ้นแห้ง การบดเคี้ยวอาหารไม่ละเอียดทำให้ระบบทางเดินอาหารทำงานหนัก บางคนจึงต้องใส่ฟันปลอม ดังนั้นอาหารที่ควรจัดให้ผู้สูงอายุควรเป็นอาหารอ่อน หั่นเป็นชิ้นเล็กย่อยง่ายและมีประโยชน์ เช่น ปลา ไข่ เต้าหู้ ผักต้ม เป็นต้น และควรพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปากและฟันทุก ๆ 6 เดือน หรือปีละ 1 ครั้ง

4.1.4 ลิ้น การรับรสหรือรสชาติอาหารลดลง เมื่อผู้สูงอายุรับประทานอาหารจะรับรสชาติของอาหารได้ไม่ดี บางครั้งอาจจะเติมน้ำตาลหรือน้ำปลาปรุงรสมากเกินไป ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ตามมา ดังนั้น เราควรช่วยดูแลไม่ให้ผู้สูงอายุปรุงอาหารด้วยน้ำตาลและน้ำปลามากเกินไป และควรดูแลทำความสะอาดลิ้นด้วยแปรงที่นุ่ม เพื่อลดการสะสมของเชื้อโรคภายในช่องปาก

4.1.5 จมูก การได้กลิ่นต่าง ๆ ลดลง ไม่สามารถแยกกลิ่นที่คุ้นเคยได้ บางครั้ง อาจไม่ได้กลิ่นอาหารที่เริ่มบูดเน่า ผู้สูงอายุอาจรับประทานเข้าไปทำให้ท้องเสียได้ ผู้สูงอายุ ควรรับประทานอาหารสดใหม่เสมอ และไม่ควรให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารที่ค้างคืนไว้นาน

4.1.6 สายตา ประสาทสัมผัสในการมองเห็นลดลง สีนัยตาเริ่มขุ่นมัวไม่สดใส หนังกตาเหี่ยวย่น การกระพริบตาช้าลง โดยเฉพาะในเวลากลางคืน หรือในที่ที่มีแสงสว่างน้อย หยิบจับ สิ่งของไม่ถูก เล่นสตาแ่งขึ้น ความสามารถในการมองเห็นลดลง บางรายมีสายตาวาว มองในระยะใกล้ไม่ชัดเจน ลานสายตาแคบ การแยกสีส้ม แดง เหลือง ได้ดีกว่าสีน้ำเงิน ม่วง เขียว ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ อาจทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ดังนั้น ควรระมัดระวัง การเดินในที่ที่มีแสงสว่างน้อยหรือตอนมืด เก็บข้าวของให้เป็นระเบียบ ไม่ขวางทางเดิน และผู้สูงอายุ ตรวจตาปีละ 1 ครั้ง รับประทานอาหารที่บำรุงสายตา เช่น ผักบุ้ง ผักคะน้า เป็นต้น

4.1.7 หู ประสาทการรับเสียงเสื่อมลง มีอาการหูตึง เสียงพูดเปลี่ยนไปเพราะ มี การเสื่อมของกล้ามเนื้อกล่องเสียง เสียงแหลมขึ้น พูดช้าลง จังหวะการหยุดบ่อยและนานขึ้น การได้ยินระดับเสียงต่ำชัดกว่าระดับเสียงสูง ดังนั้น การใช้เสียงพูดคุยกับผู้สูงอายุควรพูดใกล้ ๆ ไม่ใช่เสียงดัง ไม่ควรตะโกน แต่ควรพูดด้วยเสียงทุ้ม พูดช้า ๆ และชัดเจน และควรดูแลไม่ให้ผู้สูงอายุใช้ของแหลม แคหุเป็นอันตราย เพราะอาจเกิดอันตรายต่อเยื่อหูได้

4.1.8 กระดูกและกล้ามเนื้อ จำนวนและเส้นใยของกล้ามเนื้อรวมไปถึง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง กล้ามเนื้อลีบเล็ก ไม่ค่อยมีแรง เดินช้าและเคลื่อนไหวได้ช้าลง ทำให้ เคลื่อนไหวไม่คล่องตัว แคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้น ทำให้กระดูกเปราะและหักง่าย หมอนรองกระดูกบางลง ทำให้ผู้สูงอายุหลังค่อม น้ำในข้อกระดูกต่าง ๆ ลดลง ทำให้การเคลื่อนไหว ของข้อ ไม่สะดวก เกิดการแข็งตึงและอักเสบได้ง่าย ที่พบได้มากคือ ข้อเข่าเสื่อม ดังนั้น ผู้สูงอายุควร เลือกรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น นม น้ำเต้าหู้ ปลาเล็กปลาน้อย ผักใบเขียว เพื่อ เสริมสร้างให้กระดูกแข็งแรง และเฝ้าระวังอุบัติเหตุจากการหกล้มอย่างใกล้ชิด ออกกำลังกาย เช่น เดินเร็ว โยคะ ว่ายน้ำ เพื่อให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงมากขึ้น ผู้ใกล้ชิดไม่ควรหุดหงิดหรือโมโห เมื่อ ผู้สูงอายุทำ

4.1.9 หัวใจและหลอดเลือด หลอดเลือดแดงแข็งตัวมีความเสื่อมและยืดหยุ่น น้อยลง บางคนมีไขมันมากทำให้ผนังหลอดเลือด หนาตัวมากขึ้น ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ เมื่อ หัวใจทำงานหนัก ส่งผลให้มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว และหน้ามืดเป็นลมได้ง่าย อีกทั้งผู้สูงอายุมี หลอดเลือดฝอยเปราะ ทำให้เกิดรอยฟกช้ำได้ง่ายขึ้น ดังนั้น ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารที่มี โปรยชน์ และไม่รับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง เช่น เนื้อหมู หรือเนื้อไก่ที่ติดมัน เนย ครีม ไข่แดง เป็นต้น ควรเลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ เช่น ปลา เต้าหู้แทน ออกกำลังกายสม่ำเสมอ

4.1.10 ทางเดินหายใจ ปอด ทำหน้าที่นำออกซิเจนไปเลี้ยงเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกาย เมื่ออายุมากขึ้นความยืดหยุ่นและความจุปอดลดลง กระตุกอ่อนของซี่โครงจะมีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้นการยุบและขยายตัวไม่ดี สมรรถภาพปอดลดลง ผนังถุงลมบางลง เส้นเลือดฝอยมาเลี้ยงน้อยลง การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อช่วยหายใจลดลง ทำให้ผู้สูงอายุหายใจลำบาก เหนื่อยง่ายเมื่อออกกำลังกาย อีกทั้งกล้ามเนื้อทรวงอกเสื่อมทำให้ไอและขับเสมหะออกได้ยาก เสี่ยงต่อการทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย ดังนั้น ผู้สูงอายุควรอยู่ในสภาพอากาศที่ถ่ายเท บริหารปอดด้วยการสูดลมหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้น

4.1.11 การย่อยอาหาร ในผู้สูงอายุนั้น หลอดที่ต่อระหว่างหลอดอาหารและกระเพาะอาหารหดตัวไม่ดีทำให้อาหารและน้ำย่อยในกระเพาะอาหารไหลย้อนกลับขึ้นมาที่หลอดอาหารเกิดอาการกรดไหลย้อน กระเพาะอาหารมีการเคลื่อนไหวลดลงส่งผลให้อาหารย่อยไม่ดี ในกระเพาะอาหารจะมีน้ำย่อยลดลง ลำไส้หย่อนตัว ทำให้มีภูมิอาการท้องอืด แน่นท้อง เกิดภาวะขาดสารอาหารง่ายขึ้น กล้ามเนื้อผนังลำไส้ใหญ่บางและฝ่อ การบีบตัวลำไส้ใหญ่ลดลงทำให้การขับถ่ายไม่ปกติเกิดอาการท้องผูกได้ ผู้สูงอายุจึงควรเคี้ยวให้ละเอียดและจัดอาหารที่อ่อน ย่อยง่าย เพิ่มอาหารที่มีกากใย เช่น ผักผลไม้ และเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อป้องกันท้องผูก

4.1.12 ระบบฮอร์โมนที่เปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ อาจทำให้ผู้สูงอายุบางคนเป็นโรคเบาหวาน อ้วนง่าย อุณหภูมิร่างกายลดลงทำให้ขี้หนาว ต่อมไทรอยด์ทำงานแปรปรวนอาจทำให้เสียง沙 หรือหุดหิดง่าย เมื่อฮอร์โมนในร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงจะทำให้เกิดภาวะกระดูกพรุนในผู้สูงอายุได้ง่าย ผู้สูงอายุควรระมัดระวังเรื่องการหกล้ม เมื่ออากาศหนาวเย็น ควรใส่เสื้อผ้าหนา ๆ หรือใช้ผ้าพันคอเพื่อความอบอุ่นแก่ร่างกาย

4.1.13 ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ ไต มีหน้าที่ในการกรองและขับของเสียของจากร่างกาย ผู้สูงอายุจะมีขนาดไตลดลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะลดลง ทำให้มีปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะ ผู้สูงอายุจึงถ่ายปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะเจือจางกว่าปกติในผู้ชายมักพบต่อมลูกหมากโต เป็นผลให้ ถ่ายปัสสาวะลำบาก ในเพศหญิง รังไข่จะฝ่อเล็กลง มดลูก รังไข่ และปีกมดลูกหดเหี่ยวมีขนาดเล็กลง เยื่อบุภายในมดลูกจะบางลงแต่ยังสามารถตอบสนองต่อการกระตุ้นของฮอร์โมนได้ ปากมดลูกเหี่ยว ช่องคลอดแคบสั้นลง สารหล่อลื่นภายในช่องคลอดลดลง รอยย่นและความยืดหยุ่นลดลง อวัยวะภายนอกเหี่ยวยุบ เกิดภาวะกระบังลมหย่อน ทำให้เกิดการติดเชื้อและอักเสบได้ง่าย กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อน ทำให้กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ดังนั้น ผู้สูงอายุหญิงควรฝึกขมิบบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ไม่สวมใส่กางเกงที่รัดแน่นเกินไป ฝึกปัสสาวะให้เป็นเวลา ไม่กลั้นปัสสาวะเป็นเวลานาน ๆ และงดการดื่มน้ำจำนวนมากก่อนเข้านอน

4.2 ด้านจิตใจ

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เช่น การเจ็บป่วย การเสื่อมของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ตลอดจนการการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม การเปลี่ยนสัมพันธภาพในครอบครัวและไม่สามารถสนองความต้องการทางเพศได้ จาก การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดผลกระทบและการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ดังนี้

4.2.1 การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เนื่องจากเพื่อน บุคคลที่เป็นญาติสนิทหรือ คู่ชีวิตต้องตายจากหรือแยกย้ายไปอยู่ที่อื่น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ก่อให้เกิดความซึมเศร้าได้ง่าย

4.2.2 การสูญเสียสภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ เช่น การเกษียณอายุ การสูญเสียบทบาทในการเป็นหัวหน้าครอบครัว อาจเกิดความรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจาก ถึงวัยอันควรที่จะต้องออกจากการทำงาน ขณะเดียวกันความสัมพันธ์ทางสังคมที่ลดน้อยลงจาก หมดภาระติดต่อทางด้านธุรกิจการงาน หรือหน้าที่รับผิดชอบ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสีย ตำแหน่งหน้าที่ ไร้คุณค่าชีวิตไม่มีความหมาย นอกจากนี้ยังส่งผลให้ขาดเพื่อน ขาดความผูกพันที่เคยมี ต่อสังคม และรายได้ลดน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องพยายามปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

4.2.3 การเปลี่ยนสัมพันธภาพในครอบครัว ในวัยสูงอายุ บุตร ธิดามักจะมี ครอบครัวกันแล้วโดยเฉพาะสังคมปัจจุบันที่ครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัว ขยายทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกับบุตรหลานของตนเองลดลง บทบาททาง ด้านการให้คำปรึกษา ดูแลสั่งสอนจึงน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว เกิดความว้าเหว่และ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อยลง

4.2.4 การไม่สามารถสนองความต้องการทางเพศ นับเป็นการสูญเสียทางจิตใจที่สำคัญ ทั้งนี้เพราะการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ เคมีของร่างกายทำให้ไม่สามารถตอบสนอง ความต้องการทางเพศได้ ทั้ง ๆ ที่ยังมีความต้องการทางเพศอยู่โดยเฉพาะผู้สูงอายุชาย นอกจากนั้น เหตุผลทางสังคมและวัฒนธรรม โดยเฉพาะเจตคติของสังคมต่อเพศสัมพันธ์ในวัยผู้สูงอายุว่าเป็นเรื่องที่ไม่เหมาะสมนับเป็นสิ่งที่ขัดขวางความต้องการทางเพศ และมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุเกิด ความวิตกกังวล และมีความหวั่นไหวต่อความมั่นคงของชีวิต

4.3 ด้านสังคม

การเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็นการถอนบทบาทจากสังคมภายนอกด้วยการเกษียณอายุ จากการทำงานคงมีแต่สังคมภายในบ้าน ขาดการพบปะกับผู้ร่วมงาน บทบาทสังคมและการได้รับ ยกย่องจากบุคคลอื่นในสังคมลดลง สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลให้ผู้เกษียณเกิดความรู้สึกว่าคุณค่าและศักดิ์ศรี ลดน้อยลง เกิดความรู้สึกเหงาและว้าเหว่ ถ้าไม่มีบทบาทใหม่มาทดแทน จะส่งผลให้ความพึงพอใจใน ชีวิตลดลง รวมทั้งการขาดรายได้ รายได้พิเศษต่าง ๆ ก็หมดไป ในขณะที่รายจ่ายเพิ่มมากขึ้น เนื่องจาก

ต้องมีรายจ่ายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่เสื่อมลงมากขึ้นจากเดิม จึงก่อให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจได้ ดังนั้น ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุจึงควรมีการวางแผนการเงินไว้ใช้ในวัยเกษียณและสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม พบปะกับสังคมภายนอก เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ กิจกรรมจิตอาสา หรือสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ทำงานอดิเรกที่ชอบ เช่น การปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ เพื่อให้ผู้สูงอายุคงความรู้สึก มีคุณค่าในตนเองที่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับวัยได้เป็นอย่างดี (จิราพร เกศพิชญพัฒนา, 2561)

สรุปได้ว่า เมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุจะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงในหลาย ๆ ด้าน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในด้านต่าง ๆ เหล่านี้เป็นไปในลักษณะเสื่อมถอย ทำให้มีข้อจำกัดของการทำหน้าที่ทางด้านร่างกายหลายด้าน ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุตามมา ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล ความไม่สบายใจ และขาดการพบปะผู้คน การเข้าสังคม ซึ่งปัญหาการเปลี่ยนแปลงของวัยผู้สูงอายุมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้

5. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุจะมีปัญหาในหลาย ๆ ด้าน เนื่องจากความชราภาพเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เมื่อคนเรามีอายุมากขึ้นสภาพร่างกายและระบบการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายจะเสื่อมถอยลงไป ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาคนอื่นและต้องการความช่วยเหลือดูแลมากขึ้นแต่ความก้าวหน้าทางการแพทย์ พยาบาล และสาธารณสุขพัฒนาไปมาก ทำให้อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อมีน้อยลง ขณะเดียวกันอัตราการรอดชีวิตเพิ่มมากขึ้น และผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวต่อไป แต่ทั้งนี้ผู้ที่มีชีวิตยืนยาวมักจะมีคุณภาพการติดตัวมาด้วย (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564) ปัญหาที่ผู้สูงอายุจะต้องพบมีหลายด้านด้วยกัน ดังนี้

5.1 ปัญหาทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางร่างกาย

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุอาจหลีกเลี่ยงไม่ได้แต่ในความเป็นจริงปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไม่ได้เกิดจากอายุที่มากขึ้นเพียงอย่างเดียวแต่เกิดจากพฤติกรรม การใช้ชีวิตที่ผ่านมาและสภาพแวดล้อมที่อยู่รอบตัวผู้สูงอายุด้วย ผู้สูงอายุส่วนมากมักมีปัญหาสุขภาพในช่องปากคือ ฟันแท้เหลือน้อยลงเพราะการดูแลสุขภาพในช่องปากไม่ดีเท่าที่ควรทำให้มีความยากลำบากในการเคี้ยวอาหาร ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่ค่อยกินอาหารส่งผลให้ร่างกายขาดสารอาหารและมีน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน นอกจากนี้ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่พบได้มาก คือ อาการปวดข้อและปวดหลังเรื้อรัง ส่วนโรคที่ไม่ติดต่อแต่เป็นโรคเรื้อรังที่พบมากได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมองเรื้อรัง เป็นต้น ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสมองที่สำคัญของผู้สูงอายุอีกอย่างคือ โรคสมองเสื่อมที่ทำให้เกิดอาการหลงลืม การที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีได้นั้นต้องอาศัยการปรับวิถีชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยแวดล้อม

ที่ถูกสุขลักษณะและการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้องและเข้าใจในธรรมชาติและการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2561; สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2564)

5.1.1 ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

1) นอนไม่หลับ จากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายทั้งระบบภายในและภายนอกร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาสุขภาพ และอาจนำไปสู่การเกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ ตามมา โดยปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นมักส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการที่จะดูแล และบรรเทาอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ การนอนหลับ คือการพักผ่อนที่ดีที่สุด และส่งผลต่อสุขภาพ ช่วยให้สดชื่นสมองปลอดโปร่ง ร่างกายแข็งแรง และสุขภาพจิตดี ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีอาการนอนไม่หลับ จึงทำให้เสียสุขภาพจิต อารมณ์รุนแรง ร่างกายทรุดโทรม รู้สึกไม่สดชื่น การนอนไม่หลับเกิดขึ้นได้หลายสาเหตุ ดังนี้

1.1) การเปลี่ยนแปลงของสมอง ทำให้หลับไม่ลึกจะหลับ ๆ ตื่น ๆ ช่วงกลางดึก ทำให้รู้สึกว่่านอนไม่หลับทั้งคืน

1.2) การเจ็บป่วยจากบางโรคมักแสดงอาการกำเริบในตอนกลางคืน เช่น หอบหืด โรคหัวใจ ทำให้มีอาการหอบเหนื่อย บางรายต้องลุกขึ้นมาปัสสาวะบ่อย ๆ เมื่อตื่นแล้วแล้วนอนต่อไม่หลับ

1.3) ปัญหาทางด้านจิตใจ ผู้สูงอายุต้องพบเจอปัญหาการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน ทำให้เกิดความเครียด เกิดความวิตกกังวล น้อยใจ จนทำให้นอนไม่หลับ บางรายเป็นโรคซึมเศร้าได้

1.4) ยาและสารกระตุ้นประสาท เช่น ยารักษาโรคความดัน ยาขยายหลอดลม หรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ สารเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุนอนหลับยาก

2) เวียนศีรษะ หน้ามือ เป็นลม เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ อาการมักเป็น ๆ หาย ๆ บางครั้งอาจจะมีอาการบ้านหมุน คลื่นไส้อาเจียน เหงื่อออก สาเหตุอาจเกิดจากโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง ทำให้เลือดในร่างกายไหลเวียนไม่ดี หรือน้ำในหูไม่เท่ากัน การที่กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อมการพักผ่อนไม่เพียงพอ หรือการเปลี่ยนท่าทางอย่างกะทันหัน อาจทำให้เกิดอาการหน้ามืดได้

3) เบื่ออาหาร อาการเบื่ออาหารทำให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารได้น้อยลง หรือบางครั้งไม่ยอมรับประทานอะไรเลย ซึ่งส่งผลเสียต่อสุขภาพผู้สูงอายุ ทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เกิดอาการอ่อนเพลีย และอาจทำให้ระบบภูมิคุ้มกันลดลง ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อหรือเจ็บป่วยได้ง่าย สาเหตุของอาการเบื่ออาหาร ได้แก่ ประสาทสัมผัสการรับรสชาติ การรับกลิ่นลดลง ทำให้รู้สึกไม่ได้กลิ่นหอมของอาหาร รับประทานอาหารไปแล้วอาหารไม่อร่อย มีแผลในช่องปาก ปวดฟัน ทำให้มีปัญหาในการบดเคี้ยวอาหาร บางรายเคยทำอาหารได้อร่อย แต่เมื่อ

ประสาทสัมผัสการรับรสชาติอาหารเสียไป ทำให้ปรุงอาหารหวานหรือเค็มจนเกินไป ลูกหลาน อาจบ่นว่าอาหารไม่อร่อย ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความไม่มั่นใจ หหมดกำลังใจในการทำอาหารและเบื่ออาหารได้ เกิดความวิตกกังวลเรื่องการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิด ทำให้ไม่สบายใจและรับประทานอาหารได้น้อย

4) ปวดข้อเข่า สาเหตุเกิดจากการสลายตัวและการสึกกร่อนของกระดูกอ่อนผิวข้อ ทำให้กระดูกอ่อนผิวข้อบางลงจนเกิดการเสียดสีกับกระดูกแข็ง ทำให้เกิดอาการปวด บวม อักเสบ และไม่สามารถใช้งานได้ในที่สุด ดังนั้นผู้สูงอายุจะมีการปวดเข่าเวลาเดินหรือเคลื่อนไหว หรือตอนลุกนั่งอาจปวดข้ออย่างมาก จนเดินอย่างปกติไม่ได้ ต้องเดินโยกตัว

5) ความจำบกพร่อง เป็นภาวะที่สมองเริ่มถดถอยในการทำงานด้านใดด้านหนึ่ง เช่น ด้านความจำ ด้านภาษา ด้านความคิด และด้านสมาธิ โดยอาการแสดงจะเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ ใช้เวลานานเป็น 10 ปี แต่เมื่ออาการเริ่ม เป็นมากขึ้น จะแสดงออกในเรื่องของการหลงลืม จำไม่ได้จนไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้

- 5.1) สูญเสียความทรงจำในระยะสั้น ที่กระทบต่อการทำงาน
- 5.2) สิ่งที่เคยทำเป็นประจำเริ่มทำไม่เป็น เช่น หวีผมและติดกระดุม
- 5.3) ปัญหาด้านภาษา เลือกคำพูดไม่ค่อยถูก เช่น ลืมคำศัพท์ง่าย ๆ
- 5.4) ไม่รู้เวลาและสถานที่ เช่น หลงวัน เวลา กลับบ้านไม่ถูก
- 5.5) สูญเสียการตัดสินใจ เช่น เปิดพัดลมแรงทั้ง ๆ ที่อากาศหนาว
- 5.6) ไม่ค่อยเข้าใจความคิดที่เป็นนามธรรม
- 5.7) วางของผิดที่แบบแปลก ๆ เช่น เก็บเตารีดในตู้เย็น
- 5.8) อารมณ์หรือพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงง่ายในเวลาไม่นาน
- 5.9) บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง เช่น เป็นคนช่างสงสัย หวาดกลัวง่ายกว่าเดิม

5.10) สูญเสียความคิดริเริ่ม

6) การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ มักเกิดในผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่า ผู้สูงอายุเพศชาย นอกจากจะมีผลกระทบทางร่างกายแล้ว ยังส่งผลให้ผู้สูงอายุนั้น ขาดความมั่นใจที่จะออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน เพราะกลัวปวดปัสสาวะบ่อย แล้วหาห้องน้ำไม่ได้ อาจทำให้ปัสสาวะราดได้ ซึ่งสาเหตุเกิดจากการทำงานของกระเพาะปัสสาวะและกล้ามเนื้อหูรูดเริ่มเสื่อมสภาพ บางรายอาจมีการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะบ่อยเกินไปโดยไม่สามารถควบคุมได้ หรือเกิดจากการรับประทานยาที่มีผลต่อการขับปัสสาวะ ส่งผลให้เกิดความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวันและการเข้าสังคม

7) ท้องผูก ในช่วงวัยสูงอายุนั้น มักมีปัญหาในการขับถ่าย หากผู้สูงอายุเริ่มถ่ายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ปวดท้องอยากถ่าย แต่ถ่ายไม่ออก ใช้เวลาในการเบ่งถ่ายนาน อุจจาระ

แข็ง นั้นเป็นสัญญาณที่แสดงว่าผู้สูงอายุเริ่มมีอาการท้องผูก ในบางรายที่อาการท้องผูกรุนแรงอาจเป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งลำไส้ ลำไส้อักเสบ หรือลำไส้อุดตันได้ โดยสาเหตุของอาการท้องผูกมีหลายสาเหตุ ได้แก่

7.1) การรับประทานอาหารที่มีกากใยน้อย

7.2) ดื่มน้ำน้อยเนื่องจากกลัวปวดปัสสาวะบ่อยและกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ แต่เมื่อร่างกายขาดน้ำจะมีกลไกดูดน้ำกลับจากอุจจาระ ทำให้อุจจาระแข็งและถ่ายยาก

7.3) ขาดการออกกำลังกาย ลำไส้ไม่เคลื่อนไหว การบีบตัวของลำไส้ลดลง กล้ามเนื้อหน้าท้องอ่อนแรงจึงไม่มีแรงเบ่งอุจจาระ

7.4) ความเครียด ทำให้ร่างกายลดการหลั่งน้ำย่อยในกระเพาะอาหารทำให้ย่อยอาหารไม่ดี

7.5) ผลข้างเคียงจากยาบางชนิดทำให้ผู้สูงอายุมีอาการท้องผูกได้

5.1.2 โรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 (วิชัย เอกพลากร, 2564) พบว่าโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ กลุ่มโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคและภาวะที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุไทย (≥ 60 ปี) พบความชุกดังนี้ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.7 เบาหวาน ร้อยละ 20.4 โรคอ้วน ($BMI \geq 25$ กก./ตร.ม.) ร้อยละ 38.4 ภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 46.5 และภาวะ Metabolic syndrome ร้อยละ 39.8 และโรคเรื้อรังสำคัญที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ พบความชุกดังนี้ จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุเกี่ยวกับประวัติที่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ได้แก่ โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นภาวะที่พบประมาณหนึ่งในสี่ของผู้สูงอายุ รองลงมาคือโรคเกาต์ (ร้อยละ 5.8) โรคหอบหืด (ร้อยละ 4.8) โรคกล้ามเนื้อ หัวใจขาดเลือด (ร้อยละ 3.9) โรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 2.9) และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ร้อยละ 1.2) ซึ่งความชุกเหล่านี้อาจต่ำกว่าความเป็นจริง

5.1.3 ปัญหาด้านการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ

การทดสอบการเดินของผู้สูงอายุ โดยทำการวัดเวลาที่ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ใช้ในการเดินระยะสั้น (4 เมตร) เป็นการทดสอบความสามารถในการเคลื่อนไหว การทดสอบเดินนี้ไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดความสามารถสูงสุด แต่เป็นการทดสอบว่ามีความบกพร่องในการเดินหรือไม่ การทดสอบทำโดยให้ผู้สูงอายุเดิน 2 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 การทดสอบ เดินด้วยความเร็วตามปกติ เหมือนขณะเดินในชีวิตประจำวัน (ต่อไปจะเรียกว่า เดินปกติ) และครั้งที่ 2 การทดสอบ เดินอย่างรวดเร็ว ที่สุดที่สามารถทำได้ (ต่อไปจะเรียกว่า เดินเร็ว) เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลการทดสอบทำการจับเวลาการเดินด้วยนาฬิกาจับเวลา หน่วยเป็นวินาที โดยมีความชุกของความบกพร่องในการเดิน การเดินปกติ พบว่าร้อยละ

ละ 9.2 ของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เดินช้ากว่า 0.5 เมตรต่อวินาที สัดส่วนของคนเดินช้าในกลุ่มอายุ 60 - 69 ปี มีน้อยที่สุด (ร้อยละ 5.3) และเพิ่มขึ้นสูงสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 27.7) คนนอกเขตเทศบาลมีร้อยละของคนเดินช้ากว่าปกติสูงกว่าในเขตฯ เมื่อพิจารณาตามภาค พบว่า ภาคใต้มีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เดินช้ากว่าปกติต่ำที่สุด (ร้อยละ 1.0) ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนผู้สูงอายุที่เดินช้าที่สุด (ร้อยละ 11.3) เมื่อให้ผู้สูงอายุเดินเร็ว พบว่าร้อยละ 2.2 ของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีความบกพร่องในการเดิน ความชุกต่ำสุดในกลุ่มอายุ 60 - 69 ปี (ร้อยละ 1.1) และเพิ่มขึ้นสูงสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 8.0) นอกเขตเทศบาลมีความชุกสูงกว่าในเขตฯ เมื่อพิจารณาตามภาค พบว่า ภาคใต้มีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เดินเร็วที่ช้ากว่าปกติต่ำที่สุด (ร้อยละ 0.6) ส่วนภาคกลางมีความชุกสูงสุด (ร้อยละ 3.7)

5.1.4 ปัญหาด้านการสายตาและการมองเห็น

การมองระยะใกล้ เป็นการวัดความสามารถในการมองเห็นระยะใกล้สำหรับผู้มีอายุ 40 ปีขึ้นไป โดยอ่านตัวอักษรบนแผ่นทดสอบ (near vision chart) ที่ระยะ 40 เซนติเมตร การอ่านเริ่มปิดตาซ้ายและอ่านด้วยตาขวา ผู้อ่าน ๆ จากอักษรตัวใหญ่ลงมาสู่อักษรตัวเล็ก อ่านแต่ละแถวจนจบ ถ้าอ่านแถวใดผิด 3 คำขึ้นไป จบการทดสอบจดอักษรแถวที่สามารถอ่านได้ ต่อมาปิดตาขวาแล้วอ่านด้วยตาซ้าย วิธีการเช่นเดียวกับการอ่านด้วยตาขวา ผลการสำรวจพบว่า ผู้ที่ตรวจขณะใส่แว่น จำนวน 1,860 คน พบร้อยละ 65.4 อยู่ในเกณฑ์ที่มองเห็นตัวหนังสือ ร้อยละ 31.1 เห็นเลือนลาง และร้อยละ 3.5 เกือบมองไม่เห็น ผู้ที่ตรวจขณะไม่ใส่แว่น จำนวน 13,787 คน พบร้อยละ 49.8 อยู่ในเกณฑ์ที่มองเห็นตัวหนังสือ ร้อยละ 44.8 เห็นเลือนลาง และร้อยละ 5.4 เกือบมองไม่เห็นรวมทั้งผู้ที่ใส่แว่นและไม่ใส่แว่น จำนวน 15,647 คน พบว่าร้อยละ 51.4 มีการมองระยะใกล้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ชายร้อยละ 50.7 หญิงร้อยละ 52.1

5.2 ปัญหาด้านจิตใจของผู้สูงอายุ

ส่วนมากผู้สูงอายุจะรู้สึกว้าวุ่นและมีความวิตกกังวลกลัวถูกทอดทิ้ง ไม่ได้รับการดูแลความอบอุ่นจากลูกหลานและคนในครอบครัวทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึมเศร้า โมโหง่ายและเอาแต่ใจตัวเอง เนื่องจากสถานะที่เปลี่ยนแปลงไปจากที่เคยทำงานมีรายได้มีสถานะเป็นผู้นำของครอบครัวให้คนอื่นพึ่งพิงได้ต้องกลับมาเป็นผู้ที่ต้องได้รับความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว ปัญหาทางด้านสังคมของผู้สูงอายุ เรื่องความนับหน้าถือตาที่ผู้สูงอายุเคยได้รับการยกย่องและนับถือเมื่อตอนที่ยังทำงานอยู่ เมื่อออกจากงานมาแล้วสิ่งที่เคยได้รับก็หายไปด้วยทั้ง อำนาจ ชื่อเสียง ความนับหน้าถือตา การยกย่อง ทำให้รู้สึกเหมือนว่าตนเองไม่มีความสำคัญอีกต่อไป (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2561) จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาหนึ่งที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เป็นหนึ่งในสิบอันดับแรกของโรคที่มีขนาดภาระโรค

สูงในการสำรวจครั้งนี้ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในประชาชนไทยอายุ 60 ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 2.3 ความชุกในผู้หญิงสูงกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 3.1 และร้อยละ 1.3 ตามลำดับ) (วิชัย เอกพลากร, 2564)

5.3 ปัญหาด้านเศรษฐกิจ

ผู้สูงอายุที่มีสวัสดิการ เช่น บำเหน็จ บำนาญ ประกันสังคม ประกันชีวิต ฯลฯ สามารถนำเงินที่ได้มาใช้จ่ายประคับประคองชีวิตในวัยสูงอายุได้ ค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุจะมีค่าใช้จ่ายที่สูงมากสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ได้วางแผนการใช้จ่ายเงินไว้ล่วงหน้าอาจทำให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจได้ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564)

สรุปได้ว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายทั้งระบบภายในและภายนอก ที่เกิดจากความถดถอยและเสื่อมโทรมของสภาพร่างกาย ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงทางสุขภาพและเกิดปัญหาสุขภาพ ที่อาจนำไปสู่ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย เช่น นอนไม่หลับ เวียนศีรษะ เบื่ออาหาร ปวดข้อเข่า ความจำบกพร่อง การกลืนปัสสาวะไม่อยู่ อาการท้องผูก เกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ การเดินทางเคลื่อนไหวร่างกายที่มีความคล่องแคล่วลดลงตามอายุที่มากขึ้น การมองเห็นของผู้สูงอายุที่ลดลง ส่งผลให้ด้านจิตใจของผู้สูงอายุ เกิดการวิตกกังวล ความกลัว ต้องการพึ่งพาผู้อื่นหรือครอบครัว เกิดการถอนตัวออกจากสังคมและการร่วมกิจกรรม ทำให้ผู้สูงอายุอยู่บ้าน และผู้สูงอายุอายุบางรายอาจอยู่บ้านตามลำพัง ในขณะที่สมาชิกในครอบครัวออกไปประกอบอาชีพหารายได้ จึงเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา รวมไปถึงปัญหาทางด้านเศรษฐกิจที่ต้องขาดรายได้ และค่าใช้จ่ายในรักษาพยาบาลเมื่อมีการเจ็บป่วย ซึ่งปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเหล่านี้ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุเป็นอย่างมากและยังเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเล็กน้อยจนถึงรุนแรงได้ ดังนั้น ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพที่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี และคงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุได้นานยิ่งขึ้น จึงต้องมีการปรับตัวและเตรียมพร้อมเพื่อหลีกเลี่ยงจากปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้

การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

1. สถานการณ์ของการพลัดตกหกล้ม

การพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาทั่วโลก และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ในแต่ละปีเกิดการหกล้มที่รุนแรงจำนวน 684,000 คน ทำให้เป็นสาเหตุสำคัญลำดับที่สองของการได้รับการบาดเจ็บเสียชีวิตโดยไม่ตั้งใจ ต่อจากอุบัติเหตุการบาดเจ็บทางท้องถนนมากกว่าร้อยละ 80 ของผู้เสียชีวิต และจากการหกล้มที่เกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและประเทศที่มีรายได้ปานกลาง ภูมิภาคของแปซิฟิกตะวันตกและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่า ร้อยละ 60 ของการเสียชีวิตในทุกทวีปภูมิภาคของโลก มีอัตราการเสียชีวิตมากที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ถึงแม้ว่าการหกล้มไม่ได้ทำให้เกิดอันตรายถึงเสียชีวิต แต่การเกิดการหกล้มที่รุนแรงในทั่วโลกจำนวน 37.3 ล้านคน จำเป็นต้อง

ได้รับการดูแลรักษาทางการแพทย์ อัตราการเสียชีวิตและอัตราปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควรและความบกพร่องทางสุขภาพ (DALYs) ลดลงทุกปี ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องทนกับความทุกข์ทรมานหลายปีมากกว่าการบาดเจ็บบนท้องถนน การจมน้ำ ไฟไหม้และถูกสารพิษ ทำให้ผู้สูงอายุต้องดูแลสุขภาพระยะยาว รวมไปถึงการเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลตามมา (World Health Organization, 2021a)

จากรายงานการศึกษาภาระการพลัดตกหกล้มทั่วโลก การหกล้มเกิดขึ้นมากใน 3 ทศวรรษ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตทั่วโลก ปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควรและความบกพร่องทางสุขภาพ (DALYs) จากการหกล้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 การเสียชีวิตเกือบเป็นสองเท่าในปี พ.ศ. 2560 ในทางกลับกันอายุมาตรฐานมีอัตราการเสียชีวิตและอัตราปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควรและความบกพร่องทางสุขภาพ (DALYs) มีการลดลงเล็กน้อย ในระดับประเทศพบว่าอัตราการตายในอายุมาตรฐานจากการหกล้มสูงที่สุด ได้แก่ Solomon Islands, India และ Vietnam จากการศึกษา Tinetti และ Williams ได้สำรวจผลกระทบระยะสั้นและระยะยาวจากการหกล้มในผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย รวมไปถึงการบาดเจ็บที่รุนแรง เช่น กระดูกสะโพกหัก ทำให้กิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุลดลง เกิดความกลัวการหกล้มซ้ำและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (Global Burden of Disease Study, 2017, 2020)

การพลัดตกหกล้มในปี พ.ศ. 2566 มีผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองการเคลื่อนไหวจำนวน 8,476,575 พบผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะการพลัดตกหกล้มจำนวน 466,662 คน หรือร้อยละ 5.50 ปี 2564 – 2566 พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 6.18, 4.19, 5.50 ตามลำดับ จากข้อมูลศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร (ศูนย์เฮอร์วิน) พ.ศ. 2566 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาการจากการพลัดตกหกล้มทั้งหมด 3,499 คน โดยผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี 70-79 ปี 80-89 ปี 90-99 ปี และ 100 ปีขึ้นไป จำนวน 929, 1,144, 1,128, 288, 10 ตามลำดับ และยังพบว่า กลุ่มอายุ 70-79 ปีและ กลุ่ม 80-89 ปี เป็นกลุ่มที่มีอาการรุนแรง ฉุกเฉิน วิกฤต ในจำนวนใกล้เคียงกันคือ 1,144 รายและ 1,128 ตามลำดับ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567) การพลัดตกหกล้มในประเทศไทย พบบ่อยในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 1 ใน 3 หรือมากกว่า 3 ล้านคน เกิดการพลัดตกหกล้มทุกปี และพบว่าอัตราการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุของปี พ.ศ. 2562 ถึงร้อยละ 11.84 (กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ในกลุ่มผู้สูงอายุ การพลัดตกหกล้มเป็นสาเหตุหลักของการบาดเจ็บที่ทำให้ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาลมากที่สุดรองจากอุบัติเหตุทางจราจร จากการสำรวจ พบว่า จำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มในปี 2566 มีจำนวน 1,472 ราย มีจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่บาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม เข้ารักษาในโรงพยาบาลจำนวน 71,035 ราย และประมาณการค่าใช้จ่ายต่อปีที่รัฐ

ต้องจ่ายในการดูแลผู้สูงอายุบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม 2,600 ล้านบาท และมีการบาดเจ็บรุนแรงถึงขั้นกระดูกสะโพกหักกว่า 40,000 รายต่อปี การพลัดตกหกล้มเพียงครั้งเดียวสามารถทำให้มีความเสี่ยงที่จะเกิดการพลัดตกหกล้มได้อีก สิ่งที่จะตามมาหลังจากผู้สูงอายุหกล้ม แม้การพลัดตกหกล้มไม่ได้เป็นสาเหตุของการบาดเจ็บทั้งหมด แต่กว่าครึ่งหนึ่งของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเกิดการบาดเจ็บรุนแรง ต้องพักเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล นำมาซึ่งการขาดอิสรภาพในการดำรงชีวิต ทุพพลภาพ ติดเตียง พิการ ตามมาได้ (กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค, 2567)

จากการสำรวจความชุกของการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2546-2547, 2551-2552, 2557 และ 2562-2563 พบว่า ความชุกของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุชายร้อยละ 30.5, 28.8, 26.4, 22.6 ตามลำดับ ผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 42.1, 43.8, 39.8, 37 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบอัตราการพลัดตกหกล้มระหว่างเพศชายและเพศหญิง จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีอัตราการพลัดตกหกล้มมากกว่าเพศชายทุกปี จากการตรวจสุขภาพครั้งที่ 6 ความชุกของการพลัดตกหกล้มใน 6 เดือนที่ผ่านมาของผู้สูงอายุตามเพศและอายุ พบว่า ความชุกของการพลัดตกหกล้ม กลุ่มอายุ 60-69, 70-79 และอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 14.7, 16.0 และ 17.3 ตามลำดับ (วิชัย เอกพลการ, 2564) สอดคล้องกับผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พบว่า มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 6.4 เคยหกล้มในระหว่าง 6 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ แบ่งเป็นผู้สูงอายุที่เคยหกล้ม 1 ครั้ง ร้อยละ 4.2 และหกล้มมากกว่า 1 ครั้ง ร้อยละ 2.2 โดยผู้สูงอายุหญิงที่เคยพลัดตกหกล้มมีสัดส่วนสูงกว่าชาย (ร้อยละ 6.8 และ 5.9 ตามลำดับ) และเป็นที่น่าสังเกตว่าการพลัดตกหกล้มและจำนวนครั้งที่พลัดตกหกล้มมีความสัมพันธ์สอดคล้องกับอายุที่เพิ่มมากขึ้น กล่าวคือมีผู้สูงอายุวัยปลายเคยพลัดตกหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุวัยกลางและวัยต้น (ร้อยละ 8.9 สำหรับวัยปลาย ร้อยละ 7.1 สำหรับวัยกลาง และร้อยละ 5.5 สำหรับวัยต้น ตามลำดับ) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565ก)

1.1 อัตราผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในสถานพยาบาลแต่ไม่ต้องนอนพักรักษาที่โรงพยาบาล (OPD) จากสาเหตุพลัดตกหกล้ม ของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ต่อประชากรผู้สูงอายุแสนคน ปี พ.ศ. 2562-2566 จากข้อมูลประเทศไทย พบว่า มีอัตรา 881.22, 1,071, 2,142 1,624.05 และ 2,970.51 ต่อแสนประชากรตามลำดับ จากข้อมูลเขตสุขภาพที่ 2 พบว่า มีอัตรา 897, 1,213, 1,594, 1,114.42 และ 2,508.14 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และข้อมูลของจังหวัดสุโขทัย มีอัตรา 1,129, 1,217, 1,812 1,255.40 และ 2,569.90 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค, 2567) จากการสำรวจอัตราการผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในสถานพยาบาลแต่ไม่ต้องนอนพักรักษาที่โรงพยาบาล (OPD) จากสาเหตุพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุของจังหวัดสุโขทัย ที่ได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล จะเห็นได้ว่า มีแนวโน้มของอัตราการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้น ในปี 2566 มีอัตราการหกล้มของผู้สูงอายุสูงสุดในเขตสุขภาพที่ 2

1.2 อัตราผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลติดต่อกันไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง (IPD) จากสาเหตุพลัดตกหกล้ม กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ต่อประชากรผู้สูงอายุแสนคนปี พ.ศ. 2562-2566 จากข้อมูลประเทศไทย พบว่า มีอัตรา 630, 624, 496, 723 และ 612 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ข้อมูลเขตสุขภาพที่ 2 พบว่า มีอัตรา 453, 452, 366, 525 และ 558 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และจากข้อมูลจังหวัดสุโขทัย มีอัตรา 467, 492, 391, 638 และ 497 ต่อแสนประชากรตามลำดับ นอกจากนี้การจำแนกอัตราการผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลติดต่อกันไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง (IPD) จากสาเหตุพลัดตกหกล้มตามกลุ่มอายุ ในปี พ.ศ. 2564 พบว่าในผู้ป่วยกลุ่มอายุ 60-69, 70-79 และอายุ 80 ปีขึ้นไป มีอัตรา 279.67, 564.32 และ 1,482.17 ต่อแสนประชากรตามลำดับ จะเห็นได้ว่าในผู้ป่วยกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป มีอัตราการเข้ารับบริการทางการแพทย์ในกลุ่มผู้ป่วยในมากกว่ากลุ่มอื่น (กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค, 2567) จากการสำรวจข้อมูลอัตราผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลติดต่อกันไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง (IPD) จากสาเหตุพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในระดับประเทศไทย เขตสุขภาพที่ 2 และจังหวัดสุโขทัย พบว่าการดำเนินงานด้านการส่งเสริมป้องกันดีขึ้น การเข้าถึงและดูแลรักษาผู้ป่วยดีขึ้น สถานการณ์โรคโควิด-19 ทำให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมบางส่วนลดลง และการเข้ารับบริการทางการแพทย์ในกลุ่มผู้ป่วยในมีการหลีกเลี่ยงการนอนโรงพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 (กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค, 2566) จึงทำให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลมีจำนวนลดลง และยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นเสี่ยงต่อการหกล้มและมีอัตราการเข้ารับบริการทางการแพทย์ในกลุ่มผู้ป่วยในมากขึ้นอีกด้วย

1.3 อัตราการเสียชีวิตจากสาเหตุพลัดตกหกล้ม ของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ต่อประชากรผู้สูงอายุแสนคนปี พ.ศ. 2560-2565 จากข้อมูลประเทศไทย พบว่า มีอัตรา 10.20, 10.20, 11.80, 12.10, 10.60 และ 10.20 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ข้อมูลเขตสุขภาพที่ 2 พบว่า มีอัตรา 9.28, 17.48, 13.12, 13.97, 11.80 และ 13.40 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และข้อมูลจังหวัดสุโขทัย พบว่า มีอัตรา 10, 12.20, 10, 12.20, 5.50 และ 16.80 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และนอกจากนี้ อัตราการเสียชีวิตจากสาเหตุพลัดตกหกล้มต่อประชากรผู้สูงอายุแสนคนจำแนกตามกลุ่มอายุ ปี พ.ศ. 2564 พบว่า อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มอายุ 60-69, 70-79 และ กลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป มีอัตราเฉลี่ย 6.29, 10.79 และ 26.84 ต่อแสนประชากรตามลำดับ จะเห็นได้ว่าในผู้ป่วยกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสียชีวิตเป็น 4 เท่าของช่วง 60-69 ปี (กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค, 2566ค) จากการสำรวจข้อมูลอัตราการเสียชีวิต จากสาเหตุพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุของจังหวัดสุโขทัย จะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มของอัตราการเสียชีวิตของผู้สูงอายุจากการพลัดตกหกล้ม ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2560-2565 มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นและลดลงไม่ต่างแตกต่างกัน แต่ในปี 2565 พบอัตราการเสียชีวิตของ

ผู้สูงอายุจากการพลัดตกหกล้มของจังหวัดสุโขทัยเพิ่มขึ้น เป็น 4 เท่า จาก 5.50 เป็น 16.80 ซึ่งมีสัดส่วนการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นสูงที่สุดในระดับเขตสุขภาพที่ 2

1.4 ข้อมูลการคัดกรองผู้สูงอายุ 10 เรื่อง

ข้อมูลการคัดกรองผู้สูงอายุ 10 เรื่อง ของจังหวัดสุโขทัย มีข้อมูลการคัดกรอง ดังนี้ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน CVD สุขภาพช่องปาก สมองเสื่อม ซึมเศร้า 2Q ข้อเข่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน BMI และภาวะพลัดตกหกล้ม จากการคัดกรองภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ระหว่างปี พ.ศ. 2563–2565 พบว่า ผลการคัดกรองภาวะพลัดตกหกล้ม ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองร้อยละ 71.02, 67.5 และ 68.29 ผลการคัดกรองปกติ ร้อยละ 95.9, 97.53, 98.7 ผลการคัดกรองผิดปกติ ร้อยละ 1.05, 2.42, 1.2 และไม่ระบุร้อยละ 0.05, 0.04 และ 0.1 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2566) จะเห็นได้ว่า ร้อยละ 30 ยังมีผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการคัดกรองภาวะพลัดตกหกล้ม และในปี พ.ศ. 2567 ผลจากการคัดกรองความเสี่ยงภาวะพลัดตกหกล้ม พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มจำนวน 1,450 ราย และได้รับการรักษา 1,107 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.34 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2567)

1.5 ข้อมูลการคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน (Basic/Community Screen STEP1)

สำหรับข้อมูลการคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน (Basic/Community Screen STEP1) ของจังหวัดสุโขทัย มีข้อมูลการคัดกรองผู้สูงอายุ ดังนี้ ด้านการมองเห็น ด้านการได้ยิน ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านความคิดความจำ ด้านภาวะซึมเศร้า (2Q) ด้านสุขภาพช่องปาก ด้านภาวะขาดสารอาหาร และด้านการเคลื่อนไหว ได้มีการดำเนินการคัดกรองทั้ง 9 ด้านนี้เป็นครั้งแรกใน ปี พ.ศ. 2566 ดำเนินการคัดกรองโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจากการคัดกรองด้านการเคลื่อนไหวในผู้สูงอายุ เป็นการคัดกรองเรื่องการพลัดตกหกล้มเบื้องต้น 3 ข้อ คือ 1) ประวัติการพลัดตกหกล้มมากกว่าเท่ากับ 1 ครั้งใน 6 เดือน 2) รู้สึกไม่มั่นคงเวลาขึ้น หรือเดิน 3) ความกังวลเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม โดยการคัดกรองการเคลื่อนไหวในผู้สูงอายุ ใช้เครื่องมือการคัดกรอง TIME UP AND GO (TUG) โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ทำการคัดกรอง พบว่า มีผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองด้านการเคลื่อนไหวจำนวน 107,144 คน คิดเป็นร้อยละ 94.71 ไม่เสี่ยง มีจำนวน 104,719 คน คิดเป็นร้อยละ 97.74 และเสี่ยงมีจำนวน 2,425 คน คิดเป็นร้อยละ 2.26 (Health Data Center: HDC) (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2566)

จากศึกษาสถานการณ์ของการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในปัจจุบันทั่วโลก ประเทศไทย เขตสุขภาพที่ 2 และจังหวัดสุโขทัย พบว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุจึงเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น จึงมีความเสี่ยงต่อการหกล้มมากขึ้นเช่นกัน จังหวัดสุโขทัยมีแนวโน้มของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นทุกปี ในปี 2565 มีอัตราการผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในสถานพยาบาลแต่ไม่ต้อนอนพักรักษาที่

โรงพยาบาล (OPD) สูงที่สุดในเขตสุขภาพที่ 2 และมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า หรือร้อยละ 205.45 โดยเฉพาะเพศหญิงมีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มมากกว่าเพศชาย เนื่องจากในวัยของผู้สูงอายุได้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในหลายด้าน เช่น ทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิตที่ถดถอยลง จึงทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่ายมากขึ้น เมื่อเกิดอุบัติเหตุขึ้นแล้วอาจเกิดการบาดเจ็บเล็กน้อยนำไปสู่การบาดเจ็บรุนแรงมากขึ้น หรือในบางกรณีอาจนำไปสู่การทุพพลภาพและเสียชีวิตในที่สุด นอกจากนี้แล้วยังมีภาระของค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และการรักษาพยาบาลและแพทย์เพิ่มขึ้นจากการเข้ารับบริการในสถานพยาบาลอีกด้วย

2. ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออัตราการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเกิดจากหลายสาเหตุ ไม่ว่าจะเป็นกระดูกหรือกล้ามเนื้อไม่แข็งแรง มีปัญหาการทรงตัว ปัญหาสายตา การกินยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาททำให้วังงวมทั้งสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่ไม่เหมาะสม ล้วนเป็นปัจจัยเพิ่มความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ปัจจัยเสี่ยงบางประการสามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น กายภาพ จิตวิทยา การแพทย์ เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ รวมไปถึงอายุ และประวัติการพลัดตกหกล้มในอดีตสามารถทำนายการเกิดการพลัดตกหกล้มในอนาคตได้ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความคล่องตัวต่ำ บกพร่องทางสายตา บกพร่องทางสติปัญญา ผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสัน โรคข้ออักเสบ และภาวะซึมเศร้ายังเป็นความเสี่ยงสูงที่ทำให้เกิดการหกล้มได้ นอกจากนี้การใช้ยา เช่น ยารักษาโรคซึมเศร้า ยาระงับประสาท ยาลดความดันโลหิต และการได้รับยาหลายชนิดพร้อม ๆ กัน ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม เช่นเดียวกับการดื่มแอลกอฮอล์ ผู้สูงอายุที่มีค่าดัชนีมวลกายต่ำ โรคกระดูกพรุน จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักจากการหกล้มได้ (World Health Organization, 2021b) และองค์การอนามัยโลกได้กำหนดปัจจัยเสี่ยงส่งผลกระทบต่ออัตราการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยเสี่ยงทางชีววิทยา ปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรม ปัจจัยเสี่ยงทางสภาพแวดล้อม และปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม (World Health Organization, 2008) โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ปัจจัยเสี่ยงด้านชีววิทยา

ปัจจัยเสี่ยงด้านชีววิทยาใช้อธิบายลักษณะทางกายภาพของบุคคล เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ซึ่งเป็นปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้และแสดงถึงลักษณะประชากร โดยปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการหกล้ม และบ่งบอกถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เช่น การลดลงของสมรรถภาพทางกาย กระบวนการคิด ความสามารถของร่างกายและการเจ็บป่วยเรื้อรัง (World Health Organization, 2021 b; World Health Organization, 2008) การมีโรคประจำตัวเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับหนึ่งของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ อีกทั้งต้องใช้อยาหลายชนิดที่เพิ่มความเสี่ยงล้ม รองลงมาคือการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ ทำให้ระบบกล้ามเนื้อ การทรงตัว การเคลื่อนไหวร่างกายไม่แข็งแรง นอกจากนี้ภาวะขาดสารอาหาร (เช่น การขาดโปรตีน ธาตุอาหาร

วิตามิน) การบาดเจ็บของเท้า ประสาทสัมผัสการรับรู้ที่บกพร่อง ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงทางด้านร่างกายที่พบได้เช่นกัน (กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค, 2567) และการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรง ความบกพร่องทางสติปัญญา ต่อมารื้อหรือเมตาบอลิซึม ความบกพร่องในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุด้วย (Giovannini et al, 2022)

ด้านสุขภาพที่เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในส่วนของการมองเห็น พบว่า ผู้สูงอายุมองเห็นได้ชัดเจนโดยไม่ต้องใส่แว่นร้อยละ 52.7 อีกส่วนหนึ่งเห็นชัดแต่ต้องใส่แว่น ร้อยละ 32.1 และมองไม่เห็นชัดเจนถึงมองไม่เห็น ร้อยละ 15.2 ด้านการได้ยินผู้สูงอายุ ร้อยละ 84.9 ได้ยินชัดเจน ร้อยละ 2.6 ได้ยินชัดแต่ต้องใส่เครื่องช่วยฟัง และร้อยละ 12.5 ได้ยินไม่ชัดเจนถึงไม่ได้ยิน (จิราพร เกศพิชญวัฒนา และภัทรพร คงบุญ, 2563)

ด้านอายุ อายุที่มากขึ้นจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางสรีรวิทยาที่มีความเสื่อมสภาพตามวัย ส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพทางร่างกายลดลง เช่น การทรงตัว การเคลื่อนไหวต่าง ๆ การมองเห็น เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงทั้งหมดเป็นสาเหตุของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ จากการศึกษางานวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุจะเกิดการพลัดตกหกล้มตามอายุที่มากขึ้น ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงและมีโอกาสทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มสูงเป็น 2.9 เท่าของผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี พบว่าการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 20 และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 35 ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป

ด้านสภาวะจิตใจ (Mental status) เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวกับการทำงานผิดปกติของสมอง ทำให้เกิดอาการสับสน (Confusion) อาการสับสนเฉียบพลัน (Delirium) การรับรู้ที่ผิดปกติ (Loss of orientation) สูญเสียความจำ (Memory loss) ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการพลัดตกหกล้มได้ และพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่มีอาการผิดปกติทางสมอง คือ มีอาการสมองเสื่อมจะทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้มากกว่าในกลุ่มที่สมองไม่เสื่อมประมาณ 3 เท่า (Sabia et al., 2022) จากการศึกษาติดตามผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม พบว่าอุบัติการณ์ของการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ 4 ปี ก่อนการได้รับการวินิจฉัยสมองเสื่อม และสูงที่สุดในปีที่มีการวินิจฉัย ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่า การเสื่อมถอยของการทำงานทางสติปัญญา (cognitive decline) เกิดขึ้นก่อนการวินิจฉัยสมองเสื่อมอย่างเป็นทางการ และมีส่วนเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญ การระบุและประเมินการเปลี่ยนแปลงทางการรับรู้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจึงมีความสำคัญต่อการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

ด้านประวัติการพลัดตกหกล้ม ผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติการพลัดตกหกล้มอย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 1 ปีที่ผ่านมา จะมีโอกาสให้เกิดการพลัดตกหกล้มซ้ำได้มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีประวัติพลัดตกหกล้ม และมีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มซ้ำเพิ่มขึ้นตามจำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้มเนื่องมาจากความกลัวซ้ำ ซึ่งเป็นปัญหาทางจิตใจที่เกิดขึ้นหลังการพลัดตกหกล้ม จากการศึกษาของ

สุภารัตน์ วัฒนา (2567) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันตังได้ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง พบว่า ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มในรอบปีที่ผ่านมา มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหกล้มมากกว่าที่ไม่เคยหกล้ม 10.92 เท่า (95%CI = 1.42-84.24) สอดคล้องกับ Lee et al. (2021) ได้ศึกษาวิจัยปัจจัยของการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้ทำการศึกษาแบบ nested case control เพื่อดูอุบัติการณ์ ปัจจัยเสี่ยงภายนอกและปัจจัยเสี่ยงภายในของการหกล้มในผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไป 12 แห่งในประเทศมาเลเซีย พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้มาที่บ้านพักคนชราหรือไม่ได้รับการดูแลจากผู้ช่วยดูแลมาก่อนเข้ารับการรักษา มีประวัติการหกล้มมาก่อน ไม่ว่าจะเป็นในบ้านหรือโรงพยาบาล เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านลักษณะของการเคลื่อนไหว (Mobility) สำหรับผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-90 ปี จะพบว่ามวลของกล้ามเนื้อ จำนวนใยของกล้ามเนื้อ และเอนไซม์ที่ช่วยในการทำงานของกล้ามเนื้อลดลง ทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลงร้อยละ 20-30 และกำลังกล้ามเนื้อลดลงร้อยละ 45 เมื่อความแข็งแรงและกำลังกล้ามเนื้อลดลง ทำให้ความทนทานของกล้ามเนื้อลดลง ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงได้ ส่งผลต่อการสูญเสียการทรงตัวต่าง ๆ ซึ่งจะเพิ่มขึ้นตามอายุ จากการศึกษาในโรงพยาบาลพบว่าร้อยละ 17 ของกลุ่มอายุ 70-74 ปี และร้อยละ 60 ของกลุ่มอายุ 85 ปีขึ้นไป จะมีการเดินที่ผิดปกติ ความผิดปกติของการเคลื่อนไหวอาจเกิดจากรอยโรคในระบบประสาท สับสันเฉียบพลัน ไม่มีอุปกรณ์ช่วยในการเดิน ได้รับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ใส่สายสวนปัสสาวะ เกรงใจเจ้าหน้าที่ ไม่มีราวจับหรือเกาะ สภาพแวดล้อมในแผนกไม่อำนวย ทำให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหว การทรงตัว และการเดินลดลง (Visser et al, 2025) การทบทวนอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมงานวิจัย 72 ฉบับ ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างมวลกล้ามเนื้อต่ำและการเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ร่างกายในผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์พบว่า ผู้สูงอายุที่มีมวลกล้ามเนื้อต่ำมีความเสี่ยงต่อการเกิดการเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ร่างกาย

ด้านการกลั้นปัสสาวะและอุจจาระ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ ร้อยละ 19.7 และไม่สามารถกลั้นอุจจาระได้ ร้อยละ 15.8 ร้อยละ 55.8 ไม่มีภาวะทุพพลภาพ ขณะที่ร้อยละ 27.3 มีภาวะทุพพลภาพ 1-3 ชนิด และร้อยละ 44.2 มีภาวะทุพพลภาพอย่างหนึ่งอย่างใด (จิราพร เกศพิชญวัฒนา และภัทรพร คงบุญ, 2563) ไตเป็นอวัยวะหนึ่งที่มีความเสื่อมตามอายุ หรือตามวัย โดยไตจะลดลงทั้งขนาดและน้ำหนัก การกรองของเสียที่ไตจะลดลง พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปี มีอัตราการกรองที่ไตลดลงร้อยละ 50 นอกจากนี้จากการเสื่อมทรุด และความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อลดลง ทำให้ผู้สูงอายุอาจเกิดการกลั้นปัสสาวะได้ลดลง ต้องเข้าห้องน้ำมากขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มได้ อาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ มีสาเหตุมาจากผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า

เฉียบพลัน (Delirium) ทำให้สูญเสียความสามารถในการกลั้นการปัสสาวะได้ชั่วคราว มียาบางชนิดมีส่วนเพิ่มการปัสสาวะด้วย ได้แก่ ยากลุ่ม anticholinergic, ยากลุ่ม opiate, calcium channel blocking agent, กลุ่มdihydropyridine, ยาขับปัสสาวะ ยากล่อมประสาท เป็นต้น จากการศึกษาของ Alaish et al. (2025) เป็นการศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความชุก (prevalence) และ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (urinary incontinence; UI) ในผู้สูงอายุ ผลการทบทวนพบว่า ความชุกของการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุมีอัตราสูง โดยเพิ่มขึ้นตามอายุและพบบ่อยกว่าในเพศหญิง ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ได้แก่ ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการมีข้อจำกัดการเคลื่อนไหว (mobility limitation) ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าห้องน้ำได้ทันเวลา

ปัจจัยภายในด้านอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้ม เช่น เพศ เนื่องจากเพศหญิงและเพศชายในแต่ละวันมีการทำกิจกรรมที่ต่างกัน คือ เพศชายมักจะทำกิจกรรมที่ต้องออกกำลังมากกว่า จึงมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมากกว่า แต่เพศหญิงมีกรรมที่ต้องออกกำลังน้อยกว่า ส่งผลให้เพศหญิงโดยทั่วไปมีรูปร่างที่อ้วนมากกว่าเพศชาย ทำให้ประสิทธิภาพในการคงไว้ซึ่งความแข็งแรงต่าง ๆ การทรงตัว ความสามารถในการทรงตัวและเคลื่อนไหว (functional reach and mobility maneuvers) น้อยกว่าเพศชาย นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงในการเคลื่อนไหวของสะโพกในการรับน้ำหนักของหัวเข่า ขณะที่เดินจะพบว่าในเพศหญิงและเพศชายจะมีความแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุเพศหญิงจะมีท่าเดินที่มีฐานแคบ ลักษณะคล้ายท่าเดินเป็ด ส่วนผู้สูงอายุเพศชายจะมีท่าเดินที่มีฐานกว้างและระยะก้าวสั้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้เพศชายมีการทรงตัวที่ดีกว่า ทำให้เพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดการพลัดตกหกล้มอย่างมีนัยสำคัญโดยเพศหญิงจะเกิดการพลัดตกหกล้มได้มากกว่าเพศชาย เป็นต้น (ฟาอิส วาเลาะเต และศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์, 2565)

2.2 ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม

ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกระทำของบุคคล หรือ การดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น พฤติกรรมเสี่ยงที่เกิดจากการใช้ยาหลายประเภทย (ได้รับยากลุ่มต่าง ๆ ต่อไปนี้ 1 ชนิดขึ้นไป ได้แก่ ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท ยาลดความดันโลหิต และยาขับปัสสาวะ หรือได้รับยาตั้งแต่ 4 ชนิดขึ้นไป ไม่รวมวิตามิน Kim & Kim (2022) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากเกินไป การอยู่กับที่นานเกินไป (Tang et al., 2022) รองเท้าที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย (World Health Organization, 2021b; World Health Organization, 2008) การสูบบุหรี่ การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (กุมาลิพร ตรีสอน, 2563; ศิริวรรณ เชาว์โน,พรชัย ขุนคงมี, 2565) ด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุนั้น พบว่า ร้อยละ 70 ไม่ออกกำลังกาย ขณะเดียวกันมี ร้อยละ 2.6 ดื่มแอลกอฮอล์ และร้อยละ 8.3 สูบบุหรี่ อย่างไรก็ตามพบว่า ผู้สูงอายุที่

ออกกำลังกาย มีความเสี่ยง ต่อการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้น 1.55 เท่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่ได้ออกกำลังกายเช่นเดียวกับผู้สูงอายุที่ดื่มแอลกอฮอล์ ที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ 2.51 เท่า (จิราพร เกศพิชญวัฒนา และภัทรพร คงบุญ, 2563)

ด้านการได้รับยา (Medication) การใช้ยาที่เกี่ยวข้องกับยาทางจิตและระบบประสาท ยากล่อมประสาท ยานอนหลับ ซึ่งยาในกลุ่มนี้ทำให้มีอาการง่วงนอน วิงเวียนศีรษะ ความดันโลหิตต่ำ ทำให้เกิดการทรงตัวลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการพลัดตกหกล้มมากที่สุด ผู้สูงอายุที่ได้รับยามากกว่า 4 ชนิด จะมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้มากขึ้นถึง 8-10 เท่า เป็นกลุ่มยาที่อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดการพลัดตกหกล้ม ได้แก่ ยานอนหลับ ยากันชัก ยากล่อมประสาท ยากลุ่มรักษาปัญหาทางจิต ส่วนยาที่ทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนอิริยาบถ ได้แก่ ยาความดันโลหิต ยาขยายหลอดเลือด ยารักษาโรคหัวใจล้มเหลว และโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำ (Hypovolemia) โภชนาเสื่อมต่ำ ส่งผลให้เกิดระบบประสาทอัตโนมัติทำงานผิดปกติ และโลหิตจางได้ ในผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางระบบขับถ่ายปัสสาวะ และต้องใช้ยากลุ่มขับปัสสาวะ ส่งผลให้มีอาการปวดถ่ายปัสสาวะ หรือกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ทำให้ผู้ป่วยรีบเร่งในการเข้าห้องน้ำ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดพลัดตกหกล้มได้ (ฟาอิส วาเลาะเต และศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์, 2565)

2.3 ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของลักษณะทางกายภาพของแต่ละบุคคลกับสภาพแวดล้อมรอบตัว รวมถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นในบ้านหรือตามที่สาธารณะต่าง ๆ มักเกิดร่วมกับปัจจัยด้านอื่น ๆ ผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่ในบ้านที่ไม่ปลอดภัยถึงร้อยละ 80 เกิดเหตุหกล้มในห้องน้ำถึงร้อยละ 30 (กองป้องกันการบาดเจ็บ กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค, 2567) เช่น อันตรายที่เกิดขึ้นภายในบ้านหรือบริเวณบ้าน อาจมาจากทางเดินที่แคบเกินไป พื้นที่มีลักษณะไม่ปลอดภัย เช่น พื้นมีผิวเรียบเป็นมันเงา มีลวดลายหลอกตา มีสิ่งกีดขวางทำให้เกิดการลื่น มีพื้นที่ต่างระดับ ทำให้สะดุดได้ง่าย มีเศษตะปู เศษไม้ (World Health Organization, 2008) การออกแบบอาคารไม่ดี ทางเท้าราวจับหรือไม้ส้วมำเสมอ พื้นและบันไดลื่น แสงสว่างไม่เพียงพอ พรหมหลวม (World Health Organization, 2021b) มีสิ่งกีดขวาง ไม่มีราวจับบริเวณบ้าน บันไดและห้องน้ำ (ฟาอิส วาเลาะเต และศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์, 2565)

จากการสำรวจที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ พบว่า ที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ มีราวจับที่บันไดร้อยละ 59.6 มีราวจับในห้องนอนเพียงร้อยละ 3 และมีราวจับในห้องน้ำ ร้อยละ 9.7 ส่วนห้องนอนพบว่าผู้สูงอายุที่มีห้องนอนอยู่ชั้นล่าง ร้อยละ 75.5 และมีห้องน้ำอยู่ในตัวบ้านร้อยละ 80.4 ขณะที่ลักษณะของส้วมที่ใช้พบว่ายังเป็นแบบนั่งยองร้อยละ 51 งานวิจัยยังพบว่า ผู้สูงอายุพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 9 เคยพลัดตกหกล้มอย่างน้อย 1 ครั้ง โดยสถานที่พลัดตกหกล้ม คือภายในตัวบ้าน

มากที่สุดร้อยละ 36.1 รองลงมาคือ พลัดตกหกล้มบริเวณตัวบ้าน ร้อยละ 29.3 และพลัดตกหกล้มนอกบริเวณบ้าน ร้อยละ 34.6 (จิราพร เกศพิชญพัฒนา และภัทรพร คงบุญ, 2563)

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5-6 พบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุพลัดตกหกล้ม คือ การสะดุดสิ่งวัตถุสิ่งของ (ร้อยละ 33.6) ซึ่งพบในผู้สูงอายุหญิงและผู้ชายใกล้เคียงกัน ร้อยละ 33.9 และ ร้อยละ 33.1 ตามลำดับ รองลงมา คือ ลื่นล้ม พบร้อยละ 32.4 และ 27.1 ในผู้สูงอายุหญิงและชาย ตามลำดับ สาเหตุต่อมาคือ จากการเสียการทรงตัว ร้อยละ 23.2 สาเหตุจากพื้นต่างระดับ ร้อยละ 17.0 สาเหตุจากหน้ามีดขณะกำลังลุกขึ้นยืน ร้อยละ 9.7 สำหรับสาเหตุจากสิ่งแวดล้อมอาทิ เช่น ปวดข้อ ถูกชน ตกบันได ฯลฯ มีสัดส่วนของแต่ละสาเหตุต่ำกว่าร้อยละ 8 สถานที่พลัดตกหกล้ม ผู้สูงอายุชายร้อยละ 70.3 และผู้สูงอายุหญิง ร้อยละ 54.7 มีการพลัดตกหกล้มภายนอกบริเวณบ้าน ร้อยละ 29.7 ในผู้ชาย และร้อยละ 45.3 ในผู้หญิง เป็นการพลัดตกหกล้มภายในบ้าน โดยร้อยละ 11.9 พลัดตกหกล้มในห้องนอน ร้อยละ 13.5 พลัดตกหกล้มในห้องน้ำ ห้องครัว และร้อยละ 4.3 พลัดตกหกล้มขณะขึ้นลงบันได (วิชัย เอกพลากร, 2564)

2.4 ปัจจัยเสี่ยงด้านเศรษฐกิจสังคม

ปัจจัยเสี่ยงด้านเศรษฐกิจสังคม เป็นปัจจัยที่แสดงลักษณะทางสังคมและฐานะทางเศรษฐกิจ โดยการมีรายได้น้อยส่งผลถึงเรื่องการขาดแคลนปัจจัยสี่ ในเรื่องของอาหารการกินที่ไม่เพียงพอนำไปสู่ภาวะขาดสารอาหารทำให้ร่างกายผู้สูงอายุอ่อนแอลงเป็นเหตุให้ร่างกายเสียการทรงตัวและเกิดการพลัดตกหกล้มตามมาได้ (Liu & Hu, 2022) ได้แก่ ที่อยู่อาศัยไม่เพียงพอ ขาดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ขาดทรัพยากรชุมชน รายได้และระดับการศึกษาต่ำ จำกัดการเข้าถึงด้านสุขภาพและบริการสังคม (World Health Organization, 2021b) ขาดการสนับสนุนจากชุมชน ผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพัง เป็นหม้ายมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหกล้มมากกว่าที่มีคู่ 11.44 เท่า (สุภารัตน์ วัฒนา, 2567)

สรุปได้ว่าสาเหตุการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเกิดจากความถดถอยทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุ เมื่ออายุเพิ่มสูงขึ้น ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้ความแข็งแรงและความสมบูรณ์ของร่างกายลดลง เป็นสาเหตุของการเกิดโรคต่าง ๆ ตามมา ส่งผลต่อการใช้ยารักษาโรคต่าง ๆ ของผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่เป็นโรคเรื้อรัง รวมไปถึงการจัดสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกาย การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การแยกตัวออกจากสังคม ซึ่งมีผลต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ปัญหาสุขภาพที่ทรุดโทรมเหล่านี้ทำให้การทรงตัวไม่มั่นคงจึงมีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้มได้ง่าย จากสาเหตุดังกล่าวสามารถจำแนกปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ เป็น 4 ปัจจัยด้วยกัน คือ ปัจจัยเสี่ยงทางด้านชีววิทยา ปัจจัยเสี่ยงทางด้านพฤติกรรม ปัจจัยเสี่ยงทางด้านสภาพแวดล้อม และปัจจัยเสี่ยงทางด้านเศรษฐกิจและสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงต้องมีกระบวนการป้องกันปัจจัย

เสี่ยงก่อนที่จะเกิดการพลัดตกหกล้มในสูงอายุ ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จึงได้นำตัวแปรจากปัจจัยดังกล่าวมาสร้างเป็นแบบสอบถามในการวิจัยระยะที่ 1 เป็นการศึกษาสาเหตุปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย เพื่อนำมาวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

3. ผลกระทบจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

จากการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 2009 พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปร้อยละ 13 เสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้ม และร้อยละ 40 พบว่ามีการพลัดตกหกล้มภายในบ้านของตนเอง และพบว่าหลังเกิดการพลัดตกหกล้มได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย ร้อยละ 5 มีอาการกระดูกหักบริเวณข้อมือและมืออาการสะโพกหักต้องได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เมื่อผู้สูงอายุเกิดการพลัดตกหกล้มและกระดูกหัก พบว่า 1 ใน 5 ไม่สามารถกลับมาเดินได้อีก และบางส่วนต้องใช้รถเข็นไปตลอด ส่งผลให้ผู้สูงอายุสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองและต้องมีคนดูแลตลอดเวลา มีภาวะสับสน มีปัญหาการเคลื่อนไหวทำให้เกิดอาการซึมเศร้าตามมา ส่วนผู้สูงอายุที่เคยหกล้มแม้ไม่ได้รับบาดเจ็บรุนแรง แต่จะเกิดอาการวิตกกังวลกลัวการพลัดตกหกล้มซ้ำ ทำให้ไม่กล้าใช้ชีวิตตามปกติ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านอื่น ๆ ลดลงไปด้วย และในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถดูแลตัวเองได้อีกเลย ทำให้ลูกหลานหรือญาติพี่น้องต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุอย่างเต็มเวลาหรือจ้างผู้ดูแลพิเศษ อีกทั้งต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาอีกด้วย โดยผลกระทบจากการพลัดตกหกล้มสามารถจำแนกได้ดังนี้

3.1 ผลกระทบทางร่างกาย

ผู้สูงอายุมีโอกาสที่ได้รับการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น มีความสัมพันธ์กับความบกพร่อง ความสมดุล ความคล่องตัวที่ลดลง การมองเห็น การรับรู้ ซึ่งแต่ละปัจจัยสามารถเพิ่มความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มได้ 1 ใน 3 ของทั่วโลกผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป การพลัดตกหกล้มปีละ 1 ครั้ง โดยร้อยละ 5 ของการพลัดตกหกล้ม ส่งผลกระทบทางกายภาพที่สำคัญ ได้แก่ กระดูกสะโพกหัก กระดูกหักอื่น ๆ การบาดเจ็บที่สมอง บาดแผล ความเสียหายไปยังอวัยวะภายใน ทรวงอกและในช่องท้อง การบาดเจ็บของกระดูกสันหลังและเส้นประสาท ข้อต่อ การบิดเบี้ยวและการเคลื่อนไหว ความเสียหายของเนื้อเยื่ออ่อน รอยฟกช้ำและบาดแผล ความกลัวการพลัดตกหกล้ม ส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ (World Health Organization, 2021b) นอกจากนี้การพลัดตกหกล้มศีรษะกระแทกพื้น อาจทำให้เกิดภาวะเลือดออกในสมอง ซึ่งอาการกระดูกสะโพกหัก และเลือดออกในสมองสามารถส่งผลให้เกิดความพิการและการเสียชีวิตตามมา โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่พลัดตกหกล้มและมีกระดูกสะโพกหัก มีโอกาสเสียชีวิตภายใน 1 ปี ถึงร้อยละ 20 (กองกิจกรมทางกายเพื่อสุขภาพกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 การบาดเจ็บจากหกล้มครั้งสุดท้ายและการรักษา พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการบาดเจ็บครั้งนี้ การพกข้าว ถลอก หรือเป็นแผล เป็นอาการที่พบประมาณครึ่งหนึ่งของการบาดเจ็บทั้งหมด รองลงมาได้แก่ ปวดหลัง (ร้อยละ 15.0) ที่รุนแรงจนกระดูกหัก ได้แก่ ข้อมือหัก (ร้อยละ 1.6) ข้อสะโพกหัก (ร้อยละ 1.2) และกระดูกซี่โครงหัก (ร้อยละ 0.5) สำหรับการรักษานั้นร้อยละ 45.9 รักษาตัวเอง ส่วนที่ไปรักษาที่โรงพยาบาลพบร้อยละ 20.0 เป็นผู้ป่วยนอก และที่เหลือร้อยละ 8.4 เป็นการบาดเจ็บรุนแรงที่ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล (วิชัย เอกพลากร, 2564) และยังพบว่า การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดการบาดเจ็บที่รุนแรง เช่น เลือดออกในสมอง กระดูกหัก ซึ่งพบได้ร้อยละ 10 ของการพลัดตกหกล้ม โดยเฉพาะกระดูกสะโพกหักมักพบบ่อยในผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปี อาจเป็นได้จากกลไกการป้องกันตัวลดลง โดยปกติผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่กำลังจะพลัดตกหกล้มจะป้องกันการบาดเจ็บโดยใช้มือยันพื้นไว้ก่อน ในช่วงอายุ 65 ถึง 75 ปี พบการพลัดตกหกล้มและเกิดกระดูกข้อมือหักได้มากกว่าการพลัดตกหกล้มและเกิดกระดูกสะโพกหัก ในผู้สูงอายุที่ มากกว่า 75 ปีขึ้นไป มีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มและกระดูกสะโพกหักได้สูง เพราะกลไกการป้องกันการบาดเจ็บลดลงและนำไปสู่อัตราการเสียชีวิตในปีต่อมาได้สูง ถึงร้อยละ 12-37 นอกจากนี้ยังส่งผลต่อการเคลื่อนไหวและส่งตัวเป็นอย่างมาก การบาดเจ็บทางร่างกายที่เกิดขึ้นนำไปสู่การเคลื่อนไหวบกพร่อง และสุดท้ายอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ สำหรับการศึกษาในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องพบว่าผู้สูงอายุที่มีประวัติการพลัดตกหกล้มมาภายใน 6 เดือนจะมีคุณภาพชีวิตไม่ดี และยังมีความเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกด้วย

3.2 ผลกระทบต่อจิตใจ

ผลกระทบต่อจิตใจพบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 25 มีภาวะกลัวการเดินหรือการเคลื่อนไหว กล่าวคือ กลัวว่าตนเองจะเกิดการพลัดตกหกล้มขึ้นอีก ทำให้การเคลื่อนไหวยิ่งช้าลง กล้ามเนื้ออ่อนแรงมากขึ้น ผลกระทบดังกล่าวทำให้เกิดภาวะเครียด ผู้สูงอายุบางรายมีภาวะซึมเศร้า และหากสมาชิกในครอบครัวไม่เข้าใจถึงสาเหตุของอาการหรือภาวะเครียดของผู้สูงอายุ อาจจะทำให้การดูแลผู้สูงอายุไม่เหมาะสม เช่น ห้ามไม่ให้ผู้สูงอายุเดิน หรือแยกให้อยู่แต่ในห้องไม่ให้เดินออกมา เพื่อพบปะผู้อื่น ส่งผลให้ผู้สูงอายุยิ่งรู้สึกขาดกำลังใจ และถูกลดคุณค่าได้

ความกลัวการพลัดตกหกล้ม (fear of falling) เป็นผลกระทบต่อความมั่นใจในการมีชีวิตอยู่อย่างปกติของผู้สูงอายุ บางครั้งความกลัวการพลัดตกหกล้มนำไปสู่ การจำกัดสมรรถนะของผู้สูงอายุเอง โดยการไม่เคลื่อนไหวเท่าที่ควรและไม่กล้าที่จะใช้ชีวิตอย่างเดิมตามปกติ แม้ว่าสาเหตุที่ทำให้การพลัดตกหกล้มนั้นอาจเกิดจากการปรับเปลี่ยนยา หรือเกิดจากโรคหัวใจ เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะและมีการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ เนื่องจากความกลัวที่เกิดขึ้นนี้มีผลกระทบต่อความรู้สึกและความมั่นใจในการเดินของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ทำให้ผู้สูงอายุไม่กล้าเดินหรือทำกิจกรรมทางกาย

ส่วนมากความกลัวการพลัดตกหกล้ม มักเกิดในผู้สูงอายุที่มีการพลัดตกหกล้มได้รับบาดเจ็บที่ค่อนข้างรุนแรง และไม่ได้รับการช่วยเหลือได้ทันท่วงที (Lee & Tak, 2023) จึงมีความกังวลใจ ขาดความมั่นใจในการเดิน กลัวการพลัดตกหกล้ม อาจเกิดภาวะซึมเศร้า ทำให้ช่วยเหลือตัวเองได้ลดลง (กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2565) การกลัวการพลัดตกหกล้ม เป็นผลมาจากจิตใจโดยตรง ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญมากในผู้สูงอายุ โดยจะส่งผลให้การรับรู้ความสามารถลดลง หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรม และสูญเสียความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือเคลื่อนไหวร่างกาย

3.3 ผลกระทบต่อครอบครัว

ผู้สูงอายุที่เกิดการพลัดตกหกล้มและเกิดการบาดเจ็บจนนำไปสู่ปัญหาในการเดิน และการเคลื่อนไหว ครอบครัวและผู้ดูแล ต้องใช้สำหรับการดูแล การพาตรวจและรับการรักษา ความเครียดทางอารมณ์จากการเฝ้าระวังหรือความกังวลเรื่องความปลอดภัยของผู้สูงอายุ มักจะมีความกังวลว่าผู้สูงอายุอาจเกิดการพลัดตกหกล้มได้อีก นอกเหนือจากภาระด้านงานบ้านหรือการช่วยทำกิจวัตรพื้นฐาน ภาระเหล่านี้ยังสามารถลดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟ ในระยะยาว อาจทำให้สมาชิกในครอบครัวจำเป็นต้องออกจากงานเพื่อเข้ามาดูแลผู้สูงอายุหรือบางครอบครัวมีการจ้างผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ทำงานนอกบ้าน หากเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ แล้วทำให้ได้รับบาดเจ็บ จนผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตัวเอง ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องรับภาระการดูแลผู้สูงอายุ สูญเสียรายได้หลักในการทำงาน เนื่องจากต้องดูแลผู้สูงอายุ เกิดปัญหาเศรษฐกิจภายในครอบครัวตามมา และนอกจากนี้ ผู้ดูแลผู้สูงอายุอาจขาดความเข้าใจ อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปในผู้สูงอายุและไม่ค่อยยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ดูแล ผู้ดูแลพยายามให้ผู้สูงอายุอยู่ในที่จำกัด เพื่อผู้ดูแลเข้ามาช่วยเหลือได้ง่าย แต่ในด้านผู้สูงอายุเองมีความรู้สึกว่ามันถูกกีดกันคุณค่าไป เนื่องจากยังปรับตัวกับข้อจำกัดการเคลื่อนไหวของตนเองไม่ได้ และมีความคิดและความรู้สึกว่ามันยังพอจะทำได้ ผู้สูงอายุจะพยายามทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวตนเอง แต่ถูกยับยั้งจากผู้ดูแลและอาจถูกกล่าวหาว่าดื้อรั้น อย่างไรก็ดี พบว่าผู้สูงอายุบางรายมีลักษณะตรงกันข้ามคือ ไม่ยอมทำอะไรเองเลย เนื่องจากกลัวการเคลื่อนไหว กลัวการพลัดตกหกล้ม และเรียกร้องจากผู้ดูแลตลอดเวลา จะเห็นได้ว่าผลกระทบต่อครอบครัวที่มีผู้สูงอายุเคยพลัดตกหกล้มนั้น นอกจากต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทของสมาชิกในครอบครัว หรือการมีสมาชิกใหม่คือผู้รับจ้างดูแลแล้ว ความเครียดที่เกิดขึ้นพบได้ในผู้สูงอายุที่ทำกิจวัตรของตนเองทอดทิ้งไป และเกิดความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน หากผู้สูงอายุมีการพลัดตกหกล้มซ้ำ ต้องเข้านอนโรงพยาบาลบ่อย ๆ ค่าใช้จ่ายในครอบครัวสูงขึ้น ผลกระทบต่อครอบครัวที่มีผู้สูงอายุเกิดการพลัดตกหกล้มนั้นพบได้ในหลาย ๆ ด้าน และหากการปรับตัวในส่วนนี้มีปัญหา จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และส่งผลต่อการดูแลรักษาของแพทย์เกิดประสิทธิภาพที่ลดลงตามมาได้ (Izadi-Avanji et al., 2024)

3.4 ผลกระทบของการหล่มต่อการย้ายเข้าสู่สถานบริบาล

ผลกระทบของการพลัดตกหล่มในผู้สูงอายุทำให้มีการใช้ทรัพยากรบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ยังนำไปสู่การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริบาลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่อยู่โดยลำพัง เมื่อมีปัญหาการเดินทางตัวร่วมกับการพลัดตกหล่ม การอยู่โดยลำพังที่บ้านย่อมเสี่ยงต่อการหล่มซ้ำ และเกิดภาวะพิการตามมา การย้ายเข้าสถานบริบาลผู้สูงอายุเป็นผลที่เกิดขึ้นอย่างหนึ่งในปัจจุบันทั้งต่างประเทศที่มีผู้สูงอายุที่อยู่โดยลำพังในสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง รวมไปถึงในประเทศไทยมีรายงานการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยคนเดียว เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.6 ในปี พ.ศ. 2537 เป็น ร้อยละ 8.6 ในปี พ.ศ. 2554 ปัญหาการพลัดตกหล่มเป็นสาเหตุหนึ่งที่สำคัญในการย้ายเข้ามาอยู่สถานบริบาลผู้สูงอายุ ในต่างประเทศผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานบริบาลที่เรียกกันว่า nursing home การศึกษาของอังคณาและคณะ ที่ศึกษาถึงประสบการณ์ของผู้สูงอายุไทยช่วงการย้ายจากบ้านเข้าสู่สถานบริบาลผู้สูงอายุนั้นผู้สูงอายุมักเกิดความเครียดหลายหลายอย่าง โดยเฉพาะกับการปรับตัวกับชีวิตใหม่และสถานที่ใหม่ อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุที่ย้ายเข้ามาอยู่ด้วยสาเหตุของปัญหาการพลัดตกหล่ม หรือกลัวการพลัดตกหล่มในที่อยู่อาศัยเดิมและขาดผู้ดูแลนั้น จะรู้สึกพอใจกับการย้ายเข้ามาอยู่ในสถานบริบาลและมีการปรับตัวกับสภาพแวดล้อมใหม่ได้ดีกว่า บ่งถึงปัญหาของสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยเดิมของผู้สูงอายุในปัจจุบันยังมีปัญหาไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุค่อนข้างมากเนื่องจากการออกแบบที่อยู่อาศัยไม่ได้คำนึงถึงกรณีที่ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ในสถานบริบาลผู้สูงอายุพบการพลัดตกหล่มเกิดขึ้นบ่อย ๆ เช่นกัน เนื่องจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยสูงอายุและจำนวนยาที่เพิ่มขึ้น จะเห็นได้ว่า การส่งต่อโรงพยาบาล การผ่าตัด การรักษาแบบผู้ป่วยใน และการฟื้นฟู ซึ่งยิ่งมากขึ้นเมื่อมีการบาดเจ็บรุนแรง เช่น กระดูกสะโพก นอกจากนี้ สถานบริการต้องจัดกระบวนการดูแลต่อเนื่อง สำหรับผู้ที่สูญเสียความเป็นอิสระ การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่หล่มจึงก่อให้เกิดความต้องการทรัพยากรทั้งบุคลากรและงบประมาณในระดับสถาบันและระบบสุขภาพ ดังนั้นในสถานบริบาลหลายแห่งในต่างประเทศได้มีการพัฒนาระบบและการบริการที่ให้ความสำคัญต่อการป้องกันการพลัดตกหล่ม โดยการอบรมบุคลากรให้มีความตระหนักและเอาใจใส่ผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการพลัดตกหล่ม ระบบเตือนเรื่องการจ่ายยาที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหล่ม รวมไปถึงการจัดการสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยต่อการเคลื่อนไหว หากจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง บุคลากรที่จะช่วยดูแลในส่วนนี้ก็อาจจะไม่เพียงพอต่อความต้องการ (Davis et al., 2024; จิตติมา บุญเกิด, 2561)

3.5 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

การพลัดตกหล่มของผู้สูงอายุสร้างภาระทางเศรษฐกิจทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม โดยต้นทุนรวมจากอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหล่มรวมถึงค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาล การฟื้นฟู การดูแลระยะยาว และการสูญเสียผลิตภาพผู้ดูแล

งานวิเคราะห์และรีวิวล่าสุดชี้ว่าค่าใช้จ่ายต่อเหตุการณ์หกล้ม (โดยเฉลี่ย) อยู่ในระดับสูง และในระดับประเทศการรักษาอุบัติเหตุเหล่านี้สามารถเป็นส่วนสำคัญของงบประมาณด้านสุขภาพได้ ดังนั้นการลงทุนในมาตรการป้องกันที่มีประสิทธิผลอาจคุ้มค่าทางเศรษฐกิจในระยะยาว Davis et al. (2024) การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาหรือฟื้นฟูสภาพมากกว่าวัยอื่น ๆ พบว่าประเทศแคนาดามีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลปี ค.ศ. 2010 เพิ่มขึ้นจากปีค.ศ. 2007 จาก 22 วัน เป็น 24 วัน ทำให้ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายอันเนื่องจากการนอนโรงพยาบาลมากขึ้น ในปี ค.ศ. 2013 ประเทศสหรัฐอเมริกาเสียค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลด้วยสาเหตุการพลัดตกหกล้มเป็นจำนวน 34 ล้านเหรียญสหรัฐ จากสถิติการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่ามีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ทำให้คาดการณ์ได้ว่าประเทศไทยก็ต้องเสียงบประมาณในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน และถ้าหากมีภาวะแทรกซ้อน อาจทำให้ต้องพักฟื้นที่โรงพยาบาลนานขึ้น และเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น (กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

3.6 ผลกระทบทางสังคม

ผู้สูงอายุต้องการเข้าสังคม เมื่อเกิดการพลัดตกหกล้มจนได้รับบาดเจ็บ ทำให้ต้องพักรักษาตัว ซึ่งต้องใช้ระยะเวลานานมากกว่าวัยอื่น ๆ ทำให้การเข้าสังคม หรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนลดลง ร่วมกับหากมีความพิการเกิดขึ้นผู้สูงอายุจะรู้สึกสูญเสียความมั่นใจทำให้เกิดปัญหาการเข้าสังคม แยกจากสังคม ร่วมกับความกังวล หรือกลัวว่าหากเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนอาจทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มจนได้รับบาดเจ็บเหมือนที่ผ่านมาระยะยาวอาจเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ จากการศึกษาของ เป็นการวิจัยเชิงสังเกตที่มุ่งประเมินผลกระทบทางกายและจิตใจของ การบาดเจ็บซ้ำจากการหกล้ม ในผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการพลัดตกหกล้มซ้ำมี ความรู้สึกเหงา และ คุณภาพชีวิตลดลง อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่หกล้มซ้ำ มีอาการทางสุขภาพจิต เช่น ความวิตกกังวลและซึมเศร้าเพิ่มขึ้น รวมทั้งเกิดความกลัวการพลัดตกหกล้ม ส่งผลให้หลีกเลี่ยงกิจกรรมสังคมและกิจกรรมในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ การบาดเจ็บซ้ำทำให้การฟื้นตัวช้าลง และเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าระยะยาว ซึ่งกระทบต่อการเข้าสังคมและการมีส่วนร่วมในชุมชน

สรุปได้ว่า การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบในหลายด้าน ได้แก่ ทางร่างกาย จิตใจ ครอบครัวย้ายเข้าสู่สถานบริบาล เศรษฐกิจและด้านสังคม ดังกล่าวนั้น อาจทำให้เกิดความเสี่ยงต่ออาการบาดเจ็บที่รุนแรง ด้วยสภาพร่างกายของผู้สูงอายุที่ถดถอยการฟื้นฟูสภาพร่างกายจึงล่าช้าและถดถอยลดลง จึงทำให้บางรายไม่สามารถกลับมาเดินได้อีก บางรายอาจทำให้เกิดความพิการได้ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก หลังจากเกิดการพลัดตกหกล้ม อาจเกิดการบาดเจ็บทางร่างกายจากรุนแรงน้อยไปถึงความรุนแรงมากหรือนำไปสู่ความทุพพลภาพและการเสียชีวิต และยังมีผลต่อสมาชิกในครอบครัว ทำให้เกิดการขาดรายได้ของสมาชิกในครอบครัวที่ต้องออกจากงานมาดูแลหรือจ้างผู้ดูแล มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การปรับตัวของ

ผู้สูงอายุหลังจากการหกล้มและการเข้ารับการรักษา รวมไปถึงสภาพจิตใจของผู้สูงอายุที่เกิดความวิตกกังวลและกลัวการพลัดตกหกล้มซ้ำ จึงทำให้วิถีชีวิตของผู้สูงอายุเปลี่ยนไปจากเดิม ถูกจำกัดด้วยสภาพร่างกายจากการบาดเจ็บที่ได้รับและความสุขสบายของการดำรงชีวิตลดลงไปด้วย

แนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

1. แนวทางในการป้องกันการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุนานาชาติ

1.1 แนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มและการบริหารจัดการสำหรับผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกเป็นกรอบการดำเนินงานที่ออกแบบมาเพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์และผู้เชี่ยวชาญสามารถประเมินและระบุปัจจัยเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุได้อย่างเป็นระบบ โดยใช้หลักการที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางและเน้นการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี จากผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการออกแบบมาตรการปรับปรุงแก้ไขที่เหมาะสม แนวทางนี้ถูกพัฒนาเพื่อประยุกต์ใช้ในระบบสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ แต่ยังคงประสบความสำเร็จในการทำนายในการนำไปใช้ในบริบทที่หลากหลาย โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีทรัพยากรจำกัดและประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ซึ่งต้องการการปรับเปลี่ยนแนวทางให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมท้องถิ่น (Montero-Odasso et al., 2022) โดยมีแนวทาง 4 ขั้นตอน ดังนี้

1.1.1 ขั้นตอนการประเมินระดับความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม เป็นแนวทางมาตรฐานในประมาณค่าระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มแต่ละบุคคล เพื่อใช้ในการบริหารจัดการกับความเสี่ยงและจัดทำกิจกรรมสนับสนุนที่เหมาะสมกับระดับความเสี่ยงของแต่ละบุคคล โดยมีการแบ่งระดับความเสี่ยงในพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุไว้ดังนี้

1) ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงระดับต่ำของการพลัดตกหกล้ม ควรให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มและการออกกำลังกายสำหรับผู้ที่มีสุขภาพทั่วไป

2) ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงระดับปานกลางของการพลัดตกหกล้ม ควรจะเสนอให้ออกกำลังกายแบบกำหนดเป้าหมาย หรือได้รับคำแนะนำจากนักกายภาพบำบัดในเพิ่มการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เพื่อลดความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มได้

3) ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงระดับสูงของการพลัดตกหกล้ม ควรได้รับการประเมินความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้มหลายปัจจัยร่วมกัน และแนะนำแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มที่เหมาะสมเป็นรายบุคคล

1.1.2 ขั้นตอนการประเมินเพื่อระบุปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มในหลายด้าน โดยใช้เครื่องมือในการประเมินปัจจัยเสี่ยง เพื่อระบุปัจจัยเสี่ยงที่อาจจะปรับเปลี่ยนได้จากการแทรกแซงร่วมกับองค์ประกอบอื่นในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยกระบวนการประเมินผู้สูงอายุแบบครอบคลุมทุกด้าน โดยมีแบ่งการประเมินความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม ดังนี้

1) การประเมินความเสี่ยงพลัดตกหกล้มแบบองค์รวม ได้แก่ การเคลื่อนไหว ประสาทสัมผัส การดำเนินกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ การทำงานของความรู้ความเข้าใจ การทำงานของประสาทอัตโนมัติ ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง ประวัติการรับประทานยา ประวัติโภชนาการ และความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม

2) การประเมินรายละเอียดสำหรับบุคคล ได้แก่ การเดินและการทรงตัว การไต่บันได การรับรู้ ความกังวลเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มซ้ำ โรคหัวใจและหลอดเลือด อาการเวียนศีรษะ ความผิดปกติของการทรงตัว การมองเห็น การได้ยิน ความผิดปกติทางจิตเวช อาการทางเดินปัสสาวะและภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ความเจ็บปวด สภาพสิ่งแวดล้อม ภาวะซึมเศร้า ด้านโภชนาการ รวมไปถึงการได้รับวิตามินดี และความเสี่ยงกระดูกหัก

1.1.3 ขั้นตอนการบริหารจัดการและการทำกิจกรรมสนับสนุน เป็นการป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยการให้คำแนะนำ รวมไปถึงการรักษา ซึ่งสามารถลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้โดยการทำกิจกรรมสนับสนุนที่เหมาะสม อาจจะเป็นการทำกิจกรรมสนับสนุนเดี่ยวหรือการทำกิจกรรมสนับสนุนหลายปัจจัยร่วมกัน การบริหารจัดการเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ดังนี้

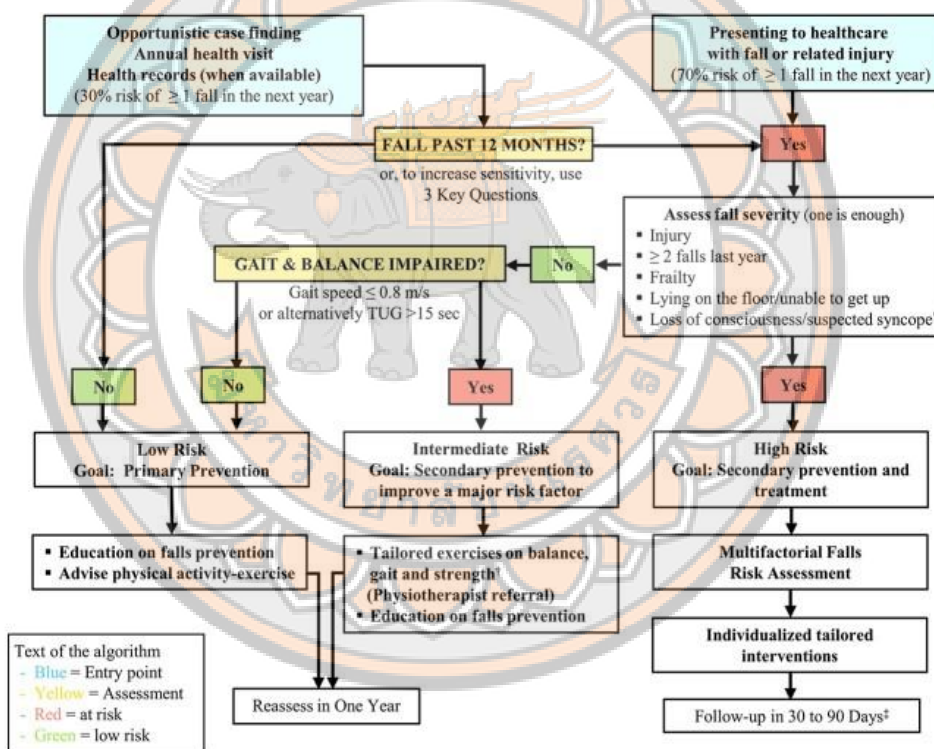
1) การบริหารจัดการผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงระดับต่ำ จากคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการการเคลื่อนไหวอย่างเหมาะสมและปลอดภัย เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานทางกายภาพให้กับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงระดับต่ำ นอกจากนี้คำแนะนำจากแพทย์แนะนำให้คำนึงถึงลำดับความสำคัญจากความต้องการและทรัพยากรที่มีอยู่ของผู้สูงอายุ ส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เช่น การออกกำลังกาย การดำเนินชีวิตประจำวัน โภชนาการ รวมถึงการบริโภควิตามินดี

2) การทำกิจกรรมสนับสนุนของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มระดับปานกลางที่อาศัยในชุมชน ผู้เชี่ยวชาญคำแนะนำให้จัดทำโปรแกรมออกกำลังกายที่เหมาะสมเป็นรายบุคคล

3) การทำกิจกรรมสนับสนุนหลายด้านสำหรับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มระดับสูงที่อาศัยในชุมชน แนะนำให้วางแผนการป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มแบบหลายปัจจัย โดยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อนำมาพัฒนาเป้าหมายและการทำกิจกรรมสนับสนุนร่วมกัน โดยการให้ความสนใจกับการประเมินทางคลินิก และการพิจารณาลำดับความสำคัญ ความเชื่อ ทรัพยากร และบุคคลที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้ดูแล เพื่อการพัฒนางานที่เป็นไปได้ในการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มรายบุคคล ซึ่งแต่ละบุคคลมีภาวะสุขภาพที่ต่างกัน

1.1.4 ขั้นตอนการประเมินและการรักษา ขั้นตอนนี้เป็นการเชื่อมโยง 3 ขั้นตอนด้วยกัน ได้แก่ การแบ่งความเสี่ยงเบื้องต้น การประเมินและการจัดการ เป็นแนวทางการสนับสนุนให้บุคคลเป็นศูนย์กลาง เพื่อมีส่วนร่วมในออกแบบกิจกรรมแทรกแซงรายบุคคล

ข้อสรุปของแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มและการบริหารจัดการสำหรับผู้สูงอายุ สำหรับแนวทางนี้จำเป็นต้องมีความยืดหยุ่น เพื่อให้กลยุทธ์นี้ประสบความสำเร็จ จึงต้องพิจารณาบริบทของชุมชนและทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน จากแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มและการบริหารจัดการสำหรับผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกดังที่กล่าวมาได้อธิบายในแผนผังการการแบ่งความเสี่ยง การประเมิน และการบริหารจัดการการทำกิจกรรมสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน ดังภาพ 1



Notes: 3 Key Questions (3KQ) any positive answer to a) Has fallen in the past year? b) Feels unsteady when standing or walking? or c) Worries about falling? prompts to "fall severity" step. **Fall severity**: fall with injuries (severe enough to consult with a physician), laying on the ground with no capacity to get up, or a visit to the emergency room, or loss of consciousness/suspected syncope. **Frailty**. Commonly used frailty assessment tools include the Frailty Phenotype and the Clinical Frailty Scale.

*Syncope suspicion should trigger syncope evaluation/management. †Exercises on balance/leg strength should be recommended for the intermediate group. Evidence shows that challenging balance exercises are more effective for fall prevention. In several settings, this intermediate group is referred to a physiotherapist. ‡High risk individuals with falls can deteriorate rapidly, and close follow up is recommended and should be guided on the frequency of consequent health service utilization. TUG: timed up and go test

ภาพ 1 แสดงแผนผังการการแบ่งความเสี่ยง การประเมิน และการบริหารจัดการการทำกิจกรรมสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน

ที่มา: Montero-Odasso et al. (2022)

1.2 แนวทางปฏิบัติการป้องกันการพลัดตกหกล้มของ STEADI (Eckstrom et al., 2021) การดำเนินการตามรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มทางคลินิกของ STEADI ให้ประสบความสำเร็จนั้น จะต้องมีการดำเนินการตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับทีมบริการปฐมภูมิ เพื่อระบุปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ โดยเฉพาะการดำเนินการทำกิจกรรมสนับสนุน เพื่อแก้ไขปัจจัยเสี่ยงและติดตามผลจากผู้สูงอายุที่เกิดการพลัดตกหกล้ม เพื่อให้แน่ใจว่าการทำกิจกรรมสนับสนุนประสบผลสำเร็จ จึงต้องมีการประเมินการดำเนินการทุกระดับ ได้แก่ การคัดกรอง การประเมิน การทำกิจกรรมสนับสนุน และการติดตาม เพื่อการปรับปรุงแก้ไขการทำกิจกรรมสนับสนุน เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุตามความจำเป็นแต่ละบุคคล

แนวคิดของ STEADI เป็นแนวทางการประสานงานเพื่อนำแนวทางปฏิบัติทางคลินิกของสมาคมผู้สูงอายุแห่งอเมริกาและสมาคมผู้สูงอายุแห่งอังกฤษ (AGS/BGS) นำไปปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การคัดกรอง การประเมิน และการทำกิจกรรมสนับสนุน โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เป็นการคัดกรองความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้ม

การคัดกรองความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้มเป็นกระบวนการที่ปฏิบัติได้ง่าย และสามารถนำไปใช้ในสถานพยาบาลจากเครื่องมือที่มีอยู่ โดยการสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มที่เคยเกิดขึ้น หรือให้ผู้สูงอายุทำการประเมินความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้มด้วยตนเอง ในการคัดกรองการพลัดตกหกล้มไม่มีเครื่องมือการคัดกรองที่ดีที่สุด ดังนั้นควรเลือกเครื่องมือในการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพและใช้งานได้ง่ายจริงเพื่อการคัดกรองความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มที่เหมาะสมสำหรับการดำเนินงาน ตัวอย่างการคัดกรองมีดังนี้

1. ประเมินความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้มด้วยตนเอง เช่น Stay independent ของ CDC เป็นแบบสอบถามประเมินตนเอง 12 ข้อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มหลายประการ และสามารถระบุความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้

2. การคัดกรองความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มจากคำถาม 3 ข้อ ดังนี้

2.1 เคยพลัดตกหกล้มในหนึ่งปีที่ผ่านมาหรือไม่

2.2 คุณรู้สึกไม่มั่นคงเมื่อยืนหรือเดินหรือไม่

2.3 คุณรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มหรือไม่

ถ้าตอบว่าใช่สำหรับคำถามดังกล่าวเป็นการบ่งชี้ว่าผู้สูงอายุอาจมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

สำหรับผู้สูงอายุที่ผ่านคัดกรองความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้ม และพบว่ามีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ควรทำการประเมินความเสี่ยงเพิ่มเติม เพื่อพิจารณาสาเหตุปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเฉพาะเจาะจงในผู้สูงอายุ การลดความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้มจะประสบผลสำเร็จได้นั้น ผู้สูงอายุแต่ละคนควรเข้าใจปัจจัยเสี่ยงเฉพาะของตนเอง มีการวางแผนดูแลป้องกัน มีความใส่ใจในการลดปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้น และได้รับการประเมินที่เหมาะสม ดังนี้

1. การทดสอบการเดิน ความแข็งแรง การทรงตัว รวมถึงการประเมินการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน
2. การรับประทานยาที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม
3. การตรวจสอบความเป็นอันตรายที่เกิดขึ้นภายในบ้าน
4. การวัดความดันโลหิต
5. การตรวจสอบสายตาและการมองเห็น
6. การประเมินเท้าและการสวมรองเท้า
7. การประเมินปริมาณวิตามินดีที่ได้รับ
8. การเกิดโรคร่วมที่มีผลต่อการเพิ่มความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม (เช่น ปัญหาด้านการรับรู้ โรคพาร์กินสัน ปัญหาเกี่ยวกับหัวใจ ภาวะซึมเศร้า การกลั้นปัสสาวะไม่ได้)

การประเมินเหล่านี้ สามารถช่วยระบุสาเหตุและความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มมากกว่าหนึ่งปัจจัย

ขั้นตอนที่ 3 การทำกิจกรรมสนับสนุนเพื่อลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

หลังจากระบุปัจจัยเสี่ยงแล้วขั้นตอนต่อไปคือ การทำกิจกรรมสนับสนุน เพื่อแก้ไขปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้เพื่อลดความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม การทำกิจกรรมสนับสนุนเพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยงมีดังต่อไปนี้

1. การเดิน ความแข็งแรง และการทรงตัว ได้แก่ การทำกายภาพบำบัด การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการส่งต่อการออกกำลังกายในชุมชนหรือโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม กิจกรรมไทเก๊กเป็นการเคลื่อนไหวเพื่อให้เกิดการทรงตัวที่ดีขึ้น หากผู้ป่วยต้องการเครื่องช่วยเหลือในการเคลื่อนที่ หรือการใช้เครื่องช่วยเหลือไม่ถูกต้อง ให้ส่งต่อผู้ป่วยพบนักกายภาพบำบัดเพื่อรับคำแนะนำในการใช้เครื่องช่วยเหลือ หากผู้ป่วยมีความบกพร่องทางการทำงานของร่างกายที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มให้ส่งไปพบนักกิจกรรมบำบัด

2. การใช้ยา เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพด้านการบำบัดด้วยยาและเพิ่มความปลอดภัยของผู้สูงอายุ โดยการหยุด การเปลี่ยน หรือการลดการใช้ยาที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การพิจารณาการใช้ยาที่ซับซ้อน โดยจัดเรียงลำดับความสำคัญของการใช้ยา ซึ่งยา

บางชนิดจำเป็นต้องลดและหยุดการใช้ยาอย่างปลอดภัย เช่น การลดขนาดยาแก้ม้ามเศร้า สำหรับยาที่เกิดผลข้างเคียงควรพิจารณาเปลี่ยนไปใช้ยาตัวอื่นที่มีความปลอดภัยกว่า การลดยาบรรเทาอาการต่าง ๆ เช่น ปัญหาการนอนหลับ ความเจ็บปวดและความวิตกกังวล ควรแนะนำวิธีการให้จัดการกับอาการต่าง ๆ เหล่านี้แทนการรับประทานยา สำหรับยาที่จำเป็นต้องใช้เป็นประจำ ให้พิจารณาการลดขนาดยาลงแบบค่อยเป็นค่อยไป เพื่อหาขนาดยาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ การใช้ยาที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม จึงจำเป็นต้องอาศัยการร่วมมือกับผู้ป่วยจึงจะสำเร็จได้

3. อันตรายภายในบ้าน ควรตรวจสอบความปลอดภัยภายในบ้าน โดยนักกิจกรรมบำบัดเพื่อประเมินความปลอดภัยในบ้าน

4. การวัดความดันโลหิต หากผู้สูงอายุมีความดันโลหิตต่ำขณะที่เปลี่ยนท่า ให้ลดขนาดยาที่อาจส่งผลต่อความดันโลหิตต่ำ หากจำเป็นต้องต้องใช้ยาในทางคลินิก ให้เปลี่ยนยาที่มีความเสี่ยงน้อยต่อการเกิดความดันโลหิตต่ำ ควรทบทวนภาวะความดันโลหิตต่ำจากการทรงตัวว่าสาเหตุจากอะไรและจัดการให้เหมาะสมอย่างไร การให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการออกกำลังกาย การส่งเสริมการดื่มน้ำที่เพียงพอ และการแนะนำให้ผู้สูงอายุค่อย ๆ ยืน และใช้เวลา 1 ถึง 2 นาที ก่อนเริ่มก้าวเดิน

5. การมองเห็น หากผู้สูงอายุมีความบกพร่องในการมองเห็น ให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านสายตา หากพบว่าการมองเห็นลดลงเนื่องจากต้อกระจก ควรแนะนำให้ทำการรักษาต้อกระจก อาจลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้ หากผู้สูงอายุสวมแว่นตาชนิด 2 เลนส์ ควรแนะนำให้สวมแว่นตาเลนส์เดียวเมื่อออกนอกบ้าน เพื่อลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้

6. เท้าและรองเท้า ผู้สูงอายุควรได้รับการส่งเสริมให้สวมรองเท้าที่เหมาะสมภายในและนอกบ้าน การสวมรองเท้าที่มีพื้นรองเท้ายึดเกาะ รับแรงกระแทกและสันเตี้ย หากเห็นได้ชัดว่ามีปัญหาเกี่ยวกับเท้าให้ส่งต่อผู้สูงอายุเพื่อพบแพทย์

7. วิตามินดี ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มควรรับประทานอาหารเสริมวิตามินดี

8. การมีโรคร่วม

8.1 ปัญหาความรู้ การใช้กลยุทธ์ป้องกันการพลัดตกหกล้มกับผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาถือเป็นเรื่องท้าทาย แต่สิ่งสำคัญที่ต้องลดปัจจัยเสี่ยงให้มากที่สุด ควรจัดการกับการเกิดโรคให้ไวที่สุด การมีส่วนร่วมและการให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและการทำกิจกรรมสนับสนุนเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มเป็นสิ่งสำคัญ

8.2 โรคพากินสัน นักกายภาพบำบัดที่เชี่ยวชาญเกี่ยวกับเรื่องความผิดปกติจากการเคลื่อนไหว จะมีความสำคัญในการบำบัดรักษา รวมไปถึงความปลอดภัยภายในบ้านควรได้

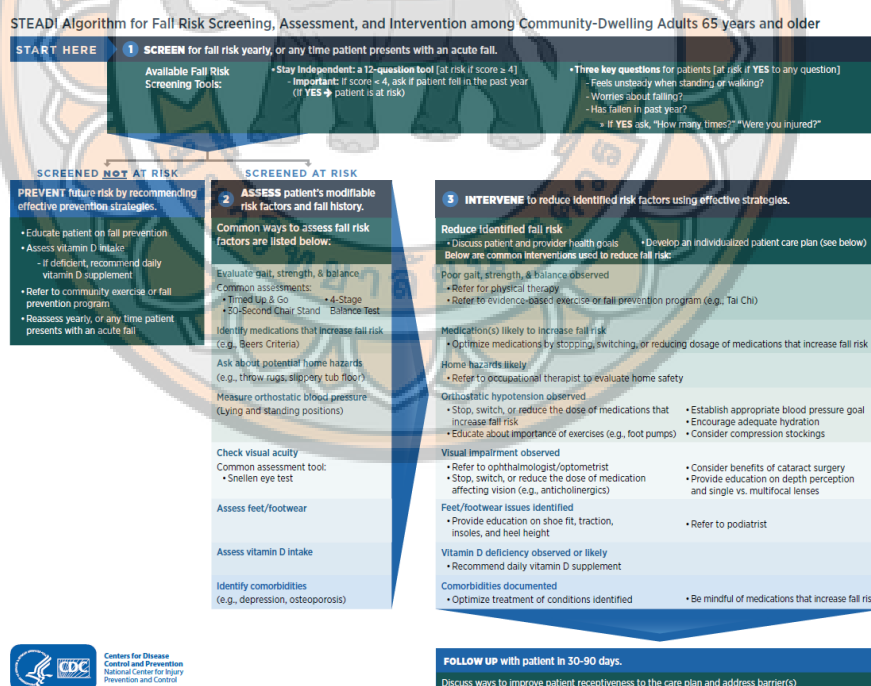
การพิจารณาประเมินความปลอดภัยภายในบ้านโดยนักกิจกรรมบำบัด และการทำกิจกรรมกายบำบัด ด้วยไทชิ เป็นต้น

8.3 ปัญหาเกี่ยวกับหัวใจ การศึกษาขนาดการใช้ยาสำหรับการรักษาโรคหัวใจ ทั้งหมด เพื่อลดความเสี่ยงจากผลข้างเคียง เช่น ความดันโลหิตต่ำ

8.4 ภาวะซึมเศร้า การรักษาภาวะซึมเศร้าและการใช้ยาจิตบำบัด สามารถลดความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มได้ โดยการลดอาการซึมเศร้าช่วยให้การเคลื่อนไหวที่ดีขึ้น และยาแก้ซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มด้วยเช่นกัน

8.5 การกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ควรแนะนำให้ออกกำลังกายทางอุ้งเชิงกราน หรือ ปริกษานักกายภาพบำบัด หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเรื่องการกลืนปัสสาวะไม่ได้ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

จากแนวทางปฏิบัติการป้องกันการพลัดตกหกล้มของ STEADI มีขั้นตอนการดำเนินการดังที่กล่าวมาโดยอธิบายในแผนภาพทั้ง 3 องค์ประกอบหลักได้แก่ การคัดกรอง การประเมิน และการทำกิจกรรมสนับสนุน ดังภาพ 2



ภาพ 2 แสดงแนวทางปฏิบัติการป้องกันการพลัดตกหกล้มของ STEADI

ที่มา: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control (2023)

สรุปได้ว่า แนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุระดับนานาชาติเป็นแนวทางที่จัดทำเพื่อยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางและอาศัยความร่วมมือกันของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในการป้องกันการหกล้มเพื่อสุขภาพดีขึ้นและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุทั่วโลก โดยมีกรอบแนวทาง 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การแบ่งความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มโดยการประเมินระดับความเสี่ยงของแต่ละบุคคล 2) การประเมินเพื่อระบุและวัดปัจจัยเสี่ยงของการหกล้ม 3. การบริหารจัดการและการทำกิจกรรมสนับสนุนตามระดับความเสี่ยง และ 4. ติดตามและการประเมินขั้นตอนการรักษา แนวทางในการป้องกันการหกล้มและการบริหารจัดการสำหรับผู้สูงอายุระดับนานาชาติดังกล่าว ต้องคำนึงถึงบริบทของชุมชนและทรัพยากรที่มีอยู่ เพื่อนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทในพื้นที่ต่อไป

2. แนวทางในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุของประเทศไทย

2.1 แนวทางป้องกันของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ การป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุไม่ง่ายเหมือนการป้องกันโรคทั่วไป เพราะภาวะพลัดตกหกล้มอาจเกิดจากหลายสาเหตุ ทั้งสาเหตุด้านสุขภาพ สาเหตุทางสังคมและเศรษฐกิจ อาจเป็นสาเหตุเดียวหรือหลายสาเหตุส่งเสริมกันและในแต่ละสาเหตุอาจเกิดจากปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัยด้วยกัน ทำให้ภาวะหกล้มถูกจัดเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndrome) ซึ่งถือเป็นอาการแสดงที่ไม่จำเพาะ (atypical presentation) ที่บุคลากรทางสุขภาพต้องพยายามค้นหาและป้องกัน แนวทางในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุของประเทศไทย ได้นำแนวทางขององค์การอนามัยโลกที่ได้เสนอรูปแบบการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มตามแนวทาง Active Ageing ที่ถูกเสนอไว้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2002 โดยมีองค์ประกอบ 3 ด้าน ดังต่อไปนี้ (สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2562)

2.1.1 การสร้างความตระหนักให้กับผู้สูงอายุถึงความสำคัญของการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้ม การสร้างความตระหนักนี้ไม่เพียงให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่ได้รับผลกระทบทราบถึงความสำคัญของภาวะพลัดตกหกล้มที่มีผลต่อความพิการหรือการเสียชีวิต ยังต้องให้ทุกภาคส่วนทราบถึงความสูญเสียทางเศรษฐกิจและทางสังคมถ้าไม่ทำการป้องกันภาวะนี้ โดยครอบคลุมถึงกลุ่มบุคคลเหล่านี้ได้แก่ ผู้สูงอายุ ครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุ เยาวชนและคนหนุ่มสาว องค์กรในชุมชน องค์กรทางสุขภาพ ภาครัฐบาล สื่อต่าง ๆ

2.1.2 การประเมินปัจจัยเสี่ยงภาวะพลัดตกหกล้มในระดับบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและด้านสังคม ความเสี่ยงและการบาดเจ็บจากภาวะหกล้มเกิดจากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยที่เป็นระดับบุคคล ระดับชุมชน และระดับประเทศ การป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุจึงต้องประเมินอย่างเป็นระบบในปัจจัยต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1) การบริการทางสุขภาพและสังคม การบริการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงภาวะพลัดตกหกล้มทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคมเพื่อให้ความสะดวกที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้ ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพจึงควรได้รับการอบรมเพื่อสามารถใช้แนวทางปฏิบัติหรือกระบวนการที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าได้ผลให้เกิดขึ้นเป็นงานประจำในเวชปฏิบัติตลอดจนมีการติดตามเพื่อแก้ไขปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่ตรวจพบด้วยวิธีที่คุ้มค่าและเหมาะสมกับบริบทของแต่ละบุคคลและชุมชน

2) การประเมินพฤติกรรม การให้ความรู้เรื่องภาวะพลัดตกหกล้มต้องควบคู่ไปกับการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงของผู้สูงอายุด้วย เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่และดื่มสุรา ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะพลัดตกหกล้ม รวมทั้งประเมินความพร้อมของผู้สูงอายุว่าต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองหรือไม่ เพราะผู้สูงอายุบางคนที่เคยพลัดตกหกล้มแล้ว อาจเกิดภาวะกลัวการพลัดตกหกล้ม (fear of falling) จนไม่ยอมทำอะไรหรือคิดว่าตนเองชราแล้วไม่มีประโยชน์ที่จะปรับปรุงตนเองได้อีก

3) การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของแต่ละบุคคล เนื่องจากภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุมีปัจจัยเสี่ยงจำนวนมาก ดังนั้น ความละเอียดของการประเมินจึงต้องสอดคล้องกับความสามารถของบุคลากรทางสุขภาพและกำลังทรัพยากรที่มีอยู่ การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงที่ง่ายที่สุดอาจใช้เครื่องมือที่เป็นแบบสอบถาม เช่น FRAT และจะดีมากขึ้นถ้ามีการประเมินตามแนวทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุแบบองค์รวม (comprehensive geriatric assessment) ที่ครอบคลุมหลายด้าน เช่น กำลังกล้ามเนื้อ การทรงตัว สายตา การรู้คิด (cognition) การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น

4) การประเมินสิ่งแวดล้อมให้เกิดความปลอดภัย สิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (age-friendly environment) มีส่วนสำคัญอย่างมากที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อิสระด้วยตนเอง ลดการพึ่งพาผู้อื่นเช่น การมีแสงสว่างตามทางเดินสาธารณะที่เพียงพอ การใช้พื้นกันลื่นเมื่อเปียกน้ำ การมีเพื่อนบ้านที่เอื้ออาทรคอยช่วยเหลือ ตลอดจนสิ่งแวดล้อมภายในบ้านที่ช่วยป้องกันภาวะพลัดตกหกล้ม เช่น มีราวจับตามทางเดินหรือในห้องน้ำทั้งนี้เพื่อให้ได้การแก้ไขปัจจัยเสี่ยงที่ตรงประเด็นที่สุด

5) การประเมินปัจจัยเสี่ยงทางสังคมเป็นอีกปัจจัยที่สำคัญ เช่น การให้ความรู้ถึงอันตรายและวิธีการป้องกันการพลัดตกหกล้ม การป้องกันความรุนแรงภายในครอบครัวและชุมชน การป้องกันการอยู่อย่างโดดเดี่ยวหรือถูกทอดทิ้ง ดังนั้น การช่วยเหลือทางสังคมจึงจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุในบางกรณี

6) การประเมินปัจจัยทางเศรษฐกิจ ความยากจนย่อมทำให้ผู้สูงอายุขาดการคำนึงถึงความปลอดภัยของตนเองในชีวิตประจำวัน ความพยายามในการทำงานอย่างต่อเนื่องวัยสูงอายุอาจเป็นดาบสองคมในด้านดี คือทำให้ผู้สูงอายุยังมีรายได้ ได้พบปะผู้คนในสังคม อีกด้านหนึ่งอาจทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มหรืออุบัติเหตุได้ง่าย ปัจจุบันแนวโน้มสังคมไทย

เปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุจำเป็นต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยวเพิ่มขึ้น ถ้าคนกลุ่มนี้มีความยากลำบากทางเศรษฐกิจจำเป็นที่รัฐและชุมชนท้องถิ่นต้องให้ความช่วยเหลือ

2.1.3 การออกแบบและการจัดการที่เหมาะสมกับบริบทในแต่ละชุมชนเพื่อป้องกันภาวะพลัดตกหกล้ม ดังที่กล่าวมาแล้วว่า ปัจจัยเสี่ยงภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุมีมากมายหลายมิติและมักจะเกิดร่วมกัน ดังนั้นการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มอย่างได้ผลจำเป็นต้องใช้รูปแบบการจัดการหลายด้าน (Multiple domain) หรือรูปแบบการจัดการหลายปัจจัย (Multifactorial domain) ซึ่งแบบหลังนี้เป็นการตรวจและแก้ไขปัจจัยเสี่ยงของผู้สูงอายุแต่ละราย ซึ่งทำได้ไม่ยากนัก และต้องการทรัพยากร ตลอดจนบุคลากรที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก จึงต้องอาศัยนโยบายสาธารณะทั้งในระดับชุมชนและระดับประเทศที่ทำให้เกิดการขับเคลื่อนมาตรการเหล่านี้ ได้แก่

1) การประเมินทางการแพทย์เพื่อคัดกรองปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพต่อภาวะพลัดตกหกล้ม แล้วรีบให้การแก้ไขตรงประเด็นอย่างทันท่วงที เช่น การติดตามการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม โดยยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท การแก้ปัญหาสายตาการตรวจพบและให้การรักษารักษาโรคพาร์กินสัน และอื่น ๆ ย่อมเกิดประสิทธิผลสูงสุดต่อการป้องกันการพลัดตกหกล้ม กรณีที่เกิดการพลัดตกหกล้มแล้วยังมีความจำเป็นที่จะต้องส่งต่อเพื่อรับการดูแลทางการแพทย์ ตรวจหาสาเหตุเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มซ้ำต่อไป

2) การจัดการด้านความปลอดภัยภายในบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตร โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงการเกิดการพลัดตกหกล้มสูง ให้มีการเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรทางสุขภาพ เช่น นักกิจกรรมบำบัด การปรับแสงสว่างเพื่อไม่ให้มีมุมมืด การจัดการสิ่งของที่ขวางทางเดิน การติดตั้งราวจับในห้องน้ำ ห้องสุขา การปรับสภาพแวดล้อมในที่อยู่อาศัยให้เกื้อหนุนให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตร (age-friendly environment) เช่น ทางเดินไม่ลื่น ความกว้างเพียงพอสำหรับรถเข็นผู้ป่วย ไม่มีสิ่งกีดขวาง มีทางลาดลงสู่พื้นถนน มีการบำรุงรักษาเป็นระยะ ถนนมีแสงสว่างเพียงพอมีการตรวจลาดตระเวนโดยอาสาสมัครหรือตำรวจเป็นระยะ ทางม้าลายข้ามถนนมีจำนวนเพียงพอ มีความปลอดภัยสำหรับผู้พิการประเภทต่าง ๆ มีอุปกรณ์กันลื่น มีอุปกรณ์ช่วยในการข้ามถนนทั้งที่เป็นการช่วยด้านการมองเห็นและการได้ยินและมีระยะเวลาพอให้ผู้สูงอายุข้ามถนนได้ทันรถโดยสารที่นั่งที่สงวนไว้สำหรับผู้สูงอายุ สะอาดไม่หนาแน่นเกินไป ผู้สูงอายุสามารถใช้บริการได้สะดวกและมีการบำรุงรักษา จุดจอดรถโดยสารและสถานีอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ผู้สูงอายุสามารถใช้บริการได้สะดวก สะอาด ปลอดภัย มีแสงสว่าง มีหลังคาบังแดดและที่นั่งร่มมากพอ

3) การส่งเสริมกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย องค์การอนามัยโลกได้เผยแพร่แนวทางปฏิบัติการเพิ่มกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ (The WHO Heidelberg Guidelines for Physical Activity for Older Persons) ทำให้เกิดผลดีทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิตและด้านสังคม และยังช่วยลดอุบัติการณ์ของกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (non-communicable

diseases) ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มต่ำ การทำกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอสามารถช่วยลดความเสี่ยงการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มได้ ส่วนผู้ที่มีความเสี่ยงการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มสูงควรเข้าร่วมฝึกออกกำลังกายที่เป็นการจำเพาะ มีการกำหนดวิธีออกกำลังกายไว้ล่วงหน้า เช่น การออกกำลังกายเน้นการเสริมกล้ามเนื้อ การฝึกการทรงตัวและท่าทางการเดิน

4) การประเมินความพร้อมในการปรับพฤติกรรมของผู้สูงอายุ การที่ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับภาวะหกล้มอย่างเดียวยังไม่เพียงพอที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้ แต่มีการศึกษาทฤษฎีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์ ซึ่งบุคลากรทางสุขภาพสามารถนำทฤษฎีการรับรู้สถานะภาพของตนเอง (self-perception) ในด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้ไปปรับใช้ได้

1. การรับรู้ความเสี่ยงที่ตนเองจะเป็นโรค (perceived susceptibility) ถ้ารับรู้ว่าคุณมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคนั้นมากจึงจะทำตามคำแนะนำนั้น
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) ถ้ารับรู้ว่าคุณเมื่อตนเองเป็นโรคนั้นแล้ว จะมีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมากจึงจะทำตามคำแนะนำนั้น
3. การรับรู้ประโยชน์ที่ได้จากการทำตามคำแนะนำ (perceived benefit) ถ้ารับรู้ว่าคุณเมื่อทำตามคำแนะนำนั้นจะเกิดประโยชน์ต่อตนเองจริงจึงจะทำตามคำแนะนำนั้น
4. การรับรู้อุปสรรคที่จะต้องพบ (perceived barrier) ถ้ารับรู้ว่าคุณสามารถเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ โดยทำตามคำแนะนำได้จึงจะทำตามคำแนะนำนั้น

มาตรการการป้องกันการพลัดตกหกล้มในแนวทางเวชปฏิบัติของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข แบ่งเป็น 3 ระดับ (สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2562) ดังนี้

1. การป้องกันการพลัดตกหกล้มในระดับปฐมภูมิ (primary prevention) หมายถึงการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มโดยการส่งเสริมสุขภาพและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี รวมทั้งแนะนำให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้ ตั้งแต่ยังไม่เคยเกิดการพลัดตกหกล้ม
2. การป้องกันการพลัดตกหกล้มในระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) หมายถึงการป้องกันการพลัดตกหกล้มด้วยการคัดกรอง ตรวจสุขภาพ เพื่อตรวจหาและให้การดูแลรักษาทั้งปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกระตุ้นต่อการพลัดตกหกล้มตั้งแต่ในระยะแรกให้หมดไป หรือสามารถควบคุมให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้
3. การป้องกันการพลัดตกหกล้มในระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) หมายถึงการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่เคยเกิดขึ้นแล้วไม่ให้เกิดซ้ำอีก รวมถึงการป้องกันผลแทรก

ซ้อนจากการพลัดตกหกล้มไม่ให้เกิดความพิการ เช่น ภาวะกระดูกหักหรือกระทบต่อความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน

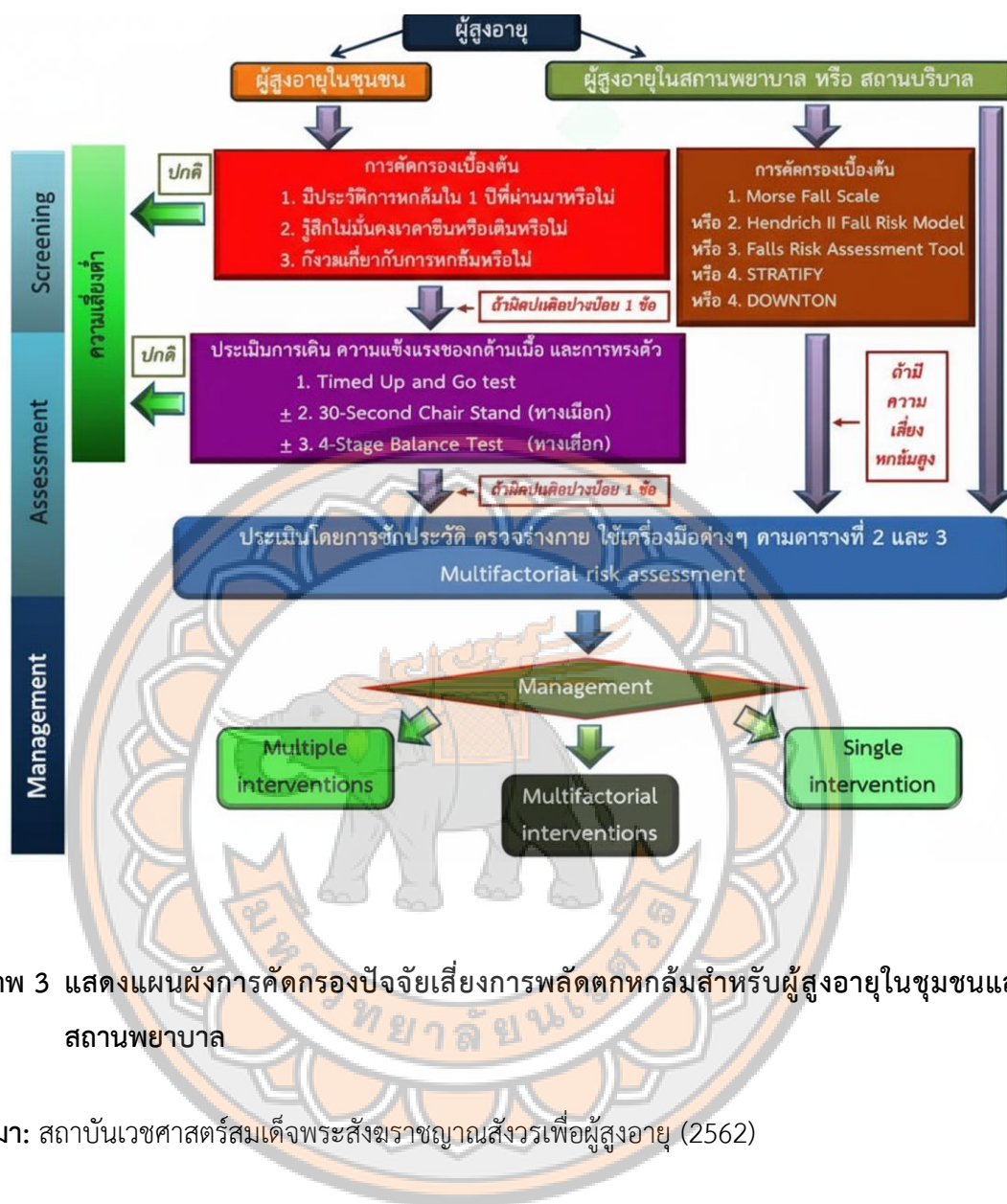
รูปแบบการจัดการ (intervention) เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มสามารถจัดกระทำได้ 3 รูปแบบ ดังนี้

1. รูปแบบการจัดการเฉพาะด้าน (single domain) เป็นการป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยจัดกระทำด้านใดด้านหนึ่งที่จะช่วยป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ เช่น การจัดสิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ เฟอร์นิเจอร์ ที่อยู่อาศัยหรือการจัดการความเสี่ยงของบ้าน (home hazard management)

2. รูปแบบการจัดการหลายด้าน (multiple domain) เป็นการจัดกิจกรรมหรือโปรแกรมหลายด้านเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งโปรแกรมส่วนใหญ่จะถูกกำหนดมาในลักษณะงานวิจัยที่กำหนดกิจกรรมไว้ชัดเจนและเป็นรูปแบบเดียวกัน เช่น การประเมินบ้านและสิ่งแวดล้อมร่วมกับการจัดกิจกรรมออกกำลังกาย การสอนแนะนำให้ความรู้เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม เป็นต้น

3. รูปแบบการจัดการหลายปัจจัยเป็นรายบุคคล (multifactorial domain) เป็นการป้องกันการพลัดตกหกล้มซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมหลายด้าน แต่กิจกรรมการจัดการ (intervention) มีความแตกต่างกันไปตามแต่ละบุคคลซึ่งจะต้องมีการประเมินปัจจัยเสี่ยงการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุเพื่อให้การช่วยเหลือหรือจัดการแก้ไขปัจจัยเสี่ยงที่เหมาะสมเป็นรายไป (สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2562)

จากแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขดังที่กล่าวมา ได้อธิบายในแผนผังการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนและสถานพยาบาล ดังภาพ 3



ภาพ 3 แสดงแผนผังการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนและสถานพยาบาล

ที่มา: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ (2562)

2.2 แนวทางการดูแลรักษาการพลัดตกหกล้มของสถาบันเวชศาสตร์

แนวทางการดูแลรักษาการพลัดตกหกล้มของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) เริ่มจากการประเมินความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม โดยมีจุดประสงค์เพื่อระบุผู้ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการพลัดตกหกล้ม แล้วให้การรักษาเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดตามมาได้ ผู้สูงอายุแม้ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสามารถเกิดการพลัดตกหกล้มได้เช่นกัน ตามแนวแนวทางปฏิบัติของสมาคมแพทย์ผู้สูงวัยแห่งประเทศไทยและสหรัฐอเมริกาใน ในปี ค.ศ. 2011 และสถาบันเพื่อสุขภาพและการดูแลเป็นเลิศแห่งประเทศอังกฤษ ปีค.ศ. 2013 แนะนำว่า ผู้สูงอายุที่มาพบบุคลากรทางการแพทย์ควรได้รับการสอบถามอย่างสม่ำเสมอว่ามีการพลัดตกหกล้มในหนึ่งปีที่ผ่านมาหรือไม่ นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มาพบแพทย์ด้วยปัญหาการพลัดตกหกล้ม หรือการพลัดตกหกล้มบ่อยในช่วงปีที่ผ่านมา หรือมีปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัวและการเดินที่ผิดปกติ ควรได้รับการประเมินความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มอย่างครอบคลุม

2.2.1 การประเมินความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มอย่างครอบคลุมต้องประกอบด้วย การประเมินประเด็นต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1) การซักประวัติ

1.1) รายละเอียดเกี่ยวกับจำนวนครั้ง สถานที่พลัดตกหกล้ม ลักษณะการพลัดตกหกล้ม กิจกรรมที่ทำขณะพลัดตกหกล้ม สภาพร่างกายของผู้สูงอายุขณะพลัดตกหกล้ม การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นรวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่ตามมา ผู้ที่พลัดตกหกล้ม 2 ครั้งต่อปี ถือว่าเป็นผู้ที่พลัดตกหกล้มบ่อย หากผู้สูงอายุจำได้ไม่ชัดเจนควรถามจากผู้อยู่ดูแลหรือครอบครัวด้วย

1.2) ทบทวนยาที่ใช้ทั้งหมดทั้งยาที่ได้รับจากแพทย์และยาที่ซื้อรับประทานเอง

1.3) ทบทวนปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุแต่ละราย

2) การตรวจร่างกาย

2.1) ตรวจระบบประสาท ได้แก่ การรู้คิด ความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย

2.2) ประเมินลักษณะและท่าทางการเดิน การทรงตัวในท่าทางต่าง ๆ

2.3) ประเมินกำลังกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวของข้อ การประเมินที่แขนและมือช่วยให้ทราบถึงความสามารถในการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน รวมทั้งความสามารถในการเกาะจับ ยึดเหนี่ยว ส่วนการประเมินที่ขาช่วยให้ทราบถึงความสามารถในการเดิน เคลื่อนไหว เคลื่อนที่

2.4) ตรวจเท้าและรองเท้า

2.5) ตรวจระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ จังหวะการเต้นของหัวใจ ความดันเลือดในท่าทางต่าง ๆ

2.6) ประเมินสายตาและการมองเห็น

3) การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

3.1) ขณะเยี่ยมบ้าน ประเมินการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินและอุปกรณ์เสริมที่ช่วยในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

3.2) ประเมินระดับความสามารถโดยให้ผู้สูงอายุแสดงความสามารถที่ต้องการตรวจ ได้แก่ การพลิกตะแคงตัว ลุกจากนอนมานั่ง จากนั้นไปยืน นั่งและยืนทรงตัว การเดิน โดยใช้อุปกรณ์ช่วยเดินที่ใช้ประจำ

3.3) ประเมินความสามารถโดยเครื่องมือที่เรียกว่า functional mobility test ซึ่งมีเป็นจำนวนมาก เครื่องมือเหล่านี้จะทดสอบความสามารถของผู้สูงอายุที่เหมือนกับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เมื่อประกอบกับประวัติและการตรวจร่างกายแล้วจะช่วยให้ผู้ประเมินคาดคะเนระดับความสามารถของผู้ป่วย รวมทั้งประเมินความเสี่ยงของภาวะหกล้มได้ ในที่นี้จะขอยกตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้บ่อย ได้แก่ timed up and go test 30 second chair stand และ 4 stage balance

4) ประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้านรวมทั้งความปลอดภัย

5) ความเสี่ยงของการเกิดกระดูกพรุนและการเกิดกระดูกหัก เนื่องจากผู้สูงอายุมีความหนาแน่นกระดูกลดลง การพลัดตกหกล้มแม้ว่าจะไม่รุนแรง แต่มีความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักได้ง่าย โดยเฉพาะกระดูกสะโพกการศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ของกระดูกสะโพกหักร้อยละ 79 เกิดจากการพลัดตกหกล้มอุบัติการณ์การเกิดกระดูกสะโพกหักจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ภายหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง โดยร้อยละ 61 ของผู้ป่วยต้องใช้รถพยุงเดินเป็นเวลา 6 เดือน อัตราตายที่ 1 ปีเท่ากับร้อยละ 31 ในผู้ชาย และร้อยละ 16 ในผู้หญิง ค่ากลางของการมีชีวิต (median survival time) เท่ากับ 6 ปี ดังนั้นในผู้สูงอายุที่มีปัญหาการทรงตัวและยังเดินอยู่จึงมีความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม จึงควรตรวจความหนาแน่นกระดูกเพื่อให้การรักษาและป้องกันกระดูกหักการประเมินความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มอย่างครอบคลุมนี้จะช่วยให้ผู้ประเมินทราบความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม รวมทั้งสามารถให้การรักษาได้ นอกจากนี้ยังมีการใช้เครื่องมือสำเร็จรูปในการประเมินความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม เครื่องมือลักษณะนี้มีการพัฒนามาจากหลายสถาบัน แต่ยังไม่มีเครื่องมือใดที่เป็นมาตรฐาน การใช้งานต้องศึกษารายละเอียดของเครื่องมือแต่ละแบบว่าต้องการข้อมูลใดบ้าง จากนั้นทำการหาข้อมูลในผู้สูงอายุที่ต้องการประเมินแล้วนำมาคิดค่าคะแนนความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม แล้วทำการแปลผลตามค่าที่กำหนด ในที่นี้จะขอยกตัวอย่างเครื่องมือประเมินความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มของคน

ไทย คือเครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุไทยในชุมชน (Thai Fall risk Assessment Tool: Thai-FRAT)

2.2.2 การรักษาและป้องกันอย่างครอบคลุม (multifactorial Intervention)

การป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มเป็นเป้าหมายที่สำคัญสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนและสถานพักพิง โดยมีหลักการที่นำไปสู่เป้าหมายดังกล่าวในผู้สูงอายุดังต่อไปนี้

1) ผู้ที่ไม่เคยพลัดตกหกล้ม คัดกรองเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุแต่ละราย

2) ผู้ที่เคยพลัดตกหกล้ม นอกจากคัดกรองเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยง รวมทั้งประเมินความเสี่ยงเช่นเดียวกับ ผู้ที่ไม่เคยพลัดตกหกล้มแล้ว ยังต้องหาสาเหตุของการพลัดตกหกล้มและป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มซ้ำซ้อนด้วย

การรักษาและป้องกันอย่างครอบคลุมควรพิจารณาจากผลของการประเมินที่ได้จากผู้สูงอายุแต่ละราย แล้วให้การรักษาและป้องกันอย่างเฉพาะเจาะจงตามประเด็นปัญหาที่มีจากหลักฐานประจักษ์ตามแนวทางเวชปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุของสมาคมแพทย์ผู้สูงวัยแห่งประเทศไทยและประเทศอังกฤษในปี ค.ศ.2010 แนะนำดังนี้

1. การรักษาที่ต้องทำ ภายหลังการประเมินปัจจัยเสี่ยงอย่างครอบคลุม (น้ำหนักของหลักฐานประจักษ์ระดับ A คือ ควรปฏิบัติตามคำแนะนำสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการพลัดตกหกล้ม) ได้แก่

1.1 การประเมินสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยและปรับเปลี่ยนให้เกิดความปลอดภัย

1.2 การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรง การฝึกทรงตัว การย้ายตัวและการเดิน

1.3 ผู้สูงอายุที่ขาดวิตามินดีควรได้รับวิตามินดีเสริมอย่างน้อย 800 IU ต่อวัน

2. การรักษาและป้องกันอย่างครอบคลุมที่ควรทำ (น้ำหนักของหลักฐานประจักษ์ระดับ B คือ การแนะนำให้มีการจัดกิจกรรมสนับสนุนที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงปานกลางต่อการพลัดตกหกล้ม) ได้แก่

2.1 การทบทวนการใช้ยา โดยงดหรือลดการใช้ยาที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม รวมทั้งลดจำนวนยาที่ใช้ให้เหลือเท่าที่จำเป็น

2.2 การแก้ไขปัญหาเรื่องการมองเห็น โดยการผ่าตัดรักษาต้อกระจกหากมีข้อบ่งชี้

2.3 การแก้ไขภาวะความดันเลือดต่ำจากการเปลี่ยนท่าทาง

2.4 การแก้ไขปัญหาระบบหัวใจและหลอดเลือดที่เป็นจาก carotid sinus syndrome โดยใช้ dual chamber cardiac pacing ในผู้สูงอายุที่มีปัญหาการพลัดตกหกล้มบ่อยโดยไม่ทราบสาเหตุ

2.5 ผู้สูงอายุที่สงสัยว่าขาดวิตามินดีและมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ควรได้รับวิตามินดีเสริมอย่างน้อย 800 IU ต่อวัน

3. การรักษาและป้องกันอย่างครอบคลุมที่น่าทำหากมีบริการ (น้ำหนักของหลักฐานประจักษ์ระดับ C คือ ไม่สามารถให้การแนะนำหรือปฏิเสธให้มีการจัดกิจกรรมสนับสนุนตามปกติสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม)

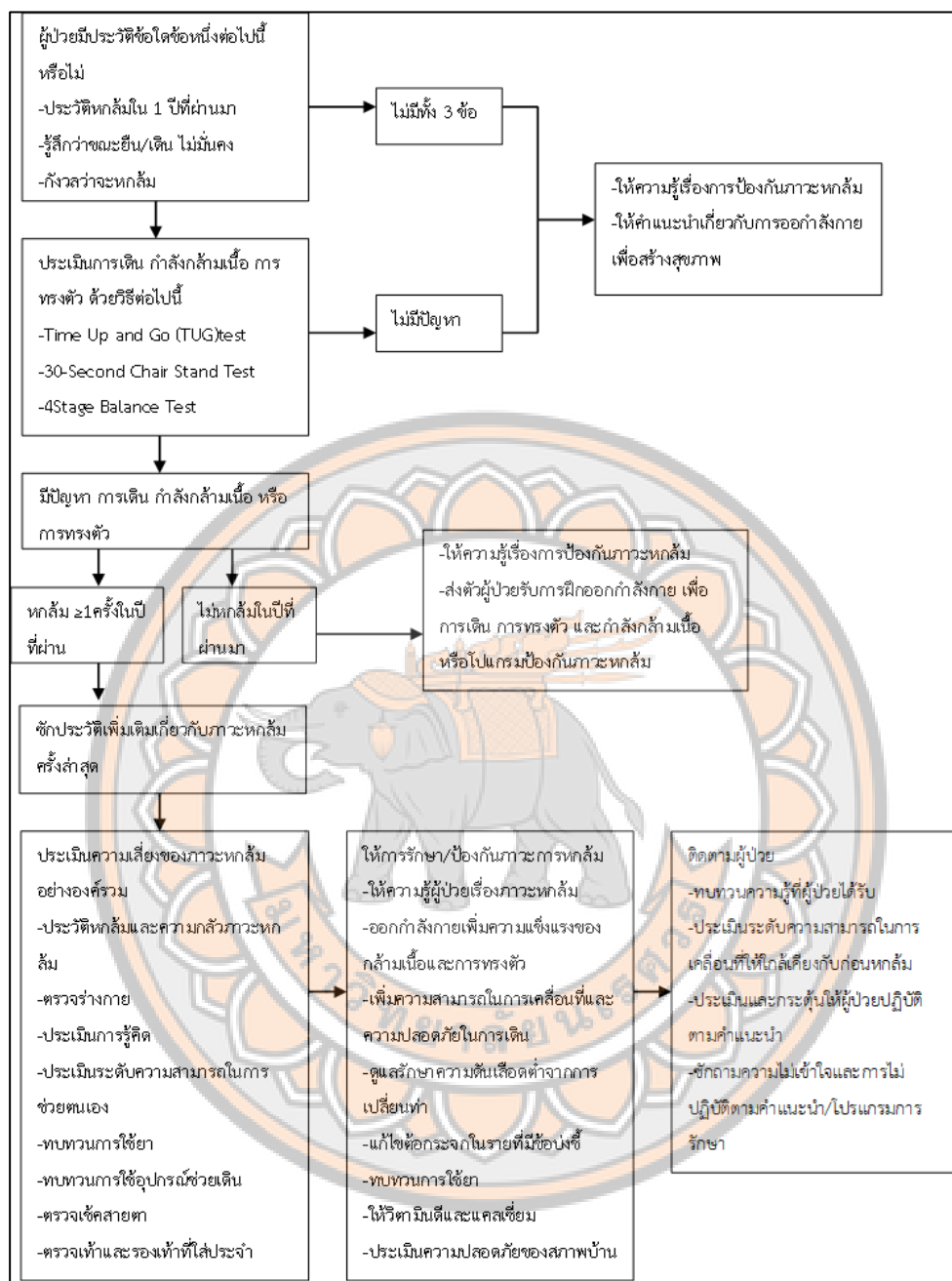
3.1 การตรวจรักษาปัญหาที่เท้าและให้การรักษาที่เหมาะสมควรเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาและป้องกันอย่างครอบคลุม

3.2 ผู้สูงอายุควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับรองเท้าที่เหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม

3.3 การให้ความรู้ควรเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาและป้องกันอย่างครอบคลุม โดยปรับให้เหมาะกับระดับการรู้คิดและภาษาของผู้สูงอายุ

3.4 ผู้สูงอายุไม่ควรใช้ multifocal lens ในขณะที่เดินโดยเฉพาะช่วงขึ้นลงบันได

จากแนวทางการประเมินความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มและให้การรักษา เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มอย่างครอบคลุม ได้สรุปเป็นแผนภูมิภาพ ดังภาพ 4



ภาพ 4 แสดงการประเมินความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มและให้การรักษาเพื่อป้องกันหกล้ม
อย่างครอบคลุม

ที่มา: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2558)

2.3 มาตราการป้องกันพลัดตกหกล้ม (กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค, 2567)

2.3.1 รู้

- 1) รู้สมรรถภาพของตัวเอง เช่น สายตาการมองเห็น การเดิน การเคลื่อนไหว การทรงตัว ความแข็งแรงของมวลกล้ามเนื้อ
- 2) รู้สมรรถภาพด้วยการเข้ารับประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเป็นประจำทุกปีและทุกครั้งที่ประสบเหตุพลัดตกหกล้ม แจ้งบุคลากรสาธารณสุขใกล้บ้าน ญาติ ผู้ใกล้ชิด ให้รับทราบเพื่อดำเนินการลดปัจจัยเสี่ยง
- 3) รู้สภาพแวดล้อมรอบตัว เช่น พื้นลื่น ห้องน้ำไม่มีราวจับ แสงสว่างไม่เพียงพอ

หากพบความเสี่ยงให้ทำการ “ปรับ” ลดความเสี่ยงทันที

2.3.2 ปรับ

- 1) ปรับพฤติกรรมให้รักสุขภาพมากขึ้น การมีสุขภาพดีร่างกายมีสมรรถภาพเต็มที่ส่งผลให้การทรงตัวมั่นคงแข็งแรงหรือลดการบาดเจ็บรุนแรงหากเกิดเหตุพลัดตกหกล้ม อีกทั้งห่างไกลโรครุมเร้าเพราะการมีโรคประจำตัวทำให้มีการใช้ยาหลายชนิด การใช้ยาหลายชนิดทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้นได้
- 2) ปรีกษาแพทย์หากใช้ยาหลายชนิด เนื่องจากการใช้ยาหลายชนิดอาจทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการทรงตัวหรือยาขับปัสสาวะที่ทำให้เร่งรีบเข้าห้องน้ำ
- 3) ปรับบ้านให้น่าอยู่ปลอดภัย เช่น จัดบ้านให้เป็นระเบียบ วางแผ่นกันลื่น ติดราวจับ มีแสงสว่างเพียงพอ
- 4) ปรับอาหารให้ครบถ้วน เช่น ได้รับวิตามินดีและโปรตีนเพียงพอต่อวัน

2.3.3 ขยับ

- 1) เพิ่มการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวัน
- 2) การฝึกคาร์ดิโอ (Cardio Training) คือ การออกกำลังกายที่เน้นความทนทานของหัวใจและปอด เช่น เดินเร็ว วิ่ง ว่ายน้ำ ปั่นจักรยาน ช่วยให้ระบบไหลเวียนเลือดดีขึ้น เพิ่มความทนทาน พันตัวไวเมื่อเหนื่อย ลดไขมันส่วนเกิน ทำให้กล้ามเนื้อมีพลังงานเพียงพอในการฝึกแรงต้าน ลดความเหนื่อยล้าขณะฝึกสมดุล
- 3) การฝึกออกแรงต้าน (Strength / Resistance Training) คือ การฝึกที่เน้นเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เช่น ยกเวท ใช้แรงต้านของยางยืด หรือฝึกด้วยน้ำหนักตัว ช่วยให้กล้ามเนื้อและกระดูกแข็งแรง ลดการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ ช่วยพยุงร่างกาย กล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรง

4) การฝึกสมดุลการทรงตัว (Balance Training) คือ การฝึกที่ช่วยควบคุมการเคลื่อนไหวให้มั่นคง เช่น ยืนขาข้างเดียว เดินบนเส้น ช่วยลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม ต้องอาศัยกล้ามเนื้อและระบบหัวใจร่วมกัน

5) ฝึก 3 วัน/สัปดาห์ ครั้งละ 15-30 นาทีเป็นอย่างน้อย และควรสลับมัดกล้ามเนื้อในการฝึกแต่ละวัน ตัวอย่าง: วันแรกฝึกสควอช (Squat) และทำอื่น ๆ ของมัดกล้ามเนื้อส่วนล่าง วันถัดไปฝึกดัมเบล (Dumbbell Curl) และทำอื่น ๆ ของมัดกล้ามเนื้อส่วนบน โดยฝึกท่าละ 15 ครั้ง จำนวน 3 รอบ (set) และเพิ่มความยากขึ้นในสัปดาห์ถัดไปหรือสามารถทำได้อย่างคล่องแคล่วแล้ว

สรุปได้ว่า แนวทางในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุของประเทศไทย เป็นแนวทางที่ได้จัดทำขึ้นและสอดคล้องกับแนวทางการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มขององค์การอนามัยโลกและแนวแนวทางปฏิบัติของสมาคมแพทย์ผู้สูงวัยแห่งประเทศไทยและสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 2011 และสถาบันเพื่อสุขภาพและการดูแลเป็นเลิศแห่งประเทศอังกฤษ โดยเริ่มจากการประเมินปัจจัยเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในระดับบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและด้านสังคมเพื่อระบุความเสี่ยง จากนั้นจึงออกแบบการจัดกิจกรรมสนับสนุนที่เหมาะสมกับบริบทในแต่ละชุมชนเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม และมีการติดตามประเมินผลของกิจกรรมสนับสนุน โดยได้มีการแบ่งมาตรการป้องกันการพลัดตกหกล้มไว้ 3 ระดับ ระดับ ได้แก่ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ และมีรูปแบบการจัดกิจกรรมสนับสนุนเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ตามรูปแบบการจัดการเฉพาะด้าน รูปแบบการจัดการหลายด้าน และรูปแบบการจัดการหลายปัจจัยเป็นรายบุคคลจากแนวทางนั้นนอกจากการประเมินคัดกรองความเสี่ยง การรักษาป้องกัน และติดตามประเมินผลแล้วยังสร้างความตระหนักในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ร่วมกับประเมินปัจจัยเสี่ยงในหลายด้านอย่างครอบคลุม นำไปสู่การออกแบบการจัดกิจกรรมสนับสนุนที่เหมาะสมกับบริบทในแต่ละชุมชนได้

3. กิจกรรมสนับสนุนการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

3.1 การประเมินและจัดการปัจจัยเสี่ยง

คัดกรองความเสี่ยง หากพบว่ามีความเสี่ยง ให้ปรับเปลี่ยนและแก้ไขปัจจัยเสี่ยงด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพป้องกันการพลัดตกหกล้มได้ร้อยละ 20-30 (กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุเป็นระยะ สม่าเสมอ เช่น ตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อคัดกรองสาเหตุต่าง ๆ ที่อาจนำไปสู่การพลัดตกหกล้ม แล้วให้การแก้ไขทันที ผู้ป่วยบางรายอาจมีสาเหตุได้มากกว่าหนึ่งอย่างซึ่งต้องได้รับการแก้ไขแบบองค์รวมในเวลาเดียวกัน (สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2562)

3.2 การสร้างความตระหนักและการให้ความรู้

การสร้างความตระหนักและการให้ความรู้ ถึงภัยอันตรายที่เกิดจากการพลัดตกหกล้มให้กับผู้สูงอายุตลอดจนทุกคนในครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ลูกหลานในบ้าน ชุมชนรอบบ้าน บุคลากรทางสุขภาพและสื่อสาธารณะต่าง ๆ เพราะสาเหตุของการพลัดตกหกล้มไม่ได้เกิดจากตัวผู้สูงอายุเองเพียงด้านเดียวแต่ยังเกี่ยวข้องกับการปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุด้วย (สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2562; กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2565) การให้การศึกษาแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวในเรื่องเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยมีเนื้อหา ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุตามวัย ซึ่งเป็นไปในทางที่เสื่อมถอยอ่อนแอลงทั้งทางด้านร่างกาย การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ลดประสิทธิภาพลงเช่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อความสามารถในการมองเห็นและการได้ยิน เป็นต้น รวมทั้งทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และรายได้ลดลง ก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา
2. ปัญหาของผู้สูงอายุ อันเนื่องมาจากสาเหตุหลักตามการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุตามวัย ทำให้เจ็บป่วยบ่อย เป็นโรคเรื้อรัง วิตกกังวล ซึมเศร้า หกล้ม และต้องพึ่งพิงคนอื่น เป็นต้น
3. การป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุเองต้องตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ และปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะเรื่องการหกล้ม ผู้สูงอายุจึงควรระมัดระวังตนเองไม่ให้หกล้ม โดยการแต่งกายและสวมรองเท้าที่เหมาะสมพอดี จับราวบันไดหรือราวในห้องน้ำ ระมัดระวังการลื่นล้ม การเดินไม่ต้องรีบร้อน ลุกนั่งอย่างช้า ๆ เป็นต้น รวมทั้งการไปตรวจสุขภาพตามนัด การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายตามสมควร รู้จักการจัดการความเครียดของตนเอง พักผ่อนให้เพียงพอ รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง ทำจิตใจให้ร่าเริง เข้าใจสภาพของตนเอง และลดละเลิกดื่มสุรา เป็นต้น รวมทั้งบทบาทของครอบครัวในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว, 2565)

3.3 ด้านการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายเป็นการเพิ่มการทรงตัว ทำให้กล้ามเนื้อขาของผู้สูงอายุแข็งแรงขึ้น สามารถช่วยลดโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มได้ นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกดีขึ้นและมีความมั่นใจมากขึ้น (Centers for Disease Control and Prevention, 2018) ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายแบบใช้แรงต้าน ไม่น้อยกว่า 150 นาที / สัปดาห์ สามารถลดการพลัดตกหกล้มได้ร้อยละ 30-50 (กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566) เพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลสามารถนำไปปฏิบัติเองได้โดยไม่ต้องพึ่งผู้เชี่ยวชาญ การออกกำลังกายได้รับการพิสูจน์ทางวิชาการแล้วว่า ช่วยสร้างเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม

ตามผู้สูงอายุแต่ละคนมีความแตกต่างด้านร่างกาย ส่งผลให้วิธีการออกกำลังกายของแต่ละคนต่างกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเลือกการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2563ข) สำหรับการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ การออกกำลังกายที่สร้างความสมดุล เช่น การนั่ง การยืน การก้าว ควรทำ 3 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์ เป็นรายบุคคล เพิ่มความเข้มข้น ทำติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 12 สัปดาห์ และทำต่อเนื่องนานขึ้น เพื่อให้ได้ผลดียิ่งขึ้น เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และเพิ่มความสามารถในการทรงตัว (Montero-Odasso et al., 2022) เช่น การรำไม้พลอง การรำมวยจีน การรำมโนราห์ การฝึกโยคะ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2563ก) และไทชิ (Centers for Disease Control and Prevention, 2018) การออกกำลังกายแบบใช้แรงต้าน เป็นตัวอย่างที่ดีที่สุดเช่นกัน (กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค, 2565) นอกจากช่วยสร้างความแข็งแรงแล้วยังช่วยลดความกังวลเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนอีกด้วย ผู้สูงอายุแต่ละคนมีความแตกต่างทางด้านร่างกาย ควรเลือกการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง ผู้มีโรคประจำตัว ควรปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับโปรแกรมการออกกำลังกายที่ดีที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ (กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2565; Centers for Disease Control and Prevention, 2018)

3.4 ด้านกิจกรรมทางกาย

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2010) ให้ความหมายว่า กิจกรรมทางกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวของร่างกายในรูปแบบใด ๆ ที่ก่อให้เกิดกล้ามเนื้อยึดกระดูก ซึ่งต้องการใช้พลังงาน

สนธยา สีละมาต (2557) ให้ความหมายว่า การเคลื่อนไหวของร่างกายทุกรูปแบบ ที่เกิดจากการหดตัวของกล้ามเนื้อและทำให้ร่างกายมีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นจากขณะพัก

อัจฉรา บุราคม และคณะ (2556) ให้ความหมายว่า การเคลื่อนไหวของร่างกายของร่างกายที่ทำให้เกิดการเผาผลาญพลังงานในชีวิตประจำวันซึ่งส่งผลต่อสุขภาพ และการลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ยังสัมพันธ์กับการดำเนินชีวิตประจำวันทุกช่วงชีวิตมนุษย์

กรมอนามัย (2560) ให้ความหมายว่า กิจกรรมทางกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายใด ๆ ที่มีการใช้กล้ามเนื้อแบ่งได้ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับเบา ระดับปานกลาง และระดับหนัก

1. กิจกรรมทางกายระดับเบา (Light intensity) การเคลื่อนไหวที่น้อยในการออกกำลังกาย เน้นกิจกรรม ที่ทำให้รู้สึกเหนื่อยน้อย เป็นการเคลื่อนไหวที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เช่น การยืน การเดินระยะทางสั้น ๆ เป็นต้น

2. กิจกรรมทางกายระดับปานกลาง (Moderate intensity) กิจกรรมที่ทำให้รู้สึกเหนื่อยปานกลาง เช่น การเดินเร็ว ปั่นจักรยาน การทำงานบ้าน เป็นต้น โดยระหว่างที่ทำกิจกรรมยัง

สามารถพูดเป็นประโยคได้มีเหงื่อซึม ๆ หรือหากวัดอัตราการเต้นหัวใจจะมีระดับชีพจรอยู่ระหว่าง 120-150 ครั้งต่อนาที

3. กิจกรรมทางกายระดับหนัก (Vigorous Intensity) การเคลื่อนไหวร่างกายที่ทำให้รู้สึกเหนื่อยมากทำกิจกรรมซ้ำอย่างต่อเนื่องด้วยการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ เช่น การวิ่ง การเดินขึ้นบันได การออกกำลังกาย การเล่นกีฬา โดยที่ระหว่างทำกิจกรรมไม่สามารถพูดเป็นประโยคได้รู้สึกหอบ เหนื่อย หรือหากวัดอัตราการเต้นหัวใจจะมีระดับชีพจร 150 ครั้งต่อนาทีขึ้นไป

เจริญ กระบวนรัตน์ (2556) ให้ความหมายว่า กิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายทุกรูปแบบที่เกิดจากการหดตัวของกล้ามเนื้อโครงสร้างและกล้ามเนื้อมัดใหญ่ทำให้ร่างกายมีการเผาผลาญหรือใช้พลังงานเพิ่มขึ้นจากขณะพัก

Donn, Anderson & Jakicic (1996) ให้ความหมายว่า เป็นกิจกรรมที่พัฒนาสุขภาพให้ดีขึ้น กิจกรรมการใช้เวลาว่างหรือการทำงานประกอบอาชีพ การทำงานบ้านที่มีความหนักระดับปานกลางถึงสูง และเป็นกิจกรรมที่เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่มีการวางแผนหรือไม่วางแผนก็ได้

Craig et al (2003) ได้จัดหมวดหมู่ของกิจกรรมทางกายตามลักษณะของวัตถุประสงค์ของกิจกรรมเป็น 4 ข้อ ดังนี้

1. กิจกรรมทางกายในเวลาว่าง
2. กิจกรรมทางกายเกี่ยวกับการเคลื่อนที่จากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง
3. กิจกรรมทางกายเกี่ยวกับการทำงานประกอบอาชีพ
4. กิจกรรมทางกายเกี่ยวกับการทำงานบ้าน งานภายในบ้านและงานสวน

ปิยวัฒน์ เกตุวงศา และกรรณก พงษ์ประดิษฐ์. (2563) หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายในอิริยาบถต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการใช้พลังงานจากกล้ามเนื้อโครงสร้าง หรือกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ช่วยให้ร่างกายมีการเผาผลาญพลังงาน โดยกิจกรรมทางกายสามารถจำแนกเป็น 3 หมวดกิจกรรมได้แก่

1. กิจกรรมทางกายในที่ทำงาน
2. กิจกรรมทางกายในการเดินทางจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง
3. กิจกรรมทางกายเพื่อนันทนาการหรือกิจกรรมยามว่าง

สรุปได้ว่าความหมายที่กล่าวมาข้างต้น กิจกรรมทางกาย คือ การเคลื่อนไหวของร่างกายโดยใช้โครงสร้างกล้ามเนื้อและกระดูก ทำให้เกิดการเผาผลาญหรือการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นจากขณะที่พัก โดยแบ่งความหนักออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับเบา ระดับปานกลาง และระดับหนัก ส่งผลต่อสุขภาพที่ดีขึ้น การทำกิจกรรมที่ใช้ในเวลาว่าง กิจกรรมการทำงานประกอบอาชีพ รวมไปถึงการทำงานบ้าน ภายในบ้านและนอกบ้านด้วย

1. กิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ

แม้วัยผู้สูงอายุจะเป็นวัยที่ร่างกายเริ่มมีความเสื่อมถอยทางร่างกาย การเคลื่อนไหวบริบทไปมา ไม่สะดวกและคล่องแคล่วเหมือนในอดีต เพราะว่าการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอและสม่ำเสมอจะเปรียบเสมือนยารักษาโรคชั้นดีที่จะช่วยให้รู้สึกกระชุ่มกระชวยมีชีวิตชีวา รวมถึงประโยชน์หลัก 4 ประการดังต่อไปนี้ (ปิยวัฒน์ เกตุวงศา และกรรณก พงษ์ประดิษฐ์, 2563)

1.1 สร้างความสมดุลและป้องกันการหกล้ม

1.1.1 ยืนขาเดียวทรงตัว เป็นการฝึกทรงตัวอย่างง่ายสำหรับผู้สูงอายุ โดยยืนหลังเก้าอี้ ยกขาขวาขึ้นค้างไว้ให้นานที่สุด โดยพยายามเน้นการทรงตัวให้ได้ ขาซ้ายนั่งอยู่กับที่ มืออีกข้างจับเก้าอี้ไว้ ฝึกเพื่อป้องกันการหกล้ม และฝึกการทำงานของกล้ามเนื้อข้อเท้าเล็ก เพื่อการทรงตัว ทำให้นานข้างละ 30-60 วินาที อย่างน้อยข้างละ 3-4 ครั้ง

1.1.2 ยืนต้นพื้นกับผนังห้อง เป็นท่าที่ทำได้ง่าย โดยยืนห่างจากผนังประมาณหนึ่งช่วงแขน จากนั้นเอนตัวข้างหน้าขา ๆ เท้าทั้งสองข้าง ไม่ขยับ แล้วใช้ฝ่ามือทั้งสองด้านที่กำแน่น ให้ตัวกลับมายืนตรงที่ตำแหน่งเดิม เน้นฝึกการทรงตัวและรับรู้การเคลื่อนไหวเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม และเสริมสร้างกล้ามเนื้อบริเวณหน้าอกอีกด้วย ทำรอบละ 15-20 ครั้ง อย่างน้อย 3-4 รอบ

1.2.3 ยืนขาเดียวแกว่งแขนและขา โดยยกขาขวาและแขนขวาขึ้น แล้วแกว่งแขนไป-มา โดยเท้าซ้ายยืนทรงตัวอยู่กับที่ มือซ้ายจับที่เก้าอี้ไว้ จากนั้นสลับข้างกัน เน้นฝึกการทรงตัวและเพิ่มการเคลื่อนไหวของข้อต่อแขนและสะโพก ให้เคลื่อนไหวได้ดีขึ้น ทำข้างละ 30-60 วินาที 3-4 ครั้ง

1.2.4 ยืนย่อเท้าอยู่กับที่ คล้ายการเดิน แต่ให้ยกเข่าสูงเท่าที่จะทำได้ แขนแกว่งให้สัมพันธ์กับขา ทำสลับซ้ายขวาอยู่กับที่ โดยเน้นการทรงตัว ไม่ให้เอียงไปมา หากกลัวการพลัดตกหกล้มสามารถหาที่จับหรือวางมือทาบไว้ที่ผนังห้องได้ขณะทำ เน้นฝึกการทรงตัว ควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายให้สัมพันธ์กัน ทำครั้งละ 30-60 วินาที อย่างน้อย 3-4 ครั้ง

1.2.5 เดินต่อเท้า โดยก้าวเท้าขวา ให้ส้นเท้าไปต่อกับปลายเท้าซ้าย แล้วก้าวเท้าซ้ายให้ส้นเท้าไปต่อกับเท้าขวา ให้ทำต่อเนื่อง อย่างช้า ๆ เน้นการเรียนรู้ในการทรงตัว ป้องกันการหกล้ม เดิน 20-30 ก้าว อย่างน้อย 3-4 ครั้ง

1.2 เพิ่มความคล่องแคล่วและเสริมทักษะในการดูแลตนเอง

1.2.1 ก้าวขึ้น-ลง บันได เริ่มจากก้าวขาขวาก่อน แล้วตามด้วยขาซ้าย จากนั้นก้าวขาขวาลงมาจุดเดิมแล้วตามด้วยขาซ้าย ทำนี้ช่วยให้ข้อต่อหลายส่วน ทั้งข้อเท้า ข้อเข่า ข้อสะโพก ทำงานไปพร้อมกัน รวมทั้งยังช่วยให้กล้ามเนื้อส่วนขา แข็งแรงขึ้นอีกด้วย เริ่มนำด้วยเท้า

ขวาก่อน 20-30 ครั้ง แล้วสลับข้าง ทำข้างละ 3-4 รอบ หรือหากชำนาญขึ้น จับเวลาข้างละ 1 นาที ทำข้างละ 3-4 รอบ

1.2.2 นั่งตะปลายเท้า เริ่มจากนั่งยืดขาทั้งสองข้างไปด้านหน้า เอื้อมมือทั้งสองข้าง ตะปลายเท้า โดยพยายามให้เข่าทั้งสองข้างตึงอยู่ตลอดเวลา หากแตะไม่ถึงปลายเท้า ให้เริ่มแตะที่ข้อเท้าก่อน จากนั้นค่อย ๆ ฝึกจนกล้ามเนื้อสามารถยืดออกได้มากขึ้น ทำนี้ช่วยให้กล้ามเนื้อต้นขาด้านหลัง และหลังส่วนล่างยืดออกได้มากขึ้น ลดการหดเกร็งจากการนั่ง หรือนอนนาน ๆ ช่วยให้ผู้สูงอายุ คล่องแคล่ว และลดอาการปวดหลังได้ ทำค้างไว้ ครั้งละ 20-30 วินาที 3-4 ครั้ง

1.2.3 ยกแขนยืดไปด้านหน้า เริ่มจากวางฝ่ามือและเข่าทั้งสองข้างลงบนพื้น จากนั้นยกแขนและเหยียดออกไปข้างหน้า ให้สูงที่สุดเท่าที่ทำได้ โดยลำตัวไม่ขยับไปมาให้ความรู้สึกที่หลังได้ออกแรง จากนั้นวางแขนลงบนพื้น แล้วทำอีกข้างสลับกัน ทำนี้ ให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังและลำตัว รวมทั้งช่วยให้หัวใจไหลเวียนดีขึ้น ช่วยลดอาการไหล่ติดได้ ทำข้างละ 15-20 ครั้ง 3-4 เซต

1.2.4 การออกกำลังกายโดยใช้ยางยืด เป็นอีกหนึ่งกิจกรรมที่ทำได้ง่าย และเกิดประโยชน์ ช่วยสร้างความแข็งแรงและเพิ่มประสิทธิภาพการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ ทำซ้ำ ๆ ข้างละ 10-15 ครั้ง ทำข้างละ 3-4 เซต

1.2.5 นั่งหมุนลำตัวไปด้านข้าง เริ่มจากนั่งหลังตรงยืดออกขึ้น แขนทั้งสองยกขึ้นระดับหัวไหล่ประสานกัน จากนั้นดันลำตัวไปทางขวา ๆ ให้ได้มากที่สุด แล้วกลับมาจุดเริ่มต้นและบิดไปทางซ้ายให้ได้มากที่สุด แล้วกลับมาเริ่มใหม่ทำสลับซ้าย-ขวา ซ้ำ ๆ ทำนี้ช่วยให้กล้ามเนื้อด้านข้างลำตัวกระชับแข็งแรงมากขึ้น ช่วยให้ข้อต่อของกระดูกสันหลังเคลื่อนไหวได้ดีลดการตึงหรือข้อติด ทำให้การเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุคล่องตัวขึ้น นับรวมกันเซตละ 20-30 ครั้ง ทำซ้ำ ๆ 3-4 เซต

1.3 เพิ่มความแข็งแรงของระบบหัวใจไหลเวียนเลือดกล้ามเนื้อและรูปร่าง กระชับ

1.3.1 ลูก-นั่ง ก้นแตะเก้าอี้ โดยให้ยืนหน้าเก้าอี้ ตัวตรงยืดออกขึ้น จากนั้นค่อย ๆ เขาลงพร้อมกับสังเกตเข่าต้องไม่เลยปลายเท้า โดยให้ก้นสัมผัสกับเก้าอี้จากนั้นกลับมายืนตรงสู่ถ้าเริ่มต้นอีกครั้ง ทำนี้ช่วยให้กล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้ากระชับแข็งแรง ข้อต่อหัวเข่าทำงานมากขึ้น ช่วยป้องกันและบรรเทาอาการปวดเข่าในผู้สูงอายุได้ เริ่มทำ 15-20 ครั้ง 3-4 เซต โดยทำอย่างช้า ๆ

1.3.2 ยกเข่าแตะบอล (หรือขวอน้ำ 1.5 ลิตร) เริ่มจากชูแขนพื้ถึงอุปกรณ์ไว้ทั้งสองข้าง จากนั้นยกเข่าขวามาให้สูงที่สุดพร้อมกับนำอุปกรณ์ที่ถือไว้ลงมาแตะเขา แล้วชูแขนขึ้นอีกครั้งพร้อมกับลดเขาลง ทำสลับกันซ้าย-ขวา ทำนี้ให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนบนของร่างกาย ทั้งแขน ลำตัว อีกทั้งยังได้ฝึกการทรงตัวเพื่อป้องกันการหกล้มได้อีกด้วย นับรวมกันซ้าย-ขวา ให้ได้ 20 ถึง 30 ครั้ง 3-4 เซต หากชำนาญแล้วสามารถจับเวลาเสร็จละ 1 นาที ทำ 3-4 เซต

1.3.3 นอนหงายยกสะโพก นอนราบกับพื้น ฉันทขาทั้งสองข้างขึ้น สะโพกติดพื้น มือทั้งสองวางข้างลำตัว จากนั้นยกสะโพกขึ้นให้ตัวเป็นเส้นตรงช้า ๆ เน้นที่กล้ามเนื้อก้นและต้นขาด้านหลังหดตัว และวางสะโพกลง ทำขึ้น-ลง ช้า ๆ ทำนี้ช่วยเพิ่มความแข็งแรงกล้ามเนื้อสะโพกและหลังส่วนล่าง ช่วยให้ผู้สูงอายุยืนได้อย่างมั่นคงและมีสมดุล ทำขึ้น-ลงช้า ๆ 15-20 ครั้ง ทำ 3-4 เซต

1.3.4 นั่งงอตัว นอนราบกับพื้นชันเข่าขึ้นทั้งสองข้าง จากนั้นยกตัวขึ้นมา โดยออกแรงที่กล้ามเนื้อหน้าท้อง โดยยกขึ้นมาจนกระทั่งมือทั้งสองข้างแตะเข่า แล้วเอนหลังกลับไปนอนเหมือนตอนเริ่มต้นอีกครั้ง ทำนี้ช่วยให้กล้ามเนื้อหน้าท้องกระชับและแข็งแรงมากขึ้น เริ่มทำ 15-20 ครั้ง ทำ 3-4 เซต

1.3.5 ดันพื้น เริ่มจากนอนคว่ำแล้วยกตัวขึ้นมาให้ขนานกับพื้นโดยให้ฝ่ามือทั้งสองวางบนพื้น อาจใช้ข้อศอกวางบนพื้นช่วยให้ง่ายขึ้น จากนั้นงอศอกให้หน้าอกลดลงใกล้พื้นมากที่สุด แล้วยืดแขนตรงดันตัวขึ้นมาสู่ท่าเริ่มต้นอีกครั้ง ทำนี้ช่วยให้กล้ามเนื้อส่วนบนทั้งหน้าอก แขน หัวไหล่ และลำตัวของผู้สูงอายุแข็งแรงมากขึ้น เริ่มทำ 10-15 ครั้ง หากชำนาญแล้ว ทำ 15-20 ครั้ง ทำ 3-4 เซต

1.3.6 เต้นแอโรบิก โดยผู้สูงอายุสามารถทำตามได้ง่าย ๆ ที่บ้าน จากจอทีวีหรือสื่อออนไลน์ ซึ่งกิจกรรมนี้มีความหนักระดับปานกลางถึงหนัก ช่วยให้ระบบหัวใจไหลเวียนเลือดทำงานดีขึ้น ไขมันถูกเผาผลาญมากขึ้น ข้อต่อและกล้ามเนื้อทำงานได้ดีขึ้น ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ ได้ ควรทำต่อเนื่องอย่างน้อย 30-45 นาที 3-4 วันต่อสัปดาห์

1.3.7 เดินเร็ว บริเวณบ้านหรือสถานที่โล่งแจ้ง เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้พัฒนาระบบหัวใจไหลเวียนเลือดของผู้สูงอายุ เพิ่มการเผาผลาญพลังงานในร่างกาย เพิ่มความทนทานของกล้ามเนื้อ ส่งผลให้การใช้ชีวิตประจำวันนั้นกระฉับกระเฉงยิ่งขึ้น เหนื่อยยากขึ้นควรทำต่อเนื่องอย่างน้อย 30-45 นาที 3-4 วันต่อสัปดาห์

1.3.8 การปั่นจักรยาน เป็นกิจกรรมที่สามารถทำได้ในบ้าน ลดแรงกระแทกของข้อต่อ เช่น ข้อเข่า ข้อเท้า ช่วยให้ระบบหัวใจไหลเวียนเลือดและปอดทำงานดีขึ้นอีกทั้งยังทำให้ระบบการเผาผลาญทำงานได้ดี ลดไขมันในเลือดได้ส่งผลให้การใช้ชีวิตประจำวันกระฉับกระเฉงและเหนื่อยยากขึ้นกว่าเดิมควรทำต่อเนื่องอย่างน้อย 30-45 นาที 3-4 วันต่อสัปดาห์

1.3.9 การว่ายน้ำเป็นอีกกิจกรรมหนึ่งที่นิยมในผู้สูงอายุ สามารถลดแรงกระแทกตามข้อต่อร่างกาย หลีกเสี่ยงและลดการบาดเจ็บได้ อีกทั้งยังช่วยให้ระบบหัวใจไหลเวียนเลือดทำงานได้ดีขึ้น สร้างความสมดุลของกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวแข็งแรงมากขึ้นและลดอาการไหล่ติดได้ ควรทำต่อเนื่องอย่างน้อย 20-30 นาที 3-4 วันต่อสัปดาห์

2. ข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก สำหรับกิจกรรมทางกาย และพฤติกรรมเนือยนิ่ง มีดังนี้ (สำนักงานใหญ่องค์การอนามัยโลก, 2564)

ข้อเสนอแนะระดับโลกด้านกิจกรรมทางกายในปี 2561-2573 ตั้งเป้าหมายในการลดพฤติกรรมเนือยนิ่งที่ไม่เพียงพอลงร้อยละ 15 ภายในปี 2573 และวางโครงสร้างที่จะร่างมาตรการทางนโยบายและการมีส่วนร่วมอีก 20 รายการ ข้อเสนอแนะเหล่านี้สนับสนุนให้ทุกประเทศดำเนินการตามข้อเสนอแนะในแผนดำเนินการเฉพาะทางที่ข้อเสนอแนะด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในแต่ละช่วงอายุและสภาพแวดล้อมที่หลากหลาย

2.1 ข้อเสนอแนะด้านกิจกรรมทางกาย

สำหรับผู้สูงอายุ กิจกรรมทางกายสามารถเป็นส่วนหนึ่งของการสันทนาการ และการพักผ่อน (การละเล่น เกม กีฬา หรือการออกกำลังกายที่วางแผนไว้) การเดินทาง (การเดินทางด้วยล้อ การเดิน และการปั่นจักรยาน) การทำงาน หรือการทำงานบ้านในบริบทประจำวันเกี่ยวกับการทำงาน การเรียน บ้าน หรือสภาพแวดล้อมในชุมชน ในผู้สูงอายุกิจกรรมทางกายจะเอื้อประโยชน์ต่อสุขภาพ ดังต่อไปนี้ ลดโอกาสในการเสียชีวิตทุกสาเหตุ การเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ การเกิดโรคความดันโลหิตสูง เกิดโรคมะเร็งเฉพาะที่ การเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคสุขภาพจิต (ลดอาการกังวลและซึมเศร้าลดลง) สุขภาพด้านการรับรู้ของสมอง การนอนหลับ ภาวะโรคอ้วน อาจดีขึ้นได้ การทำกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุจะช่วยป้องกันการหกล้มและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากอุบัติเหตุการหกล้ม และรวมถึงช่วยป้องกันสุขภาพกระดูกและการทำงานของร่างกายที่ถดถอยไป โดยมีคำแนะนำให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมทางกาย ดังนี้

1. ผู้สูงอายุควรทำกิจกรรมทางกายทั่วไปในทุกวัน
2. ผู้สูงอายุควรทำกิจกรรมทางกายแบบแอโรบิกที่ระดับปานกลาง อย่างน้อย 150-300 นาที หรือทำกิจกรรมทางกายแบบแอโรบิกที่ระดับหนัก หรือทำแบบผสมผสานกันทั้งระดับปานกลางและระดับหนักอย่างเท่าเทียมกัน อย่างน้อย 75-150 นาที ตลอดทั้งสัปดาห์ เพื่อสุขภาพที่ดี
3. ผู้สูงอายุควรทำกิจกรรมสร้างความแข็งแรงให้กับกล้ามเนื้อที่ใช้กล้ามเนื้อหลักทุกส่วนที่ระดับปานกลางขึ้นไปอย่างน้อย 2 วันต่อสัปดาห์ เพื่อสุขภาพที่ดีขึ้น
4. ในการทำกิจกรรมทางกายแต่ละสัปดาห์ ผู้สูงอายุควรทำกิจกรรมทางกายหลายรูปแบบเพื่อเน้นไปที่การสร้างสมดุลและความแข็งแรงให้ร่างกาย ที่ระดับปานกลางขึ้นไปอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์เพื่อเสริมความสามารถในการทำงานและป้องกันการหกล้ม
5. ผู้สูงอายุสามารถเพิ่มระยะเวลาในการทำกิจกรรมทางกายแบบแอโรบิกในระดับปานกลางให้มากกว่า 300 นาที หรือเพิ่มระยะเวลาของกิจกรรมทางกายระดับหนักให้มากกว่า 150 นาที หรือทั้ง 2 ระดับผสมกันตลอดทั้งสัปดาห์เพื่อสุขภาพที่ดีขึ้น

หลักฐานสนับสนุนและเหตุผลในการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ สำหรับข้อแนะนำเพื่อผู้สูงอายุเหล่านี้ การรวบรวมหลักฐานอย่างครอบคลุมที่จัดทำโดย PAGAC ถูกนำมาใช้และปรับปรุง บทปริทัศน์ 15 ฉบับนั้นตรงตามเกณฑ์การคัดเข้า และบอกกล่าวถึงการตรวจสอบความเชื่อมโยงระหว่างกิจกรรมทางกายและผลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่เจาะจงกับผู้สูงอายุ (การป้องกันการหกล้ม อาการบาดเจ็บเกี่ยวกับการหกล้ม หน้าที่กายภาพ ความเปราะบาง และโรคกระดูกพรุน) โดยหลักฐานเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มใช้และปรับปรุงข้อมูลจากบทปริทัศน์เป็นระบบจากความร่วมมือ Cochrane พ.ศ. 2562 โดยเซอรินตันและคณะ ด้วยหลักฐานที่ตีพิมพ์จากวันที่ค้นหาวนสุดท้ายจากบทปริทัศน์ต้นฉบับ จนถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562 (งานวิจัยใหม่ 9 ชิ้น) การค้นหามบทปริทัศน์อย่างเป็นระบบที่มีอยู่เกี่ยวกับโรคกระดูกพรุนและการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุซึ่งจัดทำในฐานข้อมูล PubMed สำหรับบทปริทัศน์ที่ตีพิมพ์จาก พ.ศ. 2551 จนถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2562 และระบุว่าไม่มีรีวิวนฉบับใหม่และงานวิจัยใหม่ใน 8 ฉบับ

1. ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกายและผลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ จากชุดหลักฐานเบื้องต้นสำหรับการประเมินความเชื่อมโยงระหว่างกิจกรรมทางกายและผลลัพธ์ต่อสุขภาพ เช่น การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุและการเสียชีวิตที่มีสาเหตุเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวานชนิดที่สอง การเกิดมะเร็ง โรคอ้วน สุขภาพจิต และผลต่อการรับรู้ในประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสิ่งตีพิมพ์ทางวิทยาศาสตร์ฉบับเดียวกับที่ตรวจทานและทบทวนสำหรับประชากรผู้ใหญ่ ใจความของหลักฐานเดิมเป็นที่ยอมรับและนำมาเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเพราะงานวิจัยส่วนใหญ่ไม่มีเกณฑ์กำหนดอายุขั้นต่ำและรวมผู้ใหญ่อายุ 65 ปีไว้ด้วยกัน และมีการจัดทำบทปริทัศน์ ของหลักฐานเพิ่มเติมเพื่อตรวจสอบและอธิบายเกี่ยวกับความเชื่อมโยงระหว่างกิจกรรมทางกายและผลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่เจาะจงกับผู้สูงอายุ รวมทั้งการป้องกันการหกล้ม อาการบาดเจ็บจากการหกล้ม หน้าที่กายภาพ ความเปราะบาง และโรคกระดูกพรุน

สมรรถภาพทางร่างกายที่ลดลงสำหรับผู้สูงอายุ มักจะเกิดในรูปแบบของการหกล้มและอาการบาดเจ็บจากการหกล้ม ซึ่งอาจมีผลที่ร้ายแรง การหกล้ม จากอุบัติเหตุมาจากการผสมผสานกับปัจจัยภายนอก (สิ่งแวดล้อม) และปัจจัยภายใน (ตัวอย่างเช่นความผิดปกติของกล้ามเนื้อติดกระดูกหรือระบบประสาท) หลักฐานบ่งชี้ว่ากิจกรรมทางกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งของการทำกิจกรรมทางกายที่หลากหลาย ซึ่งรวมถึงกิจกรรมทางกายแบบสร้างสมดุล สร้างความแข็งแรง ฝึกความอดทน การเคลื่อนที่เร็วและการฝึกการเคลื่อนไหว ซึ่งเชื่อมโยงกับอัตราการหกล้มที่ลดลงและอาการเสี่ยงจากการบาดเจ็บจากการหกล้มในผู้สูงอายุหลักฐานล่าสุดชี้ว่า กิจกรรมทางกายอาจลดอัตราการหกล้มได้มากถึงร้อยละ 23 (อัตรารวม (RaR) 0.77 [95%CI: 0.71 to 0.83]) ในผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถลดความเสี่ยงของการบาดเจ็บจากการหกล้มได้อย่างมีนัยสำคัญ รวมถึงการล้มรุนแรงที่มีผลทำให้กระดูกหัก บาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง แผลเปิด บาดเจ็บที่เนื้อเยื่ออ่อนหรืออาการบาดเจ็บอื่น

ๆ ที่ต้องการการดูแลทางการแพทย์หรือเข้าโรงพยาบาลหลักฐานนี้สอดคล้องและย้ำผลการศึกษาในบทปริทัศน์ฉบับอื่น

หลังจากที่ถึงจุดที่สูงที่สุดในช่วงแรกวัยผู้ใหญ่ กล้ามเนื้อและมวลกระดูกมีแนวโน้มที่จะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น (ตัวอย่างเช่น การสูญเสียมวลกล้ามเนื้อและภาวะกระดูกพรุน) และอาจเชื่อมโยงกับความแข็งแรงที่ลดลงและสมรรถภาพทางกายหลักฐานชี้ให้เห็นว่ากิจกรรมทางกายเป็นกิจวัตรนั้น พัฒนาสมรรถภาพทางร่างกายและลดความเสี่ยงจากการสูญเสียที่เกี่ยวข้องกับอายุสำหรับสมรรถภาพ ทางร่างกายในผู้สูงอายุผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงผลอันเป็นประโยชน์จากสมดุลในการเคลื่อนไหวที่ ($SMD = 1.10$ [95% CI: 0.29 to 1.90]) ความแข็งแรงกล้ามเนื้อ ($SMD = 1.13$ [95% CI: 0.30 to 1.96]) ความยืดหยุ่น ($SMD = 1.22$ [95% CI: 0.39 to 2.04]) และสมรรถภาพด้านการหมุนเวียนโลหิต ($SMD = 1.48$ [95% CI: 0.42 to 2.54]) หลักฐานยังแสดงอีกว่ากิจกรรมทางกายในระดับที่สูงขึ้นจะทำให้สุขภาพกระดูกดีขึ้นและป้องกันภาวะกระดูกพรุนในผู้สูงอายุ (ขนาดของผลที่เป็นมาตรฐานรวม 0.21 [95% CI: 0.06 to 0.36]) การแทรกแซงของกิจกรรมทางกายอาจทำให้ความหนาแน่นของแร่ธาตุในกระดูกสันหลังส่วนเอวและกระดูกโคนขาส่วนคอ (สะโพก) ดีขึ้นโดยคณะทำงาน GDG สรุปได้ ดังนี้

1. มีหลักฐานที่มีความเชื่อถือได้ปานกลางว่ากิจกรรมทางกายทำให้สมรรถภาพทางกายดีขึ้นและลดความเสี่ยงจากการสูญเสียสมรรถภาพที่เกี่ยวข้องกับอายุในประชากรสูงวัยโดยทั่วไป

2. มีหลักฐานที่มีความเชื่อถือต่ำ ว่าความเสี่ยงสำหรับปริมาณและประเภทของกิจกรรมทางกายที่แนะนำสำหรับผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำและประโยชน์มีมากกว่า

2. ความเชื่อมโยงต่อการตอบสนองต่อปริมาณ (ปริมาณ ระยะเวลา ความถี่ ความหนักหน่วง) จากหลักฐานแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ที่แปลผลผกผันระหว่างกิจกรรมทางกายที่กระทำโดยผู้สูงอายุและความเสี่ยงต่อข้อจำกัดด้านสมรรถภาพร่างกายโดยทั่วไปแล้ว กิจกรรมทางกายที่มากขึ้น (ความถี่ ระยะเวลา และ / หรือปริมาณ) นั้นเชื่อมโยงกับผลประโยชน์ที่มากขึ้น หลักฐานชี้ว่าการออกกำลังกายแบบมีแรงต้านแบบเน้นความเร็วที่เข้าถึงได้อย่างรวดเร็ว อาจจะมีผลเหนือการออกกำลังกายแบบมีแรงต้านแบบเน้นความเร็วปานกลางสำหรับการพัฒนาสมรรถภาพทั่วไป ($SMD = 0.41$ [95% CI: 0.18 to 0.65]; และ SPPB ($SMD = 0.52$ [95% CI: 0.10 to 0.94]) มีหลักฐานจำกัดที่จะตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างการตอบสนองต่อปริมาณระหว่างกิจกรรมทางกายและการป้องกันการหกล้ม อย่างไรก็ตามผลวิจัยส่วนใหญ่สร้างหลักฐานสนับสนุนที่แสดงการทดสอบการทำกิจกรรมทางกายที่ต่อเนื่องสามวันต่อสัปดาห์ โดยคณะทำงาน GDG จึงสรุปได้ว่า มีหลักฐานที่เชื่อถือได้สูงถึงความสัมพันธ์ต่อการตอบสนองต่อปริมาณในด้านตรงข้ามเว้นวรรคระหว่าง

ปริมาณของการทำกิจกรรมทางกายแบบแอโรบิกและความเสี่ยงต่อข้อจำกัดด้านสมรรถภาพร่างกาย ในประชากรสูงวัยโดยทั่วไป

3. ความสัมพันธ์ผกผันแปรตามประเภทหรือขอบเขตของกิจกรรมทางกาย ในผู้สูงอายุการทำกิจกรรมทางกายที่มีการผสมผสานระหว่างสมดุล ความแข็งแรง ความทนทาน การเคลื่อนที่เร็ว และการออกกำลังกายเพื่อฝึกการเคลื่อนไหวนั้น เชื่อมโยงกับอัตราการหกล้มและความเสี่ยงจากการบาดเจ็บจากการหกล้มที่ลดลง หลักฐานจากงานวิจัยกลุ่มทดลองที่มีการควบคุมแบบสุ่ม 11 ชิ้น แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุสามารถลดอัตราการหกล้มได้ถึงร้อยละ 28 ($RaR = 0.72$ [95% CI: 0.56 to 0.93]) โดยการเข้าร่วมแบบผสม กิจกรรมทางกายที่แตกต่างกัน (การออกกำลังกายแบบฝึก การทรงตัวและฝึกการ เคลื่อนไหวเป็นประจำรวมกับการออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน) ผลจากการออกกำลังกายแบบนี้เลยบ้านนั้นยังไม่แน่นอนและยังมีข้อมูลจำกัด ($RR = 0.97$ [95% CI: 0.14 to 6.49] ; การทดลอง 1 ครั้ง; $n = 73$) หลักฐานยังแสดงให้เห็นว่าการทำกิจกรรมทางกายที่รวมเอา การออกกำลังกายหลายชนิดไว้ด้วยกันมีผลดีต่อสุขภาพกระดูกมากกว่า (ขนาดของผลที่ทำให้เป็น มาตรฐาน 0.45 [95% CI: 0.20 to 0.71]; $p = 0.001$) เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ทำ ดังนั้น คณะทำงาน GDG จึงสรุปได้ดังนี้

1. มีหลักฐานเชื่อถือได้อย่างสูงว่ากิจกรรมทางกายในระดับที่สูงขึ้น ผสมผสานการออกกำลังกายเพื่อสร้างสมดุล ความแข็งแรง ความเร็วในการเคลื่อนที่และการเคลื่อนไหวร่างกาย (ตัวอย่างเช่นรูปแบบกิจกรรมทางกายแบบผสมผสาน) นั้นเกี่ยวเนื่องกับอัตราการหกล้มและความเสี่ยงจากการบาดเจ็บจากการหกล้มในผู้สูงอายุที่ลดลง

2. มีหลักฐานที่เชื่อถือได้ปานกลางว่าการทำกิจกรรมทางกายที่รวมเอาการออกกำลังกายหลายรูปแบบไว้ด้วยกันจะ มีผลกระทบต่อสุขภาพกระดูกและการป้องกันกระดูกพรุน

2.2 ข้อเสนอแนะด้านพฤติกรรมเนือยนิ่ง

สำหรับผู้สูงอายุพฤติกรรมเนือยนิ่ง คือ เวลาที่ใช้กับการ นั่งเฉย ๆ หรือนอนด้วยการใช้พลังงานต่ำขณะตื่นอยู่ในบริบททางอาชีพ การเรียน สภาพแวดล้อมที่บ้านหรือในชุมชนและการเดินทาง

สำหรับผู้สูงอายุพฤติกรรมเนือยนิ่งส่วนใหญ่จะก่อให้เกิดผลร้ายต่อสุขภาพดังต่อไปนี้ การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ การเสียชีวิตจากโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจ และโรคเมร็งโอกาสในการเกิดโรคเมร็งและโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมีคำแนะนำให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเนือยนิ่ง ดังนี้

1. ผู้สูงอายุควรจำกัดเวลาที่ใช้ไปกับพฤติกรรมเนือยนิ่ง และทดแทนเวลาเหล่านี้ด้วยกิจกรรมทางกายในทุกระดับ (รวมถึงระดับเบา) ซึ่งจะเอื้อประโยชน์ต่อร่างกาย

2. ผู้สูงอายุควรทำกิจกรรมทางกายในระดับปานกลาง –หนักให้มากกว่า
ข้อเสนอแนะที่ไว้เพื่อลดผลกระทบร้ายแรงต่อสุขภาพจากพฤติกรรมเนือยนิ่ง

หลักฐานสนับสนุนและเหตุผลด้านพฤติกรรมเนือยนิ่ง ไม่ได้ระบุไว้ใน
ข้อเสนอแนะระดับโลกด้านกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2553 เนื่องจาก การขาดหลักฐานที่
เจาะจงกลุ่มประชากร หลักฐานเบื้องต้นที่ประเมินความเชื่อมโยงระหว่างพฤติกรรมเนือยนิ่ง และ
ผลลัพธ์ต่อสุขภาพในประชากรผู้สูงอายุเป็นงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์ขึ้นเดียวกับที่เปรียบเทียบและ
ทบทวนสำหรับประชากรผู้ใหญ่เพราะงานวิจัยส่วนใหญ่ไม่ได้ระบุเกณฑ์จำกัดอายุที่สูงกว่าจึงมี
การรวบรวมผู้ใหญ่อายุมากกว่า 65 ปีไว้ มีการทบทวนการค้นพบจากหลักฐานเกี่ยวกับพฤติกรรม
เนือยนิ่ง ในประชากรผู้ใหญ่ทั่วไป รวมถึงประเมินว่าหลักฐานนั้นมีผลที่ต่างกันหรือไม่หรืออาจไม่
รวมถึงหรืออาจให้ผลที่ขัดแย้งกันสำหรับผู้สูงอายุ (สำนักงานใหญ่องค์การอนามัยโลก, 2564)

การส่งเสริมกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ องค์การอนามัยโลกได้เผยแพร่
แนวทางปฏิบัติการและข้อแนะนำ เพื่อส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ทำให้
ผู้สูงอายุมีสุขภาพกาย สุขภาพจิตและด้านสังคมที่ดี กิจกรรมทางกายยังช่วยลดอุบัติการณ์ของกลุ่ม
โรคไม่ติดต่อ การทำกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอและทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ
นั้นสามารถช่วยลดความเสี่ยงการเกิดภาวะหกล้มได้

3.5 ด้านสิ่งแวดล้อม

การปรับสิ่งแวดล้อม ประเมิน และปรับสิ่งแวดล้อมบ้านให้ปลอดภัยต่อการทำ
กิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ สามารถป้องกันการพลัดตกหกล้มได้ร้อยละ 10-20 (กองป้องกันการ
บาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566) คำแนะนำสำหรับการปรับเปลี่ยน
สภาพแวดล้อมทางกายภาพในบ้านของผู้สูงอายุสำหรับอันตรายจากการพลัดตกหกล้ม โดยคำนึงถึง
ความสามารถและพฤติกรรมของผู้สูงอายุในแต่ละบริบท ควรมีการจัดทำโดยบุคลากรที่ได้รับการ
ฝึกอบรม โดยเป็นมาตรการป้องกันการพลัดตกหกล้มในหลายด้าน (Montero-Odasso et al., 2022)
การจัดการสิ่งแวดล้อมนอกบ้าน เช่น ถนนหรือทางเดินรอบบ้านไม่เป็นหลุมเป็นบ่อ มีแสงสว่าง
เพียงพอ และจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้าน ควรจัดวางสิ่งของให้เป็นระเบียบ ไม่เกะกะทำให้ผู้สูงอายุ
สะดุดหกล้ม (กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค, 2565; รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว, 2565; Centers for
Disease Control and Prevention, 2018) การจัดการสิ่งแวดล้อมภายในพื้นที่ที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่
ประจำ ได้แก่

1. บริเวณพื้นบ้าน

1.1 พรม เสื่อ ผ้าปูรองพื้น ควรตรึงกับพื้นอย่างแน่นหนา มิเช่นนั้นอาจทำ
ให้สะดุดหกล้มได้ แนะนำให้เอาพรมเสื่อผ้าปูรองพื้นออก หรือนำกระดาษขาว 2 หน้า
หรือแผ่นยางกันลื่นติดเพื่อไม่ให้พรมเลื่อน

1.2 จัดเก็บสิ่งของให้เป็นระเบียบ ไม่ให้มีสิ่งของวางตามพื้น

1.3 ให้เดินสายไฟ สายโทรศัพท์ต่างให้เรียบไปกับฝาผนัง ไม่ปล่อยให้สายไฟ
เกะกะตามพื้นที่ต้องเดินผ่าน เพราะอาจทำให้สะดุดหกล้มได้

2. ทางเดินและบันได

2.1 เก็บสิ่งของต่าง ๆ ออกจากชั้นบันได ไม่ให้มีการวางสิ่งของใด ๆ เกะกะ
บริเวณชั้นบันได เช่น กระจาด หนังสือพิมพ์ เสื้อผ้า และรองเท้า

2.2 พื้นบันได(ลูกนอน) ต้องมีความกว้างยาวพอ ขณะความสูงของชั้นบันได
(ลูกตั้ง) ไม่สูงเกินไป ทุกชั้นบันไดตลอดทางต้องสม่ำเสมอ ถ้าบันไดที่บ้านชำรุดให้ซ่อมแซมหรือแก้ไข
ส่วนที่ชำรุด และ ปรับชั้นบันไดให้สม่ำเสมอเท่ากัน

2.3 บริเวณบันได ควรมีแสงสว่างที่เพียงพอ และควรมีสวิตช์ไฟ ให้สามารถ
เปิด-ปิดได้ ทั้งจากด้านบนและด้านล่างบันได ทั้งนี้สามารถเลือกสวิตช์ไฟแบบเรืองแสง เพื่อให้สามารถ
เห็นได้ชัดเจน

2.4 ให้นำผ้าหรือพรมเช็ดเท้าออกจากบริเวณบันได หรือเปลี่ยนไปใช้แผ่นยาง
กันลื่นบริเวณชั้นบันไดแทน

2.5 มีราวจับตลอดทางเดินที่ใช้ประจำ ซ่อมหรือเปลี่ยนราวบันไดที่ชำรุด
เสียหาย โดยให้มีราวบันได ทั้ง 2 ข้างของบันได รวมทั้งราวบันไดต้องมีความยาวเท่ากับ ความยาวของ
บันได

3. ห้องครัว เก็บของที่หยิบใช้บ่อยไว้ในชั้นที่หยิบใช้ง่าย (ระดับเอว) ไม่วางไว้ บน
ชั้นสูง ๆ

4. ห้องน้ำ

4.1 ติดฝ้ายางกันลื่นไว้บริเวณพื้นห้องน้ำหรืออ่างอาบน้ำเพื่อกันลื่น

4.2 ควรมีราวจับบริเวณที่อาบน้ำ และข้างโถส้วม

4.3 พื้นห้องสม่ำเสมอ ไร้วัสดุที่ไม่ลื่น

5. ห้องนอน

5.1 ควรมีโคมไฟหัวเตียง และมีสวิตช์เปิดปิดที่เอื้อมถึงได้ง่าย

5.2 เพิ่มดวงไฟส่องสว่างเวลากลางคืนระหว่างทางเดินไปห้องน้ำ ปัจจุบันมีไฟ
กลางคืนแบบอัตโนมัติที่จะสามารถเปิดเอง เวลากลางคืน

5.3 เตียงนอน แก้วและโถส้วมมีความสูงพอเหมาะ ไม่เตี้ยเกินไป

6. ติดตั้งหลอดไฟบริเวณมุมมืดที่เดินผ่านบ่อย ๆ โดยปุ่มสวิตช์ต้องอยู่ใกล้สามารถ
เอื้อมมือถึงได้

7. หลีกเลี้ยงการมีสัตว์เลี้ยง เช่น สุนัข แมวในบริเวณที่อยู่อาศัย (สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2562; กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2565; Centers for Disease Control and Prevention, 2018)

3.6 การเลือกรองเท้าที่เหมาะสม

3.6.1 รองเท้าส้นเตี้ยและขอบมน พื้นรองเท้าควรมีดอกยาง เพื่อให้พื้นรองเท้าสามารถเกาะติดกับพื้นได้ดีขึ้นป้องกันการลื่นหกล้ม

3.6.2 รองเท้าหุ้มส้น โดยส่วนที่หุ้มส้นและข้อเท้าควรมีความแข็งแรงพอสมควร เพื่อเป็นการพยุงข้อเท้า ทำให้ทรงตัวได้ดีขึ้น

3.6.3 รองเท้าหน้ากว้าง เพื่อทำให้นิ้วเท้าสามารถเคลื่อนไหวได้สะดวก

3.6.4 พื้นรองเท้านี้ด้านหน้าควรเชิดขึ้น จากพื้นเล็กน้อย เพื่อให้เดินได้มั่นคงและป้องกันการสะดุดเท้าตัวเอง

3.6.5 รองเท้าควรปรับขนาดได้ เช่น รองเท้าผ้าใบ เนื่องจากขนาดของเท้าของคนเราจะเปลี่ยนแปลงไปในแต่ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2563ก; กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2565; Centers for Disease Control and Prevention, 2018)

3.7 ด้านการรับประทานยา

ควรแจ้งผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพทราบทันทีเมื่อเกิดการพลัดตกหกล้ม กังวลเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม หรือรู้สึกทรงตัวไม่ดี เพื่อให้แพทย์และบุคลากรทางด้านสุขภาพตรวจสอบการใช้ยาทั้งหมด รวมถึงการซื้อยารับประทานเองด้วย เมื่ออายุมากขึ้นการรับประทานยาบางชนิดหรือยาหลายชนิดร่วมกันอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการง่วงนอนหรือเวียนศีรษะ และอาจทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้ ดังนั้นการทบทวนการใช้ยาและการอธิบายการใช้ยาอย่างเหมาะสม ควรเป็นส่วนหนึ่งของมาตรการป้องกันการหกล้มหลายด้าน เพื่อห่างไกลความเสี่ยงหกล้มจากผลกระทบของยา ตำรับยา(Montero-Odasso et al., 2022; กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค, 2565; Centers for Disease Control and Prevention, 2018)

3.8 ด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด

เป็นการบริหารจัดการภาวะของความดันโลหิตต่ำ ควรรวมอยู่ในองค์ประกอบของการแทรกแซงหลายด้าน (Montero-Odasso et al., 2022; กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ , 2022)

3.9 ด้านการมองเห็นและทัศนภาพ

จากคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ การจัดการการมองเห็นที่มีความบกพร่อง การตรวจตาโดยจักษุแพทย์อย่างน้อยปีละครั้ง เช็กสายตาและแว่นตาให้เหมาะสมอยู่เสมอแว่นตาและเลนส์

บางประเภท สามารถทำให้ระยะการมองผิดเพี้ยนไป เช่น ระยะใกล้ ไกล ลึก ตื้น กว่าความเป็นจริง ควรระมัดระวังในจุดนี้ ควรถือเป็นส่วนหนึ่งของแนวทางหลายปัจจัย (Montero-Odasso et al., 2022; กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค, 2565; (กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2565; Centers for Disease Control and Prevention, 2018)

3.10 ด้านการสร้างวิตามินดี

การแนะนำให้เสริมวิตามินดี เพื่อเสริมสร้างกระดูก กล้ามเนื้อและเส้นประสาท (Montero-Odasso et al., 2022; Centers for Disease Control and Prevention, 2018) การรับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญในการเสริมสร้างโภชนาการให้ร่างกายแข็งแรง (กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค, 2565)

3.11 การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน

ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มต้องพยายามใช้อุปกรณ์ที่ช่วยการเดิน เช่น กรอบพยุงเดิน (วอล์คเกอร์) ชนิด 4 ขา ไม่เท้า ตลอดจนการปรับพฤติกรรมส่วนบุคคล เช่น ลูกขึ้นยืนช้า ๆ เสมอ มองหาวัตถุรอบตัวที่สามารถจับยึดได้กรณีฉุกเฉิน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2563ก) อุปกรณ์ช่วยเดินมีหลายประเภท เช่น โครงเหล็กช่วยเดิน (walker frame) ไม้ค้ำยัน (crutches) และไม้เท้า (cane) อุปกรณ์ที่ได้รับความนิยมในผู้สูงอายุคือ ไม้เท้า แต่พบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากที่ใช้ไม้เท้าช่วยเดินอย่างไม่เหมาะสมและผิดวิธี ซึ่งอาจทำให้เกิดผลเสียตามมา เช่น เพิ่มโอกาสในการพลัดตกหกล้มมากขึ้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2563ก)

3.12 การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม

1) การได้รับสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวและหรือผู้ดูแลช่วยเหลือและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น พาผู้สูงอายุไปตรวจสุขภาพตามนัด แนะนำ ตกเตียงพร้อมกับคอยช่วยเหลือผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวกาย การเดิน การลุก นั่ง การทรงตัวและการรับประทานที่ถูกต้อง เป็นต้น และจัดกิจกรรมหรือสนับสนุนให้ผู้สูงอายุออกกำลังกาย โดยเฉพาะเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อสะโพก เข่า แขนและขาเป็นต้นและสร้างความแข็งแรงของกระดูกข้อเข่า ข้อเท้า โดยออกกำลังกายแบบต่าง ๆ เช่น การเดิน หรือไทเก็ก หรือการยืดเหยียด รวมทั้งฝึกการทรงตัวให้ดีขึ้น โดยออกกำลังกายในท่าต่าง ๆ เช่น ทำนั่งและลุกจากเก้าอี้ ทำยืนขาเดียว แบบมีราวจับ และท่าเดินธรรมดาแบบมีราวจับเป็นต้น และคอยดูแลช่วยเหลือเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และการจัดการความเครียด โดยจัดกิจกรรมในครอบครัวให้ผู้สูงอายุสุขภาพสบายใจ เป็นต้น

2) การได้รับการสนับสนุนให้อาสาสมัครในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ช่วยแนะนำผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัวและหรือผู้ดูแลให้ระมัดระวังการหกล้มของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง (รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว, 2565)

สรุปได้ว่าการป้องกันการพลัดตกหกล้มมีด้วยกันหลายวิธี ได้แก่ การประเมินปัจจัยเสี่ยง การประเมินสุขภาพ การคัดกรองสุขภาพ การมองเห็น การสร้างความตระหนักในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม การเลือกรองเท้าที่เหมาะสม การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน การจัดสภาพแวดล้อมในบ้านที่เหมาะสม การให้ความรู้ การรับประทานอาหารและยารักษาโรค การออกกำลังกาย การทำกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ รวมไปถึงการได้รับการสนับสนุนการครอบครัวและชุมชน วิธีการป้องกันการพลัดตกหกล้มเหล่านี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุลดความเสี่ยงและป้องกันการเกิดการพลัดตกหกล้มได้ ดังนั้น ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวควรใส่ใจและปฏิบัติกิจกรรมแทรกแซงการป้องกันการพลัดตกหกล้มให้สอดคล้องกับปัจจัยเสี่ยงของผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้าน การใช้พื้นบ้านหรือพื้นห้องน้ำที่ไม่ลื่นเมื่อเปียกน้ำ การใช้รองเท้าที่เหมาะสมและมีดอกยางที่พื้นรองเท้า การมีราวจับตลอดทางเดินที่ผู้สูงอายุเดินบ่อย ๆ การไม่มีสิ่งของเกะกะตามพื้น ตลอดจนการใส่ใจในการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อประโยชน์ในการสร้างความสมดุลและป้องกันการหกล้ม เพิ่มความคล่องแคล่วและเสริมทักษะในการดูแลตนเอง เพิ่มความแข็งแรงของระบบหัวใจไหลเวียนเลือด กล้ามเนื้อและรูปร่างกระชับ สมรรถภาพทางกายที่สมบูรณ์แข็งแรงของผู้สูงอายุและชะลอการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่ถดถอยอยู่ตลอด และถ้าสามารถปฏิบัติได้ครบทุกข้อความเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้มก็จะลดน้อยลงไปด้วย

4. นโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

4.1 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ได้มีประกาศในราชกิจจานุเบกษาฉบับกฤษฎีกา เมื่อวันที่ 31 ธันวาคม 2546 สรุปสาระสำคัญและสิทธิประโยชน์ที่ผู้สูงอายุพึงได้รับ ดังนี้

1. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มีการบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ถัดจากวันประกาศใน ราชกิจจานุเบกษา
2. กำหนดให้บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย ถือเป็น ผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัตินี้
3. ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ตาม มาตรา 11 ดังนี้
 - 3.1 การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข ที่จัดไว้โดยให้ความสะดวก และรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ
 - 3.2 การศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสาร ที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนิน ชีวิต
 - 3.3 การประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพตามความเหมาะสม

3.4 การพัฒนาตนเอง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมการรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน

3.5 การอำนวยความสะดวก และความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในสถานที่ยานพาหนะ หรือการบริการสาธารณะอื่น

3.6 การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม

3.7 การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ

3.8 การช่วยเหลือผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์ โดยมีขอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง

3.9 การให้คำแนะนำ ปรีกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดีหรือในการแก้ไขปัญหาครอบครัว

3.10 การจัดที่พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นและเป็นธรรม

3.11 การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพตามความจำเป็นอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

3.12 การสงเคราะห์ในการจัดงานศพตามประเพณี

3.13 การอื่นตามที่คณะกรรมการประกาศ กำหนด

4. มาตรา 13 ให้มีการจัดตั้งกองทุนผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกองทุนในสำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ เพื่อเป็นทุนใช้จ่ายเกี่ยวกับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนผู้สูงอายุ

4.2 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564)

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย 3 มาตรการหลัก

1. มาตรการหลักประกันด้านรายได้เพื่อวัยสูงอายุ โดยมีการขยายหลักประกันสุขภาพ ให้ครอบคลุมบุคคลทั่วไป ส่งเสริมการออมตั้งแต่วัยทำงาน และลดหย่อนภาษีเพื่อส่งเสริมการออมสำหรับผู้สูงอายุ

2. มาตรการการให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิตโดยมีการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอนามัยตั้งแต่วัยเด็ก ให้มีหลักสูตรวิชาการดูแลสุขภาพและพฤติกรรมอนามัย ส่งเสริมและจัดบริการการศึกษาต่อเนื่องตลอดชีวิตทั้งการศึกษาในระบบ นอกกระบบ และตามอัธยาศัยเพื่อการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุที่เหมาะสมแรงค์ให้สังคมตระหนักถึงความจำเป็นต่อการเตรียมการเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพ และเตรียมการสำหรับเข้าสู่วัยผู้สูงอายุโดยการให้ ความรู้ที่ถูกต้องและจำเป็น

3. มาตรการการปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ โดยส่งเสริมประชาชนทุกวัยเรียนรู้และมีส่วนร่วมในการดูแลรับผิดชอบครอบครัว มีการจัดการศึกษา เกี่ยวกับผู้สูงอายุ และส่งเสริมกิจกรรมสัมพันธ์ระหว่างคนทุกวัยกับผู้สูงอายุทั้งกิจกรรมการศึกษา ศาสนา วัฒนธรรม และกีฬา

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 มาตรการหลัก

1. มาตรการส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ดูแลตนเองเบื้องต้น โดยมีการจัดอบรมในรูปแบบต่าง ๆ การจัดให้คำปรึกษาในสถานบริการทางสุขภาพ และมีการสื่อสารข้อมูลข่าวสารแก่ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

2. มาตรการส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ โดยการส่งเสริมการจัดตั้งและดำเนินการชมรมผู้สูงอายุ และสนับสนุนกิจกรรมขององค์กรเครือข่ายผู้สูงอายุ

3. มาตรการส่งเสริมด้านการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ โดยมีการส่งเสริม การทำงานเต็มเวลาและไม่เต็มเวลา ส่งเสริมการฝึกอาชีพและจัดหางานให้เหมาะสมกับวัยและ ความสามารถ และส่งเสริมการรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมเสริมรายได้ โดยให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม

4. มาตรการสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ การประกาศเกียรติคุณผู้สูงอายุที่เป็นตัวอย่างที่ดีของสังคม และส่งเสริมการเปิดโอกาสให้มีการเผยแพร่ภูมิปัญญาของผู้สูงอายุและมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคมต่าง ๆ

5. มาตรการส่งเสริมสนับสนุนสื่อทุกประเภท ให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุ และสนับสนุน ให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้สามารถเข้าถึงสื่อข่าวสารต่าง ๆ จัดให้สื่อมีรายการสำหรับผู้สูงอายุ และ การเข้าถึงข่าวสารที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้สูงอายุ

6. มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และปลอดภัยกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำสำหรับสถานสงเคราะห์คนชราและหน่วยงานที่ให้บริการด้านที่พักอาศัยแก่ผู้สูงอายุ ไม่ว่าภาครัฐหรือเอกชนรวมทั้งสนับสนุนให้องค์กรทั้งภาครัฐ ชุมชนและเอกชน เข้ามามีส่วนร่วมในการรับผิดชอบการจัดบริการด้านที่พักอาศัยสิ่งแวดล้อม และมีการกำหนดมาตรการเงินกู้ดอกเบี้ยต่ำเพื่อที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 มาตรการหลัก ดังนี้

1. มาตรการคุ้มครองด้านรายได้ มีการจัดสวัสดิการด้านรายได้แก่ผู้สูงอายุที่ยากจนและไม่มีแหล่งพักพิง และส่งเสริมจัดตั้งกองทุนสำหรับผู้สูงอายุ

2. มาตรการหลักประกันด้านคุณภาพ โดยการพัฒนาและส่งเสริมระบบประกันคุณภาพที่มีคุณภาพ

3. มาตรการด้านครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครองลดหย่อนภาษีรายได้แก่บุตรผู้อุปการะเลี้ยงดูผู้สูงอายุ แรงจูงใจให้มีกฎหมายและแนวทางปฏิบัติในการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้อยู่กับครอบครัวจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

4. มาตรการระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุนอายุที่มีคุณภาพโดยการปรับปรุงบริการสาธารณะ เพื่ออำนวยความสะดวกในการดำรงชีวิตแก่ผู้สูงอายุ ลดราคาโดยสารปรับปรุงระบบบริการให้เหมาะสม และจัดทำมาตรฐานสวนสาธารณะและสนามกีฬา สำหรับออกกำลังกาย มีการพัฒนาจัดสร้างบริการสุขภาพและสังคมในชุมชนที่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุ และส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรศาสนา และองค์กรเอกชน มีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการเพื่อผู้สูงอายุรวมทั้งมีการจัดบริการแพทย์ทางเลือก คลินิกผู้สูงอายุ เพื่อการให้บริการที่เพียงพอแก่ผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติ และ การพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 มาตรการหลัก

1. มาตรการการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติ
2. มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุมีการส่งเสริมและสนับสนุน ให้มีการผลิตบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ให้พอเพียงต่อความต้องการ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ด้านการประมวลและพัฒนางานองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและการติดตาม ประเมินผลการดำเนินการ ตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ประกอบด้วย 4 มาตรการหลัก

1. มาตรการสนับสนุนและส่งเสริมให้หน่วยงานวิจัย ดำเนินการประมวลและพัฒนา องค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุที่จำเป็น สำหรับการกำหนดนโยบาย และการพัฒนาการบริการหรือการดำเนินการที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ

2. มาตรการสนับสนุนและส่งเสริมการศึกษาวิจัยด้านผู้สูงอายุ โดยเฉพาะที่เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบาย การพัฒนาการบริการและการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเหมาะสม

3. มาตรการดำเนินการให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุ แห่งชาติที่มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

4. มาตรการพัฒนาระบบข้อมูลทางด้านผู้สูงอายุให้เป็นระบบและทันสมัย

ดังนั้น สรุปได้ว่าประเทศไทยได้กำหนดนโยบายที่ส่งเสริมดูแลกลุ่มคนในวัยสูงอายุเพื่อสิทธิ ประโยชน์ที่ผู้สูงอายุพึงได้รับไว้ ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ 2545 - 2564) จะเห็นได้ว่าประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับประชากรในประเทศทุกกลุ่มวัยโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ และในปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ดังนั้นการเตรียมความพร้อมของกลุ่มผู้สูงอายุจึงสำคัญ นโยบายของประเทศไทยทั้ง

5 ยุทธศาสตร์นี้ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความพร้อมในการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุอย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

4.3 นโยบายของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ในการป้องกัน การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

การปรับสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกของผู้สูงอายุให้เหมาะสมและปลอดภัย มีอัตราเหมาจ่าย หลังละไม่เกิน 40,000 บาท โดยมีคุณสมบัติของผู้สูงอายุ ดังนี้

1. มีฐานะยากจน หรือรายได้ไม่เพียงพอต่อการยังชีพ
2. ไม่ได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานของรัฐ หรือได้รับแต่ไม่เพียงพอ
3. ที่อยู่อาศัย ไม่มั่นคง ไม่เหมาะสม หรือไม่ปลอดภัยกับการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ กรณีที่อยู่อาศัยและที่ดินที่เป็นที่ตั้งของที่อยู่อาศัย ไม่ได้เป็นของผู้สูงอายุหรือทายาท ต้องอาศัยอยู่จริง ไม่น้อยกว่า 1 ปี และได้รับความยินยอมจากเจ้าของกรรมสิทธิ์ให้ปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยได้

4.4 นโยบายการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุของประเทศไทย 2566

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย ป้องกันการบาดเจ็บจาก พลัดตกหกล้มในปี 2566 สถานการณ์และนโยบายการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุของ ประเทศไทย มีนโยบายมุ่งเน้นปี 2566 Health for Wealth ประชาชนแข็งแรง เศรษฐกิจไทย เข้มแข็ง ประเทศไทยแข็งแรง โดยนายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและทั่วถึง นายสาธิต ปิตุเตชะรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายส่งเสริมการดูแลสุขภาพประชาชนทุก ช่วงวัยให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี และนายแพทย์โอภาส การย์กวินพงศ์ปลัดกระทรวง สาธารณสุขมีนโยบาย ยกย่องระดับบริการรองรับสังคมสูงวัยและลดอัตราการตายโรคสำคัญ (ศิริรัตน์ สุวรรณฤทธิ์, 2566)

1. ของขวัญปีใหม่ 2566 ปีแห่งสุขภาพสูงวัยไทย

1.1 ผู้สูงอายุร้อยละ 80 ได้รับการ คัดกรองความถดถอย 9 ด้าน ได้แก่ ช่องปาก การได้ยิน โภชนาการ การมองเห็น ความจำ 2Q Plus กลั้นปัสสาวะ การเคลื่อนไหวร่างกาย ADL

1.2 คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลทุกแห่งมีคลินิกผู้สูงอายุรองรับการส่งต่อ ดูแลต่อเนื่องในรายที่คัดกรองแล้วพบว่ามีความเสี่ยง

1.3 วัสดุอุปกรณ์ แวนสายตาสำหรับผู้สูงอายุที่มีความจำเป็น 500,000 ชิ้น ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองขับ แผ่นเสริมซึมซับ 5 ล้านชิ้น ฟันเทียม 41,613 ราย รากฟันเทียม 3,291 ราย

1.4 การเยี่ยมเสริมพลัง Kick off 12 เขตสุขภาพ

4.5 นโยบายการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุของจังหวัดสุโขทัย 2566

ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) ในกลุ่มของผู้สูงอายุ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2565) ดังนี้

1. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan

การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

1.1 ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

1.2 พื้นที่ประเมินผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL)

1.3 พื้นที่จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล ในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) ของกรมอนามัย

1.4 แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ในระบบโปรแกรม Long Term Care ได้รับการเสนออนุกรรมการ Long Term Care เพื่ออนุมัติ Care Plan ในการได้รับการจัดสรรงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุ ละผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล

1.5 ประชุมสรุปผลการดำเนินงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานระดับอำเภอและตำบล

2. ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ได้รับการดูแลทั้งในสถานบริการและในชุมชน

2.1 ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

2.2 ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)

การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

1. พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ

1.1 ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

1.2 อบรมเชิงปฏิบัติการการใช้งานระบบข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผ่าน Blue Book Application

1.3 พื้นที่ดำเนินการสำรวจข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุเป้าหมาย ร้อยละ 10 ของประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่

1.4 ติดตามผลการดำเนินงานผ่าน Blue Book Application (สมุดสุขภาพประชาชน)

1.5 ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุ

2. ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)

2.1 ประชุมชี้แจงการดำเนินงานระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)

2.2 พื้นที่ประเมินตำบลคุณภาพผ่านเกณฑ์ทั้งพื้นที่ใหม่ และพื้นที่ที่ทำการประเมินและรับรองซ้ำ (RE-Accreditation) สำหรับตำบลที่ผ่านการประเมินครบ 3 ปี ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)

2.3 การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล (Care Plan): ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)

2.4 ติดตามการดำเนินงานผ่านโปรแกรม 3 C การนิเทศงานและเยี่ยมเสริมพลังในพื้นที่

3. ร้อยละของผู้สูงอายุผ่านการคัดกรองที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

3.1 ร้อยละของผู้สูงอายุผ่านการคัดกรอง พบว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

3.2 ร้อยละของผู้สูงอายุผ่านการคัดกรอง พบว่าเป็นภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

จากการดำเนินงานและผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญของจังหวัดสุโขทัย มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ (โรงพยาบาลขนาด 120 เตียง (M2) ขึ้นไป) จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสุโขทัย (S), โรงพยาบาลศรีสวรรค์สุโขทัย (M1) และ โรงพยาบาลสวรรคโลก (M2) แนวทางการดำเนินงานในกลุ่มที่มีผลการคัดกรองผิดปกติ มีดังนี้

1. ส่งคืนข้อมูลให้พื้นที่ เพื่อให้มีการเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง และจัดระบบบริการส่งเสริมสุขภาพ โดยเชื่อมโยงกับการจัดทำ Care plan และระบบส่งต่อสู่คลินิกผู้สูงอายุ

2. การดูแลสิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย ให้มีความเหมาะสม ไม่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ การส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การฝึกเดินที่ถูกต้อง รวมถึงการสวมรองเท้าที่เหมาะสม การออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างกำลังของกล้ามเนื้อ ฝึกการทรงตัว

3. การจัดหาอุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น โครงเหล็ก 4 ขา (Walker) ไม่เท่าในรายที่จำเป็น

4. การสื่อสารเพื่อสร้างความตระหนักต่อการลดปัจจัยเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

5. ส่งเสริมการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล (Wellness Plan)

การจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวียืนยาว หรือ Wellness Plan มีขั้นตอนสำคัญ ดังนี้

1. เข้าสู่กระบวนการ ด้วยความสมัครใจ และได้รับการอบรม/ประชุม เพื่อให้เข้าถึงข้อมูล มีความรู้ความเข้าใจด้านการส่งเสริมสุขภาพ ดูแลสุขภาพตนเอง ตามแนวทาง 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ ด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ ด้านการดูแลสมอง “ผู้สูงอายุสมองดี” ด้านสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ด้านความสุขของผู้สูงอายุ และด้านสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

2. ประเมินตนเองตามแนวทางการประเมินเพื่อรับรู้สถานการณ์สุขภาพ และความเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์, ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) และการประเมินตามองค์ประกอบ 6 องค์ประกอบในข้อที่ 1)

3. จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวียืนยาว หรือ Wellness Plan เป็นแผนเฉพาะราย เพื่อพัฒนาทักษะ กาย ใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพดี

4. นำแผน Individual Wellness Plan สู่การปฏิบัติจริง โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือแกนนำ ผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมเป็นพี่เลี้ยง สนับสนุนให้มีการปฏิบัติตามแผนการให้การรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยการเครื่องมือในการประเมินความรุนแรงภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ Mini-Mental State Examination Thai 2002 (MMSE-Thai 2002) ถ้ามีความรุนแรง ส่งต่อจิตแพทย์ หรือ อายุรแพทย์เพื่อรักษาต่อไป ถ้าไม่รุนแรงติดตามอาการ ประเมินภาวะสมองเสื่อมซ้ำทุก 2 เดือน การให้การรักษผู้สูงอายุที่มีภาวะพลัดตกหกล้ม ประเมินโดยใช้แบบประเมิน Time up and go Test TUG) พบความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม ให้คำแนะนำ ถ้ามีภาวะเสี่ยงมาก ส่งต่อแพทย์เฉพาะทางกระดูกและข้อเพื่อการรักษาต่อไป

จากนโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุดังกล่าว จะเห็นได้ว่านโยบายการดูแลผู้สูงอายุมีองค์กรหลายภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนและดำเนินการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่ว่าจะเป็นเรื่องรายได้ การประกอบอาชีพ การสร้างความตระหนักและการเตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ การจัดการดูแลด้านสิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย ในส่วนของการเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุข การดูแล ส่งเสริม ป้องกัน รักษาในด้านสุขภาพและการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัยได้ดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก โดยมีแนวทางในการดำเนินการดังนี้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ได้รับการดูแลทั้งในสถานบริการและในชุมชน และ ผู้สูงอายุผ่านการคัดกรองที่ว่าเป็น Geriatric syndromes จะได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ และปัญหาที่พบในการดำเนินการของจังหวัดสุโขทัย มีดังนี้

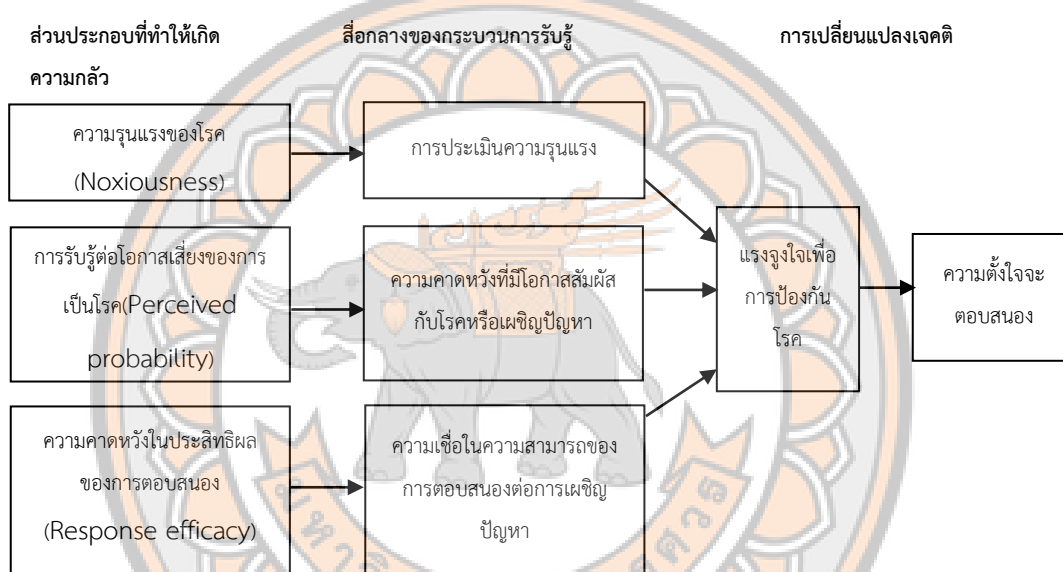
1. การจัดทำ Care plan ในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงยังไม่ครอบคลุม
2. ผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care manager) โยกย้ายลาออก ทำให้กระบวนการดำเนินงานขาดต่อเนื่อง หน่วยบริการบางแห่งไม่มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (CM) ในการจัดทำ Care plan แก้ไขปัญหาโดยให้ Care manager ในพื้นที่ใกล้เคียงช่วยเหลือในการดำเนินงาน
3. พื้นที่ตำบลที่ยังไม่มีการเบิกจ่ายเงินตาม Care plan หรือบางพื้นที่เคยมีการเบิกจ่าย แต่หยุดนิ่งไม่มีการเบิกจ่ายต่อ เนื่องจากขาดเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานตามภารกิจ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ได้ขับเคลื่อนงาน และหน่วยบริการบางแห่งไม่มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุในการดำเนินงาน
4. เมื่อคัดกรองพบความผิดปกติแล้ว ขาดแนวทางการส่งต่อ รูปแบบการดูแลรักษา ไม่ชัดเจน และมีคลินิกผู้สูงอายุไม่เพียงพอ เนื่องจากมีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสุโขทัย, โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย, โรงพยาบาลสวรรคโลก
5. ระบบการรายงานงานจัดบริการให้การรักษผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกผู้สูงอายุ ยังไม่มีระบบที่ชัดเจน
6. ขาดการติดตามและประเมินผลการดำเนินการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory: PMT) เกิดจากการนำแนวคิดทฤษฎี 2 ทฤษฎีมารวมกันเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น คือ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งนำเรื่องการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงมารวมเป็นการประเมินการเผชิญอันตรายเพื่อการวิเคราะห์ปัญหา ผสมกับทฤษฎีความสามารถตนเอง ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถตนเองและการรับรู้ผลลัพธ์ของการตอบสนอง รวมเป็นการประเมินเผชิญปัญหาเพื่อนำไปสู่การพัฒนาพฤติกรรม (จุฬารัตน์ โสตะ, 2554) แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคเกิดขึ้นโดย Ronald W. Rogers ในปี ค.ศ. 1975 (Mackay & Green, 1992) ต่อมาได้ถูกปรับปรุงแก้ไขและนำมาใช้ในปี ค.ศ. 1983 เป็นการนำการกระตุ้นด้วยความกลัวมาใช้ โดยเน้นความสำคัญร่วมกันระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief mode) และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถตนเอง (Self-efficacy theory) เป็นการรวมปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ในภาพรวมของบุคคล ซึ่งการรับรู้นี้เป็นตัวเชื่อมโยงที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคนี้จะเน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารในการเผยแพร่ข่าวสาร การประเมินการรับรู้มาจากการสื่อสารซึ่งเป็นตัวกลางในการรับรู้ Rogers ได้กำหนดตัวแปรที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัว 3 ตัวแปร คือ 1) ความรุนแรงของโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคาม

(Noxiousness) 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคาม (Perceived probability) และ 3) ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response efficacy)

ในการนำทฤษฎีนี้ไปประยุกต์ใช้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ บนพื้นฐานความเชื่อที่ว่าหากบุคคลมีความเชื่อในความรุนแรงของโรคและปัญหาสุขภาพ เชื่อในโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและปัญหาสุขภาพ เชื่อในผลลัพธ์ของพฤติกรรมและความสามารถของตนเองที่จะทำพฤติกรรมนั้น จะมีผลต่อความตั้งใจและอิทธิพลที่จะทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (ภิญญา อุตรระชัย, 2556) ดังภาพ 3



ภาพ 5 แสดงรูปแบบดั้งเดิมของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

หมายเหตุ: ปรับจาก แนวคิด ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (Concept Theory and Application for Health Behavior Development), จุฬารักษ์ โสตะ (2554).

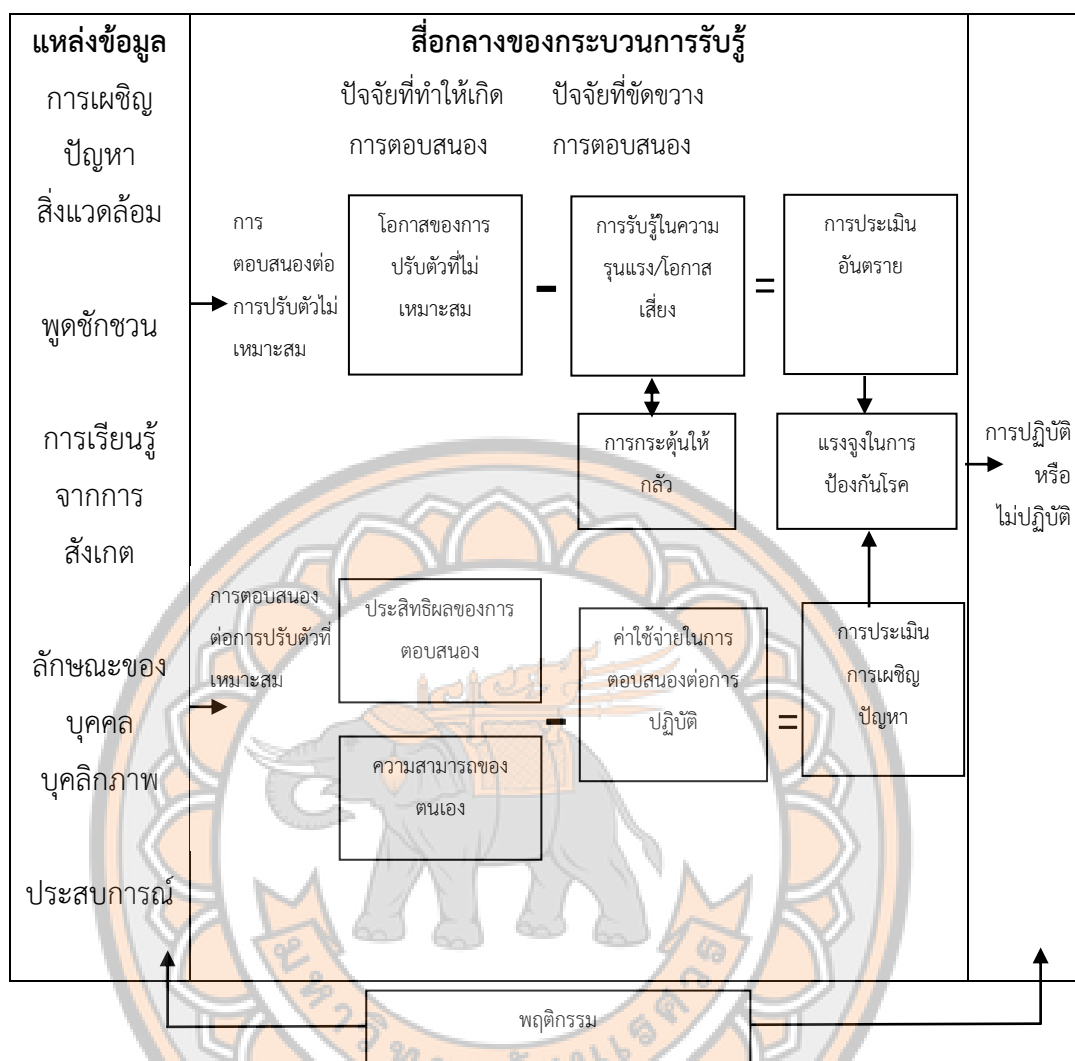
1. ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) สามารถพัฒนาได้จากการเชื่อว่าถ้ากระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมบางอย่างจะทำให้บุคคลได้รับผลร้ายแรง โดยใช้สื่อเป็นสิ่งสำคัญในการเผยแพร่ข่าวสารที่คุกคามต่อสุขภาพ ลักษณะข้อความที่ปรากฏ เช่น มีอันตรายถึงชีวิต หรือบรรยายว่าไม่ทำให้เกิดอันตรายรุนแรง เช่น ระคายเคืองผิวหนัง ข้อเข่าเสื่อมทำให้เดินลำบาก โดยทั่ว ๆ ไป ข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวเพียงเล็กน้อยอย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ทำให้เกิดกลัวสูง อาจไม่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยตรงแต่หากใช้กระตุ้น หรือปลุกเร้าร่วมกับการชู อาจส่งผลให้ข้อมูลนั้นมีลักษณะโดดเด่นขึ้น กระบวนการการประเมินการรับรู้ของบุคคลต่อข้อมูลข่าวสารที่เกิดขึ้น จะทำให้บุคคลรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคได้ดีกว่าการกระตุ้นตามปกติ และทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมได้

2. การรับรู้ต่อความเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived probability) จะใช้การสื่อสารโดยการชูที่คุกคามต่อสุขภาพซึ่งจะทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยงต่ออันตรายที่มีต่อสุขภาพ ซึ่งแนวทางที่จะทำให้บุคคลรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของโรค จะสามารถทำได้เหมือนการให้บุคคลรับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งการที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำสามารถใช้เงื่อนไขความเสี่ยงต่อการเป็นโรครวมมาพร้อมกับการแสดงให้บุคคลเห็นถึงผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ ซึ่งเงื่อนไขนั้นยังคงต้องค้นหาเพื่อหาคำตอบอีกต่อไปว่าความเสี่ยงต่อโอกาสเป็นโรคนั้น จะมีผลต่อความตั้งใจของบุคคลในการปฏิบัติตามเพื่อลดความเสี่ยงจากโรคหรือไม่ เนื่องจากอาจทำให้เกิดการเพิ่มความเสี่ยงมากขึ้นได้ ซึ่งหากบุคคลพยายามปฏิเสธการรับรู้ของตนเองว่าไม่สามารถปฏิบัติได้ถึงแม้คำชุนั้นจะมีผลเสีย ในทางกลับกันหากรวมภาวะความเสี่ยงสูงกับผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำจะส่งผลให้เกิดความตั้งใจที่จะยอมรับการปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น

3. ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response efficacy) ทำได้โดยการนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ซึ่งเป็นการสื่อสารที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัวเกี่ยวกับการเกิดโรค โดยปกติการนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของการปรับและหรือลดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งเป็นการแนะนำการปฏิบัติจากการวิจัย พบว่าผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามคำแนะนำจะช่วยลดความรุนแรงของการเกิดโรค และนำไปสู่ความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และการเพิ่มความคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นร่วมกับความตั้งใจที่จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ซึ่งโดยเฉพาะกรณีที่บุคคลรับรู้ว่าจะตนเองกำลังเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือเมื่อบุคคลถูกคุกคามทางสุขภาพอย่างรุนแรงจนไม่มีวิธีใดที่จะสามารถลดความรุนแรงของโรคได้ จึงส่งผลให้บุคคลนั้นขาดที่พึ่งและการให้คำแนะนำและการสอนที่เฉพาะเจาะจง เพื่อที่จะให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำซึ่งจะช่วยให้เกิดความตั้งใจที่จะปรับพฤติกรรมอย่างจริงจัง และมีการสอนที่ละเอียดเพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนความรู้สึกหรือสามารถรับรู้ความสามารถของตนเองได้ จึงจะปฏิบัติได้ดีและมากขึ้น

องค์ประกอบที่ทำให้เกิดความกลัวทั้ง 3 ตัวแปร ดังกล่าวจะเห็นได้ว่าเป็นมิติเดียวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการได้รับอันตรายทางสุขภาพ (Perceived susceptibility) การรับรู้ในความรุนแรงของอันตรายที่เกิดขึ้นแก่สุขภาพ (Perceived severity) และการรับรู้ต่อผลดีที่คาดว่าจะได้รับจากการปฏิบัติเพื่อป้องกันหรือลดอันตรายต่อสุขภาพ (Perceived barriers) ซึ่งต่อมา Maddux และ Rogers (Mackay & Green, 1992) ได้เพิ่มตัวแปรอีก 1 ตัวแปร คือ ความคาดหวังในความสามารถตนเอง (Self-efficacy) ดังนั้นจึงเห็นได้ว่า ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค มีฐานแนวคิดมาจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง Bandura (1977) ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับสูง และเป็นพื้นฐานที่ทำให้บุคคลปฏิบัติตามได้โดยแท้จริง

4. ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) เป็นความเชื่อว่าการกระบวนกรเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยานั้น ขึ้นอยู่กับความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ประสิทธิภาพของตนเองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับสูงสุดและเป็นพื้นฐานที่จะทำให้คนปฏิบัติตามโดยแท้จริง แม้บุคคลจะมีความเชื่อสูงกว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำจะทำให้เกิดอันตรายน้อยลง แต่ถ้าขาดความมั่นใจในความสามารถของตนในการปฏิบัติก็ไม่สามารถจูงใจให้บุคคลนั้นกระทำได้ ดังนั้นการเผยแพร่ข่าวสารข้อมูลจึงไม่ใช่เพียงขึ้นอยู่กับความชัดเจนของสื่อแล้วจะทำให้บุคคลปฏิบัติตามเท่านั้น แต่ต้องให้บุคคลเกิดความคาดหวังว่าจะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้ด้วย องค์ประกอบตัวนี้จะทำให้ผลกระทบด้านบวกกับบุคคล ซึ่งแตกต่างจากองค์ประกอบอื่นที่กล่าวมาแล้วข้างต้น 3 องค์ประกอบที่ส่งผลกระทบในทางลบในลักษณะคุกคามสุขภาพ การให้ความสำคัญแก่โรค หรือสิ่งที่กำลังคุกคาม จะเริ่มจากการประมวลผลลัพธ์ของโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคาม อาจส่งผลเพิ่มหรือลดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคลได้ ดังนั้นจุดเด่นของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคนี้ คือ การสร้างแรงจูงใจที่จะให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกิดขึ้นได้นั้นจะต้องเน้นในเรื่องค่านิยมของสิ่งที่เป่าหมายสุดท้ายที่พึงประสงค์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพซึ่งเห็นได้ชัดเจนจากตัวอย่างการลดน้ำหนักโดยวิธีการออกกำลังกาย และการควบคุมการบริโภคอาหาร ถ้าต้องการจูงใจให้ควบคุมการบริโภคอาหาร ทฤษฎีจูงใจเพื่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันจะเป็นทฤษฎีที่เหมาะสมกับเรื่องนี้ เนื่องจากทฤษฎีนี้ได้เสนอการสร้างค่านิยมของบุคคลซึ่งต้องการลดน้ำหนัก เช่น ค่านิยมของการมีรูปร่างบอบบางสวยงาม ดังนั้นจำเป็นต้องสร้างมาตรฐานค่านิยมทางสุขภาพ ซึ่งสามารถประเมินผลเชิงปริมาณได้จะเป็นส่วนทำให้ทฤษฎีนี้สามารถอธิบายพฤติกรรมที่เกิดขึ้นได้ดี กระบวนการรับรู้ดังกล่าวเกิดจากอิทธิพลของแหล่งข้อมูลข่าวสาร พุดชั๊กชวน การเรียนรู้จากการสังเกต ลักษณะของบุคคล บุคลิกภาพ ดังภาพ 6



ภาพ 6 แสดงทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Rogers ที่ได้รับการพัฒนาในปี ค.ศ. 1983

หมายเหตุ: ปรับจาก แนวคิด ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (Concept Theory and Application for Health Behavior Development), จุฬารักษ์ โสตะ (2554).

จากวิวัฒนาการของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Rogers ได้พยายามปรับปรุงโดยนำตัวแปรทั้ง 4 ตัวแปร คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง มาสรุปเป็นกระบวนการรับรู้ได้ 2 แบบ คือ

1. การรับรู้การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat appraisal)
2. การรับรู้การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping appraisal)

จากกระบวนการรับรู้ดังกล่าวเกิดจากอิทธิพลของแหล่งข้อมูลข่าวสาร คือ สิ่งแวดล้อม การพูดคุย การเรียนรู้จากการสังเกต และลักษณะบุคลิกภาพหรือประสบการณ์ที่บุคคลได้รับการประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ 2 ลักษณะ คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) และการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) ซึ่งการรับรู้นี้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม มีโอกาสเป็นไปได้ที่การรับรู้อาจทำให้บุคคลเกิดการปรับตัวตอบสนองหรือเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 2 แบบ ได้แก่ มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติสม่ำเสมอและมีการแก้ไขปัญหามีเหตุมีผล เช่น การรัดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้ง การสวมหมวกนิรภัย การเลิกสูบบุหรี่ การเลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นต้น และอาจเกิดการปรับตัวตอบสนองหรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ได้ 5 แบบ ได้แก่ ความสิ้นหวัง ความเชื่อในโชคชะตา การหลีกเลี่ยง ความเชื่อในศาสนา ความคิดผั่นลม ๆ แล้ง ๆ โดยปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ คือ ความพึงพอใจในตนเอง (Intrinsic rewards)

การประเมินการเผชิญปัญหา ประกอบด้วย การรับรู้ 2 ลักษณะ คือ การรับรู้ความคาดหวังผลลัพธ์ของการตอบสนอง (Response efficacy) และการรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ในการหลีกเลี่ยงอันตรายให้ได้สำเร็จ (Prentice-Dunn & Rogers, 1986) และเป็นปัจจัยที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์ แต่สิ่งที่ทำให้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองลดลง คือ ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่าย ความไม่เข้ากัน ความยากลำบาก ความยุ่งยากสับสน อาการแทรกซ้อน และความไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิต

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนอง และการรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองเป็นสิ่งสำคัญมากต่อความตั้งใจ ซึ่งความตั้งใจที่จะแก้ปัญหาถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ที่จะต้องพยายามสร้างให้เกิดขึ้นและรักษาความตั้งใจนั้นไว้ให้มั่นคง ปฏิสัมพันธ์ของการตอบสนองต่ำ จะลดความตั้งใจลง บุคคลจะรู้สึกว่าจะไม่สามารถป้องกันตนเองได้ใน 2 กรณี คือ 1) ถ้าผลลัพธ์ของการเผชิญปัญหาที่มีอยู่ไม่มีประสิทธิภาพหรือประสิทธิภาพต่ำ และ 2) ถ้าบุคคลเชื่อว่าตนเองไม่สามารถที่จะตอบสนองต่อการเผชิญปัญหาได้ ดังนั้น ถ้ารับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่ำ ก็จะเพิ่มความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองและความคาดหวังในความสามารถของตนเองสูง ความตั้งใจก็จะเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม พบว่า ความตั้งใจจะสูงที่สุดเมื่อบุคคลมีทั้งการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองสูง และการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองสูง ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค นั้นจะมีความเชื่อว่าแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคจะทำได้ดีที่สุดเมื่อ

1. บุคคลเห็นว่าอันตรายต่อสุขภาพนั้นรุนแรง
2. บุคคลมีความรู้สึกไม่มั่นคง หรือเสี่ยงต่ออันตราย
3. เชื่อว่าการตอบสนองโดยการปรับตัว เป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่จะกำจัดอันตรายได้
4. บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเองว่า สามารถปรับตัวตอบสนองหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างสมบูรณ์

5. ผลดีจากการตอบสนองด้วยการปรับตัวหรือปรับตัวแบบไม่พึงประสงค์มีน้อย

6. อุปสรรคเกี่ยวกับการปรับตัวหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีต่ำ

ในการพัฒนาการรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองนั้น Bandura (1977) เสนอว่ามีอยู่ด้วยกัน 4 วิธี คือ

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences) Bandura เชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีความสามารถมากที่สุดในพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากว่าเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง บุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถจะทำได้ ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น จำเป็นต้องฝึกให้เขามีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อม ๆ กับการให้เขาได้รับรู้ว่า เขามีความสามารถจะกระทำเช่นนั้นได้ ซึ่งจะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกฝนมาอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลที่รับรู้ตนเองว่ามีความสามารถนั้นจะไม่ยอมแพ้อะไรง่าย ๆ แต่จะพยายามทำงานต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการ

2. การใช้ตัวแบบ (Modelling) การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมและได้ผลที่พึงพอใจจะทำให้ผู้สังเกตมีความรู้สึกว่าเขาจะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ถ้าเขาพยายามจริง ๆ และไม่ย่อท้อ ลักษณะของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าเขาจะสามารถที่จะทำได้นั้น ได้แก่ การแก้ไขปัญหาของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่าง ๆ โดยให้ดูตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตัวเองก็สามารถทำให้ลดความกลัวต่าง ๆ เหล่านั้นได้ การเรียนรู้โดยการสังเกตจากตัวแบบ ประกอบด้วยกระบวนการ 4 กระบวนการ คือ

2.1 กระบวนการตั้งใจ (Attention processes) บุคคลไม่สามารถเรียนรู้ได้มาจากการสังเกต ถ้าเขาไม่มีความตั้งใจ กระบวนการตั้งใจจะเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลจะสังเกตอะไรจากตัวแบบนั้น

2.2 กระบวนการเก็บจำ (Retention processes) บุคคลจะแปลงข้อมูลจากตัวแบบเป็นรูปแบบสัญลักษณ์และจัดทำโครงสร้างเพื่อให้จำได้ง่ายขึ้น การที่บุคคลมีความเก็บจำจึงจะสามารถแสดงพฤติกรรมเลียนแบบตามทันทีหรือแสดงพฤติกรรมเลียนแบบภายหลังการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบผ่านไประยะเวลาหนึ่ง

2.3 กระบวนการกระทำ (Production processes) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บจำนนมาเป็นการกระทำ การได้ข้อมูลย้อนกลับจากการกระทำของตนเองและการเทียบเคียงการกระทำกับภาพที่จำได้จะช่วยให้ผู้สังเกตสามารถปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมการเล่นแบบของตนจนเป็นที่พึงพอใจ

2.4 กระบวนการจูงใจ (Motivation processes) พฤติกรรมที่ผู้สังเกตเรียนรู้ได้จากการสังเกตตัวแบบอาจถูกแสดงออกมาหรือไม่ก็ได้ ถ้าพฤติกรรมตัวแบบได้รับผลลัพธ์ที่น่าพึงพอใจหรือสามารถหลีกเลี่ยงผลลัพธ์ที่ไม่พึงพอใจ จะมีแนวโน้มการเล่นแบบสูง เพราะบุคคลจะเกิดความคาดหวังว่าจะได้ผลลัพธ์เช่นเดียวกับตัวแบบ หรือเกิดความรู้สึกแค้นว่าตนเอง คือ ผู้ได้รับผลลัพธ์ที่น่าพึงพอใจนั้น

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) เป็นการใช้คำพูดบอกว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการดังกล่าวค่อนข้างง่ายและใช้กันทั่วไป ซึ่ง Bandura ได้กล่าวว่า การชักจูงจากผู้อื่นเป็นการรับเอาคำแนะนำชักจูงจากผู้อื่นมาเป็นข้อมูลในการพิจารณาความสามารถของตนเอง ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำงานได้สำเร็จ ถึงแม้ว่าจะเคยทำงานนั้นไม่สำเร็จมาแล้ว เป็นการเพิ่มกำลังใจและความมั่นใจให้กับตนเอง

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) มีผลต่อความสามารถการรับรู้ของตนเองในสภาพที่ถูกข่มขู่ ในการตัดสินใจถึงความวิตกกังวลและความเครียดของคนเรานั้น บางส่วนขึ้นอยู่กับกระบวนการกระตุ้นทางสรีระ การกระตุ้นที่รุนแรงทำให้การกระทำไม่ค่อยได้ผลดี บุคคลจะคาดหวังความสำเร็จเมื่อเขาไม่ได้อยู่ในสภาพการณ์ที่กระตุ้นด้วยสิ่งที่พอใจ

จากการศึกษาทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค สรุปได้ว่า ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมีวิวัฒนาการมาจากการกระตุ้นด้วยความกลัว ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง นั่นคือ การรวมปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ในภาพรวมของบุคคล ซึ่งการรับรู้นี้เป็นตัวเชื่อมโยงที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม (จุฬารักษ์ โสตะ, 2554)

การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม พบว่าประสิทธิผลในการส่งเสริมการรับรู้และความเชื่อมั่นของผู้สูงอายุในการป้องกันการพลัดตกหกล้มได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (วิลาวลัย เอี่ยมสะอาด และกรรณิการ์ พินิจ, 2566; นัทธินี บุญช่วย และสมคิด ปราบภัย, 2564) สามารถนำมาใช้ในมาตรการป้องกันการหกล้มได้ โดยการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม (Mei Fong Ong et al., 2023) และยังทำนายพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุได้ (Taheri-Kharamah et al., 2022) จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมนั้นต้องอาศัยความเชื่อและความรู้ การรับรู้ด้านในต่าง ๆ ได้แก่ โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของผลกระทบ ผลลัพธ์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ

ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งการได้รับความรู้และการกระตุ้นเตือนความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตัวอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติและดูแลตนเองจากการพลัดตกหกล้มอย่างถูกต้อง และส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในทิศทางที่ดีขึ้น ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินการกิจกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสำเร็จและเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมาประยุกต์ใช้เพื่อวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัยเพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมต่อไปในการวิจัยระยะที่ 2

แนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม

แนวคิดทฤษฎีเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) จะขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลผู้ซึ่งมีความสำคัญและมีอำนาจเหนือกว่าตัวเราตลอดเวลา แรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญสิ่งต่อพฤติกรรมอนามัยของคน แรงสนับสนุนทางสังคมอาจนิยามได้ว่าเป็นเครือข่ายความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ให้ความเป็นเพื่อน (Companionship) การช่วยเหลือ (Assistance) และการหล่อเลี้ยงทางอารมณ์ (Emotional nourishment) ในที่นี้หมายถึง การมีสุขภาพดีนั้น แรงสนับสนุนทางสังคม อาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ ญาติ เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่การเกษตร ผู้นำชุมชน เพื่อนเกษตรกร หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (House, 1981)

แรงสนับสนุนทางสังคมแบ่งเป็น 4 ประเภทใหญ่ ๆ ได้แก่

1. แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิต ตั้งแต่การแสดงความเห็นอกเห็นใจ ความรัก ความไว้วางใจ และความเอื้ออาทร
2. แรงสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (Instrumental support) เป็นการให้การช่วยเหลือโดยตรงแก่ผู้ที่ขาดสนใจเป็นด้วยสิ่งของหรือบริการที่จำเป็นต้องได้ อาจกระทำโดยเพื่อน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้าน
3. แรงสนับสนุนด้านข้อมูล (Information support) เป็นการให้คำแนะนำ ชี้แนะข้อมูล เพื่อให้บุคคลนั้น ๆ สามารถนำไปใช้ในการจัดการปัญหา
4. แรงสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการประเมินตนเองของบุคคล อาจอยู่ในรูปของการให้ข้อมูลป้อนกลับในทางเสริมสร้างการเห็นพ้องหรือการรับรองผลการปฏิบัติและการเปรียบเทียบทางสังคม (ประกาย จิโรจน์กุล, 2556, น. 85)

House (1981) แบ่งแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม ได้ 2 แหล่ง คือ

1. แหล่งสนับสนุนที่คุ้นเคยกัน

2. แหล่งสนับสนุนที่เป็นทางการ (Formal source) ได้แก่ เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพหรือวิชาชีพ และกลุ่มช่วยเหลือตนเองโดยจะเน้นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เป็นทางการ ซึ่งได้ให้เหตุผลว่า แหล่งดังกล่าวนี้เป็นแหล่งที่คนทั่วไปนิยมระบุว่าเป็นผู้ให้การสนับสนุนและเป็นแหล่งที่ช่วยป้องกันบุคคลได้ดีที่สุดและมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน ซึ่งถ้าแหล่งดังกล่าวมีประสิทธิภาพ บุคคลจะไม่ต้องขอความช่วยเหลือจากแหล่งที่เป็นทางการและแหล่งสนับสนุนที่ไม่เป็นทางการจะมีประสิทธิภาพมากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ และสามารถลดผลกระทบจากการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุได้

ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับกว้าง (Macro level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วมหรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์หรือสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจและการดำเนินวิถีชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม เช่น การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม ชุมชนที่เขาอาศัยอยู่

2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo level) เป็นการมองที่โครงสร้างและหน้าที่ของเครือข่ายสังคมด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคลใกล้ชิดในสังคมเสมือนญาติสนิทของการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การชี้แนะ การช่วยเหลือด้านวัสดุ สิ่งของ การสนับสนุนทางอารมณ์ ความเป็นมิตร ชมเชย ยกย่อง และการให้เกียรติ

3. ระดับแคบหรือระดับลึก (Micro level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อกันว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์มากในเชิงปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์หรือโครงสร้างของเครือข่าย ในการสนับสนุนในระดับนี้ได้แก่ สามี ภรรยาและสมาชิกในครอบครัว พ่อแม่ สามีหรือภรรยา บุตร ซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์การสนับสนุนทางจิตใจ การแสดงความรักและห่วงใย (Gottlieb, 1983)

หลักการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย

1. การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้ และผู้รับแรงสนับสนุน

2. การติดต่อสื่อสารนั้น จะต้องประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลข่าวสารที่ผู้รับมีความเชื่อว่า มีความสนใจ ใส่ใจ ความรัก และความหวังดี

2.2 ข้อมูลข่าวสารที่ผู้รับรู้สึกว่าคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม

2.3 ข้อมูลข่าวสารที่ผู้รับเชื่อว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและสามารถทำประโยชน์ให้แก่

สังคมได้

3. ปัจจัยนำของแรงสนับสนุนอาจอยู่ในรูปข้อมูลข่าวสาร วัสดุหรือสิ่งของหรือจิตใจ

4. ต้องช่วยให้ผู้รับได้รับบรรลุความสำเร็จถึงจุดมุ่งหมายที่เขาต้องการ คือการมีสุขภาพอนามัยที่ดีทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต

House (1981) ให้ความหมายว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วยความรักใคร่ห่วงใย ความไว้วางใจ การให้ข้อมูลข่าวสาร ความช่วยเหลือด้านการเงิน แรงงาน สิ่งของ ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง

จุฬารณย์ โสตะ (2554) ได้ให้ความหมายว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและเครือข่ายสังคมแล้วได้รับความช่วยเหลือ ทั้งด้านอารมณ์ ความห่วงใย การประเมินตัดสิน ข้อมูลข่าวสารหรือความที่จำเป็น และวัสดุสิ่งของ เงินทอง หรือแรงงานและช่วยให้บุคคลมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้

อานนทพร มุกตาม่วง (2556) ให้ความหมายว่า แรงสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลมีความสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมและได้รับความช่วยเหลือทางด้านข่าวสารข้อมูลที่เป็นประโยชน์ทางด้านเงินทอง วัสดุสิ่งของ และแรงงาน ได้รับการสนับสนุนทางด้านสภาพจิตใจ ความรู้สึกและอารมณ์จากผู้ให้การสนับสนุน อาจจะเป็นบุคคลหรือกลุ่ม ที่มีผลทำให้ผู้รับปฏิบัติไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการให้เป็น

สรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแรงสนับสนุนและแรงเสริมที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล โดยเป็นการให้ความช่วยเหลือบุคคลที่อยู่ในภาวะวิกฤติจากบุคคลอื่นและเครือข่ายทางสังคม ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าได้ได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การได้รับข้อมูลข่าวสารหรือความรู้ที่จำเป็น วัสดุสิ่งของ เงินทอง และแรงงานจากบุคคลที่อยู่รอบข้าง ชุมชน หน่วยงานต่าง ๆ เช่น สำนักงานสาธารณสุข สำนักงานเกษตรอำเภอ เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล และผู้ที่อยู่ใกล้ชิดมากที่สุด คือ ครอบครัว เพื่อเป็นแรงเสริมและแรงกระตุ้นให้บุคคลนั้นสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้ ส่งผลให้บุคคลนั้น ๆ ปฏิบัติพฤติกรรมที่ทำให้ตนเองมีสุขภาพอนามัยและความเป็นอยู่ที่ดี ปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุอีกด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อพฤติกรรมป้องกัน การพลัดตกหกล้ม (โสภิตตา แสนวาและคณะ, 2565) และรูปแบบการสนับสนุนทางสังคมใน ระดับครอบครัว ระดับชุมชน และระดับเครือข่าย มีความสัมพันธ์กันและเกี่ยวโยงกับการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ (ภคพันธ์ ศาลาทอง และระวีวรรณ ธรณี, 2565) รวมไปถึงได้รับการปรับปรุงที่อยู่อาศัย การให้การช่วยเหลือและแนะนำการปฏิบัติตัว การแนะนำการออกกำลังกาย การให้รางวัลหรือยกย่องผู้สูงอายุที่ปฏิบัติตัวเป็นตัวอย่าง (ภัสสร บุญกรับพวง และคณะ, 2565; บุญณดา โสพัฒน์, 2566) จากแนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแรงเสริมให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยได้รับความช่วยเหลือจากทางสังคม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุน

ทางด้านอารมณ์ เช่น การให้กำลังใจ การชมเชย การกระตุ้นเตือน การได้รับแรงสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของ แรงงาน การได้รับแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และการได้รับแรงสนับสนุนด้านการประเมิน เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ เป็นการเพิ่มขีดความสามารถในการแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) มาประยุกต์ใช้เพื่อวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัยเพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมต่อไปในการวิจัยระยะที่ 2

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

นันทา เขตเจริญ (2563) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภู ผลการวิจัยพบว่า หลังดำเนินการ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มโดยรวมมากกว่าก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับพฤติกรรมระหว่างก่อนและหลังการปฏิบัติออกกำลังกาย พบว่า ท่าเหยียดขา ท่าเขย่งฝ่าเท้า และท่างอเข่า ร้อยละ 48.2, 40.2 และ 38.5 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย รายได้ต่อเดือน พื้นที่เหลือเคี้ยวได้ และจำนวนสมาชิกในบ้าน ลักษณะการหกล้ม การออกกำลังกายสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย และระดับความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนมี 10 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ ($r = 0.811$, $P < 0.001$) การทรงตัว ($r = 0.794$, $P < 0.001$) สภาพร่างกายทั่วไป ($r = 0.789$, $p < 0.001$) การพูด ($r = 0.719$, $p < 0.001$) ความสามารถควบคุมการขับถ่าย ($r = 0.647$, $p < 0.001$) การได้ยิน ($r = 0.645$, $p < 0.001$) การมองเห็น ($r = 0.631$, $p < 0.001$) ประวัติหกล้ม ($r = 0.576$, $p < 0.001$) ภาวะโรคเรื้อรัง ($r = 0.517$, $p < 0.001$) และลักษณะที่อยู่อาศัย ($r = 0.398$, $p < 0.001$) ตามลำดับ

อุบลทิพย์ ไชยแสง และคณะ (2564) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุและแนวทางในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา พบว่า ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้สูงอายุของผู้สูงอายุเทศบาลนครยะลาโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.55$, $SD = 0.32$) โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ สามารถจัดการสภาพแวดล้อมภายใน และภายนอกบ้าน ที่ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการหกล้ม ($\bar{X} = 2.68$, $SD = 0.59$) และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุของผู้สูงอายุเทศบาลนครยะลาโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.35$, $SD = 0.41$) โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การเลือก

สวมเสื้อผ้าที่มีขนาดพอดีตัว ไม่หลวม หรือยาวจนเกินไป ($\bar{X} = 2.54$, $SD = 0.65$) ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.61$ 1) และแนวทางในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลาสามารถป้องกันการหกล้มได้ด้วยตนเองแต่จะต้องมีการระมัดระวังตนเองเพิ่มขึ้นและปรับสภาพที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม รวมถึงการได้รับการดูแลจากองค์กรที่เกี่ยวข้องในการตรวจรักษาและประเมินเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยง รวมถึงการให้คำแนะนำส่งเสริมให้ความรู้ในการป้องกันการหกล้มตามบริบทของพื้นที่และวัฒนธรรมของท้องถิ่นของผู้สูงอายุ

ดวงรัตน์ อัครนาน และคณะ (2564) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุไทยในชุมชน อำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ปัจจัยชีวสังคมผู้สูงอายุ ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ($r = 0.204$, $p\text{-value} < 0.001$) การรับรู้ความรุนแรงของการพลัดตกหกล้ม ($r = 0.122$, $p\text{-value} = 0.001$) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ($r = 0.176$, $p\text{-value} < 0.001$) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ($r = 0.179$, $p\text{-value} < 0.001$) และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ($r = 0.168$, $p\text{-value} = 0.001$) ปัจจัยชีวสังคมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุไทยในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.215$, $p < 0.001$) โดยทุกรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำมาก ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ($r = 0.204$, $p < 0.001$) การรับรู้ความรุนแรงของการพลัดตกหกล้ม ($r = 0.122$, $p = 0.001$) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ($r = 0.176$, $p < 0.001$) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ($r = 0.179$, $p < 0.001$) และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ($r = 0.168$, $p = 0.001$) จากการวิจัยครั้งนี้ ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มทุกรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวก แต่พบว่าอยู่ในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุไทยในชุมชน ซึ่งอาจเป็นอิทธิพลของปัจจัยด้านชีวสังคมที่มีความแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มช่วงวัยของผู้สูงอายุ

ณัฐชยา พวงทอง (2564) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 89.7 มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 53.32$, $SD = 4.20$) โดย ผู้สูงอายุ 70-79 ปี ($OR_{adj} = 115.9$, 95% CI :1.50-23.40) ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพ ($OR_{adj} = 3.14$, 95% CI :1.15-8.62) การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มระดับสูง ($OR_{adj} = 6.40$, 95% CI :2.10-19.63) การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรม

ป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุระดับต่ำ ($OR_{adj} = 11.27$, 95% CI :1.18-107.89) การได้รับข้อมูลข่าวสารระดับมาก ($OR_{adj} = 65.31$, 95% CI: 2.06-13.71) และสภาพความปลอดภัยของที่อยู่อาศัย ทั้งสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกกระตักน้อย ($OR_{adj} = 60.62$, 95% CI :12.21-300.94) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

มูทิตา มุสิกการยกุล และสุจิตรา สุคนธทรัพย์ (2565) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า พฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.2$, $SD = 0.80$) ปัจจัยเอื้อ คือ สิ่งอำนวยความสะดวก สิ่งแวดล้อมในบ้านและลักษณะพื้นผิวในบ้านมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในระดับต่ำ ($r = 0.163$) ปัจจัยเสริม คือ การได้รับความกำลังใจและการกระตุ้นเตือนจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในระดับปานกลาง ($r = 0.477$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับต่ำกว่า 0.05

วิไลลักษณ์ วงศ์เจริญ และคณะ (2565) ได้ทำการศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงต่อการหกล้ม และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคกระดูกพรุน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโรคกระดูกพรุนมีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 68.86 \pm 12.00$) และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับสูงเช่นกัน ($\bar{X} = 92.52 \pm 10.11$) โดยพบว่า การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.31$, $p < 0.001$) และระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .13$, $p < .05$; $r = .11$, $p < .05$ ตามลำดับ) ผลการวิจัยนี้จะเป็นข้อมูลสำหรับพยาบาลในการวางแผนส่งเสริมการรับรู้ความเสี่ยงและการปฏิบัติพฤติกรรมสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งส่งเสริมครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคกระดูกพรุน

สุภัทสร บุญกรับพวง และคณะ (2565) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ อยู่ในระดับสูง โดยด้านปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการหกล้ม และการรับรู้ประโยชน์ ด้านปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการเข้าถึงสถานบริการทางสุขภาพ และด้านปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากสังคมในด้านปรับปรุงที่อยู่อาศัย การให้การช่วยเหลือและแนะนำ การปฏิบัติตัว การแนะนำการออกกำลังกาย การให้รางวัลหรือยกย่องผู้สูงอายุที่ปฏิบัติตัวเป็นตัวอย่าง โดยทั้ง 3 ปัจจัยนี้ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง

จังหวัดอุดรดิตถ์ พบว่าปัจจัยนำเข้าร้อยละ 29 ปัจจัยเอื้อร้อยละ 27 ปัจจัยเสริมร้อยละ 28 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คุณณภัตน์ ขาวหิต และคณะ (2566) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการมีผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท

ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้ม

กุมลัพร ตรีสอน (2563) ได้ทำการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหกล้มของผู้สูงอายุชุมชนบ้านท่าม่วง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหกล้มของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงด้านชีวภาพ พบว่าภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ การมองเห็น การใช้อุปกรณ์ช่วยเดินและการเคลื่อนที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .05$) และอาการไม่สุขสบายใจ หดหู่ เหงา เปลาเปลี่ยว มีความสัมพันธ์ต่อภาวะหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} = .01$) ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าการมีเด็กเล็กอยู่ในบ้านลักษณะห้องน้ำมีลักษณะเปียก/ลื่นตลอดเวลา มีความสัมพันธ์ต่อภาวะหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .05$) และประตูบ้านมีลักษณะเลื่อน/ตึงเปิดปิด และมีสัตว์เลี้ยง (สุนัข/แมว) มีความสัมพันธ์ต่อภาวะหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.01$) ปัจจัยเสี่ยงด้านเศรษฐกิจและสังคมและปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม ไม่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ

อรรวรรณ เจือจารย์ (2565) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ อำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มของผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุวัยกลางและวัยสุดท้ายมีโอกาสเกิดการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุวัยต้น 4.618 เท่า มีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR_{adj} = 4.618, p = 0.007$) ผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์และมากกว่าเกณฑ์มีโอกาสเกิดการหกล้ม มากกว่าผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายปกติ 5.914 เท่า มีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR_{adj} = 5.914, p < 0.001$) ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านการทรงตัวมีโอกาสเกิดการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาทางด้านการทรงตัว 7.102 เท่า มีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR_{adj} = 7.102, p = 0.005$) การมองเห็นไม่ชัดเจนมีโอกาสเกิดการหกล้มในผู้สูงอายุมากกว่าการมองเห็นชัดเจน 5.066 เท่า มีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR_{adj} = 5.066, p = 0.017$) สุขภาพไม่ดีมีโอกาสเกิดการหกล้มในผู้สูงอายุมากกว่าภาวะสุขภาพดี 5.712 เท่า มีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR_{adj} = 5.712, p = 0.003$) บ้านที่ไม่มีราวบันไดมีโอกาสเกิดการหกล้มในผู้สูงอายุ มากกว่าบ้านที่มีราวบันได 0.022 เท่า มีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR_{adj} = 5.712, p < 0.001$) การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุควรเน้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุมาก มีปัญหาการทรงตัว ปัญหาการมองเห็น ดัชนีมวลกาย ภาวะสุขภาพและการมีราวบันได

ศิริวรรณ เชาวโน,พรชัย ขุนคงมี (2565) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้มของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบคลินิกหมอครอบครัวตากสิน อำเภอเมือง จังหวัดตาก ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะเสี่ยงหกล้ม ร้อยละ 31.78 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงหกล้ม พบว่า เพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่าเพศชาย 2.31 เท่า (95%CI = 1.38-3.94) ผู้สูงอายุที่จบประถมศึกษาหรือต่ำกว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่จบการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา 2.76 เท่า (95%CI = 1.73-4.41) ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว 3.97 เท่า (95%CI = 1.90-8.28) ผู้สูงอายุที่รับประทานยาเป็นประจำมีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับประทานยาเป็นประจำ 2.73 เท่า (95%CI = 1.57-4.75) ผู้สูงอายุที่มีปัญหาภาวะสุขภาพ มีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาภาวะสุขภาพถึง 6.29 เท่า (95%CI = 3.61-10.96) การมีอุปกรณ์ช่วยเดินมีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่าการที่ไม่มีอุปกรณ์ช่วยเดิน 5.55 เท่า (95%CI = 2.95-10.43) และผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านที่บริเวณบันไดมีลักษณะเสี่ยงจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านที่บริเวณบันไดไม่มีลักษณะเสี่ยง 5.71 เท่า (95%CI = 1.71-19.01) ดังนั้นควรให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในบ้านที่ละส่วนเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความเคยชินกับสภาพแวดล้อม ลดโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มต่อไป

วนิดา ราชมณี (2565) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 6 ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้ม ของผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เกินเกณฑ์, อ้วน, อ้วนมาก มีโอกาสเสี่ยงหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ปกติ 1.8 เท่า (OR = 1.8, 95%CI = 1.1-3.0) ผู้สูงอายุที่มีการใช้ยานอนหลับ ยาแก้ปวดประสาท ยาลดความดันโลหิตสูง เป็นประจำมีโอกาสเสี่ยงหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ใช้ยา 1.6 เท่า (OR = 1.6, 95%CI = 1.1-2.4) ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการทรงตัว การเคลื่อนไหว การเดิน มีโอกาสเสี่ยงหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหา 2.9 เท่า (OR = 2.9, 95%CI = 1.8-4.7) ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการได้ยิน มีโอกาสเสี่ยงหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหา 1.7 เท่า (OR = 1.7, 95%CI = 1.0-3.0) และผู้สูงอายุที่มีสิ่งแวดล้อมบริเวณรอบบ้านมีทางลาดชัน มีโอกาสเสี่ยงหกล้มมากกว่าสิ่งแวดล้อมบริเวณรอบบ้านไม่มีทางลาดชัน 2.8 เท่า (OR = 2.8, 95%CI = 1.1-7.4) ดังนั้นการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนหาแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้ม จึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อลดอัตราการเกิดการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุได้

รัฐพล ศิลปะรัศมี (2566) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงจากการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดปทุมธานีผลการวิจัย พบว่า อายุและภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มมีความสัมพันธ์กับการหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < .001$) สำหรับตัวแปรสภาวะสุขภาพในชุมชน สุขภาพทางกาย สุขภาพทางใจ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมเสี่ยง สภาวะแวดล้อมที่อยู่อาศัย เพศอาชีพ รายได้ โรคเรื้อรัง และค่าดัชนีมวลกาย พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มของผู้สูงอายุ

สุภารัตน์ วัฒนา (2567) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันตังใต้ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง พบว่า เพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหกล้มมากกว่าเพศชาย 6.36 เท่า ($95\% \text{CI} = 2.57\text{-}15.74$) ผู้สูงอายุที่เป็นหม้ายมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหกล้มมากกว่าที่มีคู่ 11.44 เท่า ($95\% \text{CI} = 2.59\text{-}50.53$) ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ศึกษามีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหกล้มมากกว่าจบการศึกษาประถมศึกษา 9.00 เท่า ($95\% \text{CI} = 1.16\text{-}69.88$) ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานและอาชีพแม่บ้านมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหกล้มมากกว่าที่มีอาชีพข้าราชการ/ บำนาญ/ รัฐวิสาหกิจ 1.47 เท่า ($95\% \text{CI} = 0.15\text{-}14.89$) ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มในรอบปีที่ผ่านมาโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหกล้มมากกว่าที่ไม่เคยหกล้ม 10.92 เท่า ($95\% \text{CI} = 1.42\text{-}84.24$) และผู้สูงอายุที่นอนฟูกหรือที่นอนวางกับพื้นมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหกล้มมากกว่าที่นอนบนเตียงนอน 2.26 เท่า ($95\% \text{CI} = 1.04\text{-}4.89$)

ราพิง จรัสสุริยสกุล (2567) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลห้วยแย้ อำเภอนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ความชุกของการหกล้มในผู้สูงอายุ ร้อยละ 35.0 ($95\% \text{CI}: 29.4, 41.0$) ส่วนใหญ่หกล้มเป็นครั้งแรก (ร้อยละ 79.2) และเกินกว่ากึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 52.1) เกิดจากเดินสะดุดเอง ปรากฏการณ์เหล่านี้เกิดในบ้านเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.7) จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการหกล้ม พบว่า การมีปัญหาในการเดิน ($\text{OR}(\text{Adjusted}) = 2.85$; $95\% \text{CI}: 1.48, 5.47$) ผู้ที่มีความจำบกพร่อง ($\text{OR}(\text{Adjusted}) = 1.91$; $95\% \text{CI}: 1.001, 3.65$) และการใส่รองเท้าไม่เหมาะสม ($\text{OR}(\text{Adjusted}) = 3.44$; $95\% \text{CI}: 1.21, 9.80$) เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ ขณะที่ การมองเห็นไม่ชัดเจน ($\text{OR}(\text{Adjusted}) = 0.54$; $95\% \text{CI}: 0.27, 1.09$) และการไม่มีราวเกาะในห้องน้ำ ($\text{OR}(\text{Adjusted}) = 0.15$; $95\% \text{CI}: 0.03, 0.71$) รวมถึงการใช้พรมลื่นที่ไม่ยึดติดกับพื้น ($\text{OR}(\text{Adjusted}) = 0.16$; $95\% \text{CI}: 0.06, 0.41$) หรือยางเกาะกันลื่น ($\text{OR}(\text{Adjusted}) = 0.05$; $95\% \text{CI}: 0.004, 0.58$) กลับเป็นการเพิ่มความระมัดระวังต่อความเสี่ยงดังกล่าว

Lee (2020) ได้ทำการศึกษาการพลัดตกหกล้มที่เกี่ยวข้องอันตรายในสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยชุมชนระหว่างเพศชายและเพศหญิง จากการศึกษาพบว่า เพศหญิงมีความชุกการหกล้มภายในบ้านมากกว่าเพศชาย ($\text{OR} = 1.37$, $95\% \text{CI}: 1.04\text{-}1.79$) ในขณะที่เพศมีการหกล้มภายนอกบ้านมากกว่าเพศหญิง ($\text{OR} = 1.34$, $95\% \text{CI}: 1.02\text{-}1.75$) ความสัมพันธ์ของ

การหกล้มภายนอกบ้านและเพศชายมีความเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่าเพศหญิง (OR = 0.65 95% CI :0.47-0.90)

Lee et al. (2021) ได้ศึกษาวิจัยปัจจัยของการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้ทำการศึกษแบบ nested case control เพื่อดูอุบัติการณ์ ปัจจัยเสี่ยงภายนอกและปัจจัยเสี่ยงภายในของการหกล้มในผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไป 12 แห่ง ในประเทศมาเลเซีย เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างจากผู้ป่วยที่มีประสบการณ์หกล้มและสัมภาษณ์ข้อมูลเพิ่มเติมจากพยาบาลและผู้ดูแลจำนวน 10 ราย ผลการวิจัยพบว่าอุบัติการณ์ของการหกล้มหรือเกือบจะหกล้ม 1 ต่อ 1000 วันของผู้ป่วย (95% CI: 0.9, 1.1) พบปัจจัยเสี่ยงภายในที่สำคัญ คือผู้ป่วยที่ไม่ได้มาที่บ้านพักคนชราหรือไม่ได้รับการดูแลจากผู้ช่วยดูแลมาก่อนเข้ารับการรักษา มีประวัติการหกล้มมาก่อน ไม่ว่าจะเป็นในบ้านหรือโรงพยาบาล OR = 2.47; 95% CI: 1.09, 5.63; P = 0.034) มีการวินิจฉัยทางคลินิกตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป (OR = 4.00; 95% CI: 1.30, 12.30; p = 0.021) มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว (OR = 2.47; 95% CI: 1.28, 4.77; p = 0.012) และปัจจัยภายนอกที่สำคัญคือ ไม่มีราวจับห้องน้ำ (OR = 0.54; 95%CI: 0.33, 0.89; p = 0.021) กริ่งเรียก สวิตช์ไฟฉุกเฉิน (OR = 2.13; 95% CI: 1.08, 4.23; p = 0.034) หรืออุปกรณ์ช่วยเดินที่ไม่สามารถเอื้อมถึงได้ รวมทั้งไม่มีอุปกรณ์ช่วยเดินหรือเก้าอี้ที่ไม่แข็งแรง (OR = 1.94; 95% CI: 1.17, 3.22; p = 0.016)

Kim & Kim (2022) ได้ศึกษาการเปรียบเทียบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการหกล้มซ้ำในผู้สูงอายุตอนต้นและผู้สูงอายุตอนปลาย เป็นการศึกษาภาคตัดขวางในประเทศเกาหลีใต้ ผลการศึกษาพบว่าในผู้สูงอายุตอนต้น มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (OR = 2.25, 95% CI:1.44-3.54, p<0.001) ปัญหาในการมองเห็น (OR = 1.56, 95% CI:1.18-20.7, p = 0.002) การรับรู้ (OR = 0.93, 95% CI: 0.90-0.97, p<0.001) ความคิดฆ่าตัวตาย (OR = 1.69, 95% CI:1.17-2.45, p = 0.005) จำนวนโรคเรื้อรัง (OR = 1.22, 95% CI:1.13-1.32, p<0.001) และจำนวนการรับประทานยา (OR = 1.06, 95% CI:1.02-1.11, p = 0.006) มีผลต่อการเกิดการหกล้มซ้ำ สำหรับผู้สูงอายุตอนปลาย การมีคู่สมรส (OR = 0.76, 95% CI:0.59-0.98, p = 0.034) เป็นผู้รับผลประโยชน์จากระบบหลักประกันการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐานของประเทศ (OR = 1.53, 95% CI:1.05-2.20, p = 0.025) ออกกำลังกายน้อย (OR = 0.68, 95% CI:0.53-0.88, p = 0.003) มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (OR = 1.98, 95% CI:1.46-2.69, bp<0.001) ปัญหาในการมองเห็น (OR = 1.54, 95% CI:1.17-2.02, p = 0.002) ความคิดฆ่าตัวตาย (OR = 1.63, 95% CI:1.10-2.43, p = 0.015) จำนวนโรคเรื้อรัง (OR = 1.18, 95% CI:1.11-1.26, p<0.001) และเป็นโรคพาร์กินสัน (OR = 3.53, 95% CI:1.83-6.79, p<0.001) มีผลต่อการเกิดการหกล้มซ้ำ งานวิจัยนี้มีได้ชี้ให้เห็นความแตกต่างของปัจจัยที่ทำให้เกิดการหกล้มซ้ำระหว่างผู้สูงอายุตอนต้นและตอนปลาย และได้

ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในจัดโปรแกรมในการป้องกันการหกล้มซ้ำในผู้สูงอายุ โดยพิจารณาความเสี่ยงของการหกล้มซ้ำในผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม

Tang et al. (2022) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการหกล้มในผู้สูงอายุและจำนวนโรคเรื้อรังและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพตามข้อมูลพื้นฐาน CHARLS 2018 ผลการวิจัยพบว่าจำนวนโรคและพฤติกรรมสุขภาพใน 4 มิติ ได้แก่ การนอนหลับ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และการทำกิจกรรมมีความสัมพันธ์ต่อการหกล้มในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ สถานะสุขภาพมีความสำคัญต่อจำนวนโรคเรื้อรัง การนอนหลับ และทำกิจกรรม มีความสัมพันธ์ต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ นอกจากนี้การเปรียบเทียบผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการดูแล และปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มในผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลเกี่ยวจำนวนโรคเรื้อรังและการนอนหลับ ขณะที่ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการดูแลเกี่ยวโรคเรื้อรังและหลายปัจจัย เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการทำกิจกรรม การหกล้มมีความเกี่ยวข้องกับจำนวนโรคเรื้อรัง และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่ความเสี่ยงหรือปัจจัยป้องกันของการหกล้มแตกต่างกัน ไม่ว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล ดังนั้น เป้าหมายของการกำหนดกิจกรรมแทรกแซงสามารถทำให้ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออาการหกล้มในผู้สูงอายุที่แตกต่างกันตามสถานการณ์

Jin et al. (2022) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับความเสี่ยงในการล้มสูงขึ้นในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่กับโรคหลอดเลือดในสมอง ผลการศึกษาพบว่า ความเสื่อมของเส้นเลือดฝอยมีผลต่อการการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.005$) นอกจากนี้ กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมีอายุเฉลี่ยที่มากขึ้น ($p < 0.05$) และอัตราการกรองลดลงของไต (eGFR) , ผลรวมของไตรกลีเซอไรด์ ขณะที่ภาวะที่มีการขับอัลบูมินเพิ่มขึ้น , magnesium, lipoprotein A, antithyroid peroxidase antibody อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) อย่างไรก็ตามเวลาที่อยู่ในช่วงเปรียบเทียบได้ ($p > 0.05$) การศึกษาความสัมพันธ์พบว่าการประเมินการพลัดตกหกล้มมีคะแนนสูงเกี่ยวกับอายุ ($r = 0.41$) ความเสื่อมของเส้นเลือดฝอย ($r = 0.18$) คะแนนโภชนาการ ($r = 0.20$) คะแนนการดูแลตนเอง ($r = 0.43$) ระดับ creatine ในเลือด ($r = 0.19$) อัตราการกรองของไต (eGFR) ($r = -0.26$) ($p < 0.05$) ผลรวมของจำนวนความเสื่อมของเส้นเลือดฝอยมีผลต่ออายุ ($r = 0.36$) อัตราการกรองลดลงของไต (eGFR) ($r = -0.40$) สารโฮโมซิสเทอีน (homocysteine) ($r = 0.33$) ($p < 0.05$) สรุปได้ว่า อายุ โภชนาการ ความสามารถในการดูแลตนเอง และการทำงานของไต เป็นปัจจัยสำคัญทั้งหมดที่เกี่ยวกับความเสี่ยงหกล้มในโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับโรคหลอดเลือดสมอง อายุ อัตราการกรองของไต (eGFR) และสารโฮโมซิสเทอีน (homocysteine) เกี่ยวข้องมากกับกับโรคหลอดเลือดสมอง แนะนำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประเมินความผิดปกติของไต, ระดับสารโฮโมซิสเทอีน (homocysteine) ในผู้สูงอายุ สามารถพยากรณ์โรคหลอดเลือดในสมองและการหกล้มได้

Liu & Hu (2022) ได้ทำการศึกษาผลกระทบของสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมและความเสี่ยงต่อสุขภาพต่อความไม่เท่าเทียมกันในการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นความไม่เท่าเทียมระหว่างกลุ่มอย่างชัดเจนในความเสี่ยงการหกล้มของผู้สูงอายุ ซึ่งหัวใจสำคัญคือผลกระทบของสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่อสุขภาพ ทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพและส่งผลกระทบต่อความไม่เท่าเทียมในการหกล้ม กิจกรรมในชีวิตประจำวันและอัตราความปวดของกลุ่มรายได้สูงอยู่ที่ร้อยละ 61.16 และร้อยละ 28.69 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับกลุ่มรายได้ต่ำ การประเมินการมองเห็นและการได้ยินที่ดีสูงกว่า 3.6833 และ 3.8572 เท่า ตามลำดับ เมื่อเทียบกับกลุ่มรายได้ต่ำ สถานะไม่เป็นซึมเศร้าสูงกว่า 38.4638 เท่าของกลุ่มรายได้ต่ำ ผลกระทบเชิงเส้นทางยีนยับยันทบาบทัวกลางของภาวะช็อกทางสุขภาพ ดังนั้น การศึกษานี้สรุปว่าสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมมีผลกระทบสำคัญต่อความเสี่ยงการหกล้มของผู้สูงอายุ และผลกระทบนี้ส่วนใหญ่มาจากภาวะทางสุขภาพ

Songthap et al. (2023) ได้ทำการศึกษาการสำรวจปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมภายในบ้านที่ส่งผลกระทบต่อการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในภาคเหนือของประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ เพศหญิง ($OR_{adj} = 3.53$, 95% CI :1.20-8.34, $p > 0.001$) อายุ 80 ปีขึ้นไป ($OR_{adj} = 7.09$, 95% CI :2.97-16.90, $p > 0.001$) แสงสว่างบริเวณบันได ห้องน้ำ และประตูไม่เพียงพอ ($OR_{adj} = 5.40$, 95% CI :1.56-18.96, $p = 0.001$) มีสิ่งของขวางทางเดิน ($OR_{adj} = 4.59$, 95% CI :1.41-14.90, $p > 0.011$) และมีพื้นที่ต่างระดับทั้งในและนอกบ้าน ($OR_{adj} = 3.77$, 95% CI :1.31-10.82, $p > 0.014$)

Maruszezwska et al. (2025) ได้ทำการศึกษาปัจจัยเสี่ยงและตัวกำหนดทางเศรษฐกิจและสังคมของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่าพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างอายุของผู้เข้าร่วมการวิจัย ระดับการศึกษา ($p = 0.00015$) และประเภทของงานที่เคยทำมาก่อน ($p = 0.00039$) กับความถี่ของการพลัดตกหกล้ม ความถี่ของการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยพบมากในผู้ที่มีการศึกษาน้อยและผู้ที่เคยทำงานที่ใช้แรงงานทางกายมาก่อน นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างสถานภาพสมรส ($p = 0.00039$) สถานภาพทางการเงิน ($p = 0.004$) และจำนวนสมาชิกในครัวเรือน ($p = 0.002$) กับความถี่ของการหกล้ม โดยผู้ที่เป็นหม้ายและผู้ที่มีฐานะทางการเงินแย่จะมีการพลัดตกหกล้มบ่อยกว่า ผู้ที่อาศัยอยู่ลำพัง และผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิกมากกว่าสองคนก็ประสบการพลัดตกหกล้มบ่อยเช่นกัน ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยด้านการศึกษาและข้อจำกัดทางการเงินอาจมีส่วนทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม จึงเน้นย้ำถึงความจำเป็นในการจัดทำโครงการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่มุ่งเป้าไปยังกลุ่มผู้สูงอายุที่เปราะบาง

ตาราง 1 แสดงการสรุปงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

ตัวแปรต้น (วิจัย)	งานวิจัย
ปัจจัยด้านชีวภาพ	
- เพศ	- นันทา เขตเจริญ (2563)
- อายุ	- กุมาลีพร ตรีสอน (2563)
- ดัชนีมวลกาย	- ดวงรัตน์ อัครนาน และคณะ (2564)
- สถานภาพ	- ญัฐชยา พวงทอง (2564)
- ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง	- อุบลทิพย์ ไชยแสง และคณะ (2564)
- การมองเห็น	- อรรรรณ เจือจารย์ (2565)
- การได้ยิน	- ศิริวรรณ เชาวโน และพรชัย ขุนคงมี (2565)
- การทรงตัว	- วนิตา ราชมี่ (2565)
- ความสามารถในการขยับถ่าย	- วิไลลักษณ์ วงศ์เจริญ และคณะ (2565)
- ประวัติการหกล้ม	- สุภัตสร บุญกรับพวง และคณะ (2565)
- ความบกพร่องในการรับรู้	- รัฐพล ศิลปะรัศมี (2566)
- ความกลัวการหกล้ม	- รำพึง จรัสสุริยสกุล (2567)
- ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงการป้องกัน	- Lee et al. (2021)
การพลัดตกหกล้ม	- Kim & Kim (2022)
	- Jin et al. (2022)
	- Lee (2020)
	- Catharine (2018)
	- ดุญณรัตน์ ขาวหิต และคณะ (2566)
ปัจจัยด้านพฤติกรรม	
- การใช้ยาหลายชนิด	- นันทา เขตเจริญ (2563)
- รองเท้าที่ไม่เหมาะสม	- กุมาลีพร ตรีสอน (2563)
- การสวมใส่เสื้อผ้า	- อุบลทิพย์ ไชยแสง และคณะ (2564)
- การนอนหลับ	- ศิริวรรณ เชาวโน และพรชัย ขุนคงมี (2565)
- การดื่มแอลกอฮอล์	- วนิตา ราชมี่ (2565)
- การออกกำลังกาย	- รำพึง จรัสสุริยสกุล (2567)
- กิจกรรมทางกาย	- Lee et al. (2021)
- การใช้อุปกรณ์เคลื่อนที่	- Kim & Kim (2022)
	- Tang et al. (2022)

ตาราง 1 (ต่อ)

ตัวแปรต้น (วิจัย)	งานวิจัย
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม	- นันทา เขตเจริญ (2563)
- สภาพบ้านที่อยู่อาศัย	- กุมาลีพร ตรีสอน (2563)
- พื้นดิน	- ญัฐชยา พวงทอง (2564)
- พื้นี่ต่างระดับ	- อรรวรรณ เจือจารย์ (2565)
- ราวจับ	- มุทิตา มุสิการยกุล และสุจิตรา สุนทรทรัพย์ (2565)
- ประตูบ้าน	- ศิริวรรณ เชาว์โน และพรชัย ขุนคงมี (2565)
- แสงสว่าง	- วนิดา ราชมณี (2565)
- ห้องน้ำ	- สุภารัตน์ วัฒนา (2567)
- การจัดวางของใช้ภายในบ้าน	- ราพีง จรัสสุริยสกุล (2567)
- ห้องนอน	- Lee et al. (2021)
- สัตว์เลี้ยง	- Songthap et al. (2023)
- พรมและผ้าเช็ดเท้า	- Lee (2020)
ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม	- นันทา เขตเจริญ (2563)
- ระดับการศึกษา	- ศิริวรรณ เชาว์โน และพรชัย ขุนคงมี (2565)
- รายได้	- วิไลลักษณ์ วงศ์เจริญ และคณะ (2565)
- การอาศัยกับสมาชิกในบ้าน	- สุกัสสร บุญกรับพวง และคณะ (2565)
- การมีข้อจำกัดทางด้านบริการสุขภาพ	- สุภารัตน์ วัฒนา (2567)
	- Maruszewska et al. (2025)
	- Liu & Hu (2022)
	- Kim & Kim (2022)
	- Tang et al. (2022)
	- Catharine et al. (2018)

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ ผู้วิจัยได้สรุปปัจจัยและสาเหตุที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจัยและสาเหตุที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ มีดังนี้ ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ประวัติการ

เจ็บป่วยเรื้อรัง การมองเห็น การได้ยิน การทรงตัว ความสามารถในการขับถ่าย ประวัติการหกล้ม ความกลัวการหกล้ม และความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ปัจจัยด้านพฤติกรรม ได้แก่ การใช้ยาหลายชนิด รองเท้าที่ไม่เหมาะสม การสวมใส่เสื้อผ้า การนอนหลับ การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย กิจกรรมทางกาย และการใช้อุปกรณ์เคลื่อนที่ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สภาพบ้านที่อยู่อาศัย พื้นลื่น พื้นต่างระดับ บันไดและราวบันได ประตูบ้านเลื่อน/ตึง แสงสว่างทางเดินภายในบ้าน ห้องน้ำภายในและภายนอกบ้าน การจัดวางของใช้ภายในบ้าน สิ่งกีดขวางห้องนอน มีเด็กเล็กในบ้านและสัตว์เลี้ยง และปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ จำนวนสมาชิกในบ้าน การมีข้อจำกัดทางด้านบริการสุขภาพ เพื่อนำมาพัฒนาเป็นตัวแปรอิสระในกรอบแนวคิดการวิจัยระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ (ภาพ 5)

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบและโปรแกรมการป้องกัน

การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

นางพิมล นิมิตรอนันต์ และคณะ (2563) ได้ทำการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมีรูปแบบขั้นตอนดังนี้ 1) การเตรียมความพร้อม ได้แก่ การทำความเข้าใจกับวิถีชีวิตชุมชน สถานการณ์ความเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยง 2) การประชุมเป็นการประชุม ระดมสมองสนทนา ถกแถลง ปรึกษาหารือและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของชาวบ้าน และผู้นำชุมชนเกี่ยวกับปัญหาการหกล้มของผู้สูงอายุมิเป้าหมายร่วมกันคือเพื่อให้ได้ฉันทามติมาตรการ/วิธีการป้องกันการหกล้มที่ดีและสอดคล้องกับวิถีชุมชน 3) การจัดการความเสี่ยงการหกล้มด้วย 2 วิธี ได้แก่ การจัดโครงการรณรงค์ในชุมชน ในรูปแบบการจัดนิทรรศการ การเรียนรู้แบบกลุ่มสาธิตและฝึกปฏิบัติ การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง วิธีป้องกัน การสำรวจความเสี่ยงของสภาพแวดล้อม และการออกกำลังกาย 4) การติดตามประเมินกระบวนการผ่านการประชุม ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการป้องกันการหกล้มแบบร่วมมือกันที่มีประสิทธิผลเกิดจากช่องทางการสื่อสารที่สำคัญผ่านเวทีประชุมและการถ่ายทอดข้อมูลผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้บรรยากาศที่เป็นมิตรและการทำงานเป็นทีมที่กระตือรือร้น ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์สถานการณ์และการสร้างวิสัยทัศน์ 2) การจัดการความเสี่ยงแบบพหุปัจจัย 3) การประเมินกระบวนการและรณรงค์อย่างต่อเนื่อง และ 4) การสรุปผล ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการทรงตัว ($\bar{X} = 17.36$, S.D. = 1.40) และพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ($\bar{X} = 3.35$, S.D. = 0.33) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

สิริภพ โตเสม และคณะ (2563) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติกิจกรรมทางกาย ความรุนแรงของอาการข้อเข่าเสื่อม และการทรงตัวในผู้ที่มีข้อเข่าเสื่อม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น ($\bar{X} = 65.44$, S.D. = 2.981) และมีความรุนแรงของอาการข้อเข่าเสื่อมลดลงมากกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X} = 95.97$, S.D. = 3.511) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ ถึงแม้ว่าการได้รับโปรแกรมกิจกรรมทางกายนั้นไม่สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการทรงตัวระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการทรงตัวที่เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองเมื่อระยะเวลาผ่านไป ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงว่าโปรแกรมการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสามารถเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติกิจกรรมทางกาย การทรงตัว และลดความรุนแรงของอาการข้อเข่าเสื่อม บุคลากรที่มีสุขภาพสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ที่ข้อเข่าเสื่อมอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดความรุนแรงและเพิ่มความสามารถในการทรงตัวเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มต่อไป

จุฑาทิพย์ รอดสูงเนิน (2564) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายที่มีผลต่อการทรงตัวและความกลัวการล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับการฝึกตามโปรแกรมมีค่าเฉลี่ย TUGT (OR = 0.72, 95% CI :0.36-1.08) ค่าเฉลี่ยเวลา SLST (OR = 4.53, 95% CI :2.17-6.88) ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและแตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ มีระดับความกลัวล้ม (FOF) ลดลงและสัดส่วนของจำนวนผู้สูงอายุที่ระดับความกลัวล้มดีขึ้น (OR = 29, 95% CI :9.0-49.1) ต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกฝนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < 0.008$ การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการฝึกตามโปรแกรมสามารถเพิ่มความแข็งแรงของร่างกาย พัฒนาการทรงตัวดีขึ้นและลดภาวะความกลัวการล้มในผู้สูงอายุได้

จริญญา ส่งเสริม (2564) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย การให้ความรู้ การออกกำลังกาย การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม และการรับประทานยา ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม ผู้สูงอายุในชุมชนมีความรู้และพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อัตราการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรม ($\bar{X} = 1.04$, S.D = 0.20) ภายใน 90 วัน ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับโปรแกรม ($\bar{X} = 1.20$, S.D = 0.41)

นพวรรณ ดวงจันทร์และคณะ (2565) ได้การรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในประเทศไทย จากการวิจัยพบว่า งานวิจัยโปรแกรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในประเทศไทยมุ่งที่ผลลัพธ์เรื่องความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในช่วงเวลาที่ศึกษามีจำนวน 10 เรื่อง เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research)

ที่เปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ลักษณะโปรแกรมในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุเป็นแบบผสมผสาน โดยกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การให้ความรู้ การออกกำลังกาย การติดตามเยี่ยมเพื่อจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านให้ปลอดภัย ส่วนผลลัพธ์ของโปรแกรมพบว่าสามารถปรับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นได้

ฟาอิส วาเลาะเต และคณะ (2565) ได้ทำการศึกษาการพัฒนาการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุโรงพยาบาลสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ มีค่าเฉลี่ยความเหมาะสมโดยรวมอยู่ระดับมากที่สุด ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ 1) การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม 2) การวางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม 3) การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม และ 4) การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ผลการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม 4 ด้าน ได้แก่ 1) การใช้เวลาน้อยที่สุด 2) เข้าใจได้ง่ายที่สุด 3) มีความสะดวกมากที่สุด และ 4) มีความชัดเจนและครอบคลุมขั้นตอนการนำไปใช้มากที่สุด

กิติมา เศรษฐ์บุญสร้าง และประเสริฐ ประสมรักษ์ (2566) ได้ทำการศึกษาผลของรูปแบบการป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยในผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเขาชะเมาเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา โดยมีโปรแกรมสหปัจจัย ดังนี้ 1) เสริมสร้างความรอบรู้ การป้องกันการหกล้ม 2) การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มรายบุคคล 3) การสะท้อนผลให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแล 4) การฝึกทักษะการป้องกันการหกล้ม (การออกกำลังกาย, การจัดสิ่งแวดล้อม, ปรับมุมมองผู้สูงอายุต่อความกลัวการหกล้ม ติดตามผลทางโทรศัพท์และนัดติดตามการเปลี่ยนแปลงทุก 2 เดือน) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคุณลักษณะทั่วไปใกล้เคียงกัน เมื่อทำการเปรียบเทียบผลก่อน-หลังภายในกลุ่มทดลอง พบว่า ความรอบรู้ด้านการป้องกันการหกล้มเพิ่มขึ้น ($\bar{X} = 12.22$, S.D = 4.62, 95% CI :11.12-13.31) ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการหกล้ม ($\bar{X} = 1.58$, S.D = 0.35, 95% CI :-1.67, -1.49) ความเสี่ยงต่อการหกล้มจากสหปัจจัย ($\bar{X} = 11.63$, S.D = 6.90, 95% CI :9.82-13.45) ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินระยะ 3 เมตร ($\bar{X} = 0.34$, S.D = 0.72, 95% CI :0.53-0.15) ความกลัวต่อการหกล้ม ($\bar{X} = 9.96$, S.D = 3.93, 95% CI :8.93-10.99) และความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมลดลง ($\bar{X} = 2.03$, S.D = 2.55, 95% CI :1.36-2.70) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เมื่อเปรียบเทียบผลหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านการป้องกันการหกล้ม (P-value = 0.001) และคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการหกล้ม กลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) ส่วนความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม (P-value<0.002) และระยะเวลาที่ใช้ในการเดินไปกลับ 3 เมตร น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น การนำใช้

รูปแบบการป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยจึงช่วยลดความเสี่ยงต่อการหกล้มทั้งจากปัจจัยภายในและภายนอก

นิภาพร มีชิน และคณะ (2566) ได้ทำการศึกษาการพัฒนาแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล จากผลการวิจัยพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม กิจกรรมพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มและกิจกรรมนิเทศทางการพยาบาล และประเมินผลการนำไปใช้ พบว่าค่าเฉลี่ยความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับแนวโน้มความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.69$, S.D. = 0.48) ค่าคะแนนความพึงพอใจโดยรวมต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.48$, S.D. = 0.34) ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบไม่พบพลัดตกหกล้ม 90 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่ดี ควรนำไปใช้โดยผนวกเข้ากับการทำงานเป็นประจำในหอผู้ป่วย

ปิยะรัตน์ สนวนกุล (2566) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย 8 สัปดาห์ ผู้สูงอายุมีคะแนน Thai-FRAT ($\bar{X} = 3.78$, S.D. = 0.279) และมีผลการทดสอบ TUGT ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย 24 สัปดาห์ ผู้สูงอายุหลังมีประวัติการหกล้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

พินนุตรี ศรชัยเลิศสกุล (2566) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมลดความเสี่ยงต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ โดยการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้เข้าใจการป้องกันการหกล้มในการลดปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุ การป้องกันการหกล้มในการลดปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มที่เกิดจากสภาพแวดล้อม และการป้องกันการหกล้มในการลดปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มโดยการฝึกการทรงตัวและการบริหารกล้ามเนื้อขาและข้อเท้า ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการหกล้มด้านการสร้างเสริมสุขภาพตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม 1.42 คะแนน (95%CI: 1.20, 1.64) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการหกล้มด้านการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม 1.39 คะแนน (95%CI: 1.15, 1.63) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการหกล้มด้านการจัดและอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม 1.43 คะแนน (95%CI: 1.21, 1.64)

ภาควิชา ธารวศ์ และก้องไพโรจน์ (2566) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมออกกำลังกายแบบผสมผสานเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการหกล้ม โดยออกแบบทำการออกกำลังกายจากผลการประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการทรงตัว ด้านการรับรู้ความรู้สึกของข้อต่อ และด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ผลการวิจัยพบว่า หลังจากการใช้โปรแกรมพบว่า กลุ่มทดลองมีความเสี่ยงการหกล้ม (TUG) เฉลี่ย 9.70 ± 1.58 และคะแนนการกลิ้งการหกล้มเฉลี่ย 10.47 ± 3.70 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) กลุ่มควบคุมมีความเสี่ยงการหกล้ม (TUG) เฉลี่ย 15.49 ± 3.29 ไม่แตกต่างกัน และคะแนนการกลิ้งการหกล้มเฉลี่ย 19.00 ± 5.460 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.006$) เมื่อเปรียบเทียบค่าความเสี่ยงการหกล้ม (TUG) และคะแนนการกลิ้งการหกล้ม หลังโปรแกรมพบว่ากลุ่มศึกษามีคะแนนลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$

ระรินทิพย์ ธรรมเจริญ (2566) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลต่อพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีโปรแกรม ดังนี้ กิจกรรมการประเมิน การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน พฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม และการประเมินความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม กิจกรรมส่งเสริมการได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นโดยใช้ตัวแบบ กิจกรรมส่งเสริมการใช้คำพูดชักจูง กิจกรรมส่งเสริมการกระตุ้นทางอารมณ์ ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลต่อพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 25.38$; S.D. = 2.45) ความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 8.12$; S.D. = 1.22) พฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 26.38$; S.D. = 2.43) ซึ่งค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม และการประเมินความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มยังคงอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 7.38$; S.D. = 1.34) แต่ค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อุพาริน พรกระแสน (2567) ได้การศึกษการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ 1) การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวและภาคีเครือข่าย 2) การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3) การจัดโปรแกรมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ 4) การสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนไหว และ 5) การเยี่ยมบ้าน การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ พบว่า หลังการใช้รูปแบบผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มและความกลัวการหกล้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($P\text{-value} < 0.05$) ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดหกล้มและพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดหกล้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) จากการติดตามหลังการใช้รูปแบบในช่วง 6 เดือน ไม่พบการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง และคณะ (2568) ได้ทำการศึกษาการประยุกต์ใช้รูปแบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โปรแกรมประกอบด้วย 1) การตั้งชมรม 2) การอบรมให้ความรู้ 3) ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้าน เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คัดกรองสุขภาพ รวมไปถึง ออกกำลังกาย ปั่นจักรยาน ปลูกผัก ภูมิปัญญาพื้นบ้าน และจิตอาสา ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ มีภาวะสุขภาพโดยรวมดีขึ้น ภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัวลดลง ผู้ที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง มีคะแนนในเกณฑ์ปกติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 83.33 เป็น 91.67 และภาวะซึมเศร้าลดลงจากร้อยละ 16.67 เป็น 12.04

จุฑามาศ วงศ์เทเวศร์ (2568) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยออกกำลังกายที่บ้าน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ และการติดตามโดยอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการเดินและการทรงตัว (TUG test) ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และคะแนนความกลัวการหกล้มลดลงจาก ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ธรรมบุญ ชามทอง (2568) ได้ทำการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช การพัฒนารูปแบบนี้มาจากการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม พบว่า สถานการณ์ด้านความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และรูปแบบที่ได้จากการวิจัยคือ “SALE Model” ประกอบด้วย การคัดกรองและส่งต่อ การประเมินสถานการณ์ กระบวนการดูแลผู้สูงอายุ และการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม และประเมินผลของการใช้รูปแบบพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ หลังได้รับรูปแบบสูงกว่าก่อนได้รับรูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

บัณฑิตา ทองนา (2568) ได้ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลโคกลาน อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว หลังจากทดลองใช้รูปแบบการป้องกันพลัดตกหกล้ม พบว่าผู้สูงอายุ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และคะแนนเฉลี่ยการคัดกรองความเสี่ยง TUGT ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.001$) ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ การมีเป้าหมายร่วมกันของทีม การปฏิบัติตามบทบาทที่ได้รับ การประสานงานและสื่อสารกับชุมชน การ

เสริมสร้างองค์ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน

ศิริวิมล สุระพล และจิตตรา ประทุมชา (2568) ได้ทำการศึกษาพัฒนาแบบแผนการจัดการภาวะถดถอยของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนตำบลนาตุน อำเภอนาตุน จังหวัดมหาสารคาม การพัฒนาแบบแผนนี้ผ่านเวทีการประชุมระดมสมองร่วมคิด วางแผน จากทีมสุขภาพและตัวแทนชุมชน ผลการประเมินการพัฒนาแบบพบพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุไม่พบการพลัดตกหกล้มในรอบ 6 เดือน การประเมินด้านความจำและความคิด มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น การประเมินภาวะซึมเศร้า ไม่พบภาวะซึมเศร้า และการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการพัฒนาแบบแผน และผลการประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนาแบบอยู่ในระดับมากที่สุด ($x = 4.55$, $SD = 0.19$) สรุปการศึกษาครั้งนี้ทำให้มีรูปแบบในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยได้อย่างยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ

สุพรรณ นามอยู่ และคณะ (2568) ได้ทำการศึกษาการพัฒนาแบบแผนการป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยภาคีเครือข่าย ตำบลบุญเกิด อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา รูปแบบประกอบด้วย 3 ทีมดำเนินการ คือ ทีมช่างจิตอาสาปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ทีมแกนนำป้องกันพลัดตกหกล้มออกให้คำแนะนำ และทีมสหวิชาชีพจัดอบรมให้ความรู้ และแบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่มสี เรียงตามลำดับการช่วยเหลือก่อนและหลังคือ สีแดง สีเหลือง และสีเขียว ผลการประเมินรูปแบบที่พัฒนาขึ้นพบว่า กลุ่มเสี่ยงพลัดตกหกล้มลดลงเหลือร้อยละ 8.86 การพลัดตกหกล้มลดลงเหลือร้อยละ 2.95 โดยสรุปรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุโดยภาคีเครือข่ายที่พัฒนาขึ้น ช่วยลดปัญหาการพลัดตกหกล้มได้จริงควรขยายผลในการดำเนินการในพื้นที่อื่นต่อไป

Lee & Yu (2020) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของมาตรการหลายปัจจัยในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า การแทรกแซงหลายปัจจัย ประกอบด้วย การออกกำลังกาย การให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม การใช้ยา การใช้อุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนไหว การจัดการการมองเห็นและจิตวิทยา การแทรกแซงหลายปัจจัยช่วยลดอัตราการหกล้มในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ($RR = 0.66$, 95% CI :0.52–0.84) และกลุ่มที่มีสุขภาพดี ($RR = 0.72$ 95% CI :0.58–0.89) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($RR 0.64$ 95% CI :0.51–0.80) การออกกำลังกาย ($RR = 0.66$ 95% CI :0.54–0.80) การปรับปรุงสภาพแวดล้อม ($RR = 0.65$ 95% CI :0.54–0.79) ส่งผลให้อัตราการหกล้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองทำให้เห็นว่าจำนวนผู้ที่เกิดการหกล้มในระหว่างทำการศึกษาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเปรียบเทียบในกลุ่มสุขภาพดี ($RR = 0.77$, 95% CI :0.62–0.95) กลุ่มทดลอง ($RR = 0.73$ 95% CI :0.60–0.89) การแทรกแซงด้วยการออกกำลังกาย ($RR = 0.79$ 95% CI :0.65–

0.95) และการปรับปรุงสภาพแวดล้อม (RR = 0.80 95% CI :0.68-0.95) มีจำนวนการเกิดการหกล้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

Chittrakul et al. (2020) ได้ทำการศึกษาการออกกำลังกายหลายระบบเพื่อป้องกันการหกล้มและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุก่อนภาวะอ่อนแอ ผลการวิจัยพบว่า การออกกำลังกายหลายระบบมีศักยภาพลดความเสี่ยงของการหกล้ม หลังการทดลองในกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างในการปรับเปลี่ยนการรับรู้อากัปกริยา ($\bar{X}$ = 1.56, S.D = 1.48) เวลาตอบสนองมือและการแกว่งมือ ($\bar{X}$ = 318.81, S.D = 60.57) และเพิ่มความแข็งแรงในการยึดเหยียดหัวเข่าของผู้สูงอายุในชุมชนก่อนภาวะอ่อนแอ ($\bar{X}$ = 13.06, S.D = 5.58) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) การแทรกแซงนี้ยังนำไปสู่การลดความกลัวหกล้ม ($\bar{X}$ = 24.27, S.D = 12.23) ความเครียด ($\bar{X}$ = 2.58, S.D = 2.03) และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดี ($\bar{X}$ = 85.62, S.D = 12.34) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผลลัพธ์เหล่านี้แสดงให้เห็นว่าออกกำลังกายหลายระบบเป็นทางเลือกที่เป็นไปได้สำหรับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน

Zahedian-Nasab et al. (2021) ได้ทำการศึกษาผลของการออกกำลังกายต่อการทรงตัวและการหกล้มในผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการหกล้ม ผลการวิจัยพบว่า หลังทำการทดลองในกลุ่มทดลอง ระดับคะแนนการทดสอบ Berg Balance Scale (BBS) ($\bar{X}$ = 3.4, S.D 2.76) และ Timed Up and Go (TUG) test ($\bar{X}$ = -2.3, S.D 1.6) มีดัชนีของความสมดุลเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 และระดับความกลัวการหกล้ม ($\bar{X}$ = -4.0, S.D = 4.4) คะแนนของการกลัวการหกล้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 อย่างเห็นได้ชัดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

Dautzenberg et al. (2021) ได้ทำการศึกษา วิธีการป้องกันการหกล้มและกระดูกหักที่เกี่ยวข้องกับการล้มในผู้สูงอายุในชุมชน เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เมตาเครือข่าย จากการศึกษา 192 เรื่องที่เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า วิธีการป้องกันการหกล้มเมื่อเทียบกับการดูแลปกติ มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุที่ลดลง ได้แก่ การออกกำลังกาย (RR 0.83; 95% CI 0.77-0.89) และ การให้ความรู้ (RR 0.90; 95% CI 0.83-0.98) การออกกำลังกายเป็นการแทรกแซงเดียวที่มีความเกี่ยวข้องกับอัตราการล้มที่ลดลง (RR 0.79; 95% CI 0.73-0.86) องค์ประกอบทั่วไปของการแทรกแซงหลายวิธีอย่างมีนัยสำคัญกับการลดลงของจำนวนผู้สูงอายุที่หกล้มและอัตราการหกล้ม ได้แก่ การออกกำลังกาย อุปกรณ์การช่วยเหลือ สิ่งแวดล้อม การประเมินและการปรับเปลี่ยน กลยุทธ์การปรับปรุงคุณภาพ และการประเมินความเสี่ยงจากการล้มขั้นพื้นฐาน (เช่น การทบทวนยา) การแทรกแซงหลายปัจจัยมีสัมพันธ์กับอัตราการล้มที่ลดลง (RR 0.87; 95% CI 0.80-0.95) แต่ไม่ทำให้จำนวนผู้ล้มลดลง (RR 0.95; 95% CI 0.89-1.01) การแทรกแซงเพียงอย่างเดียวเปรียบเทียบกับ การดูแลตามปกติ

ส่งผลให้จำนวนการเกิดกระดูกหักจากการหกล้มลดลง การประเมินความเสี่ยงการหกล้มพื้นฐาน (RR 0.60; 95% CI 0.39–0.94) และการออกกำลังกาย (RR 0.62; 95% CI 0.42–0.90)

Guo et al. (2022) ได้ทำการศึกษาผลของกลยุทธ์ป้องกันการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า หลังการดำเนินการตามกลยุทธ์การแทรกแซงป้องกันการหกล้มสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ โดยยึดตามกรอบการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและตระหนักถึงกระบวนการทั้งหมดของการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการประเมิน วางแผน การดำเนินการ การประเมินการป้องกันการหกล้ม กลยุทธ์นี้ช่วยลด อัตราการหกล้ม หลังการทดลองในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทักษะและพฤติกรรม (KAP) ความรู้ ($\bar{X} = 24.22$, S.D = 2.29) ทักษะ ($\bar{X} = 18.76$, S.D = 1.95) และการปฏิบัติ ($\bar{X} = 28.79$, S.D = 2.42) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และคะแนนประเมิน ความกลัวการหกล้ม (MFES) ของการป้องกันการหกล้มในผู้ป่วย ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ($\bar{X} = 64.034$, S.D = 6.27) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตาราง 2 แสดงการสรุปงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมและรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

ตัวแปรต้น (วิจัย)	งานวิจัย
การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	- นางพิมล นิมิตรอนันท์ และคณะ (2563)
- ด้านการทรงตัว	- นิภาพร มีชิน และคณะ (2566)
- ด้านการมองเห็น	- ฟาอิส วาเลาะเตและคณะ (2565)
- ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	- กิตติมา เศรษฐ์บุญสร้าง และประเสริฐ ประสมรักษ์ (2566)
- การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	- ระรินทิพย์ ธรรมเจริญ (2566)
- ด้านความรู้การป้องกันการพลัดตกหกล้ม	- ธรรมบุญ ขามทอง (2568)
- การใช้ยา	- สุพรรณ นามอยู่ และคณะ (2568)
	- Guo et al. (2022)
	- Dautzenberg et al. (2021)
การออกกำลังกาย	- นางพิมล นิมิตรอนันท์ และคณะ (2563)
- ด้านการทรงตัว	- จุฑาทิพย์ รอดสูงเนิน (2564)
- ด้านการรับรู้ความรู้สึกของข้อต่อ	- ปิยะรัตน์ สนวนกุล (2566)
- ด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ	- จริญญา ส่งเสริม (2564)
	- นพวรรณ ดวงจันทร์และคณะ (2565)

ตาราง 2 (ต่อ)

ตัวแปรต้น (วิจัย)	งานวิจัย
	- กิติมา เศรษฐ์บุญสร้าง และประเสริฐ ประสมรักษ์ (2566) - พิรณตรี ศรีชัยเลิศสกุล (2566) - ภาควิณี ธาวงศ์ และก้องไพร ดันสุชาติ (2566) - อุฬาริน พรกระแสน (2567) - จุฑามาศ วงศ์เทเวศมาน (2568) - Lee & Yu (2020) - Zahedian-Nasab et al. (2021) - Chitrakul et al. (2020) - Dautzenberg et al. (2021) - สิริภาพ โตเสมอ และคณะ (2563)
การแนะนำใช้ยา	- นิภาพร มีชิน และคณะ (2566) - จริญญา ส่งเสริม (2564) - Lee & Yu (2020)
การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม	- นงพิมล นิมิตรอนันท์ และคณะ (2563) - นิภาพร มีชิน และคณะ (2566) - จริญญา ส่งเสริม (2564) - นพวรรณ ดวงจันทร์และคณะ (2565) - กิติมา เศรษฐ์บุญสร้าง และประเสริฐ ประสมรักษ์ (2566) - พิรณตรี ศรีชัยเลิศสกุล (2566) - กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง และคณะ (2568) - Lee & Yu (2020) - Dautzenberg et al. (2021)
การปรับมุมมองเกี่ยวกับการกลัวการหกล้ม	- กิติมา เศรษฐ์บุญสร้าง และประเสริฐ ประสมรักษ์ (2566)

ตาราง 2 (ต่อ)

ตัวแปรต้น (วิจัย)	งานวิจัย
การใช้อุปกรณ์ช่วยการเคลื่อนไหว	- Lee & Yu (2020) - Dautzenberg et al. (2021)
การจัดการการมองเห็น	- Lee & Yu (2020)
การจัดสิ่งแวดล้อม	- นิภาพร มีชิน และคณะ (2566) - จริญญา ส่งเสริม (2564) - นพวรรณ ดวงจันทร์และคณะ (2565) - กิติมา เศรษฐ์บุญสร้าง และประเสริฐ ประสมรักษ์ (2566) - พิรุณตรี ศรชัยเลิศสกุล (2566) - ธรรมบุญ ขามทอง (2568) - สุพรรณ นามอยู่ และคณะ (2568) - Lee & Yu (2020) - Dautzenberg et al. (2021)
การส่งเสริมโดยใช้ตัวแบบ	- ระรินทิพย์ ธรรมเจริญ (2566)
การส่งเสริมการใช้คำพูดชักจูง	- ระรินทิพย์ ธรรมเจริญ (2566)
การส่งเสริมการกระตุ้นอารมณ์	- ระรินทิพย์ ธรรมเจริญ (2566)
การแทรกแซงหลายปัจจัยเพื่อป้องกันการหกล้ม	- Lee & Yu (2020) - Dautzenberg et al. (2021) - นงพิมล นิมิตรอนันท์ และคณะ (2563)
การติดตามเยี่ยมบ้าน	- นพวรรณ ดวงจันทร์และคณะ (2565) - กิติมา เศรษฐ์บุญสร้าง และประเสริฐ ประสมรักษ์ (2566) - อุฬาริน พรกระแสน (2567) - กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง และคณะ (2568) - สุพรรณ นามอยู่ และคณะ (2568)

จากการศึกษาโปรแกรมและรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุทั้งในและต่างประเทศ พบว่างานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมและรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ มีรูปแบบที่หลากหลายสอดคล้องกับปัจจัยและสาเหตุที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ได้แก่ การประเมินความเสี่ยง การออกกำลังกาย การให้ความรู้ การจัดสภาพแวดล้อม การใส่ยา การตรวจวัดสายตา การปรับมุมมองเกี่ยวกับการกลัวการหกล้ม การใช้อุปกรณ์ช่วยการเคลื่อนไหว การส่งเสริมโดยใช้ตัวแบบ การส่งเสริมการใช้คำพูดชักจูง การส่งเสริมการกระตุ้นอารมณ์การกระตุ้นเตือน การให้กำลังใจ การติดตามเยี่ยมบ้าน หรือการจัดรูปแบบโปรแกรมที่รวมสหปัจจัยไว้ร่วมกัน

3. งานวิจัยที่ใช้ทฤษฎี

แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม

นัทธินี บุญช่วย และสมคิด ปราบภัย (2564) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อการรับรู้และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุอำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส จากการศึกษาพบว่า หลังการทดลองในกลุ่มทดลองการรับรู้ความเสี่ยงต่อการหกล้ม ($\bar{X} = 12.73$, S.D = 2.55) การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม ($\bar{X} = 4.33$, S.D = 1.12) ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการป้องกันการหกล้ม ($\bar{X} = 48.27$, S.D = 1.82) และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการหกล้ม ($\bar{X} = 60.36$, S.D = 2.487) มีแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อการรับรู้และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ มีประสิทธิผลในการส่งเสริมการรับรู้และความเชื่อมั่นของผู้สูงอายุในการป้องกันการหกล้มได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

โสภิตตา แสนวา และคณะ (2565) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยประยุกต์ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในอำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี จากการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ($\bar{X} = 61.07$, S.D = 7.263) แรงสนับสนุนทางสังคม ($\bar{X} = 22.23$, S.D = 3.617) และพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม ($\bar{X} = 16.47$, S.D = 3.441) มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ภคพนธ์ ศาลาทอง และระวีวรรณ ธรณี (2565) ได้ทำการศึกษารูปแบบการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ จังหวัดกาญจนบุรี ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเพื่อการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ ต้องอาศัยระบบความสัมพันธ์ภายในสังคมที่เริ่มต้นจากระดับครอบครัว และมีบทบาทสำคัญต่อการแก้ปัญหาสภาพความทุกข์ยาก และการส่งเสริมความสุขของผู้สูงอายุทั้งทางตรงและทางอ้อม ขณะที่การสนับสนุนทางสังคมระดับชุมชน และเครือข่ายทางสังคมเป็นสถาบันหลัก ในการดูแล การส่งเสริมให้เกิดมาตรการ รวมทั้งนโยบายการพัฒนาผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ผ่านกระบวนการ และกิจกรรมที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ขณะที่รูปแบบการสนับสนุนทางสังคม เพื่อการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุมี 3 รูปแบบ ได้แก่ ระดับครอบครัว ระดับชุมชน และระดับเครือข่าย เป็นรูปแบบหลัก ที่มีความสัมพันธ์กัน และเกี่ยวข้องกับการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

สุภัทสร บุญกรับพวง และคณะ (2565) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยเอื้อปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ อยู่ในระดับสูง โดยด้านปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการหกล้ม และการรับรู้ประโยชน์ ด้านปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการเข้าถึงสถานบริการทางสุขภาพ และด้านปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากสังคมในด้านปรับปรุงที่อยู่อาศัย การให้การช่วยเหลือและแนะนำ การปฏิบัติตัว การแนะนำการออกกำลังกาย การให้รางวัลหรือยกย่องผู้สูงอายุที่ปฏิบัติตัวเป็นตัวอย่าง โดยทั้ง 3 ปัจจัยนี้ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่าปัจจัยนำได้ร้อยละ 29 ปัจจัยเอื้อร้อยละ 27 ปัจจัยเสริมร้อยละ 28 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บุญณดา โสพัฒน์ (2566) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ มีทั้งหมด 4 ปัจจัย ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม แสงสว่างในบ้านและห้องน้ำ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มและเพศหญิง โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ ได้ร้อยละ 20.30 ($R^2 = 0.203$, $R^2_{adj} = 0.178$, $SE_{est} = 4.215$, $F = 8.221$, $p < 0.016$) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05

วิลาวัลย์ เอี่ยมสะอาด และกรรณิการ์ พินิจ (2566) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดระยอง พบว่าการใช้รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หลังการทดลองในกลุ่มทดลอง มีคะแนนด้าน

ความรู้สูงกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X} = 7.80$, S.D = 1.634) การรับรู้ในภาพรวมทุกด้าน ($\bar{X} = 75.95$, S.D = 8.407) และการทดสอบการเคลื่อนไหวทางกาย ($\bar{X} = 9.15$, S.D = 1.6904) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนด้านพฤติกรรมมีค่าคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองแต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ ($t = 1.264$)

หัตยาพร อินทยศ (2566) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงล้ม พบว่า โปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมที่พัฒนาขึ้นส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงล้ม มีการออกกำลังกายที่เหมาะสมและสม่ำเสมอ ทำให้ความสามารถในการทรงตัวดีขึ้น ลดการหกล้ม ขณะที่นักกายภาพบำบัด หรือบุคลากรด้านสาธารณสุขอื่นมีบทบาทสำคัญในการให้การกระตุ้นสนับสนุน เสริมแรงให้ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง

นัชชา ยันติ และคณะ (2568) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มโดยลดความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม จากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ในผู้สูงอายุอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยรวมการรับรู้ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในการหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจากการจัดการสิ่งแวดล้อมในที่พักอาศัยเพื่อลดความเสี่ยงในการหกล้ม และสิ่งแวดล้อมของที่พักอาศัยที่เสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

Christian Erik Preissner et al. (2020) ได้ทำการศึกษาแนวทางทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคสำหรับการทำความเข้าใจเรื่องความกลัวการพลัดตกหกล้ม ที่ส่งผลต่อปัจจัยกำหนดของกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุ พบว่ารูปแบบการใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคแสดงให้เห็นว่าความกลัวการพลัดตกหกล้มไม่ได้ส่งผลโดยตรงต่อการทำกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุ จากผลลัพธ์นี้พบว่าความกลัวการพลัดตกหกล้มไม่มีผลต่อการสร้างความตั้งใจในการทำกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุ เมื่อเปรียบเทียบกับนิสัยการทำกิจกรรมทางกาย และการได้รับการส่งเสริมการรับรู้การประเมินอันตรายต่อสุขภาพการรับรู้การประเมินการเผชิญปัญหา

Taheri-Kharamneh et al. (2022) ได้ทำการศึกษาการทำนายพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนอิหร่าน: ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค พบว่าระดับความรู้ภัยคุกคามจากการหกล้มต่ำกว่าการรับรู้พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม มีความสัมพันธ์กันระหว่างแรงจูงใจในการป้องกันและพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ($\beta = 0.515$, $t\text{-value} = 13.650$) การรับมือจากการหกล้ม ($\beta = 0.409$, $t\text{-value} = 7.352$) และความกลัวการหกล้ม ($\beta = 0.194$, $t\text{-value} = 2.462$) มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจ ร้อยละ 27 ของความแปรปรวน

ของพฤติกรรมป้องกันการตก ดัชนีวัดระดับความสอดคล้องเท่ากับ 0.48 การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า โครงสร้างทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค เช่น แรงจูงใจในการป้องกันการหกล้ม การเผชิญกับ ปัญหาการหกล้มและความกลัวการหกล้มนั้น เป็นการทำนายที่มีความหนักแน่นที่สุดของพฤติกรรม การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยผลลัพธ์ที่ได้สามารถช่วยให้ผู้ให้บริการสาธารณสุขในการ พัฒนากิจกรรมแทรกแซงที่เหมาะสมในการป้องกันการหกล้มของประชาชนผู้สูงอายุ

Ong et al. (2023) การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเที่ยงตรงและความ เชื่อมั่นของแบบวัดตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกัน (Protection Motivation Theory: PMT) สำหรับใช้ประเมินพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ผลการวิเคราะห์ พบว่า แบบวัดตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันมีความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรงในระดับดี เหมาะสมต่อการนำไปใช้ประเมินเจตนาารมณ์และพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัย อยู่ในชุมชน เครื่องมือนี้จึงสามารถใช้ประกอบการวางแผน พัฒนา หรือประเมินผลการดำเนินงาน ด้านการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุ อีกทั้งยังสามารถนำไปใช้เป็น เครื่องมืออ้างอิงในเชิงวิชาการเพื่อออกแบบโปรแกรมให้ความรู้ หรือแผนยุทธศาสตร์ด้านการป้องกัน การหกล้มอย่างมีประสิทธิภาพ

Ong et al. (2024) การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ แรงจูงใจในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบทของประเทศไทยได้ปาน กลาง โดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกัน (Protection Motivation Theory: PMT) เป็นกรอบ แนวคิดหลัก ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาแบบภาคตัดขวางในประเทศมาเลเซีย กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้สูงอายุอายุ 55 ปีขึ้นไป จำนวน 375 ราย ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านชนบท ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่ สามารถทำนายแรงจูงใจในการป้องกันการพลัดตกหกล้มได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การ ประเมินการเผชิญ (coping appraisal) และความกลัว (fear) โดยพบว่าทั้งสองปัจจัยนี้ส่งผลใน ทางบวกต่อแรงจูงใจในการป้องกัน ($\beta = .396$ และ $.366$, $p < .001$) นอกจากนี้ยังพบปฏิสัมพันธ์ ระหว่างการประเมินการเผชิญกับความกลัว ซึ่งบ่งชี้ว่าเมื่อผู้สูงอายุมีการประเมินการเผชิญที่ดี จะสามารถลดผลกระทบของความกลัวต่อแรงจูงใจในการป้องกันได้

ตาราง 3 แสดงการสรุปงานวิจัยที่ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม และทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน

ตัวแปรต้น (วิจัย)	งานวิจัย
ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค	- นัทธินี บุญช่วย และสมคิด ปราบภัย (2564) - วิลาวลย์ เอี่ยมสะอาด และกรรณิการ์ พินิจ (2566) - นัชชา ยันติ และคณะ (2568) - Preissner et al. (2020) - Taheri-Kharamah et al. (2022). - Ong et al. (2023) - Ong et al. (2024)
ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม	- โสภิตตา แสนวาและคณะ (2565) - ภคพนธ์ ศาลาทอง และระวีวรรณ ธรณี (2565) - สุภัสสร บุญกรับพวง และคณะ (2565) - บุญณดา โสพัฒน์ (2566) - หัสยาพร อินทยศ (2566)

จากการทบทวนงานวิจัยที่ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ดีขึ้น ผู้สูงอายุมีอัตราการหกล้มที่ลดลง และส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงนำแนวคิดและทฤษฎีดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการดำเนินการพัฒนารูปแบบในการยกยกร่างและยืนยันรูปแบบในการวิจัยระยะที่ 2 เพื่อให้ได้รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย ที่มีความเป็นไปได้ เป็นประโยชน์ เหมาะสม และครอบคลุมมากที่สุด

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำมาสรุปเป็นตัวแปรที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 4 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านเศรษฐกิจและด้านสังคม ซึ่งสอดคล้องกับกลยุทธ์ในการป้องกันและจัดการการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (World Health Organization, 2021b; World Health Organization, 2008) โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัยในระยะที่ 1 ดังนี้

ปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ดัชนีมวลกาย ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง ประวัติการพลัดตกหกล้ม การมองเห็น การได้ยิน การทรงตัว การเดิน ความสามารถในการจับถ้าย และความกลัวการพลัดตกหกล้ม ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและด้านสังคม ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ การอยู่อาศัยกับสมาชิกในบ้าน การมีข้อจำกัดทางด้านบริการสุขภาพ

ปัจจัยด้านพฤติกรรม ได้แก่ การใช้ยาหลายชนิด รองเท้าที่ไม่เหมาะสม การสวมใส่เสื้อผ้า การนอนหลับ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย กิจกรรมทางกาย และการใช้อุปกรณ์เคลื่อนที่

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สภาพบ้านที่อยู่อาศัย พื้นลื่น พื้นต่างระดับ ราวจับ ประตูบ้าน แสงสว่าง พรมหรือผ้าเช็ดเท้า ห้องน้ำ การจัดวางของใช้ภายในบ้าน เติียงนอน และมีสัตว์เลี้ยงในบ้าน

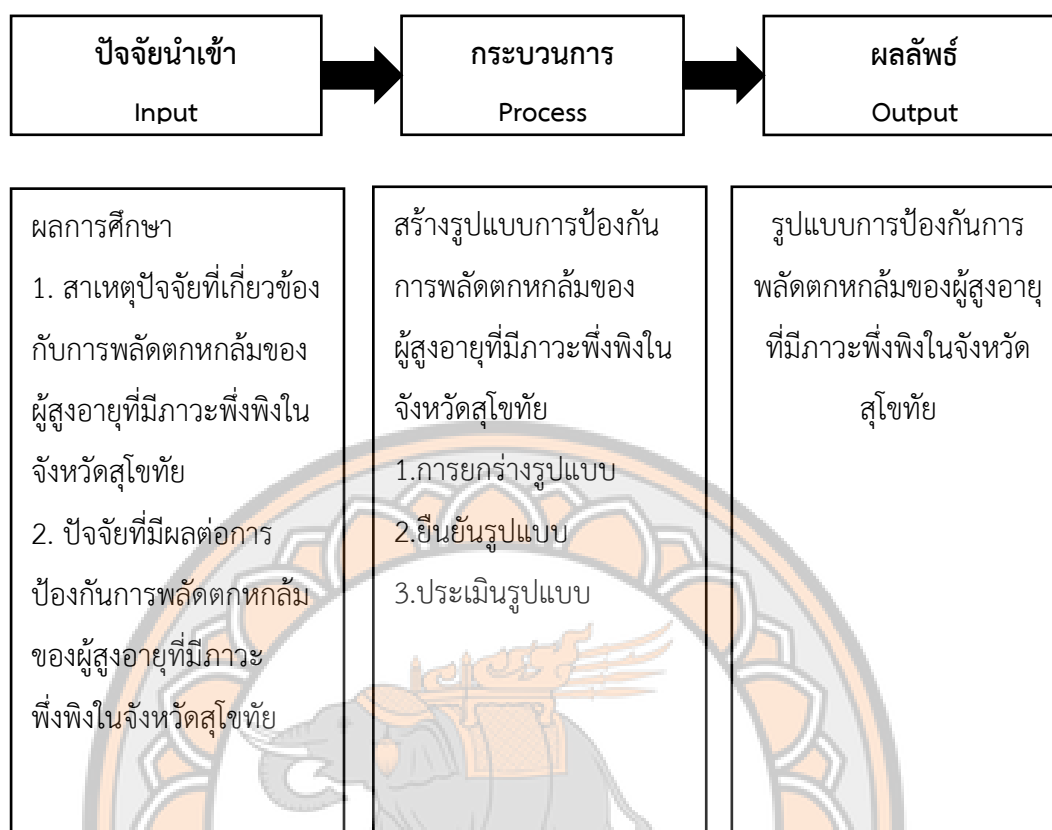
ปัจจัยและตัวแปรที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม มานำมาประยุกต์ใช้ในการสร้างเครื่องมือเพื่อหาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย และนำข้อมูลปัจจัยที่ได้ไปใช้ในการสร้างรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย โดยผู้วิจัยได้สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดังนี้ กรอบแนวคิดการวิจัยระยะที่ 1 ดังภาพ 7

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพ 7 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัยระยะที่ 1



ภาพ 8 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัยภาพ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย ครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงผสมผสานขั้นสูง (Mixed methods research designs) เนื่องจากผลการวิจัยจากการวิจัยเชิงผสมผสานสามารถเสริมต่อกันโดยใช้ผลการวิจัยจากวิธีหนึ่งอธิบายขยายความผลการวิจัยอีกวิธีหนึ่ง ช่วยให้การตอบคำถามการวิจัยได้ละเอียดชัดเจนมากกว่าการใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพเพียงรูปแบบเดียว การใช้ผลการวิจัยจากวิธีหนึ่งไปช่วยพัฒนาการวิจัยอีกวิธีหนึ่ง หรือการใช้ผลการวิจัยวิธีหนึ่งไปตั้งคำถามการวิจัยอีกวิธีหนึ่ง การวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพต่างก็มีจุดเด่นในตนเอง สามารถนำจุดเด่นมาใช้ในการแสวงหาความรู้ความจริงได้อย่างถูกต้องแม่นยำยิ่งขึ้นและในทางกลับกันการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพต่างก็มีจุดด้อยในตนเอง ผู้วิจัยสามารถใช้จุดเด่นของการวิจัยเชิงปริมาณมาแก้ไขจุดด้อยของการวิจัยเชิงคุณภาพ ขณะเดียวกันอาจใช้จุดเด่นของการวิจัยเชิงคุณภาพมาแก้ไขจุดด้อยของการวิจัยเชิงปริมาณ และสามารถนำผลผลิตจากการวิจัยเชิงผสมผสานมาสร้างความรู้ความจริงที่สมบูรณ์สำหรับใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ภัทรวดี มากมี, 2559) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยที่มีหลายช่วงหลายรูปแบบการวิจัยที่เป็นไปตามวัตถุประสงค์การวิจัยที่กำหนดไว้ โดยมีการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ผล และการสรุปผลตามการดำเนินการวิจัยแต่ละช่วง ซึ่งในแต่ละขั้นตอนสามารถเป็นตัวแทนของการศึกษาเดียวได้ ภายในการศึกษานี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่สะท้อนให้เห็นระยะการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research designs) แบบแผนเชิงสำรวจบุกเบิก (Exploratory Sequential design) แบบวิเคราะห์ข้อมูล (Connecting data) ตามแนว ใช้กระบวนทัศน์วิจัยปฏิบัตินิยม (Pragmatism) และระยะประเมินรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย ด้วยการจัดเวทีสัมมนาอิงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) ตามลำดับ

ระยะการวิจัย

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งระยะการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ตามกระบวนการวิจัยดังต่อไปนี้

1. การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 การศึกษาสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย และส่วนที่ 2 การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย ดำเนินการวิจัยโดยใช้ระเบียบวิธี

วิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Methodology Research) แบบแผนเชิงสำรวจบุกเบิก (Exploratory Sequential design) ประกอบด้วย 2 วิธีการวิจัย ดังนี้

การวิจัยที่ 1 เป็นการดำเนินการด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative method) กรณีศึกษา (case study) ชนิด Multiple case study เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)

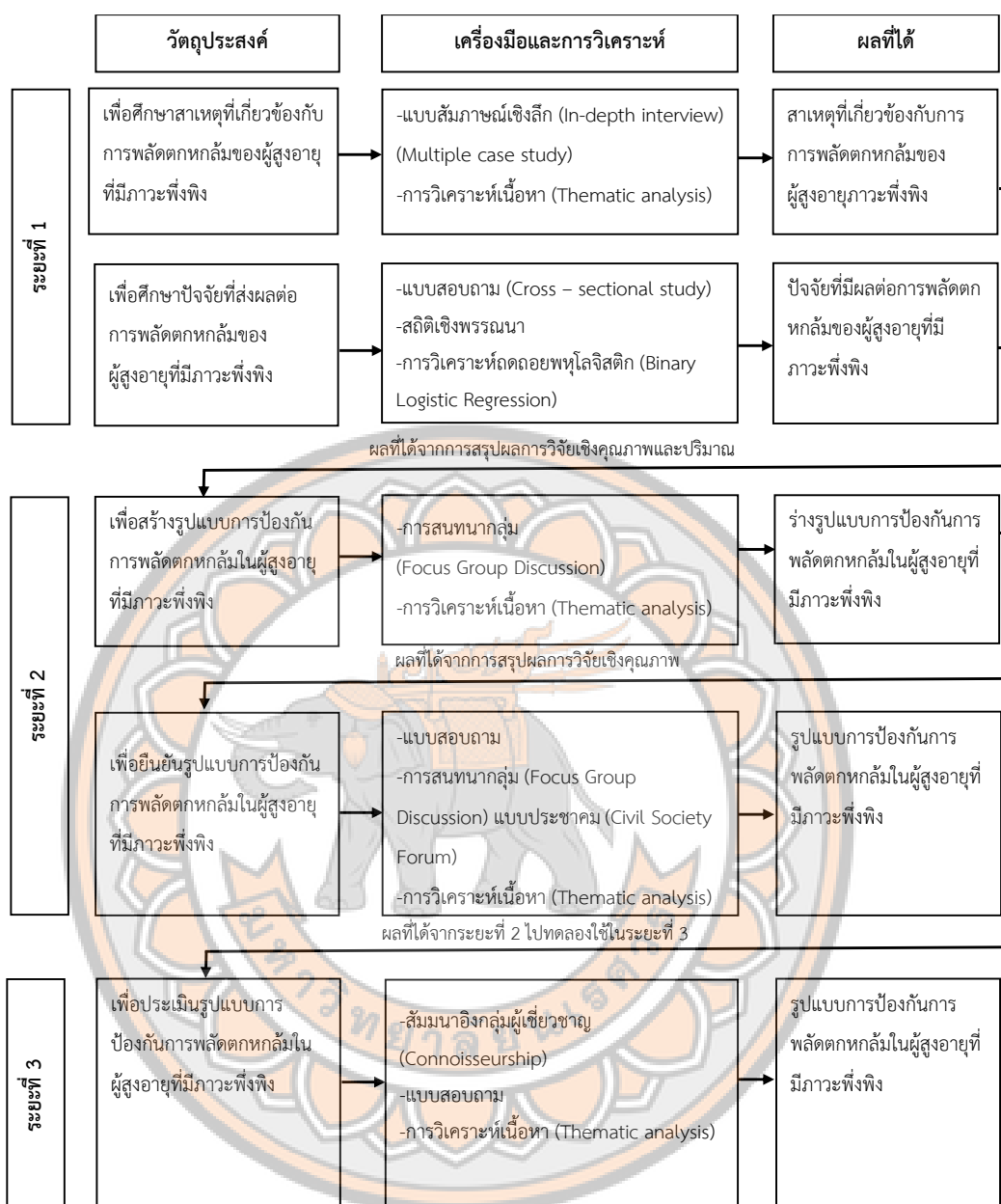
การวิจัยที่ 2 เป็นการดำเนินการด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative method) ด้วยการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire)

การดำเนินการด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่ออธิบายสาเหตุและปัจจัยในการเกิดการพลัดตกหกล้ม ทำความเข้าใจอย่างลุ่มลึกว่าปัจจัยภายในในการเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเป็นอย่างไร ต่อจากนั้นนำผลที่ได้มาวิเคราะห์เชื่อมต่อกับข้อมูลในการศึกษาวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ โดยมีการให้ความสำคัญของการวิจัยทั้งสองแบบเท่า ๆ กัน ทั้งนี้การพัฒนาเครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ผล แยกจากกันเป็นอิสระ และสุดท้ายนำผลการวิจัยทั้งสองส่วน มาสรุปรวมกันหรือการรวมผล (Merge) ในส่วนของการแปลผล เพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลหรือทำให้ผลการวิจัยสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และนำผลการวิจัยที่ได้จากระยะที่ 1 นี้ ไปใช้เพื่อพัฒนารูปแบบในระยะที่ 2 ต่อไป

2. การวิจัยระยะที่ 2 การสร้างและยืนยันรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนที่ 1 การยกร่างรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย และขั้นตอนที่ 2 การยืนยันรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

การดำเนินการในระยะที่ 2 เป็นการนำผลการวิจัยจากระยะที่ 1 มาพัฒนารูปแบบและทำการยืนยันรูปแบบโดยอาศัยการวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) นำรูปแบบที่ได้ยืนยันผลโดยตัวแทนผู้ที่เกี่ยวข้องในระยะที่ 3 ของการวิจัย

3. การวิจัยระยะที่ 3 นำรูปแบบที่ได้มาประเมินรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย โดยการจัดเวทีสัมมนาอิงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) สามารถเขียนขั้นตอนการวิจัยทั้งหมด 3 ระยะ ได้ดังภาพ 9 ดังนี้



ภาพ 9 แสดงขั้นตอนการวิจัย

การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

การวิจัยระยะนี้ เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research design) แบบแผนเชิงสำรวจบุกเบิก (Exploratory Sequential design) เพื่อศึกษาสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย ด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative method) ชนิด Multiple case study ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย ด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative method) ซึ่งให้ความสำคัญการวิจัยทั้ง 2 รูปแบบนี้อย่างเท่าเทียมกันและนำผลลัพธ์ที่ได้มารวมกัน (Merge) ในช่วงการแปลผลเพื่อตรวจสอบความถูกต้องหรือทำให้ผลการวิจัยสมบูรณ์มากขึ้น ซึ่งนำผลการวิจัยจากระยะที่ 1 ไปใช้ในระยงถัดไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

ส่วนที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ การศึกษาสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

ขั้นตอนนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ผู้วิจัยใช้แบบแผนการวิจัยเชิงคุณภาพกรณีศึกษา (case study) ชนิด Multiple case study ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ซึ่ง Multiple case study เป็นการศึกษาในกรณีศึกษาที่มีจำนวนมากกว่า 1 กรณีศึกษา คือหลาย ๆ กรณีศึกษาที่สามารถเชื่อมโยงสืบเสาะไปถึงแบบกรณีศึกษาที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาได้ (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2565) ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เพื่อหาสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย ทำให้เข้าใจในสิ่งที่ต้องการศึกษาที่แท้จริงอย่างลึกซึ้ง โดยได้วางแผนการวิจัยเกี่ยวกับพื้นที่ในการศึกษา ประชากร และกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา การกำหนดขนาดตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและการวิเคราะห์ข้อมูล รายละเอียดดังต่อไปนี้

1. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

1.1 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในจังหวัดสุโขทัย ซึ่งได้รับการประเมินตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel activities of daily living: ADL) โดยมีคะแนน ADL 5-11 คะแนน เคยมีประวัติเคยพลัดตกหกล้ม 6 เดือนที่ผ่านมา ทั้งนี้จะเก็บข้อมูล จำนวน 10 คน หรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว

1.2 การคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

การคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักใช้วิธีคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบสุดโต่งหรือกรณีเบี่ยงเบน (Extreme or Deviant case sampling) เป็นการเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่พิเศษและแตกต่างจากผู้ให้ข้อมูลทั่วไปอย่างเห็นได้ชัด เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ตรงตามสิ่งที่ผู้วิจัยสนใจหรือตอบปัญหาการวิจัยได้มากที่สุด เพื่อทำความเข้าใจปัจจัย เงื่อนไข และกลไกที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ดังกล่าว ซึ่งข้อมูลจากกรณีสุดขั้วมักให้มุมมองเชิงลึกและชี้ให้เห็นปัจจัยสำคัญที่อาจไม่ปรากฏในกรณีทั่วไป (Patton, 1990)

1.3 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1.3.1 ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีประวัติเคยพลัดตกหกล้มใน 6 เดือนที่ผ่านมา

1.3.2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง โดยประเมินจากแบบประเมินดัชนี บาร์เทิลเอดีแอล (Barthel ADL Index: BAI) โดยได้ค่าคะแนน 5-11 คะแนน

1.3.3 มีความสมัครใจ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และสามารถเดินทางมาเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยลงนามในใบยินยอม

1.3.4 สามารถสื่อสาร ได้ตอบได้ เข้าใจภาษาไทย

1.4 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1.4.1 ไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด

1.4.2 ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย

1.4.3 ปฏิเสธ หรือถอนตัวจากโครงการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structural interview) โดยทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาเพื่อวิเคราะห์สกัดหาตัวอย่างคำถามหรือตัวอย่างคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ หลังจากนั้นจึงนำมาสร้างแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีแนวคำถามโดยกำหนดประเด็นที่ศึกษาอย่างหลวม ๆ และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบข้อคำถาม

2.2 ผู้วิจัย (Researcher) เป็นเครื่องมือในการศึกษาต้องเตรียมความพร้อมด้านองค์ความรู้ทั้งทางด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพและผลของการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย เพื่อดำเนินการศึกษาวิจัยให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพที่จะส่งผลให้ผลการวิจัยมีความถูกต้องน่าเชื่อถือ

2.3 สมุดจดบันทึก ใช้บันทึกข้อมูลระหว่างการสนทนา

2.4 เครื่องบันทึกเสียง ใช้บันทึกเสียงขณะที่มีการสนทนา

3. การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

หลังจากสร้างแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structural interview) แล้วทำการตรวจสอบคุณภาพของแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้างโดยการตรวจสอบความถูกต้องความสมบูรณ์โดยผู้เชี่ยวชาญมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

3.1 ร่างแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้างจากนั้นนำไปปรึกษาประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อขอข้อเสนอแนะและปรับปรุง

3.2 นำแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีผลงานเป็นที่ยอมรับจำนวน 5 คน คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย จำนวน 3 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านงานผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน เพื่อขอข้อชี้แนะในการปรับปรุงให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

3.3 นำแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้างที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงจากผู้เชี่ยวชาญ ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ จากนั้นนำไปปรึกษาประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้ง

3.4 นำแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้างที่นำไปทดสอบมาปรับปรุงและเสนอประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อขอคำแนะนำและความเห็นชอบเพื่อความสำเร็จของเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In - depth interview) ซึ่งมุ่งประเด็นหาข้อมูลเชิงลึกของแต่ละบุคคล จึงใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักได้แสดงมุมมองส่วนบุคคล ความคิดเห็นได้อย่างอิสระ เปิดกว้าง ไม่จำกัดคำตอบ และเกิดความยืดหยุ่น ซึ่งจะทำให้ผู้วิจัยเข้าใจและมองเห็นภาพได้อย่างลึกซึ้ง

4.1 ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัยนเรศวรถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูลตามหนังสือบันทึกวิทยาลัย

4.2 ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูล และประสานงานนัดหมายกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักล่วงหน้าตามวันเวลาและสถานที่ที่จะทำการศึกษา

4.3 ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลหลัก กล่าวทักทาย สอบถามเรื่องทั่วไป อธิบายโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย และขอคำยินยอมการวิจัยโดยการลงลายมือชื่อให้คำยินยอมในการวิจัยก่อนการสัมภาษณ์ โดยใช้เวลาประมาณ 15 - 30 นาที

4.4 อธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลได้รับทราบ หากผู้ให้ข้อมูลหลักต้องการยุติในการให้ข้อมูล สามารถทำได้ตลอดเวลาในการให้สัมภาษณ์ และผู้วิจัยจะไม่ซักถามประเด็นการวิจัยต่อพร้อมกับยุติการเก็บข้อมูลทันที โดยผู้ให้ข้อมูลหลักไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ จากโครงการวิจัย

4.5 อธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลหลักได้รับทราบว่า ข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ทั้งหมดจะไม่ถูกนำไปให้ผู้ใดทราบ และผู้วิจัยจะเป็นผู้เก็บไว้เพียงคนเดียว ทั้งนี้ เมื่อโครงการวิจัยสิ้นสุดข้อมูลทุกชนิดของผู้ให้ข้อมูลหลักจะถูกทำลายทิ้งทันที

4.6 ผู้วิจัยจะถามคำถามไปเรื่อย ๆ หากผู้ให้ข้อมูลหลักไม่ต้องการตอบหรืออยากพักก่อนสามารถกระทำได้อย่างตลอดเวลา

4.7 เมื่อสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักเสร็จ ผู้วิจัยจะกล่าวคำขอบคุณ และหากมีความไม่สบายใจเกี่ยวกับข้อมูล สามารถแจ้งผู้วิจัยได้รับทราบได้ทันที

5. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

5.1 การใช้กระบวนการที่เหมาะสม ในการศึกษาครั้งนี้ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งมุ่งประเด็นหาข้อมูลเชิงลึกของแต่ละบุคคล จึงใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักได้แสดงมุมมองส่วนบุคคล ความคิดเห็นได้อย่างอิสระ เปิดกว้าง ไม่จำกัดคำตอบ และเกิดความยืดหยุ่น ซึ่งจะทำให้ผู้วิจัยเข้าใจและมองเห็นภาพได้อย่างลึกซึ้ง

5.2 การสร้างความคุ้นเคย (Rapport) กับบริบทของพื้นที่ก่อนเริ่มเก็บข้อมูล เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและความไว้วางใจในการให้ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยก่อนที่เริ่มเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะทำการลงสำรวจพื้นที่และทำความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูลหลักก่อนทำการเก็บข้อมูลจริง

5.3 การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) โดยใช้วิธีดังต่อไปนี้ ใช้ผู้ให้ข้อมูลและพื้นที่ที่หลากหลายการใช้เทคนิคถามคำถามซ้ำ การสะท้อนข้อสังเกต ข้อคิดเห็น การวิเคราะห์กรณีศึกษาทั้งทางบวกและลบ และการตรวจสอบจากข้อค้นพบหรือผลการวิจัยที่ผ่านมาจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาทำการตรวจสอบแบบสามเส้า เพื่อพิสูจน์ว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มาถูกต้องหรือไม่ โดยกำหนดให้ตรวจสอบข้อมูล 3 แหล่งที่มา ได้แก่ เวลา สถานที่และบุคคล การตรวจสอบแหล่งเวลาโดยสอบถามเหตุการณ์ในช่วงเวลาใกล้เคียงกัน และช่วงเวลาต่างกัน เพื่อให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้รับในช่วงเวลาต่าง ๆ นั้นเหมือนกันหรือไม่ การตรวจสอบสถานที่ข้อมูลต่างสถานที่กันจะเหมือนกันหรือไม่ และการตรวจสอบบุคคลผู้ให้ข้อมูลเปลี่ยนไป ข้อมูลจะยังเหมือนเดิมหรือไม่

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ด้วยวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประเด็น (Thematic analysis) ตามหลักการวิเคราะห์และตีความข้อมูล (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2565ค) ซึ่งมีขั้นตอนการวิเคราะห์ ดังต่อไปนี้

6.1 สร้างความคุ้นเคยกับข้อมูล (Becoming familiar with data) ดำเนินการถอดเทปคำต่อคำ (Verbatim) คงคำพูดทุกอย่างจากการสัมภาษณ์ แม้แต่คำพูดที่มาจากความรู้สึก และตรวจสอบการสะกดคำ จากข้อความที่ถอดเทป

6.2 สร้างรหัสข้อมูล (Generating initial code) สร้างรหัสข้อมูลเพื่อแสดงลักษณะของข้อมูลและมีการจัดกลุ่มคำของข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่

6.3 สร้างประเด็น (Searching for theme) เป็นขั้นตอนของการเริ่มวิเคราะห์รหัสข้อมูลและพิจารณารหัสที่เหมือนกันไว้ด้วยกัน โดยมีการจัดเป็นหมวดหมู่และมีการเชื่อมโยงหมวดหมู่หรือรหัสด้วยลูกศร หมวดหมู่ที่ได้จัดไว้เป็นกลุ่ม คือ ประเด็นขั้นตอนนี้เป็นการแสดงความสอดคล้องของแต่ละประเด็นโดยการทำแผนภูมิรูปภาพ (Mind maps)

6.4 ทบทวนประเด็น (Reviewing themes) เป็นขั้นตอนการกลั่นกรองประเด็น ตรวจสอบว่ามีบางประเด็นที่ซ้อนกัน และสามารถแตกเป็นประเด็นหมู่ได้หรือไม่ โดยการรวมประเด็นเดียวกันไว้ด้วยกัน และแตกประเด็นใหม่กรณีที่ไม่แน่ใจว่าอยู่ภายใต้ข้อมูลที่ได้มาจากการเก็บรวบรวมทั้งหมด ทั้งนี้ ห้ามสร้างประเด็นใหม่โดยไม่อยู่ภายใต้พื้นฐานข้อมูลที่ถูกเก็บมา

6.5 กำหนดประเด็นที่ชัดเจนและตั้งชื่อประเด็น (Defining and naming themes) เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยรู้สึกพึงพอใจแล้วว่าประเด็นได้ถูกกลั่นกรองและจัดเป็นหมวดหมู่ รวมถึงมีความเชื่อมโยงของประเด็นอย่างชัดเจน ได้บอกความเชื่อมโยง บอกเรื่องราวทั้งหมดของ ข้อมูลที่ได้มีความสอดคล้องและทำให้เห็นภาพรวมทั้งหมด นอกจากนี้ ประเด็นย่อย (Sub-themes) ยังทำให้เห็นโครงสร้างและความหมายของประเด็นใหญ่ ดังนั้น การกำหนดประเด็นจึงทำให้มองเห็นภาพรวมของข้อมูลได้อย่างสอดคล้องกัน

6.6 จัดทำรายงาน (Producing the report) การเขียนรายงานการ วิเคราะห์เชิงประเด็นต้องได้ข้อมูลที่ชัดเจน เชื่อมโยง มีความเป็นเหตุเป็นผล และไม่มีการซ้ำซ้อนของข้อมูล

ส่วนที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการผลิตทกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

ขั้นตอนนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative research) แบบภาคตัดขวาง (Cross – sectional study) ในระยะนี้ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกมาวิเคราะห์ได้ตัวแปรที่ครอบคลุม นำมาทำแบบสอบถามเพื่อหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการผลิตทกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชาที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่อาศัยในจังหวัด และได้รับการประเมินตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

(Barthel activities of daily living: ADL) โดยมีคะแนน ADL 5-11 คะแนน จำนวน 1,655 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2566)

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่อาศัยในจังหวัดสุโขทัย ที่ได้รับการประเมินตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel activities of daily living: ADL) โดยมีคะแนน ADL 5-11 คะแนน ที่เคยและไม่เคยมีประวัติพลัดตกหกล้มใน 6 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 447 คน

1.3 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1.3.1 ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

1.3.2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง โดยประเมินจากแบบประเมินดัชนี บาร์เทิลเอดีแอล (Barthel ADL Index: BAI) โดยได้ค่าคะแนน 5-11 คะแนน

1.3.3 มีความสนใจ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และสามารถเดินทางมาเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยลงนามในใบยินยอม

1.3.4 สามารถสื่อสาร ได้ตอบได้ เข้าใจภาษาไทย

1.4 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1.4.1 ไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด

1.4.2 ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย

1.4.3 ปฏิเสธ หรือถอนตัวจากโครงการวิจัย

1.5 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 447 คน ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่ได้รับการประเมินตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel activities of daily living: ADL) โดยมีคะแนน ADL 5-11 คะแนน จำนวนทั้งสิ้น 1,655 คน จาก 9 อำเภอของจังหวัดสุโขทัย ซึ่งได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการประมาณค่าสัดส่วนกรณีทราบประชากร (Wayne, 1995) ดังนี้

สูตรประมาณค่าสัดส่วนกรณีทราบประชากร

$$n = \frac{Np(1-p)z^2_{1-\frac{\alpha}{2}}}{d^2(N-1)+p(1-p)z^2_{1-\frac{\alpha}{2}}}$$

เมื่อ

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร คือ 1,655 คน

Z = ค่า Z ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ทดสอบ 2 ทาง ($Z = 1.96$)

d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 4 ของค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.03

p = ค่าสัดส่วนของการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ร้อยละ 15.90 = (0.159) จากการศึกษาของทวิศักดิ์ วงศ์กิริติเมธาวี และคณะ (2566)

$\frac{Z\alpha}{2}$ = ค่าสัมประสิทธิ์ของการแจกแจง กำหนดที่ระดับ $\alpha = 0.05$ เท่ากับ 1.96

แทนค่าจากสูตร ใช้การคำนวณจากโปรแกรมสำเร็จรูป (n4Studies)

$$n = \frac{(1,655)(0.159)(1-0.159)(1.96)^2(1-0.5/2)}{(0.03)^2(1,655-1)+(0.159)(1-0.159)(1.96)^2(1-0.5/2)}$$

$$= 425$$

สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณเพิ่มกลุ่มตัวอย่างสำหรับงานวิจัยอีกร้อยละ 5 เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายหรือข้อมูลไม่สมบูรณ์ครบถ้วน โดยใช้สูตรปรับขนาดตัวอย่าง (บุญญพัฒน์ ไชยเมธ, 2556) ดังนี้

$$\text{สูตร } n_{adj} = \frac{n}{(1-R)}$$

n = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณ

n_{adj} = ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว

R = สัดส่วนการสูญเสียจากการติดตาม

$$\text{แทนค่าในสูตร } n_{adj} = \frac{425}{(1-0.05)}$$

$$= 22 \text{ คน}$$

การวิจัยครั้งนี้ต้องเพิ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 ตัวอย่าง และหลักการของ Logistic Regression Analysis ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างมากกว่าตัวแปรอิสระอย่างน้อย 10 เท่าของตัวแปร โดยงานวิจัยนี้มีตัวแปรอิสระ 38 ตัว ดังนั้น งานวิจัยนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 447 ตัวอย่าง

1.6 การสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) ซึ่งประกอบด้วยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified sampling) และการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของจังหวัดสุโขทัย เพื่อใช้ในการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) สำหรับการศึกษาเชิงปริมาณ (Descriptive research) ดังนี้

1.6.1 การสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified sampling) สืบหาข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย ทั้ง 9 อำเภอ เลือกผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยประเมินจากแบบประเมินดัชนี บาร์เทิลเอดีแอล (Barthel ADL Index: BAI) โดยได้ค่าคะแนน 5-11 คะแนนทุกอำเภอ กำหนดสัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้กระจายทุกอำเภอ

1.6.2 สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) หลังจากกำหนดจำนวนตัวอย่างในแต่ละอำเภอแล้ว นำรายชื่อของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของจังหวัดสุโขทัยมาจับฉลากโดยไม่ใส่คืน เพื่อให้ทุกหน่วยมีโอกาสถูกเลือกเท่าเทียมกันจะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ตามตาราง 4

ตาราง 4 แสดงจำนวนประชากรและขนาดกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอำเภอในจังหวัดสุโขทัย

ลำดับ	อำเภอ	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
1	เมืองสุโขทัย	148	40
2	บ้านด่านลานหอย	32	9
3	ศรีมาศ	137	37
4	กงไกรลาศ	190	51
5	ศรีสัชนาลัย	103	28
6	ศรีสำโรง	220	59
7	สวรรคโลก	481	130
8	ศรีนคร	53	14
9	ทุ่งเสลี่ยม	291	79
รวมทั้งหมด		1,655	447

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างคือ แบบสอบถาม (Questionnaire) โดยกำหนดให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยและนิยามศัพท์เฉพาะ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลด้านชีววิทยาที่มีผลต่อการผลิตตกหล่นของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย สถานภาพ ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง และประวัติการผลิตตกหล่น ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิดและปลายปิดเป็นการเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 8 ข้อ และแบบสอบถามด้านการมองเห็น การได้ยิน การทรงตัว การเดิน ความสามารถในการขับถ่าย และความกลัวการผลิตตกหล่น ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ มี และไม่มี ตอบมีได้ 1 คะแนน ตอบไม่มีได้ 0 คะแนน จำนวน 6 ข้อ รวมทั้งหมดเป็น 14 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ การอยู่อาศัยกับสมาชิกในบ้าน การอยู่ลำพัง และการมีข้อจำกัดทางด้านบริการสุขภาพ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิดและปลายปิดเป็นการเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 16 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

การวิเคราะห์และการแปลความหมายของระดับคะแนน ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, Hastings, & Madaus, 1971) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ

คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80.00 – 100.00 หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับสูง คะแนนอยู่ระหว่าง 10 - 15 คะแนน

คะแนนระหว่างร้อยละ 60.00 – 79.00 หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง 5 – 9 คะแนน

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.00 หมายถึง ความรู้ในระดับต่ำ คะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 4 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลด้านพฤติกรรมที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ การใช้ยาหลายชนิด รองเท้าที่ไม่เหมาะสม การสวมใส่เสื้อผ้า การนอนหลับ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย กิจกรรมทางกาย และการใช้อุปกรณ์เคลื่อนที่ เป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) แบ่ง 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ข้อคำถามเชิงบวก ให้คะแนน 3, 2, 1 คะแนน ตามลำดับ และข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนน 1, 2, 3 คะแนน ตามลำดับ จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ สภาพบ้านที่อยู่อาศัย พื้นลื่น พื้นต่างระดับ ราวจับหรือราวจับที่มั่นคง ประตูบ้าน แสงสว่าง พรมหรือผ้าเช็ดเท้า ห้องน้ำ การจัดวางของใช้ภายในบ้าน เติงนอน และมีสัตว์เลี้ยงในบ้าน ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ ตอบใช่ ได้ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน รวมทั้งหมดเป็น 15 ข้อ

3. การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การสร้างเครื่องมือที่ใช้วัดปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดสุโขทัย โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

3.1 ทำการศึกษาข้อมูลเบื้องต้น โดยการศึกษารายละเอียดจากแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.2 กำหนดขอบเขตและโครงสร้างเนื้อหาของแบบสอบถามให้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการวิจัย

3.3 สร้างข้อคำถามในแบบสอบถาม โดยพิจารณาจากนิยามศัพท์ และวัตถุประสงค์ของการวิจัย นำมากำหนดการให้คะแนนสำหรับคำตอบแต่ละข้อ

3.4 นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อพิจารณาความเหมาะสม ความถูกต้องของภาษา และปรับปรุงแบบสอบถามตามคำแนะนำ

3.5 การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และพิจารณาสำนวนภาษา ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข โดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับเนื้อหาตามระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Index of item - Objective Congruence: IOC) จำนวน 5 คน คือ ผู้เชี่ยวชาญ ด้านการวิจัย จำนวน 3 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านงานผู้สูงอายุ จำนวน 2 คนโดยเกณฑ์ในการพิจารณาให้คะแนนแบบสอบถามเป็นรายข้อ ดังนี้

ให้ +1 = แน่ใจว่าสอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ให้ 0 = ไม่แน่ว่าสอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ให้ -1 = แน่ใจว่าไม่สอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

การคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัยจากสูตรของ (Rovinelli & Hambleton, 1977) ดังนี้

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

IOC = ค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

$\sum R$ = ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

ใช้เกณฑ์พิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับเนื้อหาตามระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Index of item - Objective Congruence: IOC) ของข้อคำถามในแบบสอบถามทุกข้อมีค่าอยู่ระหว่าง 0.5 – 1.0 ถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนดคือ เกณฑ์การพิจารณาความเหมาะสมของค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามรายข้อ ให้มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป แต่ถ้าได้ค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 ต้องพิจารณาแก้ไขปรับปรุง หรือตัดทิ้ง (Rovinelli & Hambleton, 1977)

3.6 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามส่วนที่ 1 ส่วนที่ 3 และส่วนที่ 5 โดยใช้สูตร KR - 21 ของคุณ

เดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder - Richardson) ได้ความเที่ยงของแบบสอบถามข้อมูลด้านชีววิทยา ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม เท่ากับ 0.708 0.952 และ 0.984 ตามลำดับ และแบบสอบถามส่วนที่ 4 โดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ความเที่ยงของแบบสอบถามข้อมูลด้านพฤติกรรม เท่ากับ 0.818 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์การพิจารณาความเชื่อถือได้ โดยมีค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้ตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป (ประคอง กรรณสูตร, 2542)

3.7 จัดทำแบบสอบถามเป็นฉบับสมบูรณ์เพื่อนำไปเก็บข้อมูลกับผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในจังหวัดสุโขทัยต่อไป

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม มีวิธีการดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

4.1 ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัยนเรศวรถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เพื่อขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูลตามหนังสือบันทึกวิทยาลัยนเรศวร

4.2 ผู้วิจัยจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและฝึกทักษะการเป็นผู้ช่วยผู้วิจัยให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน

4.3 ส่งแบบสอบถามที่ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ในแบบสอบถามจะมีคำชี้แจงการทำแบบสอบถามและขอความร่วมมือในการทำแบบสอบถาม พร้อมทั้งเขียนชี้แจงถึงการนำผลการวิจัยไปใช้ไว้ที่แบบสอบถามทุกฉบับให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอช่วยเก็บข้อมูล

4.4 ประสานงานการเก็บรวบรวมข้อมูลรายอำเภอ โดยมีเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้ช่วยรวบรวมแบบสอบถามจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดที่กลุ่มตัวอย่างอยู่ในเขตรับผิดชอบ กำหนดส่งแบบสอบถามคืนผู้วิจัย ภายใน 2 สัปดาห์

4.5 แบบสอบถามที่ไม่ได้รับคืน ผู้วิจัยตรวจสอบจากรหัสแบบสอบถามแล้วลงเก็บข้อมูลด้วยตนเองและประสานงานช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ แล้วแต่กรณี

4.6 หลังจากที่ได้รับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติในการวิจัย ดังนี้

5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลด้านชีววิทยา ด้านพฤติกรรม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านเศรษฐกิจและสังคม ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

5.2 การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อผลการปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัยโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Binary logistic regression analysis)

5.3 กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน

การวิจัยระยะที่ 2 การสร้างและยืนยันรูปแบบการป้องกันการปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

การสร้างและตรวจสอบรูปแบบการป้องกันการปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย ซึ่งนำผลการวิจัยจากระยะที่ 1 มาใช้ในขั้นตอนที่ 1 การสร้างรูปแบบการป้องกันการปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย นำผลการวิจัยไปใช้ในขั้นตอนที่ 2 การยืนยันรูปแบบการป้องกันการปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัยโดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative method) แบบการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) ใช้วิธีคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเอกพันธ์ (Homogenous sampling) เพื่อยืนยันรูปแบบในประเด็นตามความเหมาะสม ด้านความเป็นประโยชน์ ความถูกต้องครอบคลุม และความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ ซึ่งจะนำผลการวิจัยจากระยะที่ 2 ไปใช้ในระยะที่ 3 ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ตามลำดับ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างรูปแบบการป้องกันการปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

เป็นการนำเสนอข้อมูลจากผลการศึกษาการวิจัยระยะที่ 1 มาเป็นข้อมูลนำเข้าในการยกร่างรูปแบบการป้องกันการปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย ขั้นตอนนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focused group discussion) และกระบวนการอภิปรายกลุ่ม (Group discussion) เพื่อสร้างรูปแบบและได้ข้อสรุปอย่างเป็นรูปธรรมที่สามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริงในชุมชน

กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focused group discussion)

เป็นวิธีการได้มาซึ่งการรับรู้การเข้าใจ โดยมีวัตถุประสงค์หลักในการอธิบายและทำความเข้าใจ การรับรู้ การตีความ และความเชื่อของประชากรที่ได้รับการคัดเลือกเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อให้เกิดเข้าใจปัญหาเฉพาะและมุมมองของผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลหลักมีตั้งแต่ 4 คน

ขึ้นไปแต่ไม่เกิน 12 คน โดยมีภูมิหลังทางสังคม วัฒนธรรม ประสบการณ์ และข้อกังวลที่คล้ายคลึงกัน ใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2565ก)

1. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

1.1 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 6 คน ดังนี้

1.1.1 ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในจังหวัดสุโขทัย จำนวน 6 คน

1.1.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ โรงพยาบาล/ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาลเมือง/ เทศบาลตำบล/ องค์การบริหารส่วนตำบล) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมอย่างเป็นทางการหลักสูตร 70 ชั่วโมง (Caregiver) และผู้นำชุมชน จำนวน 6 คน

1.1.3 ผู้ดูแลระดับครอบครัว ได้แก่ พี่ น้อง ญาติ ลูก คนในครอบครัว จำนวน 6 คน

1.2 การคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

การคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักใช้วิธีคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเอกพันธ์ (Homogenous sampling) เป็นการเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีภูมิหลังหรือประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกัน มีวัตถุประสงค์ของการเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มย่อยที่มีลักษณะเฉพาะในเชิงลึก (Miles & Huberman, 1994)

1.3 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1.3.1 กลุ่มผู้สูงอายุ

- 1) ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เคยพลัดตกหกล้มใน 6 เดือนที่ผ่านมา
- 2) สามารถสื่อสาร ได้ตอบโต้ เข้าใจภาษาไทย
- 3) ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง โดยประเมินจากแบบประเมินดัชนี บาร์เทิลเอดีแอล (Barthel ADL Index: BAI) โดยได้ค่าคะแนน 5-11 คะแนน
- 4) มีสติสัมปชัญญะ
- 5) มีความสนใจ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และสามารถเดินทางมาเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยลงนามในใบยินยอม

1.3.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ ผู้นำชุมชน และผู้ดูแลระดับครอบครัว

- 1) อายุ 20 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป
- 2) มีความสนใจ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และสามารถเดินทางมาเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยลงนามในใบยินยอม

1.4 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1.4.1 ไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด
- 1.4.2 ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย
- 1.4.3 ปฏิเสธ หรือถอนตัวจากโครงการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 แนวทางการสนทนากลุ่ม เป็นคำถามที่ผู้วิจัยใช้จุดประเด็นการสนทนา ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด เริ่มคำถามแรกเป็นการแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นผลกระทบจากการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในฐานะคนนอก จากนั้นเป็นคำถามที่ดึงกลุ่มให้เข้าใกล้ตัวผู้ร่วมสนทนาซึ่งแนวทางดังกล่าวไม่ใช่เป็นตัวกำหนดการสนทนาว่าต้องมีประเด็นเท่าที่กำหนดเท่านั้น ในขณะที่ดำเนินการอาจมีประเด็นใหม่ ๆ ที่ผุดขึ้นในวงสนทนา จากการจับประเด็นของผู้วิจัยจะปรับแนวทางการสนทนาไปเรื่อย ๆ ตลอดการเก็บข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่แน่นและลุ่มลึกขึ้นเรื่อย ๆ มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดที่แสดงความคิดเห็นต่อประเด็นรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

2.2 ผู้วิจัย (Researcher) เป็นเครื่องมือในการศึกษาต้องเตรียมความพร้อมด้านองค์ความรู้ทั้งทางด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพและผลของการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ เพื่อดำเนินการศึกษาวิจัยให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพที่จะส่งผลให้ผลการวิจัยมีความถูกต้องน่าเชื่อถือ

2.3 สมุดจดบันทึก ใช้บันทึกข้อมูลระหว่างการสนทนา

2.4 เครื่องบันทึกเสียง ใช้บันทึกเสียงขณะที่มีการสนทนา

2.5 กล้องถ่ายรูป การเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการถ่ายภาพ จะช่วยบอกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เกิดเมื่อไหร่ ใครอยู่ในเหตุการณ์ ทำกิจกรรมอะไร ความรู้ของบุคคลในภาพเป็นอย่างไร

3. การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

หลังจากสร้างแนวทางการสนทนากลุ่ม แล้วทำการตรวจสอบคุณภาพของแนวทางการสนทนากลุ่ม โดยการตรวจสอบความถูกต้องความสมบูรณ์โดยผู้เชี่ยวชาญมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

3.1 ร่างแนวทางการสนทนากลุ่ม จากนั้นนำไปปรึกษาประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อขอข้อเสนอแนะและปรับปรุง

3.2 นำแนวทางการสนทนากลุ่ม ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีผลงานเป็นที่ยอมรับจำนวน 5 คน คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย จำนวน 3 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านงานผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน เพื่อขอข้อชี้แนะในการปรับปรุงให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

3.3 นำแนวทางการสนทนากลุ่ม ที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงจากผู้เชี่ยวชาญปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ จากนั้นนำไปปรึกษาประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้ง

3.4 ทำการทดสอบแนวทางการสนทนากลุ่ม โดยเก็บข้อมูลกับกลุ่มอาสาสมัครทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในจังหวัดสุโขทัย เคยมีประวัติเคยพลัดตกหกล้ม 6 เดือน ที่ผ่านมา จำนวน 1 คน 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 1 คน และ 3) ผู้ดูแลระดับครอบครัว จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด 3 คน โดยเก็บข้อมูลในพื้นที่เดียวกัน และเป็นคนละกลุ่มกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งพื้นที่ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างของการทดลองสนทนากลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง มีบริบทการดำเนินชีวิตที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เพื่อช่วยลดตัวแปรที่แตกต่าง เช่น วัฒนธรรม วิถีชีวิต หรือการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ทำให้วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงและแนวทางป้องกันได้ง่ายขึ้น โดยพิจารณาจากความเป็นไปได้ของการได้ข้อมูล ความเข้าใจเนื้อหา ความยากง่าย ความกำกวมของคำถาม หรือข้อสนทนา ปฏิกิริยาสะท้อนกลับของผู้ให้ข้อมูลหลัก และระยะเวลาในการสัมภาษณ์ในการศึกษาครั้งนี้กำหนดให้ไม่เกิน 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง

3.5 นำแนวทางการสนทนากลุ่ม ที่นำไปทดสอบมาปรับปรุงและเสนอประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อขอคำแนะนำและความเห็นชอบเพื่อความสมบูรณ์ของเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 ขั้นเตรียมการ

4.1.1 ศึกษาสภาพปัญหาและองค์ประกอบของรูปแบบจากการค้นคว้าเอกสารตำรา แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4.1.2 สร้างและตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามตรวจสอบร่างรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

4.1.3 ยกร่างรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย ด้วยผลการวิจัยจากระยะที่ 1 จัดองค์ประกอบ และรายละเอียดของรูปแบบตามสมมติฐาน

4.1.4 ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัยนเรศวรถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูลตามหนังสือบันทึกวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร

4.1.5 ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูลและประสานงานนัดหมายล่วงหน้า ตามวันเวลา และสถานที่ที่จะทำการศึกษา

4.1.6 จัดทำแนวทางการสนทนากลุ่ม เป็นคำถามที่ผู้วิจัยใช้จุดประเด็นการสนทนาเป็นคำถามปลายเปิดที่แสดงความคิดเห็นต่อประเด็นรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

4.1.7 การเตรียมตัวและอุปกรณ์ นักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเตรียมตัวโดยการทำความเข้าใจประเด็นที่ต้องการศึกษาให้ชัดเจน ศึกษาข้อมูลของผู้ร่วมสนทนากลุ่ม และเตรียมอุปกรณ์ เช่น สมุด ปากกา

4.1.8 เตรียมสถานที่ ที่สะดวกสบาย ไม่พลุกพล่าน สามารถควบคุมเสียงจากภายนอกและผู้ไม่เกี่ยวข้องได้ มีบรรยากาศเป็นกันเองเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกผ่อนคลาย ไม่กังวล และไม่รู้สึกรังเกียจที่จะพูดและแสดงความคิดเห็น รวมถึงจัดที่นั่งเป็น วงกลมหรือวงรีในการสนทนากลุ่ม เพื่อให้ผู้ดำเนินการสนทนาสามารถสบตาในระหว่างดำเนินการสนทนา

4.2 ขั้นตอนการสนทนากลุ่ม

4.2.1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างความสัมพันธ์ในแนวราบบนพื้นฐานความเท่าเทียมกันของทุกคนในกลุ่ม โดยเริ่มตั้งแต่สมาชิกทยอยเข้ามาในห้อง ผู้วิจัยให้การต้อนรับอย่างเป็นกันเอง ก่อนเริ่มการสนทนาอาจมีกิจกรรมละลายพฤติกรรมตามความเหมาะสมของวัฒนธรรมของกลุ่มเพื่อให้คุ้นเคยกัน

4.2.2 เขียนรหัสประจำตัวลงป้ายชื่อของแต่ละคนเพื่อเรียกกันภายในกลุ่มสนทนา ผู้ช่วย รวบรวมข้อมูลเขียนแผนผังที่นั่งและรหัสประจำตัวลงในแผนผังให้ตรงกัน

4.2.3 อธิบายวัตถุประสงค์/กระบวนการ เวลาที่ใช้ประมาณ 90 นาที การรักษาความลับ ของข้อมูล สิทธิของผู้ร่วมสนทนา

4.2.4 ปรีกษาหารือเพื่อร่วมกันปฏิบัติตามกติกาพื้นฐาน เช่น พูดทีละคน ไม่ขัดจังหวะ ทุกคนมีสิทธิแสดงความคิดเห็นแม้จะต่างไปจากคนอื่น ไม่มีการตัดสินว่าใครผิด ใครถูก

4.2.5 ขออนุญาตใช้เครื่องบันทึกเสียง

4.2.6 ผู้วิจัยนำเสนอสรุปผลการศึกษาจากระยะที่ 1 ให้สมาชิกกลุ่มรับทราบ

4.2.7 ขอให้สมาชิกช่วยกันคิดและเสนอประเด็นที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบฯ เช่น องค์ประกอบ และกิจกรรมที่ควรมีของรูปแบบ เป็นต้น

4.2.8 ผู้วิจัยดำเนินการสนทนาโดยใช้คำถาม/ภาษากาย แสดงความไม่รู้และกระตุ้นให้สมาชิกสนทนากันเอง สร้างบรรยากาศเร้าให้อยากแสดงความคิดเห็น ต้องรู้จักจัดการกับความขัดแย้งในกลุ่มการข่มความคิดของสมาชิกด้วยตนเอง การตัดเรื่องที่อยู่นอกประเด็น การให้โอกาสและกำลังใจแก่สมาชิกที่ไม่ค่อยแสดงความคิดเห็น ขณะดำเนินการสนทนาผู้วิจัยต้องแสดงความเป็นกลาง ในประเด็น/ความคิดของสมาชิกที่แตกต่างกัน ไม่เข้าข้างใดข้างหนึ่ง ไม่แสดงตนเป็นผู้รู้ดี ไม่เข้าไป แก่ไข ความรู้ความเข้าใจของสมาชิก ควรมีการตั้งประเด็นแย้งเพื่อให้เกิดการถกเถียงโต้ตอบที่มีทั้งการสนับสนุนเห็นด้วย (Pro) และเห็นแย้ง (Con) ควรมียืดหยุ่นในการปรับประเด็นและลำดับหัวข้อในการสนทนา และจะไม่อนุญาตให้ผู้ไม่มีบทบาท หรือผู้สนใจเข้าฟังการสนทนากลุ่มไม่ว่ากรณีใดทั้งสิ้น

4.3 การยุติการสนทนา

4.3.1 ขอให้สมาชิกแต่ละคนสรุปสิ่งที่ตนได้พูดและเพิ่มเติมข้อมูล/ความคิดเห็นโดยผู้วิจัย อาจเป็นผู้เริ่มต้นสรุปก่อนแล้วให้สมาชิกช่วยกันเพิ่มเติม ปรับแก้ไขประเด็นที่ผู้วิจัยอาจเข้าใจผิด

4.3.2 ปิดเครื่องบันทึกเสียงการสนทนา และกล่าวขอบคุณสมาชิกทุกคน

4.3.3 ขอให้สมาชิกกลุ่มสะท้อนกระบวนการสนทนากลุ่ม ด้วยวิธีการซักถาม

4.4 ขั้นสรุปหลังการสนทนากลุ่ม

ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเรียบเรียงเนื้อหา พร้อมทั้งจัดบันทึกลงสมุดจดบันทึก ตลอดการสนทนากลุ่ม เพื่อนำไปสู่ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

5. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

5.1 การใช้กระบวนการที่เหมาะสม ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้การสนทนากลุ่มเป็นวิธีการวิจัยที่เหมาะสม สามารถสกัดประสบการณ์ปัญหาและอุปสรรคจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักได้อย่างละเอียดช่วยให้เกิดประเด็นความคิดที่หลากหลายมีความเป็นปัจจุบัน ผู้ให้ข้อมูลหลักสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระและก่อให้เกิดฉันทามติ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม และระหว่างดำเนินการจะพยายามกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลหลักแสดงความคิดเห็นอย่างเท่าเทียมกัน

5.2 การสร้างความคุ้นเคย (Rapport) กับบริบทของพื้นที่ก่อนเริ่มเก็บข้อมูล เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและความไว้วางใจในการให้ข้อมูลของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยก่อนที่เริ่มเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะทำการลงสำรวจพื้นที่และทำความคุ้นเคยกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักก่อนทำการเก็บข้อมูลจริง

5.3 การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) โดยใช้วิธีดังต่อไปนี้ ใช้ผู้ให้ข้อมูลและพื้นที่ที่หลากหลายการใช้เทคนิคถามคำถามซ้ำ การสะท้อนข้อสังเกต ข้อคิดเห็น การวิเคราะห์กรณีศึกษาทั้งทางบวกและลบ และการตรวจสอบจากข้อค้นพบหรือผลการวิจัยที่ผ่านมาจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาทำการตรวจสอบแบบสามเส้า ดังนี้

5.3.1 การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) เพื่อพิสูจน์ว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มาถูกต้องหรือไม่ โดยกำหนดให้ตรวจสอบข้อมูล 3 แหล่งที่มา ได้แก่ เวลา สถานที่และบุคคล การตรวจสอบแหล่งเวลาโดยสอบถามเหตุการณ์ในช่วงเวลาใกล้เคียงกัน และช่วงเวลาต่างกัน เพื่อให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้รับในช่วงเวลาต่าง ๆ นั้นเหมือนกันหรือไม่ การตรวจสอบสถานที่ข้อมูลต่างสถานที่กันจะเหมือนกันหรือไม่ และการตรวจสอบบุคคลผู้ให้ข้อมูลเปลี่ยนไป ข้อมูลจะยังเหมือนเดิมหรือไม่

5.3.2 การตรวจสอบแบบสามเส้าด้านผู้วิจัย (Investigator triangulation) เพื่อตรวจสอบว่าผู้วิจัยแต่ละคนจะได้ข้อมูลต่างกันอย่างใด ในการศึกษาครั้งนี้ นอกจากผู้วิจัยแล้วได้กำหนดผู้ช่วยนักวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้ช่วยนักวิจัยจะได้รับการฝึกเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยก่อนออกเก็บข้อมูลจริง ด้วยเหตุผลของการใช้ผู้ช่วยนักวิจัยเนื่องจากต้องการความหลากหลายในการเก็บข้อมูลจากการใช้ผู้วิจัยคนเดียว เพื่อสร้างความแน่ใจได้ดีกว่านักวิจัยเพียงคนเดียว

5.3.3 การตรวจสอบแบบสามเส้าด้านทฤษฎี (Theory triangulation) เพื่อตรวจสอบว่า ผู้วิจัยสามารถใช้แนวคิดทฤษฎีทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมและทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชนตีความข้อมูลที่แตกต่างกันได้มากน้อยเพียงใด โดยในการศึกษาครั้งนี้ได้ผสมผสานทฤษฎีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้ผลตามต้องการ หลังจากที่ได้ข้อมูลแล้วจะลงมือตีความสร้างข้อสรุปเหตุการณ์แต่ละอย่าง และทำการตรวจสอบสามเส้าทางทฤษฎีต่าง ๆ ที่ปรากฏเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องต่อไป

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ด้วยวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประเด็น (Thematic analysis) ตามหลักการวิเคราะห์และตีความข้อมูล (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2565ค) ซึ่งมีขั้นตอนการวิเคราะห์ ดังต่อไปนี้

6.1 สร้างความคุ้นเคยกับข้อมูล (Becoming familiar with data) ดำเนินการถอดเทปคำต่อคำ (Verbatim) คงคำพูดทุกอย่างจากการสัมภาษณ์ แม้แต่คำพูดที่มาจากความรู้สึก และตรวจสอบการสะกดคำ จากข้อความที่ถอดเทป

6.2 สร้างรหัสข้อมูล (Generating initial code) สร้างรหัสข้อมูลเพื่อแสดงลักษณะของข้อมูลและมีการจัดกลุ่มคำของข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่

6.3 สร้างประเด็น (Searching for theme) เป็นขั้นตอนของการเริ่มวิเคราะห์รหัสข้อมูลและพิจารณารหัสที่เหมือนกันไว้ด้วยกัน โดยมีการจัดเป็นหมวดหมู่และมีการเชื่อมโยงหมวดหมู่หรือรหัสด้วยลูกศร หมวดหมู่ที่ได้จัดไว้เป็นกลุ่ม คือ ประเด็นขั้นตอนนี้เป็นการแสดงความสอดคล้องของแต่ละประเด็นโดยการทำแผนภูมิรูปภาพ (Mind maps)

6.4 ทบทวนประเด็น (Reviewing themes) เป็นขั้นตอนการกลั่นกรองประเด็น ตรวจสอบว่ามีบางประเด็นที่ซ้อนกัน และสามารถแตกเป็นประเด็นใหม่ได้หรือไม่ โดยการรวมประเด็นเดียวกันไว้ด้วยกัน และแตกประเด็นใหม่กรณีที่ไม่แน่ใจว่าอยู่ภายใต้ข้อมูลที่ได้มาจากการเก็บรวบรวมทั้งหมด ทั้งนี้ ห้ามสร้างประเด็นใหม่โดยไม่อยู่ภายใต้พื้นฐานข้อมูลที่ถูกเก็บมา

6.5 กำหนดประเด็นที่ชัดเจนและตั้งชื่อประเด็น (Defining and naming themes) เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยรู้สึกพึงพอใจแล้วว่าประเด็นได้ถูกกลั่นกรองและจัดเป็นหมวดหมู่ รวมถึงมีความเชื่อมโยงของประเด็นอย่างชัดเจน ได้บอกความเชื่อมโยง บอกเรื่องราวทั้งหมดของ ข้อมูลที่ได้มีความสอดคล้องและทำให้เห็นภาพรวมทั้งหมด นอกจากนี้ ประเด็นย่อย (Sub-themes) ยังทำให้เห็นโครงสร้างและความหมายของประเด็นใหญ่ ดังนั้น การกำหนดประเด็นจึงทำให้มองเห็นภาพรวมของข้อมูลได้อย่างสอดคล้องกัน

6.6 จัดทำรายงาน (Producing the report) การเขียนรายงานการ วิเคราะห์เชิงประเด็นต้องได้ข้อมูลที่ชัดเจน เชื่อมโยง มีความเป็นเหตุเป็นผล และไม่มีการซ้ำซ้อนของข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 การยืนยันรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดสุโขทัย

ผู้วิจัยนำร่างรูปแบบที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 ให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในการสนทนาในประเด็นตามความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focused group discussion) และกระบวนการอภิปรายกลุ่ม (Group discussion) ใช้วิธีคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเอกพันธ์ (Homogenous sampling) เพื่อยืนยันรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย ในประเด็นตามความเหมาะสม ด้านความเป็นประโยชน์ ความถูกต้องครอบคลุม และความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ

กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focused group discussion)

เป็นวิธีการได้มาซึ่งการรับรู้การเข้าใจ โดยมีวัตถุประสงค์หลักในการอธิบายและทำความเข้าใจ การรับรู้ การตีความ และความเชื่อของประชากรที่ได้รับการคัดเลือกเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อให้เกิดเข้าใจปัญหาเฉพาะและมุมมองของผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลหลักมีตั้งแต่ 4 คน ขึ้นไปแต่ไม่เกิน 12 คน โดยมีภูมิหลังทางสังคม วัฒนธรรม ประสบการณ์ และข้อกังวลที่คล้ายคลึงกัน ใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2565ก)

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 6 คน ดังนี้

1.1.1 ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในจังหวัดสุโขทัย จำนวน 6 คน

1.1.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ โรงพยาบาล/ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาลเมือง/ เทศบาลตำบล/ องค์การบริหารส่วนตำบล) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมอย่างเป็นทางการหลักสูตร 70 ชั่วโมง (Caregiver) และผู้นำชุมชน จำนวน 6 คน

1.1.3 ผู้ดูแลระดับครอบครัว ได้แก่ พี่ น้อง ญาติ ลูก คนในครอบครัว จำนวน 6 คน

1.2 การคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

การคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักใช้วิธีคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเอกพันธ์ (Homogenous sampling) เป็นการเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีภูมิหลังหรือประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกัน มีวัตถุประสงค์ของการเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มย่อยที่มีลักษณะเฉพาะในเชิงลึก (Miles & Huberman, 1994)

1.3 เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1.3.1 กลุ่มผู้สูงอายุ

- 1) ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่เคยพลัดตกหกล้มใน 6 เดือนที่ผ่านมา
- 2) ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง โดยประเมินจากแบบประเมินดัชนี บาร์เทิลเอดีแอล (Barthel ADL Index: BAI) โดยได้ค่าคะแนน 5-11 คะแนน
- 3) มีความสนใจ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และสามารถเดินทางมาเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยลงนามในใบยินยอม
- 4) สามารถสื่อสาร ได้ตอบได้ เข้าใจภาษาไทย

1.3.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ ผู้นำชุมชน และผู้ดูแลระดับครอบครัว

- 1) อายุ 20 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป
- 2) มีความสนใจ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และสามารถเดินทางมาเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยลงนามในใบยินยอม

1.4 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1.4.1 ไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด
- 1.4.2 ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย
- 1.4.3 ปฏิเสธ หรือถอนตัวจากโครงการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในขั้นตอนการยืนยันรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย ดังนี้

2.1 การทำกระบวนการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยสร้างประเด็นคำถาม ดังนี้

- 2.1.1 รูปแบบ ความเป็นไปได้ มีความเหมาะสมหรือไม่
- 2.1.2 รูปแบบ ความเป็นประโยชน์ สามารถนำไปปฏิบัติได้
- 2.1.3 รูปแบบ ความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่หรือไม่
- 2.1.4 รูปแบบ ความถูกต้อง ตรงประเด็นกับปัญหาของพื้นที่หรือไม่

2.2 ผู้วิจัย (Researcher) เป็นเครื่องมือในการศึกษาต้องเตรียมความพร้อมด้านองค์ความรู้ทั้งทางด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพและผลของการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ เพื่อดำเนินการศึกษาวิจัยให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพที่จะส่งผลให้ผลการวิจัยมีความถูกต้องน่าเชื่อถือ

2.3 สมุดจดบันทึก ใช้บันทึกข้อมูลระหว่างการสนทนา

2.4 เครื่องบันทึกเสียง ใช้บันทึกเสียงขณะที่มีการสนทนา

2.5 กล้องถ่ายรูป การเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการถ่ายภาพ จะช่วยบอกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เกิดเมื่อไหร่ ใครอยู่ในเหตุการณ์ ทำกิจกรรมอะไร ความรู้ของบุคคลในภาพเป็นอย่างไร

3. สร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

หลังจากสร้างแนวทางการสนทนากลุ่ม แล้วทำการตรวจสอบคุณภาพของแนวทางการสนทนากลุ่ม โดยการตรวจสอบความถูกต้องความสมบูรณ์โดยผู้เชี่ยวชาญมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

3.1 ร่างแนวทางการสนทนากลุ่ม จากนั้นนำไปปรึกษาประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อขอข้อเสนอแนะและปรับปรุง

3.2 นำแนวทางการสนทนากลุ่ม ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีผลงานเป็นที่ยอมรับจำนวน 5 คน คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย จำนวน 3 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านงานผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน เพื่อขอข้อชี้แนะในการปรับปรุงให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

3.3 นำแนวทางการสนทนากลุ่ม ที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงจากผู้เชี่ยวชาญปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ จากนั้นนำไปปรึกษาประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้ง เพื่อขอคำแนะนำและความเห็นชอบเพื่อความสะดวกของเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธี กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussions) ซึ่งมุ่งประเด็นหาความคิดเห็นในรูปแบบในมุมมองของกลุ่มตัวอย่าง จึงใช้การสนทนากลุ่ม เพราะข้อมูลที่ได้จะเป็นมุมมองส่วนบุคคลผ่านความคิดเห็น ทักษะต่าง ๆ ของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ทำให้ผู้วิจัยมีความเข้าใจข้อมูลมากยิ่งขึ้น มีวิธีการดังนี้

4.1 ขั้นเตรียมการ

4.1.1 ศึกษาองค์ประกอบของรูปแบบป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย และเข้าใจถึงขอบเขตประเด็นการสนทนากลุ่ม

4.1.2 ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัยนเรศวรถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูลตามหนังสือบันทึกวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร

4.1.3 ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูลและประสานงานนัดหมายล่วงหน้า ตามวันเวลา และสถานที่ที่จะทำการศึกษา

4.1.4 จัดทำแนวทางการสนทนากลุ่ม เป็นคำถามที่ผู้วิจัยใช้จุดประเด็นการสนทนาเป็นคำถามปลายเปิดที่แสดงความคิดเห็นต่อประเด็นรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

4.1.5 การเตรียมตัวและอุปกรณ์ นักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเตรียมตัวโดยการทำความเข้าใจประเด็นที่ต้องการศึกษาให้ชัดเจน ศึกษาข้อมูลของผู้ร่วมสนทนากลุ่ม และเตรียมอุปกรณ์ เช่น สมุด ปากกา

4.1.6 เตรียมสถานที่ ที่สะดวกสบาย ไม่พลุกพล่าน สามารถควบคุมเสียงจากภายนอกและผู้ไม่เกี่ยวข้องได้ มีบรรยากาศเป็นกันเองเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกผ่อนคลาย ไม่กังวล และไม่รู้สึกรังเกียจที่จะพูดและแสดงความคิดเห็น รวมถึงจัดที่นั่งเป็นวงกลมหรือวงรีในการสนทนากลุ่ม เพื่อให้ผู้ดำเนินการสนทนาสามารถสบตาในระหว่างดำเนินการสนทนา

4.2 ขั้นตอนการสนทนากลุ่ม

4.2.1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างความสัมพันธ์ในแนวราบบนพื้นฐานความเท่าเทียมกันของทุกคนในกลุ่ม โดยเริ่มตั้งแต่สมาชิกทยอยเข้ามาในห้อง ผู้วิจัยให้การต้อนรับอย่างเป็นกันเอง ก่อนเริ่มการสนทนาอาจมีกิจกรรมละลายพฤติกรรมตามความเหมาะสมของวัฒนธรรมของกลุ่มเพื่อให้คุ้นเคยกัน

4.2.2 เขียนรหัสประจำตัวลงป้ายชื่อของแต่ละคนเพื่อเรียกกันภายในกลุ่มสนทนา ผู้ช่วย รวบรวมข้อมูลเขียนแผนผังที่นั่งและรหัสประจำตัวลงในแผนผังให้ตรงกัน

4.2.3 อธิบายวัตถุประสงค์/กระบวนการ เวลาที่ใช้ประมาณ 90 นาที การรักษาความลับ ของข้อมูล สิทธิของผู้ร่วมสนทนา

4.2.4 ปรีกษาหารือเพื่อร่วมกันปฏิบัติตามกติกาพื้นฐาน เช่น พูดทีละคน ไม่ขัดจังหวะ ทุกคนมีสิทธิแสดงความคิดเห็นแม้จะต่างไปจากคนอื่น ไม่มีการตัดสินว่าใครผิด ใครถูก

4.2.5 ขออนุญาตใช้เครื่องบันทึกเสียง

4.2.6 ผู้วิจัยนำเสนอสรุปผลการศึกษาจากระยะที่ 2 ขั้นตอนที่ 1 ให้สมาชิกกลุ่มรับทราบ

4.2.7 ขอให้สมาชิกช่วยกันยืนยันรูปแบบ ทั้งการเตรียม การปฏิบัติและประเมินผล ในมุมมองความเหมาะสมและการเป็นไปได้ และเสนอประเด็นที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบฯ เช่น องค์ประกอบ และกิจกรรมที่ควรมีของรูปแบบ เป็นต้น

4.2.8 ผู้วิจัยดำเนินการสนทนาโดยใช้คำถาม/ภาษากาย แสดงความไม่รู้และกระตุ้นให้สมาชิกสนทนากันเอง สร้างบรรยากาศเร้าให้อยากแสดงความคิดเห็น ต้องรู้จักจัดการกับความขัดแย้งในกลุ่มการข่มความคิดของสมาชิกด้วยตนเอง การตัดเรื่องที่อยู่นอกประเด็น การให้โอกาสและกำลังใจแก่สมาชิกที่ไม่ค่อยแสดงความคิดเห็น ขณะดำเนินการสนทนาผู้วิจัยต้องแสดงความเป็นกลาง ในประเด็นและความคิดของสมาชิกที่แตกต่างกัน ไม่เข้าข้างใดข้างหนึ่ง ไม่แสดงตนเป็นผู้รู้ดี ไม่เข้าไปแก้ไขความรู้ความเข้าใจของสมาชิก ควรมีการตั้งประเด็นแย้งเพื่อให้เกิดการถกเถียงโต้ตอบที่มีทั้งการสนับสนุนเห็น

ด้วย (Pro) และเห็นแย้ง (Con) ควรยืดหยุ่นในการปรับประเด็นและลำดับหัวข้อในการสนทนา และจะไม่อนุญาตให้ผู้ไม่มีบทบาท หรือผู้สนใจเข้าฟังการสนทนากลุ่มไม่ว่ากรณีใดทั้งสิ้น

4.3 การยุติการสนทนา

4.3.1 ขอให้สมาชิกแต่ละคนสรุปสิ่งที่ตนได้พูดและเพิ่มเติมข้อมูล/ความคิดเห็นโดยผู้วิจัย อาจเป็นผู้เริ่มต้นสรุปก่อนแล้วให้สมาชิกช่วยกันเพิ่มเติม ปรับแก้ไขประเด็นที่ผู้วิจัยอาจเข้าใจผิด

4.3.2 ปิดเครื่องบันทึกเสียงการสนทนา และกล่าวขอบคุณสมาชิกทุกคน

4.3.3 ขอให้สมาชิกกลุ่มสะท้อนกระบวนการสนทนากลุ่ม ด้วยวิธีการซักถาม

4.4 ขั้นสรุปหลังการสนทนากลุ่ม

ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเรียบเรียงเนื้อหา พร้อมทั้งจัดบันทึกลงสมุดจดบันทึกตลอดการสนทนากลุ่ม เพื่อนำไปสู่ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

5. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

5.1 การใช้กระบวนการที่เหมาะสม ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้การสนทนากลุ่มเป็นวิธีการวิจัยที่เหมาะสม สามารถสกัดประสบการณ์ปัญหาและอุปสรรคจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักได้อย่างละเอียดช่วยให้เกิดประเด็นความคิดที่หลากหลายมีความเป็นปัจจุบัน ผู้ให้ข้อมูลหลักสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระและก่อให้เกิดฉันทามติ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม และระหว่างดำเนินการจะพยายามกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลหลักแสดงความคิดเห็นอย่างเท่าเทียมกัน

5.2 การสร้างความคุ้นเคย (Rapport) กับบริบทของพื้นที่ก่อนเริ่มเก็บข้อมูล เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและความไว้วางใจในการให้ข้อมูลของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยก่อนที่เริ่มเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะทำการลงสำรวจพื้นที่และทำความคุ้นเคยกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักก่อนทำการเก็บข้อมูลจริง

5.3 การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) โดยใช้วิธีดังต่อไปนี้ ใช้ผู้ให้ข้อมูลและพื้นที่ที่หลากหลายการใช้เทคนิคถามคำถามซ้ำ การสะท้อนข้อสังเกต ข้อคิดเห็น การวิเคราะห์กรณีศึกษาทั้งทางบวกและลบ และการตรวจสอบจากข้อค้นพบหรือผลการวิจัยที่ผ่านมาจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาทำการตรวจสอบแบบสามเส้า ดังนี้

5.3.1 การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) เพื่อพิสูจน์ว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มาถูกต้องหรือไม่ โดยกำหนดให้ตรวจสอบข้อมูล 3 แหล่งที่มา ได้แก่ เวลา สถานที่และบุคคล การตรวจสอบแหล่งเวลาโดยสอบถามเหตุการณ์ในช่วงเวลาใกล้เคียงกัน และช่วงเวลาต่างกัน เพื่อให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้รับในช่วงเวลาต่าง ๆ นั้นเหมือนกันหรือไม่ การตรวจสอบสถานที่ข้อมูลต่างสถานที่กันจะเหมือนกันหรือไม่ และการตรวจสอบบุคคลผู้ให้ข้อมูลเปลี่ยนไป ข้อมูลจะยังเหมือนเดิมหรือไม่

5.3.2 การตรวจสอบแบบสามเส้าด้านผู้วิจัย (Investigator triangulation) เพื่อตรวจสอบว่าผู้วิจัยแต่ละคนจะได้ข้อมูลต่างกันอย่างใด ในการศึกษาครั้งนี้ นอกจากผู้วิจัยแล้วได้กำหนดผู้ช่วยนักวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้ช่วยนักวิจัยจะได้รับการฝึกเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยก่อนออกเก็บ

ข้อมูลจริง ด้วยเหตุผลของการใช้ผู้ช่วยนักวิจัยเนื่องจากต้องการความหลากหลายในการเก็บข้อมูลจากการใช้ผู้วิจัยคนเดียว เพื่อสร้างความเข้าใจได้ดีกว่านักวิจัยเพียงคนเดียว

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ด้วยวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประเด็น (Thematic analysis) ตามหลักการวิเคราะห์และตีความข้อมูล (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2565ค) ซึ่งมีขั้นตอนการวิเคราะห์ ดังต่อไปนี้

6.1 สร้างความคุ้นเคยกับข้อมูล (Becoming familiar with data) ดำเนินการถอดเทปคำต่อคำ (Verbatim) คงคำพูดทุกอย่างจากการสัมภาษณ์ แม้แต่คำพูดที่มาจากความรู้สึก และตรวจสอบการสะกดคำ จากข้อความที่ถอดเทป

6.2 สร้างรหัสข้อมูล (Generating initial code) สร้างรหัสข้อมูลเพื่อแสดงลักษณะของข้อมูลและมีการจัดกลุ่มคำของข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่

6.3 สร้างประเด็น (Searching for theme) เป็นขั้นตอนของการเริ่มวิเคราะห์รหัสข้อมูลและพิจารณารหัสที่เหมือนกันไว้ด้วยกัน โดยมีการจัดเป็นหมวดหมู่และมีการเชื่อมโยงหมวดหมู่หรือรหัสด้วยลูกศร หมวดหมู่ที่ได้จัดไว้เป็นกลุ่ม คือ ประเด็นขั้นตอนนี้เป็นการแสดงความสอดคล้องของแต่ละประเด็นโดยการทำแผนภูมิรูปภาพ (Mind maps)

6.4 ทบทวนประเด็น (Reviewing themes) เป็นขั้นตอนการกลั่นกรองประเด็น ตรวจสอบว่ามีบางประเด็นที่ซ้อนกัน และสามารถแตกเป็นประเด็นหมู่ได้หรือไม่ โดยการรวมประเด็นเดียวกันไว้ด้วยกัน และแตกประเด็นใหม่กรณีที่ไม่แน่ใจว่าอยู่ภายใต้ข้อมูลที่ได้มาจากการเก็บรวบรวมทั้งหมด ทั้งนี้ ห้ามสร้างประเด็นใหม่โดยไม่อยู่ภายใต้พื้นฐานข้อมูลที่ถูกเก็บมา

6.5 กำหนดประเด็นที่ชัดเจนและตั้งชื่อประเด็น (Defining and naming themes) เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยรู้สึกพึงพอใจแล้วว่าประเด็นได้ถูกกลั่นกรองและจัดเป็นหมวดหมู่ รวมถึงมีความเชื่อมโยงของประเด็นอย่างชัดเจน ได้บอกความเชื่อมโยง บอกเรื่องราวทั้งหมดของ ข้อมูลที่ได้มีความสอดคล้องและทำให้เห็นภาพรวมทั้งหมด นอกจากนี้ ประเด็นย่อย (Sub-themes) ยังทำให้เห็นโครงสร้างและความหมายของประเด็นใหญ่ ดังนั้น การกำหนดประเด็นจึงทำให้มองเห็นภาพรวมของข้อมูลได้อย่างสอดคล้องกัน

6.6 จัดทำรายงาน (Producing the report) การเขียนรายงานการ วิเคราะห์เชิงประเด็นต้องได้ข้อมูลที่ชัดเจน เชื่อมโยง มีความเป็นเหตุเป็นผล และไม่มีการซ้ำซ้อนของข้อมูล

การวิจัยระยะที่ 3 การประเมินรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพียงพียงในจังหวัดสุโขทัย

ขั้นตอนนี้รวมข้อมูลโดยใช้กระบวนการสัมมนาอิงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) ซึ่งมีจุดมุ่งหมาย คือ

1. เพื่อให้ได้ข้อสรุปความเป็นไปได้ ประโยชน์ ความเหมาะสม และความครอบคลุมถูกต้องของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพียงพียงในจังหวัดสุโขทัย
2. เพื่อให้ได้ข้อสรุปในประเด็นเนื้อหาสาระด้านภาษา ด้านรูปแบบ และด้านประโยชน์การนำไปใช้ของคู่มือการใช้รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะ พียงพียงในจังหวัดสุโขทัย

การสัมมนาผู้เชี่ยวชาญ

ขั้นตอนการสัมมนาผู้เชี่ยวชาญจำนวน 7 คน ใช้หลักการกำหนดขนาดตัวอย่างคุณภาพอ้างอิงแนวคิดของเก๊จกนก เอื้อวงศ์ (2562) กล่าวว่า การสัมมนาอิงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเน้นการพิจารณาตัดสินคุณค่า หรือการสรุปความเห็นเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งควรมีผู้เชี่ยวชาญที่เหมาะสม คือ 6-12 คน ประกอบด้วย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

1.1.1 ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการ หรือปฏิบัติการจากสถานบริการสุขภาพเกี่ยวกับงานผู้สูงอายุ จำนวน 3 คน

1.1.2 ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 4 คน

1.2 เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1.2.1 ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการ หรือปฏิบัติการจากสถานบริการสุขภาพเกี่ยวกับงานผู้สูงอายุ

1) เป็นผู้มีความรู้ทางวิชาการและ/หรือประสบการณ์ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่า 3 ปี ในพื้นที่จังหวัดสุโขทัย และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

2) มีความสมัครใจ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และสามารถเดินทางมาเข้าร่วมการวิจัยได้มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยลงนามในใบยินยอม

1.2.2 ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ

1) เป็นผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย

2) ความสมัครใจ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และสามารถเดินทางมาเข้าร่วมการวิจัยได้มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยลงนามในใบยินยอม

1.3 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1.3.1 ไม่สามารถให้ข้อมูลได้เนื่องจากติดภารกิจที่กระทบต่อการสื่อสาร

1.3.2 ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย

1.3.3 ปฏิเสธ หรือถอนตัวจากโครงการวิจัย

การรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ใช้การสัมมนาอิงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) ซึ่งเป็นวิธีการประเมินและการตัดสินใจโดยผู้เชี่ยวชาญที่เน้นการพรรณนา การตีความ การประเมินค่า และการสรุปสาระสำคัญตามความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่หลากหลาย (องอาจ นัยวัฒน์, 2554) ใช้เวลาประมาณ 60 นาที มีขั้นตอนดังนี้

1. จัดการสัมมนาอิงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเพื่อนำเสนอร่างรูปแบบและคู่มือการใช้รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

2. ผู้เข้าร่วมการสัมมนาร่วมกันพิจารณาตรวจสอบยืนยันความเป็นไปได้ ความเป็นประโยชน์ ความเหมาะสม และความถูกต้องครอบคลุมของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

3. ผู้เข้าร่วมสัมมนาร่วมกันพิจารณาตรวจสอบยืนยันด้านเนื้อหาสาระ ด้านภาษา ด้านรูปแบบ และด้านประโยชน์การนำไปใช้ของคู่มือการใช้รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

4. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบและคู่มือการใช้รูปแบบที่มีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นที่บรรจุอยู่ในซองที่ปิดผนึกอยู่ในสภาพเรียบร้อยสมบูรณ์ออกมาแจกให้ผู้เข้าร่วมสัมมนาอิงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถามด้วยตนเองตลอดช่วงเวลาของการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะคอยให้ความช่วยเหลือ และอธิบายข้อสงสัยแก่ตัวอย่าง (ถ้ามี) เมื่อผู้ตอบแบบสอบถามกรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบความครบถ้วน ความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และกล่าวขอบคุณเมื่อสิ้นสุดกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล

5. นำแบบสอบถามมาดำเนินการวิเคราะห์ และจัดทำข้อสรุปผลการยืนยันรูปแบบและคู่มือการใช้รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในขั้นตอนของการประเมินรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย ดังนี้

2.1 แบบสนทนากลุ่มเกี่ยวกับความคิดเห็นรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย เพื่อตรวจสอบยืนยันด้านความเป็นไปได้ ความเป็นประโยชน์ ความเหมาะสม และความถูกต้องครอบคลุมของรูปแบบ

2.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการใช้รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรา ประเมินค่า (Rating Scale) โดยประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 16 ข้อ มีเกณฑ์การพิจารณาระดับความคิดเห็นด้านต่าง ๆ 5 ระดับ คือ

5 หมายถึง มีความคิดเห็นระดับมากที่สุด

4 หมายถึง มีความคิดเห็นระดับมาก

3 หมายถึง มีความคิดเห็นระดับปานกลาง

2 หมายถึง มีความคิดเห็นระดับน้อย

1 หมายถึง มีความคิดเห็นระดับน้อยที่สุด

มีเกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ยโดยใช้เกณฑ์จุดกึ่งกลาง (บุญชม ศรีสะอาด, 2553) ดังนี้ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง มีความคิดเห็นระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง มีความคิดเห็นระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง มีความคิดเห็นระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง มีความคิดเห็นระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึงมีความคิดเห็นระดับน้อยที่สุด

2.3 แบบบันทึกการสัมภาษณ์กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เป็นเครื่องมือที่ใช้บันทึกความคิดเห็นเพิ่มเติมจากผู้เข้าร่วมสัมภาษณ์กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

2.4 ผู้วิจัย (Researcher) เป็นเครื่องมือในการศึกษาต้องเตรียมความพร้อมด้านองค์ความรู้ทั้งทางด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพและผลของการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ เพื่อดำเนินการศึกษาวิจัยให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพที่จะส่งผลให้ผลการวิจัยมีความถูกต้องน่าเชื่อถือ

2.5 สมุดจดบันทึก ใช้บันทึกข้อมูลระหว่างการสนทนา

2.6 เครื่องบันทึกเสียง ใช้บันทึกเสียงขณะที่มีการสนทนา

3. การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย มีขั้นตอนดังนี้

3.1 ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาข้อมูลเบื้องต้น โดยศึกษารายละเอียดจากแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.2 ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตและโครงสร้างเนื้อหาของแบบสอบถามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการประเมินรูปแบบ

3.3 ผู้วิจัยสร้างข้อคำถามในแบบประเมิน โดยพิจารณาและประยุกต์จากเกณฑ์มาตรฐานทางการศึกษา 4 หมวดมาตรฐาน ซึ่งประกอบด้วยด้านความเป็นไปได้ (Feasibility) ด้านความเป็นประโยชน์ (Utility) ด้านความเหมาะสม (Propriety) และด้านความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy) ของคณะกรรมการพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานการประเมินการศึกษา (Joint Committee on Standards for Educational Evaluation) (Madaus et al.,1983)

3.4 ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่สร้างเสร็จไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อพิจารณาถึงความเหมาะสม ความถูกต้องของภาษา และเนื้อหาของแบบประเมินรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย เพื่อนำไปปรับปรุงพัฒนาแบบสอบถามตามคำแนะนำ หลังจากสร้างแบบอิงสัมมนาแบบสนทนากลุ่มชนิดกึ่งมีโครงสร้างแล้วทำการตรวจสอบคุณภาพ โดยการตรวจสอบความถูกต้องความสมบูรณ์โดยผู้เชี่ยวชาญ

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธี การจัดเวทีสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ แบบสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussions) ชนิดกึ่งโครงสร้าง ซึ่งมุ่งประเด็นในการประเมินผลรูปแบบ ในมุมมองของผู้เชี่ยวชาญ ผ่านประสบการณ์ จึงใช้การสนทนากลุ่ม เพราะข้อมูลที่ได้จะเป็นมุมมองส่วนบุคคลผ่านความคิดเห็น ทัศนะต่าง ๆ ของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ทำให้ผู้วิจัยมีความเข้าใจในข้อมูลมากยิ่งขึ้นมีวิธีการดังนี้

4.1 ขั้นตอนเตรียมการ

4.1.1 ก่อนเริ่มสนทนากลุ่มผู้วิจัยฝึกอบรมผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลให้เข้าใจถึงขอบเขตขั้นตอนรวมถึงประเด็นของการสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ การกำหนดรหัสผู้ให้ข้อมูล การจัดทำบันทึกและสังเกตการณ์ สนทนากลุ่ม พร้อมทั้งฝึกทักษะดังกล่าวแก่ผู้ช่วยรวบรวมข้อมูลก่อนดำเนินการสัมมนา

4.1.2 ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัยนเรศวรถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูลตามหนังสือบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร

4.1.3 ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูลและประสานงานนัดหมายล่วงหน้า ตามวันเวลา และสถานที่ที่จะทำการศึกษา

4.1.4 อธิบายให้ผู้เชี่ยวชาญได้รับทราบ หากผู้ให้ข้อมูลหลักต้องการยุติในการให้ข้อมูลสามารถทำได้ตลอดเวลาในการให้สนทนา และผู้วิจัยจะไม่ซักถามประเด็นการวิจัยต่อพร้อมทั้งยุติการเก็บข้อมูลทันที โดยผู้ให้ข้อมูลหลักไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ จากโครงการวิจัย

4.1.5 การเตรียมตัวและอุปกรณ์ นักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเตรียมตัวโดยการทำความเข้าใจประเด็นที่ต้องการศึกษาให้ชัดเจน ศึกษาข้อมูลของผู้ร่วมสนทนากลุ่ม และเตรียมอุปกรณ์ เช่น สมุด ปากกา

4.1.6 เตรียมสถานที่ ที่สะดวกสบาย ไม่พลุกพล่าน สามารถควบคุมเสียงจากภายนอกและผู้ไม่เกี่ยวข้องได้ มีบรรยากาศเป็นกันเองเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกผ่อนคลาย ไม่กังวล และไม่รู้สึกรังเกียจที่จะพูดและแสดงความคิดเห็น รวมถึงจัดที่นั่งเป็น วงกลมหรือวงรีในการสนทนากลุ่ม เพื่อให้ผู้ดำเนินการสนทนาสามารถสบตาในระหว่างดำเนินการสนทนา

4.2 ขั้นตอนการสัมภาษณ์กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

4.2.1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างความสัมพันธ์ในแนวราบบนพื้นฐานความเท่าเทียมกันของทุกคนในกลุ่ม โดยเริ่มตั้งแต่สมาชิกทยอยเข้ามาในห้อง ผู้วิจัยให้การต้อนรับอย่างเป็นกันเอง ก่อนเริ่มการสนทนาอาจมีกิจกรรมละลายพฤติกรรมตามความเหมาะสมของวัฒนธรรมของกลุ่มเพื่อให้คุ้นเคยกัน

4.2.2 เขียนรหัสประจำตัวลงป้ายชื่อของแต่ละคนเพื่อเรียกกันภายในกลุ่มสนทนา ผู้ช่วย รวบรวมข้อมูลเขียนแผนผังที่นั่งและรหัสประจำตัวลงในแผนผังให้ตรงกัน

4.2.3 อธิบายวัตถุประสงค์/กระบวนการ เวลาที่ใช้ประมาณ 90 นาที การรักษาความลับ ของข้อมูล สิทธิของผู้ร่วมสนทนา

4.2.4 ปรีกษาหารือเพื่อร่วมกันปฏิบัติตามกติกาพื้นฐาน เช่น พูดทีละคน ไม่ขัดจังหวะ ทุกคนมีสิทธิแสดงความคิดเห็นแม้จะต่างไปจากคนอื่น ไม่มีการตัดสินว่าใครผิด ใครถูก

4.2.5 ขออนุญาตใช้เครื่องบันทึกเสียง

4.2.6 ผู้วิจัยนำเสนอสรุปผลการศึกษาจากระยะที่ 1 ให้สมาชิกกลุ่มรับทราบ

4.2.7 ขอให้สมาชิกช่วยกันยืนยันรูปแบบในด้านการเตรียม การปฏิบัติและประเมินผล ในมุมมองความเหมาะสมและการเป็นไปได้ และเสนอประเด็นที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบฯ เช่นองค์ประกอบ และกิจกรรมที่ควรมีของรูปแบบ เป็นต้น

4.2.8 ผู้วิจัยดำเนินการสนทนาโดยใช้คำถาม/ภาษากาย แสดงความไม่รู้และกระตุ้นให้สมาชิกสนทนากันเอง สร้างบรรยากาศเร้าให้อยากแสดงความคิดเห็น ต้องรู้จักจัดการกับความขัดแย้งในกลุ่มการข่มความคิดของสมาชิกด้วยตนเอง การตัดเรื่องที่อยู่นอกประเด็น การให้โอกาสและกำลังใจแก่สมาชิกที่ไม่ค่อยแสดงความคิดเห็น ขณะดำเนินการสนทนาผู้วิจัยต้องแสดงความเป็นกลางในประเด็น/ความคิดของสมาชิกที่แตกต่างกัน ไม่เข้าข้างใดข้างหนึ่ง ไม่แสดงตนเป็นผู้รู้ดี ไม่เข้าไป แกไขความรู้ความเข้าใจของสมาชิก ควรมีการตั้งประเด็นแย้งเพื่อให้เกิดการถกเถียงโต้ตอบที่มีทั้งการสนับสนุนเห็นด้วย (Pro) และเห็นแย้ง (Con) ควรยืดหยุ่นในการปรับประเด็นและลำดับหัวข้อในการสนทนา และจะไม่อนุญาตให้ผู้ไม่มีบทบาท หรือผู้สนใจเข้าฟังการสนทนากลุ่มไม่ว่ากรณีใดทั้งสิ้น

4.3 การยุติการสนทนา

4.3.1 ขอให้สมาชิกแต่ละคนสรุปสิ่งที่ตนได้พูดและเพิ่มเติมข้อมูล/ความคิดเห็นโดยผู้วิจัย อาจเป็นผู้เริ่มต้นสรุปก่อนแล้วให้สมาชิกช่วยกันเพิ่มเติม ปรับแก้ไขประเด็นที่ผู้วิจัยอาจเข้าใจผิด

4.3.2 ปิดเครื่องบันทึกเสียงการสนทนา และกล่าวขอบคุณสมาชิกทุกคน

4.3.3 ขอให้สมาชิกกลุ่มสะท้อนกระบวนการสนทนากลุ่ม ด้วยวิธีการซักถาม

4.4 ขั้นสรุปหลังการสนทนากลุ่ม

ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเรียบเรียงเนื้อหา พร้อมทั้งจัดบันทึกลงสมุดจดบันทึกตลอดกระบวนการสัมมนาของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เพื่อนำไปสู่ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

5. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

5.1 การใช้กระบวนการที่เหมาะสม ในการศึกษาระยะนี้ ใช้กระบวนการสัมมนาของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) ซึ่งเป็นวิธีการประเมินและการตัดสินใจโดยผู้เชี่ยวชาญที่เน้นการพรรณนา การตีความ การประเมินค่า และการสรุปสาระสำคัญตามความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่หลากหลาย

5.2 การสร้างความคุ้นเคย (Rapport) กับบริบทของพื้นที่ก่อนเริ่มเก็บข้อมูล เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและความไว้วางใจในการให้ข้อมูลของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยก่อนที่เริ่มเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะทำการลงสำรวจพื้นที่และทำความคุ้นเคยกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักก่อนทำการเก็บข้อมูลจริง

5.3 การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) โดยใช้วิธีดังต่อไปนี้ ใช้ผู้ให้ข้อมูลและพื้นที่ที่หลากหลายการใช้เทคนิคถามคำถามซ้ำ การสะท้อนข้อสังเกต ข้อคิดเห็น การวิเคราะห์กรณีศึกษาทั้งทางบวกและลบ และการตรวจสอบจากข้อค้นพบหรือผลการวิจัยที่ผ่านมาจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาทำการตรวจสอบแบบสามเส้า ดังนี้

5.3.1 การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) เพื่อพิสูจน์ว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มาถูกต้องหรือไม่ โดยกำหนดให้ตรวจสอบข้อมูล 3 แหล่งที่มา ได้แก่ เวลา สถานที่และบุคคล การตรวจสอบแหล่งเวลาโดยสอบถามเหตุการณ์ในช่วงเวลาใกล้เคียงกัน และช่วงเวลาต่างกัน เพื่อให้ทราบข้อมูลที่ได้รับในช่วงเวลาต่าง ๆ นั้นเหมือนกันหรือไม่ การตรวจสอบสถานที่ข้อมูลต่างสถานที่กันจะเหมือนกันหรือไม่ และการตรวจสอบบุคคลผู้ให้ข้อมูลเปลี่ยนไป ข้อมูลจะยังเหมือนเดิมหรือไม่

5.3.2 การตรวจสอบแบบสามเส้าด้านผู้วิจัย (Investigator triangulation) เพื่อตรวจสอบว่าผู้วิจัยแต่ละคนจะได้ข้อมูลต่างกันอย่างใด ในการศึกษาครั้งนี้ นอกจากผู้วิจัยแล้วได้กำหนดผู้ช่วยนักวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้ช่วยนักวิจัยจะได้รับการฝึกเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยก่อนออกเก็บข้อมูลจริง ด้วยเหตุผลของการใช้ผู้ช่วยนักวิจัยเนื่องจากต้องการความหลากหลายในการเก็บข้อมูลจากการใช้ผู้วิจัยคนเดียว เพื่อสร้างความแน่ใจได้ดีกว่านักวิจัยคนเดียว

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ด้วยวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประเด็น (Thematic analysis) ตามหลักการวิเคราะห์และตีความข้อมูล (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2565ค) ซึ่งมีขั้นตอนการวิเคราะห์ ดังต่อไปนี้

6.1 สร้างความคุ้นเคยกับข้อมูล (Becoming familiar with data) ดำเนินการถอดเทป คำต่อคำ (Verbatim) คงคำพูดทุกอย่างจากการสัมภาษณ์ แม้แต่คำพูดที่มาจากความรู้สึก และตรวจสอบการสะกดคำ จากข้อความที่ถอดเทป

6.2 สร้างรหัสข้อมูล (Generating initial code) สร้างรหัสข้อมูลเพื่อแสดงลักษณะของข้อมูลและมีการจัดกลุ่มคำของข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่

6.3 สร้างประเด็น (Searching for theme) เป็นขั้นตอนของการเริ่มวิเคราะห์รหัสข้อมูลและพิจารณารหัสที่เหมือนกันไว้ด้วยกัน โดยมีการจัดเป็นหมวดหมู่และมีการเชื่อมโยงหมวดหมู่หรือรหัสด้วยลูกศร หมวดหมู่ที่ได้จัดไว้เป็นกลุ่ม คือ ประเด็นขั้นตอนนี้เป็นการแสดงความสอดคล้องของแต่ละประเด็นโดยการทำแผนภูมิรูปภาพ (Mind maps)

6.4 ทบทวนประเด็น (Reviewing themes) เป็นขั้นตอนการกลั่นกรองประเด็น ตรวจสอบว่ามีบางประเด็นที่ซ้อนกัน และสามารถแตกเป็นประเด็นหมู่ได้หรือไม่ โดยการรวมประเด็นเดียวกันไว้ด้วยกัน และแตกประเด็นใหม่กรณีที่ไม่แน่ใจว่าอยู่ภายใต้ข้อมูลที่ได้มาจากการเก็บรวบรวมทั้งหมด ทั้งนี้ ห้ามสร้างประเด็นใหม่โดยไม่อยู่ภายใต้พื้นฐานข้อมูลที่ถูกเก็บมา

6.5 กำหนดประเด็นที่ชัดเจนและตั้งชื่อประเด็น (Defining and naming themes) เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยรู้สึกพึงพอใจแล้วว่าประเด็นได้ถูกกลั่นกรองและจัดเป็นหมวดหมู่ รวมถึงมีความเชื่อมโยงของประเด็นอย่างชัดเจน ได้บอกความเชื่อมโยง บอกเรื่องราวทั้งหมดของ ข้อมูลที่ได้มีความสอดคล้องและทำให้เห็นภาพรวมทั้งหมด นอกจากนี้ ประเด็นย่อย (Sub-themes) ยังทำให้เห็นโครงสร้างและความหมายของประเด็นใหญ่ ดังนั้น การกำหนดประเด็นจึงทำให้มองเห็นภาพรวมของข้อมูลได้อย่างสอดคล้องกัน

6.6 จัดทำรายงาน (Producing the report) การเขียนรายงานการ วิเคราะห์เชิงประเด็นต้องได้ข้อมูลที่ชัดเจน เชื่อมโยง มีความเป็นเหตุเป็นผล และไม่มีการซ้ำซ้อนของข้อมูล

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย ครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research designs) มีวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย และ 3) เพื่อประเมินรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย โดยการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

ผลการวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

ผลการวิจัยระยะที่ 2 การสร้างและยืนยันรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

ผลการวิจัยระยะที่ 3 การประเมินรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

ผลการวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

การวิจัยระยะนี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research designs) แบบแผนเชิงสำรวจบุกเบิก (Exploratory Sequential design) เพื่อศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย ซึ่งนำผลการวิจัยที่ได้จากระยะที่ 1 นี้ไปใช้เพื่อพัฒนารูปแบบในระยะที่ 2 ต่อไป ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การศึกษาสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

การวิจัยส่วนนี้ดำเนินการด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative method) ชนิด Multiple case study ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในจังหวัดสุโขทัย ซึ่งได้รับการประเมินตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel activities of daily living: ADL) โดยมีคะแนน ADL 5-11 คะแนน เคยมีประวัติเคยพลัดตกหกล้ม 6 เดือนที่ผ่านมา ทั้งนี้จะเก็บข้อมูล จำนวน 11 คน ซึ่งได้จาก

วิธีคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบสุดโต่งหรือกรณีเบี่ยงเบน (Extreme or Deviant case sampling) เก็บข้อมูลใน เดือนกรกฎาคม 2567 และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประเด็น (Thematic analysis) โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของผู้ให้ข้อมูลหลัก

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในจังหวัดสุโขทัย จำนวน 11 คน เป็นเพศหญิง 10 คน เพศชาย 1 คน มีช่วงอายุ 60-69 ปี จำนวน 1 คน ช่วงอายุ 70-79 ปี จำนวน 4 คน และ อายุ 80 ขึ้นไป จำนวน 6 คน

ตาราง 5 แสดงคุณลักษณะทางประชากรของผู้ให้ข้อมูลหลัก (n = 11)

ลำดับที่	เพศ	อายุ (ปี)	รหัส
1	หญิง	86	FALL01
2	หญิง	70	FALL02
3	ชาย	85	FALL03
4	หญิง	83	FALL04
5	หญิง	90	FALL05
6	หญิง	76	FALL06
7	หญิง	83	FALL07
8	หญิง	69	FALL08
9	หญิง	76	FALL09
10	หญิง	72	FALL10
11	หญิง	89	FALL11

2. การวิเคราะห์สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

ผลการวิเคราะห์เชิงประเด็น (Thematic Analysis) จากการสัมภาษณ์เชิงลึกของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในจังหวัดสุโขทัย จำนวน 11 คน สาเหตุที่ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มี 4 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ/ด้านสังคม ปัจจัยด้านพฤติกรรม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม โดยนำเสนอผลการศึกษาประเด็นสำคัญที่พบ ดังนี้

2.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา

ปัจจัยด้านชีววิทยาเป็นลักษณะทางกายภาพของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เช่น ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง ประวัติการพลัดตกหกล้ม การมองเห็น การได้ยิน ความสามารถในการขับถ่าย ความกลัวการพลัดตกหกล้ม การเดินและการทรงตัว ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ มีรายละเอียดดังนี้

2.1.1 ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง จากข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง ดังนี้

“...มีเยอะ ตั้งหลายอย่าง เบาหวาน ความดัน โรคเกาต์”

(FALL01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 กรกฎาคม 2567)

“...(หัวเราะ) เบาหวาน ความดัน ไขมัน ไทรอยด์ ไตก็เริ่มแล้ว ก็กินยามา 20 กว่าปีแล้วอะ”

(FALL04, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 กรกฎาคม 2567)

“...ความดัน แล้วก็เบาหวาน หมอบอกว่าเป็นเบาหวานอีกแล้ว แล้วก็ขีดหัวเข่านี้ นี่ ๆ (จับที่เข่าทั้ง 2 ข้าง) เวลาเดินต้องใช้ไม้เนาะ เดินมันก็เดิน ค่อยจะเขย่งๆ”

(FALL05, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 กรกฎาคม 2567)

“...โรคความดัน เบาหวาน ไต หัวใจ ไขมันไม่เป็น ความดันเนียแหละสะโพกหักนานแล้ว รถชน ตั้งแต่กะ 34 35 อะ เดินไม่ถนัด”

(FALL07, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 กรกฎาคม 2567)

“...เพียบ..เบาหวาน ความดัน ไขมัน ไตไม่มี วันที่ 9 นี้จะไปเอกซเรย์หัวใจจะหมอบว่า (วันที่ 9 สิงหาคม 2567) ”

(FALL08, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 กรกฎาคม 2567)

“...โรคไต โรคกระเพาะ โรคลำไส้ โรคความดัน โรคหัวใจ โอ้ยหลายโรคเลย มันก็นานจะเกี่ยวเพราะเรากินยาเยอะมันเลยเวียน บ้างก็มึน เช่อ ไปไม่รู้ตัว”

(FALL11, ผู้ให้สัมภาษณ์, 31 กรกฎาคม 2567)

2.1.2 ประวัติการปลัดตกหกล้ม จากข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลัก พบประเด็นของ ประวัติการปลัดตกหกล้มส่วนใหญ่ ได้แก่ ระยะเวลาการเกิดการปลัดตกหกล้ม การปลัดตกหกล้มซ้ำ สาเหตุของการปลัดตกหกล้ม สถานที่ที่เกิดการปลัดตกหกล้ม การบาดเจ็บที่เกิดจากการปลัดตกหกล้ม และความกลัวการปลัดตกหกล้ม ที่สอดคล้องกับประวัติการปลัดตกหกล้ม มีรายละเอียดดังนี้

“...เคยล้ม ไม่นานหรอก เมื่อวันก่อนเนี่ย เดือนที่แล้วก็ล้ม ล้มตรงนั้นแหละ (ชี้ไปที่หกล้ม พื้นบ้านที่เป็นลาน เป็นหิน) ไม่รู้ มันเป็นอย่างนี้ไม่รู้ ไม่มีแรงล้มลงไปเลย ไม่สะดุดอะ นึกจะล้มก็ล้ม ขามันไม่มีแรง ล้มไปเองเลย ไม่รู้เนื่อรู้ตัวว่ามันทำอืท่าไหนล้มเลย นึกจะล้มก็ล้มเลย ขามันจะไม่มีแรงยังงี้ไม่รู้เนาะ...กลัวแอ้ง (ทำเสียงตกใจ) กลัวลูกไม่ได้ ต้องระวังไปไหนต้องระวัง”

(FALL01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 กรกฎาคม 2567)

“...เคยเคอะเคย เดือนกว่าแล้ว ห้องครัวมันลื่น น้ำมันหยด ยายก็ไม่เห็น ยายไม่ได้ใส่ รองเท้า มันก็ลื่น ลื่นแต่ก็ไม่ได้ถึงหัวลง ท้าว (ทำท่าท้าวแขนให้ดู)...เขาทำบ้านใหม่ไง บ้านใหม่ ก็มันต้องก้าวขึ้น พื้นมันต่างระดับ อันนี้ก็ขาลง ขาขึ้นไม่เป็นไร เป็นอ่างล้างตีน เมื่อก่อนและ เขาคว้าไว้ไง ไอนี้เนี่ย มันเอียงนิดนึงก็ไม่ได้ มันคงจะไป มันเอียงอะ มันก็ลื่น อันนี้อะกัน จำบ้างเลย กันเขียว เขียว (หัวเราะ)”

(FALL02, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 กรกฎาคม 2567)

“...ล้ม เลย ล้มเดือนอะไรเว้ยนะ ตอนนั้นกินข้าว กินข้าวเสร็จแล้วก็ยืน ยืนก็เซ ถลาไป ยืนแล้วมันเซเลย ล้มกระแทก ล้มตะแคงไป ข้างนี้อะ (เอามือไปจับที่ขาซ้าย) หัก หักเลย (จับไปที่สะโพก) ก็ไปผ่า ที่โขทัย...ก็ ไม่เข้าใจอะนะ หัวเราะ ลูกกินข้าว กินข้าวคราวนี้ก็ลุกยืน จะยืน จะก้าว มานั่งอีกทีนึง มันเซลงไปเฉย ๆ จั๊นอะ เหมือนอย่างกะตัวนี้มันเบา ทรงตัวไม่อยู่ มันถลาไป ไม่เมา ไม่มัวอะไรหรอก เราก็ก้าว หัวเราะ ลูกก็กลัว”

(FALL04, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 กรกฎาคม 2567)

“...เคย... อืม นันแหละ เขามันอ่อนมันปวด ยืนอย่างนี้อะนะ แล้วเงี้ย ล้มไปเลย เสียงมันดัง กร๊อบ เลยนะ พี่ เร็ว ๆ ขาหัก ก็ตอนเข้ามิดก็จะเข้าห้องน้ำเปิดไฟหมดเลย ทะลวงจะเป็นเนาะ”

(FALL08, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 กรกฎาคม 2567)

“...เคย อาทิตย์ที่แล้ว ตรงนี้เลย (เป็นพื้นกระเบื้อง หน้าประตูบ้าน) เดินมา ใช้ walker พอปล่อย walker จะนั่งแล้วมัน กรีบไปเลย หัวโน หัวพาดกับปูน ในห้องนอนก็ล้ม ล้มลงไปในห้องน้ำ ทรงตัวไม่ค่อยอยู่ ต้องค่อย ๆ เดิน ค่อย ๆ อะไร กลัว ”

(FALL10, ผู้ให้สัมภาษณ์, 30 กรกฎาคม 2567)

“...เคย ตรงนั้นนะ ตรงนั้นนะ ตรงข้างโถ่งอะ(นอกบ้าน) มันทะลวงไปเฉย ๆ ภูเขาไม่รู้เลย พอล้มลงไปแล้วรู้สึกตัวแล้วลุกมา หน้าบวมอวดเลย ได้แต่บวมไม่แตก ลูกชายมาพอดีเลย ลูกชายโทรให้หลานเอารถเข้าไปโรงพยาบาลพอดีเลย โอ้ยอยู่สะ 4 วัน เวียนหัว ขาไม่มีแรง อยู่ ๆ ก็วูบ หน้ามืด ล้มเลยไปเลย ลมออกหูทิ่ม ๆ เลย อีต่อนเดินได้เอ็ง เซอเอง ล้มก็ไม่ล้ม ฟังมาล้ม อีต่อนนี่แหละ มันเป็นอย่างไรก็รู้ มัว ทะลวง เซอ มิน ล้มเลย กลัวเหมือนกันแหละ ก็ระวังแต่มันก็ไปไม่รู้ตัว หลังล้ม ไม่กลัวแล้ว เพราะว่าเดินไม่ได้แล้ว”

(FALL11, ผู้ให้สัมภาษณ์, 31 กรกฎาคม 2567)

2.1.3 การมองเห็น จากข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับปัญหาสายตา ดังนี้

“...มี ตานี้เป็นต้อเนื้อ(ซีไปที่ข้างซ้าย) ก็มอง ก็คอยขี้ นั่น..แต่ข้างนี้เป็นต้อเนื้อไอนี้เป็นต้อกระจก(ตาขวา) ก็ใส่แต่เวลาอ่านหนังสือ เวลาเดินไม่ต้องใส่”

(FALL02, ผู้ให้สัมภาษณ์, 26 กรกฎาคม 2567)

“...ตอนนี้ไม่ชัดมันฝ้า ไปผ่ามา (เอามือจับที่ตาข้างซ้าย) ไม่ชัด มองหน้าหมอกก็ยังลาย ๆ อยู่เลย ไม่ค่อยชัดเท่าไร”

(FALL03, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 กรกฎาคม 2567)

“...มีคะ กำลังจะไป นัดวันผ่าแล้ว แล้วตอนนี้มาล้มซ้ำก่อนเพราะว่าเคลียร์เรื่องตาเรียบร้อยแล้ว พร้อมที่จะไปนอนทำตาแล้ว แล้วที่นี้มาล้ม ตอนนี้นี้ก็ยัง ทำอะไรไม่ได้ เป็น 2 ข้าง นั่นแหละ ไอ้ข้างนี้มองไม่เห็นแล้ว (จับไปที่ตาซ้าย)”

(FALL04, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 กรกฎาคม 2567)

“...มี เห็นชัดอยู่ ข้างนี้ไม่เห็นหรอก(จับที่ตาซ้าย)เห็นข้างนี้ ข้างนี้ผ่าแล้ว (จับที่ตาข้างขวา)”

(FALL08, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 กรกฎาคม 2567)

ดังนี้

2.1.4 การไต่ยืน จากข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับปัญหาการไต่ยืน

“...การไต่ยืนนี้ไม่ค่อยไต่ยืน ข้างนี้ข้างซ้าย แต่ข้างขวายังคืออยู่การไต่ยืนนี้ไม่ค่อยไต่ยืน ข้างนี้ (ซ้าย) ข้างซ้าย แต่ข้างขวายังคืออยู่”

(FALL02, ผู้ให้สัมภาษณ์, 26 กรกฎาคม 2567)

“...ไต่ยืนมั้ง พุดเบา ๆ ไม่ได้ยืน, เออ บางทีดูเรา หาวว่าพุดไม่ได้ยืนบ้าง อะไรมั้ง ก็เรา ไม่ได้ยืนอะ เขาบอกว่ามันกินไอพ่นนั้น ไอยาความดัน ทุมน้อ ทุกคนเลย”

(FALL05, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 กรกฎาคม 2567)

“...ไม่ได้ยืนหรอก ลูกสาว: หูตัวปัญหาเลยตอนนี้ ใครพุดด้วยก็เหมือนหยิ่งอะ ใครมาก็เหมือนหยิ่งไม่พุดไม่จา หัวเราะ”

(FALL09, ผู้ให้สัมภาษณ์, 30 กรกฎาคม 2567)

2.1.5 การเดินและการทรงตัว จากข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับการเดินและการทรงตัว ดังนี้

“...ใช้นี้ประจำ (จับไปที่Walker 4 ขา) ตั้งนานแล้ว เป็นมา 10 กว่าปีแล้ว ก็หัดเดินอะไรก็ใช้แบบนี้เลย เดินไม่ได้ มันไม่มั่นใจ ก็ถ้าเข้าห้องน้ำนี่ก็อันนี้จับมือซ้าย (Walker 4 ขา) แล้วมือขวาเกาะถึงน้ำไปเรื่อย กลัวจะลื่น”

(FALL02, ผู้ให้สัมภาษณ์, 26 กรกฎาคม 2567)

“...ตอนนี้ก็ฝึกอยู่ ยัง เดินไม่ได้คนเดียว ต้องมีคนคอยช่วย ต้องประครอง ลูกไม่ให้เดินเอง กลัวจะล้มอีก มีคนให้เกาะตลอด จะมีราวจับด้วย”

(FALL04, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 กรกฎาคม 2567)

“...ใช้ 4 ขา ใช้ตั้งนานแล้ว ตั้งแต่เป็นไขมันอุดตันเนาะ จักอีรูนั่น หมอกายภาพมาลงมาเรื่อยแหละ ใช้ไม้เท้าเดียวอะตอนนี้ ใช้ walker ค่ะ สามิ: ไม้เท้ากระเด็นเส้นส่วนหมด หัวเราะ คอยพยุงหลังไง คอยดู ก็เดินตามกันหลังมา ถ้าวร้ออะไร ๆ เขาก็มาปั๊บเลย”

(FALL08, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 กรกฎาคม 2567)

2.1.6 ความสามารถในการขับถ่าย จากข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับความสามารถในการขับถ่าย ดังนี้

“...ไม่ได้เลย บางทีก็ราดมาตั้งแต่หน้าบ้านเลยไปถึงนุ่นเลย หรือไม่ก็จากนี้ไปถึงนุ่นเลย (จากตั่งที่นั่งสัมภาษณ์อยู่ไป ถึงเตียงนอน) บางทีก็ไม่รู้ตัว รู้อีกทีก็ฉะแล้ว”

(FALL06, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 กรกฎาคม 2567)

“...ไม่ได้เลย กลั้นไม่ได้ บางทีก็ได้บ้าง ส่วนใหญ่ก็ไม่ค่อยจะทัน มันคิดจะไหลมันไหลเลยนะ ตั่งตัวไม่ทันเลย”

(FALL07, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 กรกฎาคม 2567)

“...คีนึงฉี่ยาว 7-8 นน ฉี่ยาวจริงเลย ฉี่ยาวนิด ๆ หน่อย ๆ แต่มันปวดอยู่อย่างนั้นเอง เออ ฉี่ยาวดีแท้ ๆ เดินก็ไม่ได้ จักอึลึ้มครวณนั้นก็กระเถิบไปฉี่ยาว ”

(FALL11, ผู้ให้สัมภาษณ์, 31 กรกฎาคม 2567)

2.1.7 ความกลัวการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ จากข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับความกลัวการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ดังนี้

“...กลัวเอ็ง (ทำเสียงตกใจ) กลัวลุกไม่ได้ ต้องระวังไปไหนต้องระวัง คว่าไม้บ้าง เสาบ้าง ค่อยแต่ละลั้มเอ็ง หัวเราะ ”

(FALL01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 กรกฎาคม 2567)

“...กลัว !! ในห้องน้ำนี่ กลัว เตี้ยวันนี้ไม่ค่อยไป กลัวลั้ม กลัวจะเป็นมาก อายเขาด้วย ต้องระวัง แบบว่าลูกชายไม่ค่อยให้ไปไหนด้วย ถ้าเราไปเป็นขึ้นมา หนักขึ้นมา มันก็ต้องเสียงานมันอีก ลูกชายทำงานโทรศัพท์ (บริษัทTOT)

(FALL02, ผู้ให้สัมภาษณ์, 26 กรกฎาคม 2567)

“...กลัว เดินก็ต้องระวังไว้ ต้องค่อย ๆ เดิน คว่าที่ต่ำที่สูงว่ามันจะนั่นหรือเปล่า ต้องค่อย ๆ ดู กลัวแท้ ๆ กลัวจะลั้มอีก กลัวไม่มีคนดู สงสารลูก ตังค์ก็ไม่ค่อยจะมี”

(FALL03, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 กรกฎาคม 2567)

2.1.8 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ จากข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุดังนี้

“...เดินนี้แหละต้องระวัง ใช้ไม้เท้า บางทีก็ใช้ บางไม่มีก็เกาะราว เกาะโต๊ะไม่รู้สิเนี่ย จะทำไง เราไม่รู้ บางทีล้มไป ไม่รู้ล้มว่าเราทำอิท่าไหนเลย,ไม่รู้ ไม่รู้เอง เราไม่รู้ตัวเราอะ ว่าเราจะล้ม ล้มก็ล้มไปเลย ไม่รู้ว่าจะทำอิท่าอะไร ยายระวัง ระวังจริงเดินนี้ ระวัง ค่อยเดิน ะ ไม่เดินไว ไม่อะไร ต้องมีไม้ ระวัง กลัวล้ม วันนี้พยายามลุกเอง,ได้ นึกไว้นะ ถ้ากล้ม กุต้องทำอย่างนี้ (ทำท่า) นึกตัวเอง ยันพื้น ก้มหลัง แล้วตื่นยัน เออลูกได้อยู่คนเดียว”

(FALL01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 กรกฎาคม 2567)

“...เฮ แต่ว่าฟังนู่นไอนี้ได้ ,ตัวยายนี้ก็ ไปให้ข้าที่สุด แล้วก็หลีกเลียงไอ้ที่ว่าแฉะ ะ ไปที่แห้ง ะ มันต้องดู แล้วก็ ข้างล่างไอ้ตรงแฉะก็ไม่ไป เปื้อน แล้วก็เราใส่รองเท้าเนี่ย บนบ้านคู่ข้างล่างคู่”

(FALL02, ผู้ให้สัมภาษณ์, 26 กรกฎาคม 2567)

“...เดินก็ต้องระวังไว้ ต้องค่อย ะ เดิน ดูว่าที่ต่ำที่สูงว่ามันจะนั่นหรือเปล่า ต้องค่อย ะ ดู,บางทีก็ อืม..ก็นั่ง ยูนั่งที่พื้นที่ไรครับ”

(FALL03, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 กรกฎาคม 2567)

“...ก็คอยระวัง (หัวเราะ) ต้องคอยประครองกัน ก็ต้องใช้ไม้นี้แหละ 4 ขาเดิน ต้องให้คนประครองลุกยืน ยืนให้มัน ญาติคอยดู, เวียน ไม่เดินเลย จะเดินไม่ได้เลย”

(FALL04, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 กรกฎาคม 2567)

“...เดิน แต่ก็ต้องให้ขานี้มันคงดีค่อยก้าวไว้อัง (จับที่ขาข้างซ้าย) อันนี้ไม่ค่อยบ่อยหรอก เพราะต้องระวัง สามี่: เราต้องคอยพยุงไว้ตลอด ส่วนมากจะให้รัดเข็มขัด อย่างน้อยเราจับได้เลย”

(FALL08, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 กรกฎาคม 2567)

ตาราง 6 แสดงข้อค้นพบปัจจัยด้านชีววิทยาที่เป็นสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการปลัดตกหกล้มของ
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก	ข้อค้นพบ	ประเด็น
... มีเยาะ ตั้งหลายอย่าง เบาหวาน ความดัน โรคเกาต์ (ผู้ให้ข้อมูล FALL01 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2567)	โรคเบาหวาน โรคความ ดัน โรคเกาต์	ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง
...เป็นความดัน เขา(หมอ)บอกว่าเป็น เส้นเลือดตีบ เส้นเลือดในสมอง (ผู้ให้ ข้อมูล FALL02 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม 2567)	โรคความดัน โรคหลอดเลือด ในสมอง	ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง
...เป็นกระเพาะรั่ว มันเป็นโรคต่อม ลูกหมากโต (ผู้ให้ข้อมูล FALL03 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2567)	โรคต่อมลูกหมากโต โรค กระเพาะ	ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง
...(หัวเราะ) เบาหวาน ความดัน ไขมัน ไทรอยด์ ไตก็เริ่มแล้ว ก็กินยามา 20 กว่าปีแล้วอะ (ผู้ให้ข้อมูล FALL04 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2567)	โรคเบาหวาน โรคความ ดัน โรคไขมัน โรค ไทรอยด์ โรคไต	ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง
...ไม่นานหรอก เมื่อวันก่อนเนี่ย (2วันที่แล้ว) (ผู้ให้ข้อมูล FALL01 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2567)	เคยหกล้ม 2 วันก่อน	ประวัติการหกล้ม (ระยะเวลาการเกิดการ ปลัดตกหกล้ม)
... เคยคะ เคย เดือนกว่าแล้ว (ผู้ให้ ข้อมูล FALL02 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม 2567)	เคยหกล้ม 1 เดือนก่อน	ประวัติการหกล้ม (ระยะเวลาการเกิดการ ปลัดตกหกล้ม)

ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก	ข้อค้นพบ	ประเด็น
...ล้ม เคยล้ม 10 กว่าวันได้แล้ว (ผู้ให้ข้อมูล FALL05 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม 2567)	เคยหกล้มเมื่อ 10 วันก่อน	ประวัติการหกล้ม (ระยะเวลาการเกิดการ พลัดตกหกล้ม)
... เคย สามี่: 6 เดือนนี้มันน่าจะได้อแล้วนะ อสม.: น่าจะ หลังปีใหม่ไปแล้ว ไม่ใช่ไก่ ที่เป็นอะประมาณกุ่มภาแหละ อสม.: งั้น 5 เดือน เข้า 6 เดือนเต็มแหละ (ผู้ให้ข้อมูล FALL08 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2567)	เคยหกล้ม 6 เดือนก่อน	ประวัติการหกล้ม (ระยะเวลาการเกิดการ พลัดตกหกล้ม)
... เคย อาทิตย์ที่แล้ว (ผู้ให้ข้อมูล FALL10 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม 2567)	เคยหกล้มในสัปดาห์ก่อน	ประวัติการหกล้ม (ระยะเวลาการเกิดการ พลัดตกหกล้ม)
...เคย ตรงนั้นนะ ก็เดือนไม่รู้ จำไม่ได้ 2 เดือนกว่าแล้วมั้ง (ผู้ให้ข้อมูล FALL11 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม 2567)	เคยหกล้ม 2 เดือนก่อน	ประวัติการหกล้ม (ระยะเวลาการเกิดการ พลัดตกหกล้ม)
... ล้ม เดือนที่แล้วก็ล้ม ล้มตรงนั้นแหละ (ชี้ไปที่หกล้ม พื้นบ้านที่เป็นลานเป็นหิน) 3 เดือนที่แล้ว ล้ม ล้มตรงนั้น (ชี้ไปหลังบ้าน) โอ้ยล้ม โอ้ อีปีนี่ 3 หนแล้ว ล้มอีตรงนั้น ลูกไม่ขึ้น (ชี้ไปทางที่ล้ม ใต้ถุนบ้าน) ต้องให้ยืนไปอุ้มลูก(หลานชาย) (ผู้ให้ข้อมูล FALL01 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2567)	หกล้มซ้ำ	ประวัติการหกล้ม (การหกล้มซ้ำ)

ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก	ข้อค้นพบ	ประเด็น
...ล้มตลอด, โห่ (ถอนหายใจ) นับ ไม่ถ้วน หัวเราะ (ผู้ให้ข้อมูล FALL10 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม 2567)	หกล้มซ้ำ	ประวัติการหกล้ม (การหกล้มซ้ำ)
...เคยจะ เดือนที่แล้วก็ล้ม มันทิ้งล้ม ทุกเดือนได้เลย (ผู้ให้ข้อมูล FALL07 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2567)	หกล้มซ้ำ	ประวัติการหกล้ม (การหกล้มซ้ำ)
...ไม่รู้ มันเป็นอย่างนี้ไม่รู้ ไม่มีแรงล้ม ลงไปเลย (ผู้ให้ข้อมูล FALL01 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2567)	ขาไม่มีแรง	ประวัติการหกล้ม (สาเหตุ)
...มัน.. ห้องครัวมันลื่น น้ำมันหยด ... เขาทำบ้านใหม่ไป บ้านใหม่ก็มัน ต้องก้าวขึ้น พื้นมันต่างระดับ อันนี้ก็ขา ลง ขาชันไม่เป็นไร ก็ขาของมันก็เก้อ ไอ้ นี้เนี่ย มันเอียงนิดนึงก็ไม่ได้ มันคงจะไป มันเอียงอะ มันก็ล่ง อันนี้อะกันจำเข้า เลย กันเขี้ยว เขี้ยว (ผู้ให้ข้อมูล FALL02 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม 2567)	ลื่นจากพื้นที่เปียกแฉะและ พื้นที่ต่างระดับ	ประวัติการหกล้ม (สาเหตุ)
... ลูกกินข้าว กินข้าวเสร็จคราวนี้ก็ ลุกยืน จะยืน จะก้าว มานั่งอีกทีนั่ง มัน เซลงไปเฉย ๆ จั๊นอะ เหมือนอย่างกะ ตัวนี้มันเบา ทรงตัวไม่อยู่ มันถลาไป ไม่ เมา ไม่มัวอะไรหรอก (ผู้ให้ข้อมูล FALL04 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2567)	เสียการทรงตัว	ประวัติการหกล้ม (สาเหตุ)

ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก	ข้อค้นพบ	ประเด็น
...เดินไปไม่มีที่ยึด จะลงไปข้างล่าง วางมือจากไอนี้ (4 ขา) ไปเลย ขาไม่มีแรง ไม่มีสะดุด ขาไม่มีแรง สามิ: ขามันสั้นกว่ากัน ขามันไม่เท่ากัน (ตั้งแต่รถชน) เดินไม่สะดวกเสียการทรงตัว โดนอะไรหน่อยก็ล้มแล้ว(ผู้ให้ข้อมูล FALL07 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2567)	ไม่ใช่อุปกรณ์ขณะ เคลื่อนไหว ขาไม่มีแรง ขาไม่เท่ากัน	ประวัติการหกล้ม (สาเหตุ)
... เข้ามานอน มันทวด ยืนอย่างนี้ อะนะ แล้วเงี้ย ล้มไปเลย ล้มคนเดียว (ผู้ให้ข้อมูล FALL08 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2567)	เข่าอ่อน ปวดเข่า	ประวัติการหกล้ม (สาเหตุ)
...ข้างล่างล้ม ล้มตรงนั้นแหละ (ชี้ไปที่หกล้ม พื้นบ้านที่เป็นลาน เป็นหิน) (ผู้ให้ข้อมูล FALL01 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2567)	นอกบ้าน	ประวัติการหกล้ม (สถานที่ที่เกิดการพลัดตกหกล้ม)
...มัน.. ห้องครัวมันลื่น น้ำมันหยด (ผู้ให้ข้อมูล FALL02 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม 2567)	ห้องครัว	ประวัติการหกล้ม (สถานที่ที่เกิดการพลัดตกหกล้ม)
... แถวนี่ (ชี้ไปที่ห้องโถงในบ้านที่ นั่งอยู่เวลานี้)ลูกสาว: เพราะเขาจะนั่งจะนอนอยู่แถวนี้ ที่ตั่งไม้ (ผู้ให้ข้อมูล FALL06 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2567)	ห้องโถง	ประวัติการหกล้ม (สถานที่ที่เกิดการพลัดตกหกล้ม)

ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก	ข้อค้นพบ	ประเด็น
...ในห้องน้ำมั่ง ตรงนี้ก็ลื่น ชักพื้น หน้าบันได..ลื่นตรงข้างห้องน้ำเดินไป จะคว่ำไม่(ผู้ให้ข้อมูล FALL07 สัมภาษณ์ เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2567)	หน้าบันไดและห้องน้ำ	ประวัติการหกล้ม (สถานที่ ที่เกิดการพลัดตกหกล้ม)
...ตรงนี้เลย (เป็นพื้นกระเบื้อง หน้า ประตูบ้าน)ในห้องนอนก็ลื่น, ลื่นลงไป ในซอกในห้องน้ำ (ผู้ให้ข้อมูล FALL10 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม 2567)	หน้าประตูบ้าน ห้องนอน ห้องน้ำ	ประวัติการหกล้ม (สถานที่ ที่เกิดการพลัดตกหกล้ม)
...มันก็ไม่พอเจ็บเท่าไร แต่มันก็หัว เข่านี้แหละ เพราะมีมันแต่หินอัน มีฟก ซ้ำ,มันจับหัวสี หัวโน ต้องมาเอาน้ำแข็ง ประคบ (ผู้ให้ข้อมูล FALL01 สัมภาษณ์ เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2567)	เจ็บเข่า ฟกซ้ำ หัวโน	ประวัติการหกล้ม (การ บาดเจ็บที่เกิดจากหกล้ม)
... หัก หักเลย (จับไปที่สะโพก) (ผู้ให้ข้อมูล FALL04 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2567)	กระดูกสะโพกหัก	ประวัติการหกล้ม (การ บาดเจ็บที่เกิดจากหกล้ม)
... เย็บหัวที่นึ่ง หัวแตก จังนูนหัว แตกแหละ (ผู้ให้ข้อมูล FALL05 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม 2567)	ศีรษะแตก	ประวัติการหกล้ม (การ บาดเจ็บที่เกิดจากหกล้ม)
...เสียงมันดัง กร๊อบ เลยนะ พี่ เร็ว ๆ ขาหัก (ผู้ให้ข้อมูล FALL08 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2567)	กระดูกขาหัก	ประวัติการหกล้ม (การ บาดเจ็บที่เกิดจากหกล้ม)

ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก	ข้อค้นพบ	ประเด็น
...มี ตานี้เป็นต้อเนื้อ(ซีไปที่ข้างซ้าย) ก็มอง ก็คอยขี้ นั่น..แต่ข้างนี้เป็นต้อเนื้อ ใสนี้เป็นต้อกระจก(ตาขวา) (ผู้ให้ข้อมูล FALL02สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม 2567)	ตาต้อเนื้อ ตาต้อกระจก ใส่แว่นสายตา	การมองเห็น
...ตอนนี้ไม่ชัดมันฝ้า ไปผ่ามา(เอามือจับที่ตาข้างซ้าย) ไม่ชัด (ผู้ให้ข้อมูล FALL03สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2567)	มองเห็นไม่ชัด พร่ามัว	การมองเห็น
...เป็น 2 ข้างนั้นแหละ ใสนิ่งมองไม่เห็นแล้ว (จับไปที่ตาซ้าย) (ผู้ให้ข้อมูล FALL04 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2567)	มองไม่เห็นเลย	การมองเห็น
... การได้ยินนี้ไม่ค่อยได้ยิน ข้างนี้ (ซ้าย) ข้างซ้าย แต่ข้างขวายังดีอยู่ (ผู้ให้ข้อมูล FALL02 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 26กรกฎาคม 2567)	ไม่ค่อยได้ยิน	การได้ยิน
...ได้ยินมั้ง พูดเบา ๆ ไม่ได้ยิน เออ บางทีดูเรา หาวว่าพูดไม่ได้ยินบ้าง อะไรบ้าง ก็เราไม่ได้ยินอะ (ผู้ให้ข้อมูล FALL05 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม 2567)	ไม่ค่อยได้ยิน	การได้ยิน

ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก	ข้อค้นพบ	ประเด็น
... ใช้นี้ประจำ (จับไปที่Walker 4 ขา) เดินไม่ได้ มันไม่มั่นใจ ก็ถ้าเข้าห้องน้ำนี่ก็ อันนี้จับมือซ้าย (Walker 4 ขา) แล้วมือขวาเกาะถึงน้ำไปเรื่อย กลัวจะลื่น (ผู้ให้ข้อมูล FALL02 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม 2567)	ทรงตัวไม่ได้ และเดินต้อง ใช้Walker	การเดินและการทรงตัว
...เดินไม่ได้คนเดียว ต้องมีคนคอยช่วย ต้องประครอง ลูกไม่ให้เดินเอง กลัวจะล้มอีก (ผู้ให้ข้อมูล FALL04 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2567)	เดินคนเดียวไม่ได้ต้องมีคน ช่วย	การเดินและการทรงตัว
... ไม่ได้เลย (ปัสสาวะราด)บางทีก็ราดมาตั้งแต่หน้าบ้านเลยไปถึงนั้นเลย หรือไม่ก็จากนี้ไปถึงนั้นเลย (จากตั่งที่นั่งสัมภาษณ์ ไปถึงเตียงนอน) (ผู้ให้ข้อมูล FALL06 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม 2567)	กลั้นปัสสาวะไม่ได้	ความสามารถในการ ขับถ่าย
... ไม่ได้เลย กลั้นไม่ได้ (ผู้ให้ข้อมูล FALL07 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2567)	กลั้นปัสสาวะไม่ได้	ความสามารถในการ ขับถ่าย
...กลัวแอ้ง (ทำเสียงตกใจ) กลัวลูกไม่ได้ ต้องระวังไปไหนต้องระวัง (ผู้ให้ข้อมูล FALL01 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2567)	กลัวการพลัดตกหกล้ม	ความการกลัวการพลัดตก หกล้ม

ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก	ข้อค้นพบ	ประเด็น
...กลัว เดินก็ต้องระวังไว้ ต้องค่อย ๆ เดิน ดูว่าที่ต่ำที่สูงว่ามันจะนั่นหรือเปล่า ต้องค่อย ๆ ดู (ผู้ให้ข้อมูล FALL03 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2567)	กลัวการพลัดตกหกล้ม	ความการกลัวการพลัดตกหกล้ม
... เดินนี้แหละต้องระวัง ไข่ม้อยเท้า บางทีก็ใช้ บางไม่มีก็เกาะราว เกาะโต๊ะ (ผู้ให้ข้อมูล FALL01 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2567)	เดินระวัง และใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน	ความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม
...ตัวยานี้ก็ ไปให้ช้าที่สุด แล้วก็หลีกเลี่ยงไอที่ว่าแฉะ ๆ ไปที่แห้ง (ผู้ให้ข้อมูล FALL02 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม 2567)	เดินช้าและหลีกเลี่ยงที่เปียกแฉะ	ความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม
...เดินก็ต้องระวังไว้ ต้องค่อย ๆ เดิน ดูว่าที่ต่ำที่สูงว่ามันจะนั่นหรือเปล่า ต้องค่อย ๆ ดู (ผู้ให้ข้อมูล FALL03 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2567)	ระวังพื้นที่ต่างระดับ	ความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม
...ต้องให้คนประครองลุกยืน ยืนให้มัน ญาติคอยดู (ผู้ให้ข้อมูล FALL04 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2567)	มีคนคอยประครอง	ความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม
...เดิน แต่ก็ต้องให้ขานี้มันคงดีค่อย ก้าวใจแอ้ง (จับที่ขาข้างซ้าย) (ผู้ให้ข้อมูล FALL08 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2567)	ยืนให้มันคงก่อนก้าวเดิน	ความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

2.2 ปัจจัยเสี่ยงทางด้านเศรษฐกิจและสังคม

ปัจจัยเสี่ยงทางด้านเศรษฐกิจและสังคม เป็นลักษณะทางสังคมและฐานะทางเศรษฐกิจที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้ม ได้แก่ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ จำนวนสมาชิกในบ้าน และการอยู่ลำพังของผู้สูงอายุ มีรายละเอียดดังนี้

2.2.1 รายได้และความเพียงพอของรายได้ จากข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับรายได้และความเพียงพอของรายได้ ดังนี้

“...เงินคนแก่ 800 แล้วก็เงินพิการ 800 1,600 บาท เราก็ประหยัดเอาเนาะ กินหญ้า กินผักแถวนี้แหละ ไอ้แขกก็เอามาให้บ้าง จะพอก็ไม่ค่อยจะพอ น้ำ ไฟอีก ต้องประหยัดกับข้าวก็กินเพียง เย็นได้”

(FALL04, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 กรกฎาคม 2567)

“...ลูกให้เล็ก ๆ น้อย ๆ เนาะยัง 600 แล้วก็บัตรพิการ 800 สามเ: โหะ นาก็ไม่ได้ทำอะไร รายได้ไม่ค่อยมีพอครับหมอครับ แะเลย”

(FALL08, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 กรกฎาคม 2567)

“...800 ไม่พอ เพราะไปซื้อของที่กร้อยนึ่งแล้ว ไม่ได้ไรไหนล้าวมียุชขายคน พ่อไอ้คนที่อยู่ด้วย ไม่มีมันก็ให้มาซื้อกิน ให้มาค่าน้ำค่าไฟบ้าง,ให้ถุงยังชีพบ้างสิ,ก็ตามองไม่เห็น เดินก็ไม่ได้ พิการอะ ธรรมดามันได้ 800 อยากให้ช่วยเหลือก็อยากได้เดือนละ 800 นี่แหละ จะได้ 1,600 อสม.:อยากได้ไปพิการ ตาก็ไม่เห็น เดินก็ไม่ได้ ไม่ได้พิการก็แะแล้ว ขอให้ได้ถุงยังชีพเถอะ จะได้เงินเดือนเพิ่มหน่อยเวทนาหลานอยู่คนเดียว”

(FALL11, ผู้ให้สัมภาษณ์, 31 กรกฎาคม 2567)

2.2.2 การอาศัยกับสมาชิกในบ้าน จากข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับการอาศัยกับสมาชิกในบ้าน ดังนี้

“...ทุกวันนี้ก็อยู่กับลูกคะ มีลูก 3 คน แต่ลูกจะไปอยู่ไกล 2 คน อยู่กับคนนี่คนเดียว (ลูกชาย) ที่ทำงาน TOT”

(FALL02, ผู้ให้สัมภาษณ์, 26 กรกฎาคม 2567)

“...คนเดียวมั้ง กะหลานมั้ง อยู่ 3 คน อีฉะนั้น มันไปขายของ ไปโรงเรียน เราก็อยู่คนเดียว ก็นั่ง ๆ นอน ๆ แลวนี้ เขาก็มีกับข้าววางไว้ให้ น้ำก็มี”

(FALL05, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 กรกฎาคม 2567)

“...3 คน สามี: ทั้งรวมพ่อแม่ด้วยก็ 5 คน แต่ก็อยู่คนคนละบ้าน ตรงโน้นหนะ”

(FALL08, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 กรกฎาคม 2567)

2.2.3 การมีข้อจำกัดด้านบริการสุขภาพจากข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับการมีข้อจำกัดด้านบริการสุขภาพของผู้สูงอายุดังนี้

“...เวลาไปโรงพยาบาล ก็ไม่ยาก หลานเอารถมารับ (ซีไปที่รถยนต์) พรุ่งนี้แหละก็จะไปอีกแล้ว โทรให้เขามารับแล้ว ให้เอารถไปรับ จะขี่มอเตอร์ไซด์ ก็กลัวล่องมอเตอร์ไซด์นะ”

(FALL01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 กรกฎาคม 2567)

“...เวลาไปหาหมอนี้ ช่วยกันประครองขึ้นรถไป มีรถยนต์ลูกสาวพาไป ขับรถเป็นสุโขทัยโน้น เดียววันที่ 5 สิงหาคม มั้งก็ต้องไป”

(FALL04, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 กรกฎาคม 2567)

“...เคยเข้าโรงพยาบาลอยู่ ส่วนมากลูกพาไปหมออาคม ”

(FALL05, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 กรกฎาคม 2567)

“...เวลาไปหาหมอก็จ้างรถเขาไป ไม่มีรถไปเองไม่ได้ ก็จ้างข้าง ๆ บ้านนี้แหละ เขามีรถปิ๊กอัพไป”

(FALL06, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 กรกฎาคม 2567)

“...ป่วยที ก็มีลูกหลานพาไป หลานมีรถยนต์ ลุงก็อยู่บางวัน บางวันก็อยู่ตลอด บางวันก็ไปบ้าง”

(FALL07, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 กรกฎาคม 2567)

2.2.4 การอยู่ลำพังจากข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับการอยู่ลำพังของผู้สูงอายุดังนี้

“...3 คน หลาน กับหลานสะใภ้ เขาไปทำงานกัน กลางวันก็อยู่คนเดียว ลมตรงนั้นเลย จับหัว โอ้ หัวโน ขึ้นบ้านวะ ค่อย ๆ ขึ้นบ้านมาทุน้ำแข็งในตู้ มานอนประคบอยู่ตรงนี้ อยู่คนเดียวด้วยอะนะ”

(FALL01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 กรกฎาคม 2567)

“...อยู่คนเดียว กลางวันลุกไปทำงาน ถ้าเราไปเป็นขึ้นมา หนักขึ้นมา มันก็ต้องเสียงาน มันอีก ลูกชายทำงานโทรศัพท์ (บริษัทTOT)”

(FALL02, ผู้ให้สัมภาษณ์, 26 กรกฎาคม 2567)

“...คนเดียวมั้ง กะหลานมั้ง 3 คน อีฉะนั้น มันไปขายของ ไปโรงเรียน เราก็อยู่คนเดียว ก็อยู่ได้ เขาไปทำงานกันนะ เลี้ยงวัวบ้าง กลางวันมันก็กลับบ้านบ้าง มากินข้าว บางวันก็มืดเลย”

(FALL05, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 กรกฎาคม 2567)

“...อยู่ บางวันก็อยู่ตลอด บางวันก็ไปบ้าง หาปลาตามทุ่งตามนา ขายบ้าง ส่วนใหญ่ก็มาทำกิน”

(FALL07, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 กรกฎาคม 2567)

“...ลูกสาว: ก็อยู่ บางทีพี่ไปทำงานก็ต้องปล่อยให้อยู่ พี่ไปทำงานบ้าน ก็ไปประมาณ 3 ชั่วโมงครึ่งยังงี้อะ ส่วนมากจะทิ้งไปไม่เกิน 2 ชั่วโมงครึ่ง 3 ชั่วโมงเต็มๆ ถ้าไกลกว่านั้นจะให้พี่สาวมาอยู่”

(FALL10, ผู้ให้สัมภาษณ์, 30 กรกฎาคม 2567)

“...อยู่คนเดียว ทุกวันไปไหนมาไหนกะเขาก็ไม่ได้ อยากไปตลาดก็ไปไม่ได้ตั้งแต่ล้มอีครานั้น ก็เดินไม่ได้เลย (ร้องไห้) อยากได้ถุงที่หลวงให้ ถุงไรนะ ถุงยังซิพนะ ทำไงหมออยากได้จริงเลย เงินก็ไม่มี ทำงานก็ไม่ได้”

(FALL11, ผู้ให้สัมภาษณ์, 31 กรกฎาคม 2567)

ตาราง 7 แสดงข้อค้นพบปัจจัยด้านเศรษฐกิจและด้านสังคมที่เป็นสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการพลัด
ตกหล่นของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก	ข้อค้นพบ	ประเด็น
...เงินคนแก่ 800 แล้วก็เงินพิการ 800,จะพอก็ไม่ค่อยจะพอ น้ำ ไฟอีก ต้องประหยัด(ผู้ให้ข้อมูลFALL04 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2567)	รายไม่เพียงพอ	รายได้และความเพียงพอของรายได้
... 800 ไม่พอ (ผู้ให้ข้อมูล FALL11 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม 2567)	รายไม่เพียงพอ	รายได้และความเพียงพอของรายได้
...ทุกวันนี้ก็อยู่กับลูกค่ะ อยู่กับคนนี้คนเดียว(ลูกชาย) ที่ทำงาน TOT (ผู้ให้ข้อมูล FALL02 สัมภาษณ์เมื่อวันที่26 กรกฎาคม 2567)	อาศัยอยู่กับลูก	การอาศัยกับสมาชิกในบ้าน
...คนเดียวมั้ง กะหลานมั้ง อยู่ 3 คน (ผู้ให้ข้อมูล FALL05 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม 2567)	อาศัยอยู่กับลูกและหลาน	การอาศัยกับสมาชิกในบ้าน
... 3 คน สามเฒ่า: ทั้งรวมพ่อแม่ด้วยก็ 5 คน แต่ก็อยู่คนคนละบ้าน (ผู้ให้ข้อมูล FALL05 สัมภาษณ์ เมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม 2567)	อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบิดามารดา	การอาศัยกับสมาชิกในบ้าน
...เวลาไปโรงพยาบาล ก็ไม่ยาก หลานเอารถมารับ (ซีไปที่รถยนต์) พรุ่งนี้แหละก็จะไปอีกแล้ว (FALL01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 กรกฎาคม 2567)	มีรถยนต์ส่วนตัว	การมีข้อจำกัดด้านบริการสุขภาพ
เวลาไปหาหมอก็จ้างรถเขาไป ไม่มีรถไปเองไม่ได้ ก็จ้างข้าง ๆ บ้านนี้แหละ (FALL06, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 กรกฎาคม 2567)	จ้างเหมารถ	การมีข้อจำกัดด้านบริการสุขภาพ

ตาราง 7 (ต่อ)

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก	ข้อค้นพบ	ประเด็น
...คุณลุงไม่มี อยู่คนเดียว, กลางวัน ลูกไปทำงาน (ผู้ให้ข้อมูล FALL02 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม 2567)	อยู่คนเดียว	การอยู่ลำพังระหว่างวัน
...คนเดียวมั้ง กะหลานมั้ง, 3 คน อี ฉนั้น มันไปขายของ ไปโรงเรียน เราก็ อยู่คนเดียว(ผู้ให้ข้อมูล FALL05 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม 2567)	อยู่คนเดียว	การอยู่ลำพังระหว่างวัน
...ลูกสาว: ก็อยู่ บางทีไปทำงานก็ ต้องปล่อยให้อยู่. ลูกสาว: พี่ไปทำงาน บ้าน ก็ไปประมาณ 3 ชั่วโมงครึ่งยังงี้จะ ส่วนมากจะทิ้งไปไม่เกิน 2 ชั่วโมงครึ่ง 3 ชั่วโมงเต็มที ถ้าไถ่เวลานั้นจะให้พี่สาว มาอยู่ (ผู้ให้ข้อมูล FALL10 สัมภาษณ์ เมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม 2567)	อยู่คนเดียว	การอยู่ลำพังระหว่างวัน

2.3 ปัจจัยเสี่ยงทางด้านพฤติกรรม

ปัจจัยเสี่ยงทางด้านพฤติกรรม เป็นการกระทำหรือการดำเนินชีวิตประจำวันของ ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เช่น การใช้ยาหลายชนิด รองเท้าที่ไม่เหมาะสม การสวมใส่เสื้อผ้า การนอนหลับ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย กิจกรรมทางกาย และการใช้อุปกรณ์เคลื่อนที่ มี รายละเอียดดังนี้

2.3.1 การใช้ยาหลายชนิด จากข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับการ การใช้ยาหลายชนิด ดังนี้

“...กิน นอนไม่หลับ เวียนเอ็ง วันนี้ก็เวียนเนี่ย เวียนหัวต้องกินยาแก้เวียนกินพารา
นิต ๆ หน่อย ๆ ”

(FALL01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 กรกฎาคม 2567)

“...เมื่อก่อนกิน แต่ลูกชายไม่ให้กิน กระปุกละ 10 บาทอะ ภูมิแพ้ กินแล้วง่วง กินแล้วหลับ ไม่ค่อยได้กิน ยาเวียโนอะ ยานอนหลับไม่ได้กิน”

(FALL02, ผู้ให้สัมภาษณ์, 26 กรกฎาคม 2567)

“...มันเป็นโรคต่อมลูกหมากโต ก็กินยานี้ประจำยานอนหลับหมดไปแล้ว หลายวันแล้ว แต่ช่วงนี้มันคันครับ กลางคืนนี้คันเป็นผื่นครับ ตอนนี้อาไมได้มีให้กิน มีก็ยาวิตามินครับ ยาวิตามินที่โรงพยาบาลเขาให้มา ยังเหลือ ก็กินเรื่อยก็มียาพารา ยาขับปัสสาวะ บางทีกินวันเว้นวัน ยาที่กินประจำต่อมลูกหมากออยประจำครับ แล้วก็ซื้อยาถวบน้ำอะไรต่อมิอะไร แก้วปวด แก้วอะไรบ้าง”

(FALL03, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 กรกฎาคม 2567)

“...กินเฉพาะความดัน ไม่กินยานอนหลับ วันไหนที่ลืมกินนะ มันจะเวียนง่วงชอบกล หัวเราะ มันก็แก็กี่ลืมเนาะ”

(FALL07, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 กรกฎาคม 2567)

“...กินยาเบาหวาน ความดัน ยาขับปัสสาวะพวกนี้ ไขมันด้วย ยานอนหลับ แก้วปวด แก้วแพ้ แก้วเมาธ แก้วแพ้อาการ ประจำ”

(FALL10, ผู้ให้สัมภาษณ์, 30 กรกฎาคม 2567)

2.3.2 รองเท้าที่ไม่เหมาะสม จากข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับการสวมรองเท้าที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุ ดังนี้

“...(ทำท่าชูมือว่าเป็นรองเท้าหนีบ) รองเท้าแตะ เออหนีบ หนีบ ไม่ลื่นหรือถ้าอยู่ข้างล่างใส่ เอะ มันเบอร์เท่าไรเวียะหนะเนาะ ไม่หลวมกำลังดีไม่คับไม่อะไร เดินได้สะดวก ไม่เคยสะดุด เออรองเท้านี้ก็ดูทำใหญ่น้อยและนะ (ชี้ไปที่รองเท้า)”

(FALL01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 กรกฎาคม 2567)

“...อ่า ใส่รองเท้านี้เดี๋ยวนี้ใส่รองเท้าหุ้มอะ ถ้าไม่ใส่มันก็ไม่ได้ ใส่บนบ้านเลย ในบ้านก็ใส่ห้องน้ำมันลื่น รองเท้าเป็นยางพารา หลวม บนบ้านเนี่ยหลวม 37 แล้วคู่ที่มานี้ 36 ก็จะไม่พอดีหน่อย”

(FALL02, ผู้ให้สัมภาษณ์, 26 กรกฎาคม 2567)

“...ใส่ มันก็คงจะโตกว่าหน่อยแหละ,สามี่:ประจำ ๆ พูดถึงลงดินนะ ไม่สิ้น

โทษนะครับ (หยิบรองเท้าให้ดู ลักษณะ เป็นรองเท้ายางแบบสวม) มันไม่สะดุด เพราะมันมีคนคอยทรงไว้ด้วย หัวเราะ”

(FALL08, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 กรกฎาคม 2567)

“...ถ้าลงไปข้างล่างแล้วก็จะใส่อยู่ เป็นหนีบ ไม่เคยสะดุดนะ มันจะเล็กกว่าหน่อย ใส่หูหนีบมันจะกระชับหน่อย ไม่สิ้น”

(FALL10, ผู้ให้สัมภาษณ์, 30 กรกฎาคม 2567)

2.3.3 การสวมใส่เสื้อผ้าจากข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับการสวมใส่เสื้อผ้าของผู้สูงอายุ ดังนี้

“...นุ่งกางเกงตลอด มันสบายไม่ต้องคอยระวังเยอะ ก้าวไปไหนก็ไปเลยคะ”

(FALL02, ผู้ให้สัมภาษณ์, 26 กรกฎาคม 2567)

“... ชอบใส่ผ้าถุง มันฉีกไม่ทัน ปวดเฉียวที่ เดินไปห้องน้ำก็เกือบจะไม่ถึง บางทีก็ไม่ทันเลย”

(FALL05, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 กรกฎาคม 2567)

“...ผ้าถุงนี้แหละจ้า ใส่เอง ลุงช่วยด้วย ไม่ได้เดินไปไหนไกล ฉีกข้างเดียวเลย”

(FALL07, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 กรกฎาคม 2567)

2.3.4 การนอนหลับ จากข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับการนอนหลับของผู้สูงอายุ ดังนี้

“...นอนไม่ค่อยหลับสิ มันหวัด ๆ เหมือนกันนะ ทรงตัวไม่ค่อยจะได้ด้วยต้องอันนี้ตลอด (จับไปที่ walker)”

(FALL02, ผู้ให้สัมภาษณ์, 26 กรกฎาคม 2567)

“...มีเพ็ญหลังตื่นนอน เพ็ญครับ นอนไม่หลับ 3 คืนแล้ว คื่นแจ้ง ไม่หลับเลย มันเป็นโรคอะไรก็ไม่รู้ ตอนนี้เป็นอยู่ เป็นบ่อย มันไม่ค่อยง่วง แต่มันเพ็ญ เป็นบ่อย มนอ่อนมันเพ็ญ เป็นบ่อย แทบทุกวันเลย ใจมันสั่นด้วย”

(FALL03, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 กรกฎาคม 2567)

“...มันนอนไม่ค่อยหลับ มันจะไปหลับเอาค่อนแจ้ง ไม่เพ็ญไม่ง่วง กินกาแพบ้าง 3 วันถึงจะกินที่ ง่วง หาวนอนมันก็มีบ้างนิด ๆ หน่อย ๆ โกลัฟนจะตงก่วงจริงเลย นอนหลับลูกสาว: กินกาแพตตลอด มันง่วงไม่ได้หอรอก ดิตเลยแหละ บางทีเขานอน ป้ามาเห็นเนีย คิดว่าป่วยหรือป่าว ก็เขานอน นอน”

(FALL05, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 กรกฎาคม 2567)

2.3.5 การดื่มแอลกอฮอล์ จากข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้สูงอายุ ดังนี้

“...มันก็จิบ ๆ ไปจี้ ตั้งแต่ผ่าตัดมาไม่ได้ดื่ม กลัวจะตายเอ็ง กระเพราะก็ไม่ค่อยดีด้วย ลูกก็ห้ามเด็ดขาด เขาเป็นห่วงแหละครับ”

(FALL03, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 กรกฎาคม 2567)

“...หัวเราะ ไม่เอา กระทั่งน้ำเชียวน้ำแดงยังไม่กินเลย”

(FALL04, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 กรกฎาคม 2567)

“...หิ ไม่ดื่ม แต่ก่อนก็อน วัยรุ่น ก็เอามั่ง”

(FALL05, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 กรกฎาคม 2567)

2.3.6 การออกกำลังกาย และกิจกรรมทางกาย จากข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับการออกกำลังกาย และกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ ดังนี้

“...ไม่ได้ออกกำลังกาย ภูบ้านอะไรแต่อะไรบ้าง เดินตามบนบ้านนี้แหละ”

(FALL01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 กรกฎาคม 2567)

“...ก็ออกบนเตียงแหละ หัวเราะ (ท่าตะแคงขึ้น) ปวดแขนก็ใช้แบบนี้ เนียทำยกแบบนี้ (ท่าทำยกแขนขึ้นลง) ก็มีมาไปมาบ้าง ไปหาหลานบ้าง เลยล้มเนีย หัวเราะ”

(FALL02, ผู้ให้สัมภาษณ์, 26 กรกฎาคม 2567)

“...ก็เดินออกกำลึงกาย เขาก็เดินไป ตามนี้แหละครับ”

(FALL03, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 กรกฎาคม 2567)

“...ไม่ทุกวัน เว้นวัน ถ้าวันไหนปวดขา (จับไปที่เข่า) ก็ยังไม่เดิน เดินบนนี้ (ในบ้าน) เคยออก(นอกตัวบ้าน) แต่ค่อย ๆ ก้าว ทำซุขา ยกแขน ยกขาที่เดียว”

(FALL04, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 กรกฎาคม 2567)

“...เนี่ยได้แต่นั่งอยู่แบบนี้ นั่งแกว่งตืน แกว่งมือ ทุกวัน”

(FALL08, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 กรกฎาคม 2567)

2.3.7 การใช้อุปกรณ์เคลื่อนที่ จากข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับการใช้อุปกรณ์เคลื่อนที่ของผู้สูงอายุ ดังนี้

“...ใช้นี้ประจำ (จับไปที่Walker 4 ขา) ตั้งนานแล้ว เป็นมา 10 กว่าปีแล้วอ่า ก็หัดเดินอะไรก็ใช้แบบนี้เลย เดินไม่ได้ มันไม่มั่นใจ ก็ถ้าเข้าห้องน้ำก็ อันนี้จับมือซ้าย (Walker 4 ขา) แล้วมือขวาเกาะถึงน้ำไปเรื่อย กลัวจะลื่น”

(FALL02, ผู้ให้สัมภาษณ์, 26 กรกฎาคม 2567)

“...ตอนนี้ก็ฝึกอยู่ ยัง เดินไม่ได้คนเดียว ต้องมีคนคอยช่วยตลอดจ้า ต้องประครอง ลูกไม่ให้เดินเอง กลัวจะล้มอีก ต้องมีคนให้เกาะตลอด จะมีราวจับด้วย”

(FALL04, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 กรกฎาคม 2567)

“...ใช้ไม้ล่ะ เดินมันก็เดิน ค่อยจะเขย่งๆ ต้องไม้จับ เออ ก็เอาโต๊ะ ยัน ๆ ไป ก็เซ”

(FALL05, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 กรกฎาคม 2567)

“...ใช้ 4 ขา ใช้ อสม. :ตั้งนานแล้ว ตั้งแต่เป็นไขมันอุดตันเนาะ จักอีรูนั่น หมอถ่ายภาพมาลง มาเรื่อยแหละ อสม. ใช้ไม้เท้าเดียวอะตอนนี้ ใช้ walker ,คะ สามี่: ไม้เท้ากระเด็นเส้นส่านหมด หัวเราะ, คอยพยุงหลังไง คอยดู ก็เดินตามกันหลังมา ถ้าร้องอะ ๆ เขาก็มาปั๊บเลย”

(FALL08, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 กรกฎาคม 2567)

ตาราง 8 แสดงข้อค้นพบปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการปลัดตกหกล้มของ
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก	ข้อค้นพบ	ประเด็น
...กิน นอนไม่หลับ...เวียนเอ็ง วันนี้ ก็เวียนเนี้ย เวียนหัวต้องกินยาแก้เวียน ...กินพารา นิด ๆ หน่อย ๆ (ผู้ให้ข้อมูล FALL01 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2567)	ยานอนหลับ ยาแก้เวียน	การใช้ยาหลายชนิด
...เมื่อก่อนกิน แต่ลูกชายไม่ให้กิน กระปุกละ 10 บาทอะ ภูมิแพ้ (ผู้ให้ ข้อมูล FALL02 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม 2567)	ยาแก้แพ้	การใช้ยาหลายชนิด
... มันเป็นโรคต่อมลูกหมากโต ก็ กินยานี้ประจำ...ยานอนหลับหมดไป แล้ว(ผู้ให้ข้อมูล FALL03 สัมภาษณ์เมื่อ วันที่ 27กรกฎาคม 2567)	ยาต่อมลูกหมากโต ยานอน หลับ	การใช้ยาหลายชนิด
... กินเฉพาะความดัน (ผู้ให้ข้อมูล FALL07 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2567)	ยาความดันโลหิต	การใช้ยาหลายชนิด
... กินยา เบาหวาน ความดัน ยา ขับปัสสาวะพวกนี้ ไขมันด้วย ยานอน หลับ แก้วปวด แก้วแพ้ แก้วมารด แก้วแพ้ อาการ ประจำ (ผู้ให้ข้อมูลFALL10 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม 2567)	ยาเบาหวาน ความดัน ไขมันกินยานอนหลับ แก้ว ปวด แก้วแพ้ แก้วมารด ประจำ	การใช้ยาหลายชนิด
... (ทำท่าชูมือว่าเป็นรองเท้าหนีบ) รองเท้าแตะ...เออรองเท้ามันก็ดูท่า ใหญ่น้อยและนะ (ชี้ไปที่รองเท้า) (ผู้ให้ ข้อมูล FALL01สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2567)	รองเท้าแตะแบบหนีบ ใหญ่ กว่าเท้า	รองเท้าที่ไม่เหมาะสม

ตาราง 8 (ต่อ)

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก	ข้อค้นพบ	ประเด็น
...ใส่รองเท้า เดียวนี่ใส่รองเท้าหุ้มอะ ถ้าไม่ใส่มันก็ไม่ได้ ใส่บนบ้านเลย ในบ้านก็ใส่ ห้องน้ำมันสิ้น รองเท้าเป็นยางพารา...หลวม บนบ้านเนียหลวม 37 (ผู้ให้ข้อมูล FALL02 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม 2567)	รองเท้าหุ้ม หลวม	รองเท้าที่ไม่เหมาะสม
... ใส่ มันก็คงจะโตกว่าหน่อยแหละ ..สามี: โทษนะครับ (หยิบรองเท้าให้ดู ลักษณะ เป็นรองเท้าแบบสวม) (ผู้ให้ข้อมูล FALL08 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2567)	รองเท้าแบบสวม ใหญ่กว่าเท้า	รองเท้าที่ไม่เหมาะสม
... มันจะเล็กกว่าหน่อย ใส่หูหนีบ มันจะกระชับหน่อย ไม่ลื่น (ผู้ให้ข้อมูล FALL10 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม 2567)	รองเท้าแตะแบบหนีบ เล็กกว่าเท้า	รองเท้าที่ไม่เหมาะสม
...นุ่งกางเกงตลอด(ผู้ให้ข้อมูล FALL02 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม 2567)	สวมกางเกง	การสวมใส่เสื้อผ้า
... ก็รู้มรณเหมือนกันแหละ (ลูกสาว:ชอบผ้าถุง) มันเฉียวไม่ทัน (ผู้ให้ข้อมูล FALL05 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม 2567)	ใส่ผ้าถุง	การสวมใส่เสื้อผ้า
... ผ้าถุงจี้แหละจ้า ใส่เอง ลุงช่วยด้วย (ผู้ให้ข้อมูล FALL07 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2567)	ใส่ผ้าถุง	การสวมใส่เสื้อผ้า

ตาราง 8 (ต่อ)

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก	ข้อค้นพบ	ประเด็น
...นอนไม่ค่อยหลับ ลี้ มันทวีต ๆ เหมือนกันนะ (ผู้ให้ข้อมูล FALL02 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม 2567)	นอนไม่หลับ	การนอนหลับ
...มีเพลียหลังตื่นนอน เพลียครับ นอนไม่หลับ 3 คืนแล้ว คื่นแจ้ง ไม่หลับเลย มันเป็นโรคอะไรก็ไม่รู้ ตอนนี้อยู่ เป็นอยู่ เป็นบ่อยู่ (ผู้ให้ข้อมูล FALL03 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2567)	นอนไม่หลับ	การนอนหลับ
... มันนอนไม่ค่อยหลับ นุ่น จะไปหลับเอาค่อนแจ้ง (ผู้ให้ข้อมูล FALL05 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม 2567)	นอนไม่หลับ	การนอนหลับ
...มันก็จิบ ๆ ไปจี้ ตั้งแต่ผ่าตัดมา ไม่ได้ดื่ม (ผู้ให้ข้อมูล FALL03 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2567)	ดื่มบางครั้ง	การดื่มแอลกอฮอล์
...หัวเราะ ไม่เอา กระทั่งน้ำเชียวน้ำแดงยังไม่กินเลย (ผู้ให้ข้อมูล FALL04 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2567)	ไม่ดื่มแอลกอฮอล์	การดื่มแอลกอฮอล์
...หี ไม่ดื่ม แต่ก่อนก่อน วัยรุ่น ก็เอามั่ง (ผู้ให้ข้อมูล FALL05 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม 2567)	เคยดื่มแอลกอฮอล์	การดื่มแอลกอฮอล์
...ไม่ได้ออกกำลังกาย ภูบ้านอะไรแต่อะไรบ้าง เดินตามบนบ้านนี้แหละ (ผู้ให้ข้อมูล FALL01 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2567)	ไม่ออกกำลังกาย ภูบ้าน	การออกกำลังกาย และ กิจกรรมทางกาย

ตาราง 8 (ต่อ)

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก	ข้อค้นพบ	ประเด็น
...ก็ออกบ่นเตี้ยงแหละ ,หัวเราะ (ท่าตะแคงขึ้น)..ปวดแขนก็ใช้แบบนี้ เนียทำยกแบบนี้ (ท่าทำยกแขนขึ้นลง) มีเดินมาไปมาบ้าง ไปหาหลานบ้าง (ผู้ให้ข้อมูล FALL02 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 26กรกฎาคม 2567)	ออกกำลังกาย และเดิน	การออกกำลังกาย และ กิจกรรมทางกาย
... ก็เดินออกกำลังกาย เข้าก็เดินไป (ผู้ให้ข้อมูล FALL03 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2567)	เดิน	การออกกำลังกาย และ กิจกรรมทางกาย
... เว้นวัน ถ้าวันไหนปวดขา (จับไปที่เข่า) ก็ยังไม่เดิน เดินบนนี้ (ในบ้าน) เคยออก(นอกตัวบ้าน) แต่ค่อย ๆ ก้าว ทำซุซา ยกแขน ยกขาที่เตี้ยง (ผู้ให้ข้อมูล FALL04 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2567)	ออกกำลังกายและเดิน	การออกกำลังกาย และ กิจกรรมทางกาย
...เนี้ยได้แต่นั่งอยู่แบบนี้ นั่งแกว่งตีน แกว่งมือ ทุกวัน (ผู้ให้ข้อมูล FALL08 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2567)	ออกกำลังกาย	การออกกำลังกาย และ กิจกรรมทางกาย
...ใช้นี้ประจำ (จับไปที่Walker 4 ขา) ตั้งนานแล้ว เป็นมา 10 กว่าปีแล้ว อ่า (ผู้ให้ข้อมูล FALL02 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม 2567)	ใช้ Walker	การใช้อุปกรณ์เคลื่อนที่
...ต้องมีคนคอยช่วยตลอดจ้า ต้อง ประครอง ลูกไม่ให้เดินเอง) (ผู้ให้ข้อมูล FALL04 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2567)	มีคนคอยประครอง	การใช้อุปกรณ์เคลื่อนที่

ตาราง 8 (ต่อ)

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก	ข้อค้นพบ	ประเด็น
...ใช้ 4 ขา อสม. ใช้ไม้เท้าเดียวอะ ตอนนี้ ใช้ walker (ผู้ให้ข้อมูล FALL08 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2567)	ใช้ Walker	การใช้อุปกรณ์เคลื่อนที่

2.4 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นการจัดการสิ่งแวดล้อมอยู่ภายใต้พฤติกรรมความสัมพันธ์ของลักษณะทางกายภาพของแต่ละผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปกับสภาพแวดล้อมรอบตัว รวมถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นในบ้าน บริเวณบ้านหรือตามสาธารณะต่าง ๆ ที่ส่งผลทำให้ ผู้สูงอายุเกิดการพลัดตกหกล้ม เช่น สภาพบ้านที่อยู่อาศัย พื้นลื่น พื้นต่างระดับ รวดเกาะ ประตู แสงสว่าง พรหมหรือผ้าเช็ดเท้า ห้องน้ำ การจัดวางของใช้ภายในบ้าน เติงนอน และสัตว์เลี้ยง มีรายละเอียดดังนี้

2.4.1 สภาพบ้านที่อยู่อาศัย จากข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ดังนี้

“...อยู่ชั้นบนและ ไม่ลงล่าง บางทีวันเสาร์อาทิตย์ เขาอยู่กัน ก็จะลงบ้าง”

(FALL01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 กรกฎาคม 2567)

“...ชั้นล่าง มีชั้นเดียวแหละ ไปเล่นกะหลาน หลานมาจากกรุงเทพ มันก็ แก้อ๊ ชื่นไปอย่างเงี้ย (ทำท่าทางลักษณะแก้อ๊ ขนาด 1 ฟุต สูงประมาณ 20 เซนติเมตร)”

(FALL02, ผู้ให้สัมภาษณ์, 26 กรกฎาคม 2567)

“...อยู่ข้างล่าง เขาก็ลงไปข้างล่าง(บ้าน 2 ชั้น) ข้างบน”

(FALL07, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 กรกฎาคม 2567)

2.4.2 พื้นลื่น พื้นต่างระดับ จากข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับพื้น
ลื่น พื้นต่างระดับ ดังนี้

“...มัน.. ห้องครัวมันลื่น น้ำมันหยด ยายก็ไม่เห็น ยายไม่ได้ใส่รองเท้า มันก็ลื่น ลื่นแต่ก็
ไม่ได้ถึงหัวลง แก้อีต๋ำ แต่ว่า มัน เขาทำบ้านใหม่ไง บ้านใหม่ก็มันต้องก้าวขึ้น ต่างระดับ อันนี้
ก็خالง ขาขึ้นไม่เป็นไร เคย เคยลื่นในห้องน้ำ ก็เมื่อก่อนมันไม่มีรองเท้าอะ”

(FALL02, ผู้ให้สัมภาษณ์, 26 กรกฎาคม 2567)

“...มี ก็สะดุดเหมือนกันแหละ มีแต่ลื่นบ้าง แต่เกาะโต๊ะได้ ก็เคยเหมือนกันแหละลื่นใน
ห้องน้ำนะ”

(FALL05, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 กรกฎาคม 2567)

“...มี ไม่สะดุดหรอก ระวังเอง สามิ: เราต้องคอยตาม อสม. ต่างระดับในห้องก็ต่าง
ระดับ อสม.ห้องน้ำก็ต่างระดับ เพราะมันต้องต่ำกว่าพื้นบ้าน ไม่มี มีแต่อย่างนี้ (ชี้ไปที่พื้นที่
ต่างระดับหน้าประตูบ้าน) ครับ ต่างระดับ”

(FALL08, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 กรกฎาคม 2567)

2.4.3 ราวจับ จากข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับราวจับ ดังนี้

“...มีบันได แต่ราวบันไดเขาไม่ได้ทำ เอาตุ๋นง่าก่อนงแล้วลงทีละขั้น ตอนขึ้นต้องเกาะขึ้น”

(FALL02, ผู้ให้สัมภาษณ์, 26 กรกฎาคม 2567)

“...ที่บ้านไม่มีบันได มีคนให้เกาะตลอด จะมีราวจับด้วย”

(FALL04, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 กรกฎาคม 2567)

“...ได้ กระเียบ ได้นี้คือกระเียบนะ ไม่ได้สาว ไม่มีราวบันได บ้านก็ไม่มีราวจับหรอก”

(FALL08, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 กรกฎาคม 2567)

2.4.4 ประตูบ้าน จากข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับลักษณะประตู
บ้าน ดังนี้

“...เป็นประตูแบบดิง ไม่ได้เปิดเลย เปิดไม่ได้ ไม่มีธรณี ไม่มีเลย เอะ มินิดนึ่ง อีตรง
ประตูห้องน้ำ หัวเราะ ก็เคยสะดุดบ้าง”

(FALL04, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 กรกฎาคม 2567)

“...ประตู่ แบบดั่งนั้น ไม่สะดวกสักที ไม่มีธรณี เป็นตะพักมากกว่าต่ำกว่ากันหน่อยนึง ”
(FALL09, ผู้ให้สัมภาษณ์, 30 กรกฎาคม 2567)

2.4.5 แสงสว่าง จากข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับแสงสว่างในที่พักอาศัย ดังนี้

“...มันก็พอดิเนะ ยายก็พอเห็น บนบ้านก็แค่นอน ส่วนใหญ่ยายก็จะนั่งตรงนี้แหละจ้า”
(FALL01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 กรกฎาคม 2567)

“...ลัมตรงนี้ มันมืด หลายปีแล้ว ล้างจาน มันมืด เซ่ ๆ ลงไป เป็นจักกะนั้นแหละ”
(FALL05, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 กรกฎาคม 2567)

“...อ้อ ไม่ได้เปิดไฟ อ่าก็คนไม่ได้อยู่ใน ก็ปิด นั่งนอนมันตรงนี้ทั้งวัน จะเอาห้องอีกที่ก็นั่นแหละ เย็น ๆ ค่ำ ๆ จะเข้าแล้วค่อยเปิด ก็ตอนเข้ามืดก็จะเข้าห้องน้ำเปิดไปหมดเลย ทะลวงจะเป็นเนาะ”
(FALL08, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 กรกฎาคม 2567)

2.4.6 พรมหรือผ้าเช็ดเท้า จากข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับพรมหรือผ้าเช็ดเท้า ดังนี้

“...ไม่มี มีแต่เอ้อ อะไรวะ เสื่อน้ำมัน, ไม่มี แต่มีแต่ในห้องน้ำ เป็นยาง”
(FALL01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 กรกฎาคม 2567)

“...ผ้าไม่ลื่นหรอก เอาไว้รองตอนอาบน้ำเสร็จตรงนี้ เป็นแบบกันลื่นข้างล่างมันกันลื่น”
(FALL04, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 กรกฎาคม 2567)

“...มีผ้าเช็ดเท้า เสื่อเก่า ๆ ,ลูกสาว: ไม่ให้เหยียบ”
(FALL06, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 กรกฎาคม 2567)

“...มันก็มีไอพวกนี้ เป็นผ้า มันมีบ้าง มีลื่นบ้าง ไม่มีสะดวก เดินยังลำบาก”
(FALL08, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 กรกฎาคม 2567)

2.4.7 ห้องน้ำ จากข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับห้องน้ำ ดังนี้

“...ห้องน้ำกับห้องส้วมอยู่ด้วยกันที่บ้าน เป็นชักโครกแต่ใช้น้ำราดเอา แต่ก่อนเขาทำกันแบบนี้ แต่มันตื้นนะ มันไม่แคระด้นี้ มันจะตื้นกว่านี้อีกหน่อย (ทำท่าวัดให้ดูว่าตื้นกว่าอีกพลาสติก) เวลาถูกต้องทำวนั้นเหมือนกัน เมื่อก่อนเขาทำเตี้ย ๆ แบบนี้ เดี๋ยวนี้เขามีระดับสูงกว่าอีก ไม่มีราวจับ ก็ไม่มีกันลื่นนะ”

(FALL02, ผู้ให้สัมภาษณ์, 26 กรกฎาคม 2567)

“...ห้องน้ำกับส้วมอยู่ด้วยกัน บนบ้านนี้แหละเป็นชักโครก คอห่านั่งไม่ได้แล้ว มีคนให้เกาะตลอด จะมีราวจับด้วย”

(FALL04, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 กรกฎาคม 2567)

“...ใช่ ส้วมกับที่อาบน้ำอยู่ด้วยกัน นี่(ชี้ไปที่ห้องน้ำในบ้าน) มีเก้าอี้นั่งเอาไปส้วม ไม่มีราวจับ ไม่ลื่น ใช้อย่างรอง เป็นกระเบื้องที่กันลื่น ,สามี: ยังไม่ได้ทำ ซื้อมาไว้แล้ว แต่ไม่ได้ทำ”

(FALL08, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 กรกฎาคม 2567)

2.4.8 การจัดวางของใช้ภายในบ้าน จากข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับการจัดวางของใช้ภายในบ้าน ดังนี้

“...หลานมันเก็บหมด ข้าวของไม่ค่อยจะมี ยายไม่ค่อยได้ซื้ออะไร วัน ๆ ก็นั่ง ๆ นอนเล่นบ้าง เสาร์อาทิตย์หลานก็พาไปไ้ถุนจำ”

(FALL01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 กรกฎาคม 2567)

“...ก็จัดของเป็นระเบียบอยู่ หลานเก็บมั่ง ลูกมั่ง เราทำอะไรไม่ได้เนาะ ขาไม่ดี เดินไม่ได้ สะแล้ว ”

(FALL08, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 กรกฎาคม 2567)

“...ใช่ หลานทำหมด อยู่กะหลาน เราก็เดินไม่ได้ กระเก็บเอาอยู่แต่บนบ้านนี้แหละ ไม่มีของอะไร ไม่มีเงิน”

(FALL11, ผู้ให้สัมภาษณ์, 31 กรกฎาคม 2567)

2.4.9 เตียงนอน จากข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับเตียงนอน ดังนี้

“...นอนเตียงสิ นอนพื้นลูกไม่ได้แล้ว มันต้องนั่ง เตียงก็สูงกว่ำน้นน้อย (ตบที่ที่นั่งอยู่ สูงประมาณ 45 เซนติเมตร) ลูกง่าย พอจะลุกก็ก้ตั้งท่า ตั้งไข่มก่อนแล้วค่อยก้าว”

(FALL01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 กรกฎาคม 2567)

“...นอนเตียงครับ ประมาณแค่นั้นแหละครับ ซี่ไปที่เตียงข้าง ๆ (สูงประมาณ 45-50 เซนติเมตร) ประมาณเข้า เวลาลุกมันก็ลุกง่ายใช้ไหม ถ้านอนกับพื้นมันลุกยากครับ”

(FALL03, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 กรกฎาคม 2567)

“...นอนตรงนี้ (เป็นเตียงสูงประมาณ 45-50 เซนติเมตร) ตานอนตรงนี้ นอนเฝ้ากันเมื่อก่อนตอนหนัก ๆ ลูกจะนอนตรงนี้ นอนด้วยกันหมดเลย เตียงสั่งทำอะไร ตาเป็นคนสั่งทำ ”

(FALL04, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 กรกฎาคม 2567)

2.4.10 สัตว์เลี้ยง จากข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับสัตว์เลี้ยง ดังนี้

“...มีหมา นานแล้วที่ล้มกะมันอะ มันไม่พันขาหрок มันกลัวเรา เรากลัวมัน ล้มอีตรงนั้นเอ็ง (ชี้ไปที่หกล้ม คือ ข้างล่างบ้านหน้าห้องน้ำ) มันอยู่ในห้องน้ำ เราก้อออกไปอะเนาะ มันก็กลัวเรา เราก้อกลัวมัน ล้มเลย”

(FALL01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 กรกฎาคม 2567)

“...มีหมา เลี้ยงหมาไว้ ไม่เคยหกล้ม แต่เราต้องระวังมัน มันชอบนอนขวางทาง”

(FALL04, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 กรกฎาคม 2567)

“...ไก่ ก็เลี้ยงไว้ ไม่เคยสะดุดมันนะ เราไม่ได้ให้เดินออกไปข้างนอก ไปก็แค่นี้ ตรงนี้หน้าประตู มันก็อยู่แต่ข้างนอก”

(FALL05, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 กรกฎาคม 2567)

“...มีแมว บางทีมันก็นอนกับเรา ใอนี่มันตัดหน้า มันเลยสะดุด หัวเราะ มีแต่แมวนี้แหละจ้ะ”

(FALL08, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 กรกฎาคม 2567)

ตาราง 9 แสดงข้อค้นพบปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเป็นสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการปลดตกหกล้มของ
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก	ข้อค้นพบ	ประเด็น
...อยู่ชั้นบนและ ไม่ลงล่าง บางทีวันเสาร์อาทิตย์ เขาอยู่กัน ก็จะลงบ้าง (ผู้ให้ข้อมูล FALL01 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2567)	บ้าน 2 ชั้น อยู่ชั้นบน เสาร์ อาทิตย์ลงข้างล่าง	สภาพบ้านที่อยู่อาศัย
...ชั้นล่าง มีชั้นเดียวแหละ (ผู้ให้ข้อมูล FALL02 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม 2567)	มีชั้นเดียว	สภาพบ้านที่อยู่อาศัย
...อยู่ข้างล่าง เขาก็ลงไปข้างล่าง (บ้าน 2 ชั้น) (ผู้ให้ข้อมูล FALL07 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2567)	บ้าน 2 ชั้นอยู่ด้านล่าง	สภาพบ้านที่อยู่อาศัย
...เก้าอี้ดำ แต่ว่า มัน เขาทำบ้านใหม่ไง บ้านใหม่ก็มันต้องก้าวขึ้น, เคยลื่นในห้องน้ำ ก็เมื่อก่อนมันไม่มีรองเท้าอะ (ผู้ให้ข้อมูล FALL02 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม 2567)	มีพื้นลื่นและต่างระดับ	พื้นลื่นและพื้นที่ต่างระดับ
...มีตะพัก ก็สะดวกเหมือนกันแหละ มีแต่ลื่นบ้าง แต่เกาะโต๊ะได้ (ผู้ให้ข้อมูล FALL05 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม 2567)	มีพื้นลื่นและต่างระดับ	พื้นและพื้นที่ต่างระดับ
... ห้องน้ำก็ต่างระดับ เพราะมันต้องต่ำกว่าพื้นบ้าน (ผู้ให้ข้อมูล FALL08 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2567)	มีพื้นต่างระดับ	และพื้นที่ต่างระดับ
... แต่ราวจับที่เขาไม่ได้ทำ , เอาตุคนั่งก่อนไงแล้วลงทีละขั้น ตอนขึ้นต้องเกาะขึ้น (ผู้ให้ข้อมูล FALL02 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม 2567)	ไม่มีราวจับไต่ ขึ้นลงโดยให้ การกระเียบ	ราวจับ

ตาราง 9 (ต่อ)

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก	ข้อค้นพบ	ประเด็น
...มีคนให้เกาะตลอด จะมีราวจับ ด้วย(ผู้ให้ข้อมูล FALL04 สัมภาษณ์เมื่อ วันที่ 27กรกฎาคม 2567)	มีราวจับ	ราวจับ
...ได้ กระเียบ อสม: ได้นี้คือกระเียบ นะ ไม่ได้สาว ไม่มีราวบันได (ผู้ให้ข้อมูล FALL08 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2567)	ไม่มีราวบันได ขึ้นลงโดยให้ การกระเียบ	ราวจับ
...เป็นประตูแบบตึง เอะ มีพื้นต่ำ นิดนึ่ง อีตตรงประตูห้องน้ำ หัวเราะ ก็ เคยสะดุดบ้าง(ผู้ให้ข้อมูล FALL04 สัมภาษณ์เมื่อ 27 กรกฎาคม 2567)	มีประตูตึง	ประตูบ้าน
...ประตูจี้แบบตึงนะ ไม่สะดุดสักที ไม่มีธรณีเป็นตะพักมากกว่า(ผู้ให้ข้อมูล FALL09 สัมภาษณ์เมื่อ 30 กรกฎาคม 2567)	มีประตูตึง	ประตูบ้าน
...มันก็พอตินะ ยายก็พอเห็น (ผู้ให้ ข้อมูล FALL01 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2567)	มีแสงสว่างพอดี	แสงสว่าง
...ลัมตรงนี้ มันมืด หลายปีแล้ว ล้าง จาน มันมืด (ผู้ให้ข้อมูล FALL05 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม 2567)	มืด	แสงสว่าง
... ก็ตอนเข้ามิดก็จะเข้าห้องน้ำเปิด ไปหมัดเลย ทะลวงจะเป็นเนาะ (ผู้ให้ ข้อมูล FALL08 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2567)	มืด	แสงสว่าง

ตาราง 9 (ต่อ)

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก	ข้อค้นพบ	ประเด็น
...ไม่มี แต่มีแต่ในห้องน้ำ เป็นยาง (ผู้ให้ข้อมูล FALL01 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2567)	ไม่มีพรมเช็ดเท้า มีแต่ยาง กันลื่นในห้องน้ำ	พรมและผ้าเช็ดเท้า
...ผ้าไม่ลื่นหรือ เอามาไว้รองตอนอาบน้ำเสร็จตรงนี้ เป็นแบบกันลื่น ข้างล่างมันกันลื่น (ผู้ให้ข้อมูล FALL01 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2567)	มีผ้าที่เป็นกันลื่น	พรมและผ้าเช็ดเท้า
... เป็นผ้า มันมีบ้าง มีลื่นบ้าง ไม่มี สดุด (ผู้ให้ข้อมูล FALL08 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2567)	เป็นผ้าเช็ดเท้า	พรมและผ้าเช็ดเท้า
...ห้องน้ำกับห้องส้วมอยู่ด้วยกันที่บ้าน เป็นชักโครกแต่ใช้น้ำราดเอา ,ไม่มีราวจับ ก็ไม่มีกันลื่นนะ (ผู้ให้ข้อมูล FALL02 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม 2567)	ห้องน้ำห้องส้วมไม่แยกส่วน ในบ้าน เป็นชักโครก และไม่มีราวจับ	ห้องน้ำ
...ห้องน้ำกะส้วมอยู่ด้วยกัน บนบ้านนี้แหละเป็นชักโครก คอห่านั่งไม่ได้แล้ว มีคนให้เกาะตลอด จะมีราวจับด้วย (ผู้ให้ข้อมูล FALL04 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2567)	ห้องน้ำห้องส้วมไม่แยกส่วน ในบ้าน เป็นชักโครก และมีราวจับ	ห้องน้ำ
...ส้วมกับที่อาบน้ำอยู่ด้วยกัน นี่(ชี้ไปที่ห้องน้ำในบ้าน) มีเก้าอี้นั่งเอาไปสวม ไม่มีราวจับ (ผู้ให้ข้อมูล FALL08 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2567)	ห้องน้ำห้องส้วมไม่แยกส่วน ในบ้าน เป็นเก้าอี้นั่ง และไม่มีราวจับ	ห้องน้ำ

ตาราง 9 (ต่อ)

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก	ข้อค้นพบ	ประเด็น
...หลานมันเก็บหมด ข้าวของไม่ค่อยจะมี ยายไม่ค่อยได้ซื้ออะไร. (ผู้ให้ข้อมูล FALL01 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2567)	จัดเก็บเรียบร้อย	การจัดวางของใช้ภายในบ้าน สิ่งกีดขวาง
... จัดของเป็นระเบียบอยู่ หลานเก็บมั่ง ลูกมั่ง เราทำอะไรไม่ได้เนาะ (ผู้ให้ข้อมูล FALL08 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2567)	จัดเก็บเรียบร้อย	การจัดวางของใช้ภายในบ้าน สิ่งกีดขวาง
...นอนเตียงลิ นอนพื้นลูกไม่ได้แล้ว (ผู้ให้ข้อมูล FALL01 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2567)	มีเตียงนอน	เตียงนอน
...นอนเตียงครับ ประมาณแค่นั้นแหละครับ ชี้ไปที่เตียงข้าง ๆ (ผู้ให้ข้อมูล FALL03 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2567)	มีเตียงนอน	เตียงนอน
...มีหมา นานแล้วที่ล้มกะมันอะ มันไม่พันทาหรือก มันกลัวเรา เรากลัวมัน ล้มอีตกรุ่นเอง(ผู้ให้ข้อมูล FALL01 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2567)	เลี้ยงสุนัข	สัตว์เลี้ยง
...ไก่ ก็เลี้ยงไว้ ไม่เคยสะดุดมันนะ (ผู้ให้ข้อมูล FALL05 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม 2567)	เลี้ยงไก่	สัตว์เลี้ยง
...มีแมว บางทีมันก็นอนกับเรา ใอนี่มันตัดหน้า มันเลยสะดุด หัวเราะ (ผู้ให้ข้อมูล FALL08 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2567)	เลี้ยงแมว	สัตว์เลี้ยง

ผู้วิจัยได้นำตัวแปรที่ได้จากระยะที่ 1 มาเทียบเคียงกับตัวแปรที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมก่อนนำไปสร้างแบบสอบถามและเก็บข้อมูล พบความเหมือนและความแตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 10

ตาราง 10 แสดงการเปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างของปัจจัยที่ได้จากการเก็บข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพและการทบทวนวรรณกรรม

ปัจจัย/ตัวแปร		ผลการเปรียบเทียบ	
ข้อมูลเชิงคุณภาพ	การทบทวนวรรณกรรม	เหมือน	ต่าง
1. ปัจจัยด้านชีววิทยา	1. ปัจจัยด้านชีววิทยา	✓	-
2. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม	2. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม	✓	-
3. ปัจจัยด้านพฤติกรรม	3. ปัจจัยด้านพฤติกรรม	✓	-
4. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม	4. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม	✓	-
5. ตัวแปรการอยู่ลำพังของผู้สูงอายุ	5. -	-	✓
6. ตัวแปรความเพียงพอของรายได้	6. -	-	✓

จากตาราง 10 พบว่า มีตัวแปรจากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและจากการทบทวนวรรณกรรมจำนวนทั้ง 4 ปัจจัย ปัจจัยที่เหมือนจากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 4 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สำหรับตัวแปรการอยู่ลำพังของผู้สูงอายุ และความเพียงพอของรายได้เป็นตัวแปรที่ค้นพบใหม่จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (ระยะที่ 1 ขั้นตอนที่ 1) ซึ่งผู้วิจัยนำไปปรับเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยนำไปใส่ไว้ในปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม (ระยะที่ 1 ขั้นตอนที่ 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย โดยมีรายละเอียดดังภาพ



ภาพ 10 แสดงสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

ส่วนที่ 2 การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

การวิจัยส่วนนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative method) ด้วยการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ในระยะนี้ผู้วิจัยได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก นำมาวิเคราะห์ได้ตัวแปรที่ครอบคลุม นำมาทำแบบสอบถามเพื่อหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย จำนวน 447 คน ในเดือนตุลาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติพรรณนา ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ส่วนสถิติวิเคราะห์ ใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบทวิ (Binary logistic Regression Analysis) ด้วยวิธี Enter โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านชีววิทยา

ตาราง 11 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านชีววิทยา (n = 447)

	ปัจจัยด้านชีววิทยา	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	177	39.6
	หญิง	270	60.4
อายุ	60-69 ปี	156	34.9
	70-79 ปี	150	33.6
	80 ปีขึ้นไป	141	31.5

(Mean = 74.18, SD = 9.10 , Min = 60 , Max = 101)

ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)

น้อยกว่า 18.50 (น้ำหนักน้อย/ผอม)	40	9.0
18.50-22.90 (ปกติ)	200	44.7
23-24.90 (ท้วม/โรคอ้วนระดับ 1)	80	17.9
25-29.90 (ท้วม/โรคอ้วนระดับ 2)	101	22.6
มากกว่า 30 (อ้วนมาก/โรคอ้วนระดับ 3)	26	5.8

(Mean = 23.24, SD = 4.03, Min = 12.86 , Max = 42.67)

ตาราง 11 (ต่อ)

ปัจจัยด้านชีววิทยา	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพ		
โสด	27	6.0
สมรส/คู่	231	51.7
หม้าย	176	39.4
หย่า/ร้าง	9	2.0
แยกกันอยู่	4	0.9
ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง		
ไม่มีโรคประจำตัว	77	17.2
มีโรคประจำตัว 2 โรค	258	57.7
มีโรคประจำตัว 3 โรคขึ้นไป	112	25.1

จากตาราง 11 แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยด้านชีววิทยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 60.4 เพศชาย ร้อยละ 39.4 อายุ 60-69 ปีมากที่สุด ร้อยละ 34.9 รองลงมาคือ 70-79 ปี ร้อยละ 33.6 และน้อยที่สุดคือ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 31.5 อายุเฉลี่ย 74.18 ปี (S.D. = 9.10) อายุต่ำ 60 ปี และอายุสูงสุด 101 ปี ค่าดัชนีมวลกาย 18.50-22.90 (ปกติ)มากที่สุด ร้อยละ 44.7 รองลงมา 25-29.90 (ต่ำ/โรคอ้วนระดับ 2) ร้อยละ 22.6 และน้อยที่สุดมากกว่า 30 (อ้วนมาก/โรคอ้วนระดับ 3) ร้อยละ 5.8 ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.24 (S.D. = 4.03) ค่าดัชนีมวลกายต่ำที่สุด 12.86 และสูงที่สุด 42.67 มีสถานภาพสมรส/คู่มากที่สุด ร้อยละ 51.7 รองลงมาคือ สถานภาพหม้าย ร้อยละ 39.4 และน้อยที่สุด คือ สถานภาพแยกกันอยู่ ร้อยละ 0.9 ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรังมากที่สุดคือ มีโรคประจำตัว 2 โรค ร้อยละ 57.7 รองลงมาคือ มีโรคประจำตัว 3 โรคขึ้นไป ร้อยละ 25.1 และน้อยที่สุดคือ ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 17.2 เป็นโรคความดันโลหิตมากที่สุด จำนวน 325 คน ร้อยละ 72.7 รองลงมาคือโรคไขมัน จำนวน 176 คน ร้อยละ 39.4 โรคเบาหวาน จำนวน 143 คน ร้อยละ 32 โรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 97 คน ร้อยละ 21.7 โรคหลอดเลือดในสมอง จำนวน 62 คน ร้อยละ 13.9 โรคไต จำนวน 37 คน ร้อยละ 8.3 โรคหัวใจ จำนวน 24 คน ร้อยละ 5.4 โรคเกาต์ จำนวน 17 คน ร้อยละ 3.8 โรคต่อมลูกหมาก จำนวน 10 คน ร้อยละ 2.2 โรคไทรอยด์ จำนวน 9 คน ร้อยละ 2 โรคหมอนรองกระดูกและโรคมะเร็ง จำนวน 4 คน ร้อยละ 0.9 โรคพาร์กินสัน จำนวน 3 คน ร้อยละ 0.7 และน้อยที่สุดโรคเอดส์และโรคลมชัก จำนวน 1 คน ร้อยละ 0.2 ตามลำดับ

ตาราง 12 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประวัติการปลัดตกหกล้ม
(n = 447)

ประวัติการปลัดตกหกล้ม	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการปลัดตกหกล้ม		
ไม่เคย	178	39.8
เคย	269	60.2
ประวัติการปลัดตกหกล้มล่าสุด (n = 269)		
ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา	127	47.2
ภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา	62	23.0
ภายในเดือนก่อน	80	29.8
สถานที่ปลัดตกหกล้ม (n = 269)		
ภายในบ้าน	215	79.9
ภายนอกบ้าน	54	20.1
สาเหตุของการปลัดตกหกล้ม (n = 269)		
เดินสะดุด		
ไม่เคย	163	60.6
เคย	106	39.4
ลื่นล้ม		
ไม่เคย	210	78.1
เคย	59	21.9
ขาอ่อนแรง		
ไม่เคย	144	53.5
เคย	125	46.5
เสียการทรงตัว		
ไม่เคย	154	57.2
เคย	115	42.8

ตาราง 12 (ต่อ)

ประวัติการปลัดตกหกล้ม	จำนวน	ร้อยละ
ก้าวพลาด		
ไม่เคย	229	85.1
เคย	40	14.9
วิ่งเวียน/หน้ามืด/เป็นลม		
ไม่เคย	204	75.8
เคย	65	24.2
อื่น ๆ (ชักเกร็ง)		
ไม่เคย	266	98.9
เคย	3	1.1

จากตาราง 12 แสดงจำนวนและร้อยละของประวัติการปลัดตกหกล้ม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติเคยปลัดตกหกล้ม ร้อยละ 60.2 ปลัดตกหกล้มภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา มากที่สุด ร้อยละ 47.2 รองลงมาคือ ปลัดตกหกล้มภายในเดือนก่อน ร้อยละ 29.7 และน้อยที่สุดคือ ปลัดตกหกล้มภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 23 ส่วนใหญ่ปลัดตกหกล้มภายในบ้านร้อยละ 79.9 และภายนอกบ้าน ร้อยละ 20.1 มีสาเหตุของการปลัดตกหกล้มมากที่สุดคือ ขาอ่อนแรง ร้อยละ 46.5 รองลงมาคือ เสียการทรงตัว คน ร้อยละ 42.8 เต้นสะตุ ร้อยละ 39.4 วิ่งเวียน/หน้ามืด/เป็นลม ร้อยละ 24.2 ลื่นล้ม ร้อยละ 21.9 ก้าวพลาด ร้อยละ 14.9 และน้อยที่สุดคือชักเกร็ง ร้อยละ 1.1 ตามลำดับ

ตาราง 13 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยเสี่ยงด้านชีววิทยา
(n = 447)

ปัจจัยเสี่ยงด้านชีววิทยา	ไม่มี n (%)	มี n (%)
1. ปัญหาทางด้านสายตา เช่น การมองเห็นจนต้องใส่แว่น หรือโรคเกี่ยวกับตา	191 (42.7)	256 (57.3)
2. ปัญหาทางการได้ยินจนส่งผลให้การสื่อสารกับผู้อื่นลำบาก	307 (68.7)	140 (31.3)
3. ปัญหาด้านการทรงตัว หรือการทรงตัวไม่มั่นคง จากโรคข้อเข่า ข้อสะโพกหรือข้อเท้า	130 (29.1)	317 (70.9)
4. เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ คน หรือสิ่งของช่วยเหลือในการเดิน	294 (65.8)	153 (34.2)
5. ปัญหาทางการควบคุมการขับถ่าย เช่น การปัสสาวะราด	245 (54.8)	202 (45.2)
6. มีความกลัวการพลัดตกหกล้ม จนไม่มั่นใจในการทำกิจวัตรประจำวัน	169 (37.8)	278 (62.2)

จากตาราง 13 แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยเสี่ยงด้านชีววิทยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการทรงตัว หรือการทรงตัวไม่มั่นคง จากโรคข้อเข่า ข้อสะโพกหรือข้อเท้า ร้อยละ 70.9 รองลงมาคือ มีความกลัวการพลัดตกหกล้ม จนไม่มั่นใจในการทำกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 62.2 และมีปัญหาทางด้านสายตา เช่น การมองเห็นจนต้องใส่แว่น หรือโรคเกี่ยวกับตา ร้อยละ 57.3 ตามลำดับ และน้อยที่สุดคือ ปัญหาทางการได้ยินจนส่งผลให้การสื่อสารกับผู้อื่นลำบาก ร้อยละ 31.3 ตามลำดับ

2. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม

ตาราง 14 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยเสี่ยงด้านเศรษฐกิจและสังคม (n = 447)

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและด้านสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	373	83.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	23	5.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย	23	5.1
ไม่มีวุฒิการศึกษา	28	6.3
รายได้ต่อเดือน		
500 – 6500 บาท	425	95.1
6501 – 12000 บาท	22	4.9
(Mean = 2485.68, SD = 2041.09, Min = 500 , Max = 12000)		
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	135	30.2
ไม่เพียงพอ	312	69.8
การอาศัยกับสมาชิกในบ้าน		
สามี / ภรรยา	150	33.6
บุตร หลาน	268	60.1
อยู่ลำพัง (คนเดียว)	29	6.5
การอยู่ลำพัง(คนเดียว)ระหว่างวัน		
ไม่เคย	239	53.5
เคย	208	46.5
การอยู่ลำพังจากสาเหตุสามี/ภรรยาเสียชีวิต(n = 208)		
เคย	208	100.0
การอยู่ลำพังจากบุตร หลาน ไปโรงเรียน/ทำงาน (n = 208)		
ไม่เคย	33	15.9
เคย	175	84.1

ตาราง 14 (ต่อ)

ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและด้านสังคม	จำนวน	ร้อยละ
การอยู่ลำพังจากการเป็นโสด (n = 208)		
ไม่เคย	199	95.7
เคย	9	4.3
การมีข้อจำกัดทางด้านเข้าถึงบริการสุขภาพ		
ไม่มีรถที่บ้าน		
ไม่มี	385	86.1
มี	62	13.9
มีรถยนต์ส่วนบุคคล		
ไม่มี	192	43.0
มี	255	57.0
มีรถจักรยานยนต์		
ไม่มี	219	49.0
มี	228	51.0
มีรถจักรยาน		
ไม่มี	411	91.9
มี	36	8.1
มีรถประจำทางผ่านหน้าบ้าน		
ไม่มี	440	98.4
มี	7	1.6
มีรถจ้างเหมารับส่ง		
ไม่มี	360	80.5
มี	87	19.5

จากตาราง 14 แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยเสี่ยงด้านเศรษฐกิจและสังคมมีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่ามากที่สุด ร้อยละ 83.4 รองลงมา คือ ไม่มีวุฒิการศึกษาร้อยละ 6.3 และน้อยที่สุดคือมัธยมต้นและปลายร้อยละ 5.1 มีรายได้ต่อเดือน 500-6500 บาท ร้อยละ 95.1 รองลงมาคือ 6501 – 13000 บาท ร้อยละ 4.9 มีรายได้เฉลี่ย 2,485.68 บาท (S.D. = 2041.09) รายได้ต่ำสุด 500 บาท และ

รายได้สูงสุด 12000 บาท มีรายได้เพียงพอร้อยละ 30.2 และไม่เพียงพอร้อยละ 69.8 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่บุตร หลาน ร้อยละ 60 รองลงมาคือ สามี ภรรยา ร้อยละ 33.6 และน้อยที่สุดคืออยู่ลำพัง (คนเดียว) 6.5 ไม่เคยอยู่ลำพัง (คนเดียว)ระหว่างวันร้อยละ 53.5 และเคยอยู่ลำพัง(คนเดียว)ระหว่างวันร้อยละ 46.5 การอยู่ลำพังจากสาเหตุสามีภรรยาเสียชีวิตมากที่สุด ร้อยละ 100 รองลงมาคือ บุตร หลาน ไปโรงเรียนหรือทำงาน ร้อยละ 84.1 และน้อยที่สุดคือ โสด ร้อยละ 4.3 ด้านการมีข้อจำกัดทางด้านเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่า การมีรถยนต์ส่วนบุคคลมากที่สุดร้อยละ 57 รองลงมาคือ มีรถจักรยานยนต์ร้อยละ 51 มีรถจ้างเหมารับส่งร้อยละ 19.5 ไม่มีรถที่บ้านร้อยละ 13.9 มีรถจักรยานร้อยละ 8.1 และน้อยที่สุดคือ มีรถประจำทางผ่านหน้าบ้านร้อยละ 1.6 ตามลำดับ

3. ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

ตาราง 15 แสดงการจัดกลุ่มระดับความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและการป้องกันการพลัดตกหกล้ม (n = 447)

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ระดับต่ำ (0-4)	0	0
ความรู้ระดับปานกลาง(คะแนน 5-9 คะแนน)	21	4.7
ความรู้ระดับสูง(คะแนน 10-15 คะแนน)	426	95.3
(Mean = 14.62, SD = 2.05, Min = 7, Max = 16)		

จากตาราง 15 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและการป้องกันการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับสูง หรือมีคะแนนระหว่าง 10-15 คะแนน ร้อยละ 95.3 รองลงมามีความรู้ระดับปานกลางหรือมีคะแนน 5-9 คะแนน ร้อยละ 4.7 ตามลำดับ มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและการป้องกันการพลัดตกหกล้มเฉลี่ยเท่ากับ 14.62 คะแนน ส่วนเบนเบี่ยงมาตรฐานเท่ากับ 2.05 คะแนน คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 7 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 16 คะแนน

ตาราง 16 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและ
การป้องกันการพลัดตกหกล้มรายชื่อ (n = 447)

ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและ การป้องกันการพลัดตกหกล้ม	ถูก n (%)
1. การมีโรคประจำตัวหลายโรค เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ท่านเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	360 (80.5)
2. ปัญหาทางด้านสายตา เช่น การมองเห็น การไม่ใส่แว่น หรือโรคเกี่ยวกับตา ทำให้ท่านเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้	362 (81.0)
3. สีที่กลมกลืนของพื้นต่างระดับเพิ่มความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้	387 (86.6)
4. การใส่รองเท้าที่พอดีและเหมาะสมกับรูปเท้า ช่วยป้องกันการพลัดตกหกล้มได้	394 (88.1)
5. การออกกำลังกาย เช่น การเดิน การฝึกการทรงตัว ช่วยเสริมสร้างกล้ามเนื้อแข็งแรงและทำให้การทรงตัวดีขึ้น	396 (88.6)
6. การจัดวางของใช้ภายในบ้านที่เป็นระเบียบเรียบร้อย ไม่เกะกะขวางทางเดินป้องกันการพลัดตกหกล้มได้	430 (96.2)
7. พื้นห้องน้ำที่ระบายน้ำได้ดี ไม่เปียกชื้น จะป้องกันการพลัดตกหกล้มได้	423 (94.6)
8. การจัดบ้านให้มีแสงสว่างเพียงพอ ในเวลากลางวันและกลางคืน จะช่วยป้องกันการพลัดตกหกล้มได้	436 (97.5)
9. การหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ จะช่วยป้องกันการพลัดตกหกล้มได้	418 (93.5)
10. การแต่งกายรุ่มร่าม เช่น การสวมเสื้อผ้าหรือกางเกงที่ยาวคลุมเท้า ทำให้เสี่ยงเกิดการพลัดตกหกล้มได้	425 (95.1)
11. การจับราวบันไดทุกครั้ง เมื่อขึ้น-ลงบันได จะช่วยป้องกันการพลัดตกหกล้มได้	429 (96.0)
12. การเปลี่ยนท่าทางอย่างรวดเร็วทำให้เสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มได้	428 (95.7)
13. การมีน้ำหนักตัวมากเกินไปเพิ่มโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มได้มากยิ่งขึ้น	399 (89.3)
14. การใช้ส้วมแบบชักโครก หรือมีเก้าอี้ ช่วยลดความเสี่ยงเกิดการพลัดตกหกล้มได้	435 (97.3)
15. การรับประทานยาหลายตัว หรือยาที่ทำให้ง่วงซึมเพิ่มความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้	379 (84.8)
16. การเดินเข้าห้องน้ำด้วยความระมัดระวัง และไม่เร่งรีบจะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดการพลัดตกหกล้มได้	434 (97.1)

จากตาราง 16 แสดงจำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและการป้องกัน การปลัดตกหกล้มรายชื่อ เมื่อพิจารณาคะแนนรายชื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบถูกมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ข้อที่ 8 การจัดบ้านให้มีแสงสว่างเพียงพอ ในเวลากลางวันและกลางคืน จะช่วยป้องกันการปลัดตกหกล้มได้ร้อยละ 97.5 รองลงมา คือข้อที่ 14 การใช้ส้วมแบบชักโครก หรือมีเก้าอี้ ช่วยลดความเสี่ยงเกิดการปลัดตกหกล้มได้ร้อยละ 97.3 และ ข้อที่ 16 การเดินเข้าห้องน้ำด้วยความระมัดระวัง และไม่เร่งรีบจะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดการปลัดตกหกล้มได้ร้อยละ 97.1 ตามลำดับ ตอบถูกน้อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ข้อที่ 15 การรับประทานยาหลายตัว หรือยาที่ทำให้ง่วงซึมเพิ่มความเสี่ยงต่อการปลัดตกหกล้มได้ร้อยละ 15.2 รองลงมาคือข้อที่ 2 ปัญหาทางด้านสายตา เช่น การมองเห็น การไม่ว่าง หรือโรคเกี่ยวกับตา ทำให้ท่านเสี่ยงต่อการปลัดตกหกล้มได้ร้อยละ 19 และ ข้อที่ 1 การมีโรคประจำตัวหลายโรค เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ท่านเสี่ยงต่อการปลัดตกหกล้มร้อยละ 19.5 และ ตามลำดับ

4. ปัจจัยด้านพฤติกรรม(n = 447)

ตาราง 17 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม

ปัจจัยด้านพฤติกรรม	ระดับพฤติกรรม		
	ปฏิบัติประจำ n (%)	ปฏิบัติบางครั้ง n (%)	ไม่เคยปฏิบัติ n (%)
1. การรับประทานยา ยาขับปัสสาวะ ยาลดความดันโลหิต ยาแก้ปวด ยานอนหลับ ยาแก้แพ้ ยาแก้ปวด ยาแก้เมารถ	246 (22.0)	159 (35.6)	42 (9.4)
2. การสวมรองเท้าที่มีขนาดพอดีกับเท้า ส้นรองเท้าไม่เตี้ยหรือสูงเกินไป สามารถยึดเกาะพื้นได้ดี	336 (75.2)	77 (17.2)	34 (7.6)
3. การเลือกสวมใส่เสื้อผ้า เครื่องแต่งกายที่มีขนาดพอดีกับตัว ไม่ใหญ่หรือยาวเกินไป	383 (85.7)	56 (12.5)	8 (1.8)
4. มีอาการหาวนอน(ง่วง)หลังตื่นนอน	219 (49.0)	98 (21.9)	130 (29.1)
5. การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไวน์ สาเก สาโท ยาตองเหล้า เป็นต้น	35 (7.8)	60 (13.4)	352 (78.7)

ตาราง 17 (ต่อ)

ปัจจัยด้านพฤติกรรม	ระดับพฤติกรรม		
	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
	n (%)	n (%)	n (%)
6. การออกกำลังกายวันละ 20-30 นาที อย่างน้อย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์	56 (12.5)	179 (40.0)	212 (47.4)
7. การทำกิจกรรมเคลื่อนไหวออกแรง เช่น การรดน้ำต้นไม้ ทำงานบ้าน ล้างรถ เป็นต้น	55 (12.3)	115 (25.7)	277 (62.0)
8. การเดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ คน หรือสิ่งของช่วยเหลือในการเดิน	222 (49.7)	67 (15.0)	158 (35.3)

จากตาราง 17 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตอบปฏิบัติประจำมากที่สุด 3 ลำดับ ได้แก่ ข้อที่ 3 การเลือกสวมใส่เสื้อผ้า เครื่องแต่งกายที่มีขนาดพอดีกับตัว ไม่ใหญ่หรือยาวเกินไป ร้อยละ 85.7 รองลงมาคือ ข้อที่ 2 การสวมรองเท้าที่มีขนาดพอดีกับเท้า ส้นรองเท้าไม่เตี้ยหรือสูงเกินไป สามารถยึดเกาะพื้นได้ดี ร้อยละ 75.2 และ ข้อที่ 8 การเดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ คน หรือสิ่งของช่วยเหลือในการเดิน ร้อยละ 71.1 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตอบไม่เคยปฏิบัติมากที่สุด 3 ลำดับ ได้แก่ ข้อที่ 5 การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไวน์ สาเก สาโท ยาตองเหล้า ร้อยละ 78.7 รองลงมา คือ ข้อที่ 7 การทำกิจกรรมเคลื่อนไหวออกแรง เช่น การรดน้ำต้นไม้ ทำงานบ้าน ล้างรถ ร้อยละ 62.0 และข้อที่ 6 การออกกำลังกายวันละ 20-30 นาที อย่างน้อย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 47.4 ตามลำดับ

5. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (n = 447)

ตาราง 18 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยสิ่งแวดล้อม
รายชื่อ (n = 447)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม	ไม่ใช่ n (%)	ใช่ n (%)
1. การอาศัยอยู่บ้านชั้นเดียว หรือกรณีบ้าน 2 ชั้น แต่อาศัยอยู่ชั้นล่าง	122 (27.3)	325 (72.7)
2. พื้นบ้านผิวสัมผัสไม่ลื่น	209 (46.8)	238 (53.2)
3. พื้นที่แตกต่างกัน	195 (43.6)	252 (56.4)
4. ที่บ้านมีราวเกาะ/จับที่มั่นคง	228 (51.0)	219 (49.0)
5. ประตูที่เหมาะสม	313 (70.0)	134 (30.0)
6. ผ้าเช็ดเท้าหรือพรมผ้าเช็ดเท้าหน้าห้องน้ำ เป็นแบบยึดติดแน่น	286 (64.0)	161 (36.0)
7. มีแสงสว่างเพียงพอทั้งในบ้านและบริเวณรอบ ๆ บ้าน	28 (6.3)	419 (93.7)
8. ห้องน้ำที่เหมาะสม	389 (87.0)	58 (13.0)
9. จัดวางของใช้ภายในบ้านเป็นระเบียบเรียบร้อยไม่มีสิ่งกีดขวาง เกาะทางเดิน	65 (14.5)	382 (85.5)
10. ไข่เตี้ยหรือที่นอนที่มีความสูงจากพื้นในระดับข้อพับเข่า (40 – 45 เซนติเมตร)	149 (33.3)	298 (66.7)
11. มีสัตว์เลี้ยงภายในบ้าน เช่น สุนัข แมว	211 (47.2)	236 (52.8)

จากตาราง 18 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มเมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบไข่มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ข้อที่ 7 มีแสงสว่างเพียงพอทั้งในบ้านและบริเวณรอบ ๆ บ้านร้อยละ 93.7 รองลงมาคือข้อที่ 9 จัดวางของใช้ภายในบ้านเป็นระเบียบเรียบร้อยไม่มีสิ่งกีดขวาง เกาะทางเดิน ร้อยละ 85.5 และ ข้อที่ 1 การอาศัยอยู่บ้านชั้นเดียว หรือกรณีบ้าน 2 ชั้น แต่อาศัยอยู่ชั้นล่าง ร้อยละ 72.7 ตามลำดับ ตอบไข่มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ข้อที่ 8 ห้องน้ำที่เหมาะสม (มีห้องน้ำในบ้านแบ่งแยกส่วนระหว่างห้องส้วมและห้องอาบน้ำ ใช้ชักโครกหรือเก้าอี้ และมีราวจับ) ร้อยละ 87.0 รองลงมาคือข้อที่ 5 ประตูบ้านที่เหมาะสม (ไม่มีประตูบ้านดิ่งไม่มีธรณีประตู) ร้อยละ 70.0 และข้อที่ 6 ผ้าเช็ดเท้าหรือพรมผ้าเช็ดเท้าหน้าห้องน้ำ เป็นแบบยึดติดแน่น ร้อยละ 64.0 ตามลำดับ

6. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การวิเคราะห์ปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อทำนายการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบทวิ (Binary logistic regression analysis) โดยวิธี Enter กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 มีรายละเอียด ดังนี้

ตัวแปรตาม (Y) การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 447 คน วัดจาก 2 ค่า ได้แก่ เคยพลัดตกหกล้ม (1) คิดเป็นร้อยละ 60.2 และไม่เคยพลัดตกหกล้ม (0) คิดเป็นร้อยละ 39.8

ตัวแปรอิสระ (X) ที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 4 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ดังนี้

1. ปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ดัชนีมวลกาย ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง ประวัติการพลัดตกหกล้ม การมองเห็น การได้ยิน การทรงตัว การเดิน ความสามารถในการขับถ่าย และความกลัวการพลัดตกหกล้ม ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและการป้องกันการพลัดตกหกล้ม
2. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ การอยู่อาศัยกับสมาชิกในบ้าน การอยู่ลำพัง การมีข้อจำกัดทางด้านบริการสุขภาพ
3. ปัจจัยด้านพฤติกรรม ได้แก่ การใช้ยาหลายชนิด รองเท้าที่ไม่เหมาะสม การสวมใส่เสื้อผ้า การนอนหลับ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย กิจกรรมทางกาย และการใช้อุปกรณ์เคลื่อนที่
4. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สภาพบ้านที่อยู่อาศัย พื้นลื่น พื้นต่างระดับ ราวจับ ประตูบาน แสงสว่าง พรหมหรือผ้าเช็ดเท้า ห้องน้ำ การจัดวางของใช้ภายในบ้าน เตียงนอน และมีสัตว์เลี้ยงในบ้าน

6.1 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ตัวแปรเชิงเดี่ยว (Univariate analysis)

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้สถิติทดสอบ simple logistic regression นำเสนอขนาดความสัมพันธ์โดยใช้ Crude Odds ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่นที่ระดับ 95% CI ของ Crude OR (95% Confidence Interval of Odds Ratio) การทดสอบตัวอย่างเชิงเดี่ยว (Univariate analysis) ถูกใช้เพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงของตัวแปรอิสระโดยไม่ต้องคำนึงถึงผลกระทบจากปัจจัยด้านอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) รายละเอียดของแต่ละปัจจัยดังนี้

6.1.1 ปัจจัยชีววิทยา

ตาราง 19 แสดงความสัมพันธ์ปัจจัยด้านชีววิทยากับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยไม่ต้องคำนึงถึงผลกระทบจากปัจจัยด้านอื่น ๆ

ปัจจัยชีววิทยา	n (%)	การพลัดตกหกล้มของ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง		OR 95% CI	p-value
		ไม่พลัดตก หกล้ม	พลัดตก หกล้ม		
		(n = 178)	(n = 269)		
		n (%)	n (%)		
เพศ					
ชาย ¹	177(39.6)	79(44.6)	98(55.4)		
หญิง	270(60.4)	99(36.7)	171(63.3)	1.39(0.95-2.05)	0.093
อายุ					
60-69 ปี ¹	156(34.9)	68(43.6)	88(56.4)		
70-79 ปี	150(33.6)	54(36.0)	96(64.0)	1.37(0.87-2.18)	0.176
80 ปีขึ้นไป	141(31.5)	56(39.7)	85(60.3)	1.17(0.74-1.86)	0.499
ดัชนีมวลกาย (BMI)					
น้อยกว่า 18.50 (น้ำหนัก น้อย/ผอม) ¹	40(8.9)	14(35.0)	26(65.0)		
18.50-22.90(ปกติ)	200(44.7)	80(40.0)	120(60.0)	0.81(0.40-1.64)	0.555
23-24.90 (อ้วน/อ้วนระดับ 1)	80(17.9)	35(43.8)	45(56.3)	0.69(0.32-1.52)	0.359
25-29.90 (อ้วน/อ้วนระดับ 2)	101(22.6)	42(41.6)	59(58.4)	0.76(0.35-1.62)	0.472
มากกว่า 30 (อ้วนมาก/อ้วน ระดับ3)	26(5.8)	7(26.9)	19(73.1)	1.46(0.50-4.32)	0.492
สถานภาพ					
โสด ¹	27(6.0)	10(37.0)	17(63.0)		
สมรส/คู่	231(51.7)	106(45.9)	125(54.1)	0.69(0.31-1.58)	0.384
หม้าย	176(39.4)	58(33.0)	118(67.0)	1.20(0.52-2.78)	0.676
หย่า/ร้าง	9(2.0)	1(11.1)	8(88.9)	4.71(0.51- 43.36)	0.172
แยกกันอยู่	4(0.9)	3(75.0)	1(25.0)	0.20(0.02-2.15)	0.182

ตาราง 19 (ต่อ)

ปัจจัยชีววิทยา	n (%)	การพลัดตกหกล้มของ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง		OR 95% CI	p-value
		ไม่พลัดตก หกล้ม	พลัดตก หกล้ม		
		(n = 178)	(n = 269)		
		n (%)	n (%)		
ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง					
ไม่มีโรคประจำตัว ¹	77(17.2)	41(53.2)	36(46.8)		
มีโรคประจำตัว 2 โรค	258(57.7)	125(48.4)	133(51.6)	1.21(0.73-2.02)	0.460
มีโรคประจำตัว 3 โรคขึ้นไป	112(25.1)	12(10.7)	100(89.3)	9.49(4.49-20.04)	<0.001*
การมองเห็น					
ไม่มีปัญหาด้านสายตา ¹	191(42.7)	88(46.1)	103(53.9)		
มีปัญหาด้านสายตา	256(57.3)	90(35.2)	166(64.8)	1.58(1.07-2.31)	0.020*
การได้ยิน					
ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน ¹	307(68.7)	127(41.4)	180(58.6)		
มีปัญหาด้านการได้ยิน	140(31.3)	51(36.4)	89(63.6)	1.23(0.82-1.86)	0.323
การทรงตัว					
ไม่มีปัญหาการทรงตัว ¹	130(29.1)	80(61.5)	50(18.6)		
มีปัญหาการทรงตัว	317(70.9)	98(30.9)	219(69.1)	3.58(2.34-5.48)	<0.001*
การเดิน					
เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วย ¹	294(65.8)	113(38.4)	181(61.6)		
เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วย	153(34.2)	65(42.5)	88(57.5)	0.85(0.57-1.26)	0.407
ความสามารถในการขับถ่าย					
ไม่มีปัญหาในการขับถ่าย ¹	245(54.8)	113(46.1)	132(53.9)		
มีปัญหาในการขับถ่าย	202(45.2)	65(32.2)	137(67.8)	0.55(0.38-0.82)	0.003*
ความกลัวการพลัดตกหกล้ม					
ไม่กลัวการพลัดตกหกล้ม ¹	169(37.8)	87(51.5)	82(48.5)		
กลัวการพลัดตกหกล้ม	278(62.2)	91(32.7)	187(67.3)	2.18(1.47-3.23)	<0.001*
ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและการป้องกัน					
ความรู้ระดับปานกลาง ¹	21(4.7)	4(19.0)	17(81.0)		
ความรู้ระดับสูง	426(95.3)	174(4.8)	252(59.2)	0.34(0.11-1.03)	0.56

*P<0.05

จากตาราง 19 แสดงความสัมพันธ์ปัจจัยชีววิทยากับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยไม่ต้องคำนึงถึงผลกระทบจากปัจจัยด้านอื่น ๆ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ดัชนีมวลกาย ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง ประวัติการพลัดตกหกล้ม การมองเห็น การได้ยิน การทรงตัว การเดิน ความสามารถในการขับถ่าย และความกลัวการพลัดตกหกล้ม ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและการป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยผลการศึกษาปัจจัยชีววิทยาที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่

ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .001$) โดยผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว 3 โรคขึ้นไป เกิดการพลัดตกหกล้มร้อยละ 89.3 และยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว 3 โรคขึ้นไป มีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว เป็น 9.49 เท่า (95% CI; (4.49-20.04))

การมองเห็นมีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.02$) โดยผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสายตาเกิดการพลัดตกหกล้มร้อยละ 64.8 และยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสายตามีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาด้านสายตาเป็น 1.58 เท่า (95% CI; 1.07-2.31)

การทรงตัวมีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .001$) โดยผู้สูงอายุที่มีปัญหาการทรงตัวเกิดการพลัดตกหกล้มร้อยละ 69.1 และยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาการทรงตัว มีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาการทรงตัวเป็น 3.58 เท่า (95% CI; 2.34-5.48)

ความสามารถในการขับถ่ายมีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.003$) โดยผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการขับถ่ายเกิดการพลัดตกหกล้มร้อยละ 67.8 และยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการขับถ่าย มีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาในการขับถ่ายเป็น 0.55 เท่า (95% CI; 0.38-0.82)

ความกลัวการพลัดตกหกล้มมีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .001$) โดยผู้สูงอายุที่กลัวการพลัดตกหกล้มเกิดการพลัดตกหกล้มร้อยละ 67.3 และยังพบว่าผู้สูงอายุที่กลัวการพลัดตกหกล้ม มีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่กลัวการพลัดตกหกล้มเป็น 2.18 เท่า (95% CI; 1.47-3.23)

6.1.2 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม

ตาราง 20 แสดงความสัมพันธ์ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยไม่ต้องคำนึงถึงผลกระทบจากปัจจัยด้านอื่น ๆ

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม	n (%)	การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง		OR 95% CI	p-value
		ไม่พลัดตกหกล้ม	พลัดตกหกล้ม		
		(n = 178)	(n = 269)		
		n (%)	n (%)		
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ¹	373(83.4)	154(41.3)	219(58.7)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	23(5.1)	9(39.1)	14(60.9)	1.09(0.46-2.59)	0.838
มัธยมศึกษาตอนปลาย	23(5.1)	6(26.1)	17(73.9)	1.99(0.77-5.17)	0.156
ไม่มีวุฒิการศึกษา	28(6.3)	9(32.1)	19(67.9)	1.49(0.65-3.37)	0.345
รายได้					
500-6500 บาท ¹	425(95.1)	166(39.1)	259(60.9)		
6501-13000 บาท	22(4.9)	12(54.5)	10(45.5)	0.53(0.23-1.26)	0.154
ความเพียงพอของรายได้					
เพียงพอ ¹	135 (30.2)	83(61.5)	52(38.5)		
ไม่เพียงพอ	312(69.8)	95(30.4)	217(69.6)	3.65(2.39-5.56)	<0.001*
การอยู่อาศัยกับสมาชิกในบ้าน					
สามี/ภรรยา ¹	150(33.6)	75(50.0)	75(50.0)		
บุตร หลาน	268(60)	96(35.8)	172(64.2)	1.79(1.19-2.69)	0.005*
อยู่ลำพัง(คนเดียว)	29(6.5)	7(24.1)	22(75.9)	3.14(1.27-7.80)	0.014*
การอยู่ลำพังของผู้สูงอายุ					
ไม่เคย ¹	239(53.5)	113(47.3)	126(52.7)		
เคย	208(46.5)	65(31.3)	143(68.8)	1.97(1.34-2.91)	<0.001*
การมีข้อจำกัดทางด้านบริการสุขภาพ					
เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ ¹	37(8.3)	23(62.2)	14(37.8)		
เข้าถึงบริการสุขภาพ	410(91.7)	155(37.8)	255(62.2)	2.70(1.35-5.41)	0.005*

*p<0.05

จากตาราง 20 แสดงความสัมพันธ์ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยไม่ต้องคำนึงถึงผลกระทบจากปัจจัยด้านอื่น ๆ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ การอยู่อาศัยกับสมาชิกในบ้าน การอยู่ลำพังของผู้สูงอายุ การมีข้อจำกัดทางด้านบริการสุขภาพ โดยผลการศึกษปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) ได้แก่

ความเพียงพอของรายได้ความสัมพันธ์กับการปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .001$) โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอเกิดการปลัดตกหกล้มร้อยละ 69.6 และยังพบว่ามีโอกาสเกิดการปลัดตกหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอเป็น 3.65 เท่า (95% CI; 2.39-5.56)

การอยู่อาศัยกับสมาชิกในบ้านมีความสัมพันธ์กับการปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.005$, $p = 0.014$) โดยผู้สูงอายุที่อาศัยกับบุตรหลาน และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพัง (คนเดียว) เกิดการปลัดตกหกล้มร้อยละ 64.2, 75.9 และยังพบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยกับบุตรหลาน และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพัง (คนเดียว) มีโอกาสเกิดการปลัดตกหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยกับสามีหรือภรรยา เป็น 1.79 เท่า (95% CI; (1.19-2.69) และ 3.14 เท่า (95% CI; (1.27-7.80) ตามลำดับ

การอยู่ลำพังของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .001$) โดยผู้สูงอายุที่เคยอยู่ลำพัง เกิดการปลัดตกหกล้มร้อยละ 68.8 และยังพบว่าผู้สูงอายุที่เคยอยู่ลำพัง มีโอกาสเกิดการปลัดตกหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เคยอยู่ลำพัง เป็น 1.97 เท่า (95% CI; 1.34-2.91)

การมีข้อจำกัดทางด้านบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.005$) โดยผู้สูงอายุที่เข้าถึงบริการสุขภาพ เกิดการปลัดตกหกล้มร้อยละ 62.2 และยังพบว่าผู้สูงอายุที่เข้าถึงบริการสุขภาพ มีโอกาสเกิดการปลัดตกหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เข้าถึงบริการสุขภาพเป็น 2.70 เท่า (95% CI; 1.35-5.41)

6.1.3 ปัจจัยด้านพฤติกรรม

ตาราง 21 แสดงความสัมพันธ์ปัจจัยด้านพฤติกรรมกับการปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยไม่ต้องคำนึงถึงผลกระทบจากปัจจัยด้านอื่น ๆ

ปัจจัยด้านพฤติกรรม	n (%)	การปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง		OR 95% CI	p-value
		ไม่ปลัดตกหกล้ม	ปลัดตกหกล้ม		
		(n = 178)	(n = 269)		
		n (%)	n (%)		
การใช้ยาหลายชนิด					
ปฏิบัติเป็นประจำ ¹	246(55.0)	90(36.6)	156(63.4)		
ปฏิบัติบางครั้ง	159(35.6)	71(44.7)	88(55.3)	0.72(0.48-1.07)	0.106
ไม่เคยปฏิบัติ	42(9.4)	17(40.5)	25(59.5)	0.85(0.44-1.66)	0.630

ตาราง 21 (ต่อ)

ปัจจัยด้านพฤติกรรม	n (%)	การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง		OR 95% CI	p-value
		ไม่พลัดตกหกล้ม	พลัดตกหกล้ม		
		(n = 178)	(n = 269)		
		n (%)	n (%)		
รองเท้าที่ไม่เหมาะสม					
ปฏิบัติเป็นประจำ ¹	306(68.5)	120(39.2)	186(60.8)		
ไม่เคยปฏิบัติ	141(31.5)	58(41.1)	83(58.9)	0.92(0.62-1.39)	0.700
การสวมใส่เสื้อผ้า					
ไม่เคยปฏิบัติ ¹	8(1.8)	6(75.0)	2(25.0)		
ปฏิบัติบางครั้ง	56(12.5)	25(44.6)	31(55.4)	3.72(0.69-20.06)	0.126
ปฏิบัติเป็นประจำ	383(85.7)	147(38.4)	236(61.6)	4.82(0.96-24.18)	0.056
การนอนหลับ					
ไม่เคยปฏิบัติ ¹	130(29.1)	100(76.9)	30(23.1)		
ปฏิบัติเป็นประจำ	219(49.0)	30(16.9)	189(86.3)	21.00(11.98-36.80)	<0.001*
ปฏิบัติบางครั้ง	98(21.9)	48(49.0)	50(18.6)	3.47(1.97-6.13)	<0.001*
การดื่มแอลกอฮอล์					
ปฏิบัติเป็นประจำ ¹	35(7.8)	12(34.3)	23(65.7)		
ปฏิบัติบางครั้ง	60(13.4)	28(46.7)	32(53.3)	0.60(0.25-1.41)	0.240
ไม่เคยปฏิบัติ	352(78.7)	138(39.2)	214(60.8)	0.81(0.39-1.68)	0.569
การออกกำลังกาย					
ปฏิบัติเป็นประจำ ¹	56(12.5)	42(75.0)	14(25.0)		
ไม่เคยปฏิบัติ	212(47.4)	42(19.8)	170(80.2)	12.14(60.74-24.28)	<0.001*
ปฏิบัติบางครั้ง	179(40.0)	94(52.5)	85(47.5)	2.71(1.39-5.31)	0.004*
กิจกรรมทางกาย					
ไม่เคยปฏิบัติ ¹	277(62.0)	107(38.6)	170(61.4)		
ปฏิบัติบางครั้ง	115(25.7)	57(49.6)	58(50.4)	0.64(0.41-0.99)	0.046*
ปฏิบัติเป็นประจำ	55(12.3)	14(25.5)	41(74.5)	1.84(0.96-3.54)	0.066
การใช้อุปกรณ์ในการเคลื่อนที่					
ไม่เคยปฏิบัติ ¹	158(35.3)	80(50.6)	78(49.4)		
ปฏิบัติบางครั้ง	67(15.0)	31(46.3)	36(53.7)	1.19(0.67-2.11)	0.550
ปฏิบัติเป็นประจำ	222(49.7)	67(30.2)	155(69.8)	2.37(1.55-3.62)	<0.001*

*p<.05

จากตาราง 21 แสดงความสัมพันธ์ปัจจัยด้านพฤติกรรมกับการปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยไม่ต้องคำนึงถึงผลกระทบจากปัจจัยด้านอื่น ๆ ได้แก่ การใช้ยาหลายชนิด รองเท้าที่ไม่เหมาะสม การสวมใส่เสื้อผ้า การนอนหลับ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย กิจกรรมทางกาย และการใช้อุปกรณ์เคลื่อนที่ โดยผลการศึกษาปัจจัยด้านพฤติกรรม ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่

การนอนหลับมีความสัมพันธ์กับการปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .001$) โดยผู้สูงอายุที่มีอาการหาวนอน(ง่วง)หลังตื่นนอนเป็นประจำและบางครั้ง เกิดการปลัดตกหกล้มร้อยละ 86.3 และ 18.6 และยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีอาการหาวนอน(ง่วง)หลังตื่นนอนเป็นประจำและบางครั้ง มีโอกาสเกิดการปลัดตกหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่นอนหลับพักผ่อนเพียงพอเป็น 21.00 และ 3.47 เท่า (95% CI; 11.98-36.81, 1.97-6.13) ตามลำดับ

การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับการปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .001$, $p = 0.004$) โดยผู้สูงอายุที่ไม่เคยออกกำลังกายและออกกำลังกายเป็นบางครั้ง เกิดการปลัดตกหกล้มร้อยละ 80.2 และ 47.5 และยังพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่เคยออกกำลังกายและออกกำลังกายเป็นบางครั้ง มีโอกาสเกิดการปลัดตกหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายเป็นประจำเป็น 12.14 และ 2.71 เท่า (95% CI; 60.74-24.28, 1.39-5.31) ตามลำดับ

กิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์กับการปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.046$) โดยผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมทางกายเป็นบางครั้ง เกิดการปลัดตกหกล้มร้อยละ 50.4 และยังพบว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายเป็นประจำสามารถลดโอกาสเกิดการปลัดตกหกล้มได้ เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่เคยมีกิจกรรมทางกายเป็น 0.64 เท่า (95% CI; 0.41-0.99)

การใช้อุปกรณ์ในการเคลื่อนที่มีความสัมพันธ์กับการปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .001$) โดยผู้สูงอายุที่เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ในการเคลื่อนที่เป็นประจำ เกิดการปลัดตกหกล้มร้อยละ 69.8 และยังพบว่าผู้สูงอายุที่เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ในการเคลื่อนที่เป็นประจำ มีโอกาสเกิดการปลัดตกหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่เดินได้เองโดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ในการเคลื่อน เป็น 2.37 เท่า (95% CI; 1.55-3.62)

6.1.4 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ตาราง 22 แสดงความสัมพันธ์ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับการปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พียงพิงโดยไม่ต้องคำนึงถึงผลกระทบจากปัจจัยด้านอื่น ๆ

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม	n (%)	การปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพียงพิง		OR 95% CI	p-value
		ไม่ปลัดตกหกล้ม (n = 178)	ปลัดตกหกล้ม (n = 269)		
		n (%)	n (%)		
สภาพบ้านที่อยู่อาศัย					
ไม่ใช่ ¹	122(27.3)	47(38.5)	75(61.5)	0.93(0.61-1.42)	0.732
ใช่	325(72.7)	131(40.3)	194(59.7)		
พื้นสลิ					
ใช่ ¹	238(53.2)	164(68.9)	74(31.1)	30.87(16.81-56.69)	<0.001*
ไม่ใช่	209(46.8)	14(6.7)	195(93.3)		
พื้นที่ต่างระดับ					
ใช่ ¹	195(43.6)	150(76.9)	45(23.1)	26.67(15.93-44.63)	<0.001*
ไม่ใช่	252(56.4)	28(11.1)	224(88.9)		
ราวจับ					
ไม่ใช้ ¹	228(51.0)	74(32.5)	154(67.5)	0.53(0.36-0.78)	<0.001*
ใช่	219(49.0)	104(47.5)	115(52.5)		
ประตูบ้าน					
ไม่ใช้ ¹	313(70.0)	114(36.4)	199(63.6)	0.63(0.42-0.94)	0.025*
ใช่	134(30.0)	64(47.8)	70(52.2)		
ผ้าเช็ดเท้าหรือพรมเช็ดเท้า					
ไม่ใช้ ¹	286(64.0)	105(36.7)	181(63.3)	0.70(0.47-1.04)	0.074
ใช่	161(36.0)	73(45.3)	88(54.7)		
แสงสว่าง					
ไม่ใช้ ¹	28(6.3)	15(53.6)	13(46.4)	1.81(0.84-3.91)	0.129
ใช่	419(93.7)	163(38.9)	256(61.1)		
ห้องน้ำ					
ไม่ใช้ ¹	389(87.0)	151(38.8)	238(61.2)	0.71(0.42-1.27)	0.263
ใช่	58(13.0)	27(46.6)	31(53.4)		
การจัดวางของใช้ภายในบ้าน					
ไม่ใช้ ¹	65(14.5)	24(36.9)	41(63.1)	0.87(0.50-1.49)	0.606
ใช่	382(85.5)	154(40.3)	228(59.7)		
เตียงนอน					
ไม่ใช้ ¹	149(33.3)	63(42.3)	86(57.7)	1.17(0.78-1.74)	0.452
ใช่	298(66.7)	115(38.6)	183(61.4)		

ตาราง 22 (ต่อ)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม	n (%)	การปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง		OR 95% CI	p-value
		ไม่ปลัดตกหกล้ม	ปลัดตกหกล้ม		
		(n = 178)	(n = 269)		
		n (%)	n (%)		
มีสัตว์เลี้ยงภายในบ้าน					
ไม่ใช่ ¹	236(52.8)	93(39.4)	143(60.6)		
ใช่	211(47.2)	85(40.3)	126(59.7)	0.96(0.66-1.41)	0.850

*p<.05

จากตาราง 22 แสดงความสัมพันธ์ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับการปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยไม่ต้องคำนึงถึงผลกระทบจากปัจจัยด้านอื่น ๆ ได้แก่ สภาพบ้านที่อยู่อาศัย พื้นลื่น พื้นต่างระดับ ราวจับ ประตูบาน แสงสว่าง พรมหรือผ้าเช็ดเท้า ห้องน้ำ การจัดวางของใช้ภายในบ้าน เติงนอน และมีสัตว์เลี้ยงในบ้าน โดยผลการศึกษาระดับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ได้แก่

พื้นลื่นมีความสัมพันธ์กับการปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p<.001$) โดยผู้สูงอายุที่มีพื้นบ้านผิวสัมผัสลื่น เกิดการปลัดตกหกล้มร้อยละ 93.3 และยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีพื้นบ้านผิวสัมผัสลื่น มีโอกาสเกิดการปลัดตกหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่มีพื้นบ้านผิวสัมผัสไม่ลื่นเป็น 30.87 เท่า (95% CI; 16.81-56.69)

พื้นที่ต่างระดับมีความสัมพันธ์กับการปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p<.001$) โดยผู้สูงอายุที่บ้านมีพื้นที่ต่างระดับ เกิดการปลัดตกหกล้มร้อยละ 88.9 และยังพบว่าผู้สูงอายุที่บ้านมีพื้นที่ต่างระดับมีโอกาสเกิดการปลัดตกหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่บ้านไม่มีพื้นที่ต่างระดับเป็น 26.67 เท่า (95% CI; 15.93-44.63)

ราวจับมีความสัมพันธ์กับการปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p<.001$) โดยผู้สูงอายุที่บ้านมีราวจับเกิดการปลัดตกหกล้มร้อยละ 52.5 และยังพบว่าบ้านมีราวจับสามารถลดโอกาสเกิดการปลัดตกหกล้มได้ เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่บ้านไม่มีราวเกาะหรือราวจับที่มั่นคงเป็น 0.53 เท่า (95% CI; 0.36-0.78)

ประตูบานมีความสัมพันธ์กับการปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.025$) โดยผู้สูงอายุที่มีประตูบานที่เหมาะสม(ไม่มีประตูบานดิ่ง ไม่มีธรณีประตู) เกิดการปลัดตกหกล้มร้อยละ 52.2 และยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีประตูบานที่เหมาะสม(ไม่มีประตูบานดิ่ง ไม่มีธรณีประตู) สามารถลดโอกาสเกิดการปลัดตกหกล้มได้ เมื่อเทียบกับ

ผู้สูงอายุที่มีประตูปื้นที่ไม่เหมาะสม(มีประตูปื้นตึง มีธรณีประตู) เป็น 0.63 เท่า (95% CI; 0.42-0.94)

6.2 การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบทวิ (Binary Logistic Regression)

จากการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระแบบรายตัว (univariate analysis) จำนวน 38 ตัวแปร เพื่อคัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามที่ระดับนัยสำคัญ $p < 0.25$ พบว่ามีตัวแปรที่เข้าเกณฑ์จำนวน 27 ตัวแปร จึงนำเข้าสู่การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบทวิ (binary logistic regression) เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression) ด้วยวิธี Enter นำเสนอขนาดความสัมพันธ์โดยใช้ (Adjusted OR) ควบคุมอิทธิพลร่วมของหลายตัวแปร กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($p\text{-value} < 0.05$) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตาราง 23 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบทวิที่ส่งต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง

ปัจจัย	การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง			AOR 95% CI	p-value
	n (%)	ไม่พลัดตกหกล้ม	พลัดตกหกล้ม		
		(n = 178)	(n = 269)		
		n (%)	n (%)		
ปัจจัยชีววิทยา					
เพศ					
ชาย ¹	177(39.6)	79(44.6)	98(55.4)		
หญิง	270(60.4)	99(36.7)	171(63.3)	1.73(0.76-3.93)	0.191
อายุ					
60-69 ปี ¹	156(34.9)	68(43.6)	88(56.4)		
70-79 ปี	150(33.6)	54(36.0)	96(64.0)	1.66(0.61-4.53)	0.324
80 ปีขึ้นไป	141(31.5)	56(39.7)	85(60.3)	1.06(0.36-3.17)	0.914
สถานภาพ					
โสด ¹	27(6.0)	10(37.0)	17(63.0)		
สมรส/คู่	231(51.7)	106(45.9)	125(54.1)	0.45(0.09-2.35)	0.342
หม้าย	176(39.4)	58(33.0)	118(67.0)	1.58(0.34-7.25)	0.557
หย่า/ร้าง	9(2.0)	1(11.1)	8(88.9)	0.60(0.03-13.52)	0.745
แยกกันอยู่	4(0.9)	3(75.0)	1(25.0)	0.45(0.01-26.63)	0.699

ตาราง 23 (ต่อ)

ปัจจัย	n (%)	การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง		AOR 95% CI	p-value
		ไม่พลัดตกหกล้ม	พลัดตกหกล้ม		
		(n = 178)	(n = 269)		
		n (%)	n (%)		
ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง					
ไม่มีโรคประจำตัว ¹	77(17.2)	41(53.2)	36(46.8)		
มีโรคประจำตัว 2 โรค	258(57.7)	125(48.4)	133(51.6)	1.90(0.56-6.42)	0.308
มีโรคประจำตัว 3 โรคขึ้นไป	112(25.1)	12(10.7)	100(89.3)	8.38(1.59-44.28)	0.012*
การมองเห็น					
ไม่มีปัญหาด้านสายตา ¹	191(42.7)	88(46.1)	103(53.9)		
มีปัญหาด้านสายตา	256(57.3)	90(35.2)	166(64.8)	1.76(0.81-3.79)	0.152
การทรงตัว					
ไม่มีปัญหาการทรงตัว ¹	130(29.1)	80(61.5)	50(18.6)		
มีปัญหาการทรงตัว	317(70.9)	98(30.9)	219(69.1)	0.77(0.25-2.40)	0.658
ความสามารถในการขับถ่าย					
ไม่มีปัญหาในการขับถ่าย ¹	245(54.8)	113(46.1)	132(53.9)		
มีปัญหาในการขับถ่าย	202(45.2)	65(32.2)	137(67.8)	0.87(0.37-2.07)	0.750
ความกลัวการพลัดตกหกล้ม					
ไม่กลัวการพลัดตกหกล้ม ¹	169(37.8)	87(51.5)	82(48.5)		
กลัวการพลัดตกหกล้ม	278(62.2)	91(32.7)	187(67.3)	2.11(0.74-6.09)	0.164
ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม					
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ¹	373(83.4)	154(41.3)	219(58.7)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	23(5.1)	9(39.1)	14(60.9)	0.66(0.93-4.62)	0.671
มัธยมศึกษาตอนปลาย	23(5.1)	6(26.1)	17(73.9)	1.36(0.18-10.12)	0.766
ไม่มีวุฒิการศึกษา	28(6.3)	9(32.1)	19(67.9)	0.97(0.27-3.51)	0.965
รายได้					
500-6500 บาท ¹	425(95.1)	166(39.1)	259(60.9)		
6501-13000 บาท	22(4.9)	12(54.5)	10(45.5)	0.41(0.05-3.72)	0.427
ความเพียงพอของรายได้					
เพียงพอ ¹	135 (30.2)	83(61.5)	52(38.5)		
ไม่เพียงพอ	312(69.8)	95(30.4)	217(69.6)	3.77(1.66-8.58)	0.002*
การอยู่อาศัยกับสมาชิกในบ้าน					
สามี/ภรรยา ¹	150(33.6)	75(50.0)	75(50.0)		
บุตร หลาน	268(60)	96(35.8)	172(64.2)	0.30(0.9-1.04)	0.057
อยู่ลำพัง(คนเดียว)	29(6.5)	7(24.1)	22(75.9)	0.94(0.10-9.15)	0.959

ตาราง 23 (ต่อ)

ปัจจัย	n (%)	การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง		AOR 95% CI	p-value
		ไม่พลัดตกหกล้ม	พลัดตกหกล้ม		
		(n = 178)	(n = 269)		
		n (%)	n (%)		
การอยู่ลำพังของผู้สูงอายุ					
ไม่เคย ¹	239(53.5)	113(47.3)	126(52.7)		
เคย	208(46.5)	65(31.3)	143(68.8)	1.77(0.71-4.37)	0.219
การมีข้อจำกัดทางด้านบริการสุขภาพ					
เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ ¹	37(8.3)	23(62.2)	14(37.8)		
เข้าถึงบริการสุขภาพ	410(91.7)	155(37.8)	255(62.2)	1.24(0.33-4.66)	0.753
ปัจจัยด้านพฤติกรรม					
การใช้จ่ายหลายชนิด					
ปฏิบัติเป็นประจำ ¹	246(55.0)	90(36.6)	156(63.4)		
ปฏิบัติบางครั้ง	159(35.6)	71(44.7)	88(55.3)	1.34(0.53-3.40)	0.540
ไม่เคยปฏิบัติ	42(9.4)	17(40.5)	25(59.5)	1.04(0.22-4.79)	0.965
การสวมใส่เสื้อผ้า					
ไม่เคยปฏิบัติ ¹	8(1.8)	6(75.0)	2(25.0)		
ปฏิบัติบางครั้ง	56(12.5)	25(44.6)	31(55.4)	1.76(0.07-46.58)	0.734
ปฏิบัติเป็นประจำ	383(85.7)	147(38.4)	236(61.6)	1.17(0.06-24.38)	0.920
การนอนหลับ					
ไม่เคยปฏิบัติ ¹	130(29.1)	100(76.9)	30(23.1)		
ปฏิบัติเป็นประจำ	219(49.0)	30(16.9)	189(86.3)	10.57(3.83-29.15)	<0.001*
ปฏิบัติบางครั้ง	98(21.9)	48(49.0)	50(51.0)	1.83(0.71-4.70)	0.212
การดื่มแอลกอฮอล์					
ปฏิบัติเป็นประจำ ¹	35(7.8)	12(34.3)	23(65.7)		
ปฏิบัติบางครั้ง	60(13.4)	28(46.7)	32(53.3)	0.84(0.09-7.78)	0.875
ไม่เคยปฏิบัติ	352(78.7)	138(39.2)	214(60.8)	1.56(0.16-11.73)	0.781
การออกกำลังกาย					
ปฏิบัติเป็นประจำ ¹	56(12.5)	42(75.0)	14(25.0)		
ไม่เคยปฏิบัติ	212(47.4)	42(19.8)	170(80.2)	7.29(2.13-24.94)	0.002*
ปฏิบัติบางครั้ง	179(40.0)	94(52.5)	85(47.5)	1.90(0.62-5.82)	0.263
กิจกรรมทางกาย					
ไม่เคยปฏิบัติ ¹	277(62.0)	107(38.6)	170(61.4)		
ปฏิบัติบางครั้ง	115(25.7)	57(49.6)	58(50.4)	0.79(0.29-2.13)	0.640
ปฏิบัติเป็นประจำ	55(12.3)	14(25.5)	41(74.5)	4.85(0.63-37.00)	0.128

ตาราง 23 (ต่อ)

ปัจจัย	n (%)	การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง		AOR 95% CI	p-value
		ไม่พลัดตกหกล้ม	พลัดตกหกล้ม		
		(n = 178)	(n = 269)		
	n (%)	n (%)			
การใช้อุปกรณ์ในการเคลื่อนที่					
ไม่เคยปฏิบัติ ¹	158(35.3)	80(50.6)	78(49.4)		
ปฏิบัติบางครั้ง	67(15.0)	31(46.3)	36(53.7)	3.02(0.74-12.35)	0.125
ปฏิบัติเป็นประจำ	222(49.7)	67(30.2)	155(69.8)	2.46(0.84-7.18)	0.100
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม					
พื้นส้น					
ใช่ ¹	238(53.2)	164(68.9)	74(31.1)		
ไม่ใช่	209(46.8)	14(6.7)	195(93.3)	6.45(1.82-22.89)	0.004*
พื้นที่ต่างระดับ					
ใช่ ¹	195(43.6)	150(76.9)	45(23.1)		
ไม่ใช่	252(56.4)	28(11.1)	224(88.9)	5.57(1.69-18.34)	0.005*
ราวจับ					
ไม่ใช่ ¹	228(51.0)	74(32.5)	154(67.5)		
ใช่	219(49.0)	104(47.5)	115(52.5)	0.56(0.24-1.30)	0.176
ประตูบาน					
ไม่ใช่ ¹	313(70.0)	114(36.4)	199(63.6)		
ใช่	134(30.0)	64(47.8)	70(52.2)	0.48(0.19-1.20)	0.118
ผ้าเช็ดเท้าหรือพรมเช็ดเท้า					
ไม่ใช่ ¹	286(64.0)	105(36.7)	181(63.3)		
ใช่	161(36.0)	73(45.3)	88(54.7)	0.50(0.21-1.20)	0.122
แสงสว่าง					
ไม่ใช่ ¹	28(6.3)	15(53.6)	13(46.4)		
ใช่	419(93.7)	163(38.9)	256(61.1)	2.67(0.63-11.28X)	0.182

*p<.05

6.3 การทดสอบความเหมาะสมของโมเดล (Goodness of fit of the Model)

6.3.1 การทดสอบตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม (Omnibus Tests of Model Coefficients)

ตาราง 24 แสดงผลทดสอบตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม (Omnibus Tests of Model Coefficients)

step		Chi-square	df	p-value
Step1	Step	328.814	9	0.000*
	Block	328.814	9	0.000*
	Model	328.814	9	0.000*

จากตาราง 24 แสดงผลทดสอบตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม (Omnibus Tests of Model Coefficients) การวิเคราะห์ตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลต่อตัวแปร เพื่อดูค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์ พบว่า ค่า Chi-square เท่ากับ 328.814 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ <0.05 ($p>0.001$) จึงอธิบายได้ว่า ตัวแปรอิสระที่ใช้ในสมการมีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม โดยมีตัวแปรอิสระที่ส่งผลต่อการทำนายการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

6.3.2 การทดสอบความเหมาะสมของโมเดล (Hosmer and Lemeshow Test)

ตาราง 25 แสดงผลการทดสอบความเหมาะสมของโมเดล (Hosmer and Lemeshow Test)

step	Chi-square	df	p-value
1	4.317	8	0.827

จากตาราง 25 แสดงผลการทดสอบความเหมาะสมของโมเดล (Hosmer and Lemeshow Test) การวิเคราะห์ความเหมาะสมของโมเดล พบว่า ค่า Chi-square เท่ากับ 4.317 มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ >0.05 ($p = 0.827$) จึงอธิบายได้ว่า ตัวแปรอิสระที่ใช้ในสมการมีความเหมาะสม โดยมีตัวแปรอิสระที่ส่งผลต่อการทำนายการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

6.3.3 การทดสอบความแปรผันของตัวแปรตาม (Model Summary)

ตาราง 26 แสดงผลการทดสอบความแปรผันของตัวแปรตาม (Model Summary)

step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
14	272.203 ^a	.521	0.704

จากตาราง 26 แสดงผลการทดสอบความแปรผันของตัวแปรตาม (Model Summary) การวิเคราะห์ความแปรผันของตัวแปรตาม จากตาราง Model Summary นี้ พบว่า ค่า Nagelkerke R Square มีค่าเท่ากับ 0.704 เนื่องจากค่า Nagelkerke R Square เข้าใกล้ 1 จึงมีความแม่นยำซึ่งเท่ากับร้อยละ 70.4

6.3.4 การทดสอบความถูกต้องของการพยากรณ์ (Classification table)

ตาราง 27 แสดงผลการทดสอบความถูกต้องของการพยากรณ์ (Classification table)

		Predicted		Percentage correct
observed		ประวัติพลัดตกหกล้ม	ไม่เคยหกล้ม(1)	
Step1	ประวัติการพลัดตกหกล้ม	152	26	85.4
	ไม่เคยหกล้ม	36	233	86.6
Overall Percentage				86.1

จากตาราง 27 แสดงผลการทดสอบความถูกต้องของการพยากรณ์ (Classification table) การวิเคราะห์ความถูกต้องของการพยากรณ์ พบว่า โมเดลสมการถดถอยโลจิสติก มีความแม่นยำในการทำนายการเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยรวม ทั้งกรณีที่เกิดการพลัดตกหกล้มและไม่เกิดการพลัดตกหกล้มเท่ากับร้อยละ 86.1

จากการวิเคราะห์ ความเหมาะสมของโมเดล (Goodness of fit of the Model) เพื่อดูความเหมาะสมของสมการถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression) พบว่า มีความเหมาะสมในการวิเคราะห์ข้อมูลในครั้งนี้

6.4 การวิเคราะห์ทำนายการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การวิเคราะห์ ปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อทำนายโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้การสถิติถดถอยโลจิสติก(Binary Logistic Regression) ด้วยวิธี Enter กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($p\text{-value} < 0.05$) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตาราง 28 แสดงปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตัวแปร	B	wald	AOR	95% CI		p-value
				Lower	Upper	
ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง						
ไม่มีโรคประจำตัว ¹						
มีโรคประจำตัว 2 โรค	0.44	1.24	1.56	0.71	3.40	0.266
มีโรคประจำตัว 3 โรคขึ้นไป	2.25	16.16	9.52	3.17	28.54	<0.001*
ความเพียงพอของรายได้						
มีรายได้เพียงพอ ¹						
มีรายได้ไม่เพียงพอ	1.15	12.07	3.15	1.65	6.03	0.001*
การนอนหลับ						
ไม่เคยปฏิบัติ ¹						
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	0.44	1.25	1.55	0.72	3.35	0.263
ปฏิบัติเป็นประจำ	1.78	21.70	5.90	2.80	12.46	<0.001*
การออกกำลังกาย						
ปฏิบัติเป็นประจำ ¹						
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	0.53	1.16	1.70	0.65	4.47	0.281
ไม่เคยปฏิบัติ	1.64	10.47	5.15	1.91	13.90	0.001*
พื้นลิ้น						
พื้นบ้านผิวสัมผัสไม่ลื่น ¹						
พื้นบ้านผิวสัมผัสลื่น	1.53	9.97	4.63	1.79	12.00	0.002*
พื้นที่ต่างระดับ						
ไม่มีพื้นที่ต่างระดับ ¹						
มีพื้นที่ต่างระดับ	1.72	15.17	5.58	2.35	13.26	<0.001*
Constant	-4.12					

1 = Reference, $P < 0.05$, Constant = -4.12, Psuedo $R^2 = 0.86.1$

จากตาราง 28 แสดงปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่ามี 6 ปัจจัย ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง ความเพียงพอของรายได้ การนอนหลับ การออกกำลังกาย พื้นลื่น และพื้นที่ต่างระดับ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เมื่ออธิบายรายตัวแปรสามารถอธิบายได้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยมีโรคประจำตัว 3 โรคขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงเกิดการพลัดตกหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวเป็น 9.52 เท่า (Adj OR = 9.52, $p < 0.001$, 95% CI; 3.17 – 28.54) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีรายได้ไม่เพียงพอ มีโอกาสเสี่ยงเกิดการพลัดตกหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอเป็น 3.15 เท่า (Adj OR = 3.15, $p = 0.001$, 95% CI; 1.65 – 6.03) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ มีอาการหาวนอน(ง่วง) หลังตื่นนอนเป็นประจำมีโอกาสเสี่ยงเกิดการพลัดตกหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่นอนหลับพักผ่อนเพียงพอ เป็น 5.90 เท่า (Adj OR = 5.90, $p < 0.001$, 95% CI; 2.80 – 12.46) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่เคยออกกำลังกาย มีโอกาสเสี่ยงเกิดการพลัดตกหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายเป็นประจำเป็น 5.15 เท่า (Adj OR = 5.15, $p = 0.001$, 95% CI; 1.91 – 13.90) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีพื้นบ้านผิวสัมผัสลื่น มีโอกาสเสี่ยงเกิดการพลัดตกหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่มีพื้นบ้านผิวสัมผัสไม่ลื่นเป็น 4.63 เท่า (Adj OR = 4.63, $p = 0.002$, 95% CI; 1.79 – 12.00) และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านมีพื้นที่ต่างระดับ มีโอกาสเสี่ยงเกิดการพลัดตกหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่บ้านไม่มีพื้นที่ต่างระดับเป็น 5.58 เท่า (Adj OR = 5.58, $p < 0.001$, 95% CI 2.35 – 12.2)

ผลวิจัยระยะที่ 1 สรุปได้ว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย จากผลการวิจัยระยะที่ 1 ส่วนที่ 1 เป็นการศึกษาสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย มี 4 ปัจจัย 38 ตัวแปร หลังจากนำมาศึกษาภาคตัดขวางในส่วนที่ 2 เป็นการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย พบว่ามี 4 ปัจจัย 6 ตัวแปรที่สามารถทำนายโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง ความเพียงพอของรายได้ การนอนหลับ การออกกำลังกาย พื้นลื่น และพื้นที่ต่างระดับ ซึ่งผู้วิจัยนำผลการวิจัยในระยะที่ 1 ไปใช้ในการสร้างรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัยระยะที่ 2 ต่อไป

ผลการวิจัยระยะที่ 2 การสร้างและยืนยันรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

การวิจัยระยะนี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research design) ประกอบด้วยการศึกษาเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เพื่อสร้างและยืนยันรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย ซึ่งนำผลจากการวิจัยระยะที่ 1 มาใช้ แบ่งเป็น 2 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

สำหรับขั้นตอนการสร้างรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย ขั้นตอนนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focused group discussion) และกระบวนการอภิปรายกลุ่ม (Group discussion) เพื่อสร้างรูปแบบและได้ข้อสรุปอย่างเป็นรูปธรรมที่สามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริงในชุมชน โดยคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเอกพันธ์ (Homogenous sampling) เป็นการเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีภูมิหลังหรือประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกัน โดยแบ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในจังหวัดสุโขทัย (Focus group Elderly: FGE) 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ โรงพยาบาล/ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาลเมือง/ เทศบาลตำบล/ องค์การบริหารส่วนตำบล) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมอย่างเป็นทางการหลักสูตร 70 ชั่วโมง (Caregiver) และผู้นำชุมชน (Focus group Public health officer: FGPHO) และ 3) ผู้ดูแลระดับครอบครัว ได้แก่ พี่ น้อง ญาติ ลูก คนในครอบครัว (Focus group Family: FGF) ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการจัดการสนทนากลุ่มโดยนัดผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่มเข้าร่วมสนทนาโดยใช้ระยะเวลากลุ่มละประมาณ 1-2 ชั่วโมง ในเดือน มีนาคม 2568 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย เริ่มแรกผู้วิจัยแนะนำตนเองและทีมผู้ช่วยนักวิจัย แก่ผู้ร่วมสนทนากลุ่มเพื่อทำการรู้จักอย่างเป็นทางการและเพื่อสร้างบรรยากาศให้เกิดความคุ้นเคยกันพอสมควร จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการจัดการสนทนากลุ่ม การขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย การขอความอนุเคราะห์ในการแสดงความคิดเห็นในกลุ่มสนทนาโดยไม่ต้องกังวลเรื่องความถูกต้อง การใช้รหัสแทนการเรียกชื่อผู้ร่วมสนทนา การเก็บความลับของผู้ร่วมสนทนากลุ่มการชี้แจงการจดบันทึกข้อมูลการสนทนาแทน การบันทึกเทป และการนำข้อมูลจากการสนทนากลุ่มไปใช้หลังจากนั้นเปิดประเด็นด้วยการตั้งคำถามทั่วไปเกี่ยวกับสถานการณ์การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งนำไปสู่ประเด็นในการสนทนากึ่งโครงสร้าง

ในช่วงเวลาและกำหนดการที่วางไว้ เมื่อได้ข้อมูลนำมา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงประเด็น (Thematic analysis) โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยมี 3 ขั้นตอน คือ 1) การคืนข้อมูล 2) การสร้างรูปแบบ ขั้นตอนที่ 2 การยืนยันรูปแบบ มีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของผู้ให้ข้อมูลหลัก

1.1 ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในจังหวัดสุโขทัย (Focus group Elderly: FGE) จำนวน 6 คน เป็นเพศหญิง 5 คน เพศชาย 1 คน มีช่วงอายุ 60-69 ปี จำนวน 2 คน ช่วงอายุ 70-79 ปี จำนวน 4 คน

1.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ โรงพยาบาล/ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาลเมือง/ เทศบาลตำบล/ องค์การบริหารส่วนตำบล) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมอย่างเป็นทางการหลักสูตร 70 ชั่วโมง (Caregiver) และผู้นำชุมชน (Focus group Public health officer: FGPHO) จำนวน 6 คน เป็นเพศหญิง 6 คน มีช่วงอายุ 40-49 ปี จำนวน 1 คน 50-59 ปี จำนวน 5 คน

1.3 ผู้ดูแลระดับครอบครัว ได้แก่ พี่ น้อง ญาติ ลูก คนในครอบครัว (Focus group Family: FGF) จำนวน 6 คน เป็นเพศหญิง 6 คน มีช่วงอายุ 50-59 ปี จำนวน 5 คน ช่วงอายุ 60-69 ปี จำนวน 2 คน

ตาราง 29 แสดงคุณลักษณะทางประชากรของผู้ให้ข้อมูลหลัก (n = 18)

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก	เพศ	อายุ(ปี)	รหัส
1. ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	หญิง	73	FGE1
	หญิง	76	FGE2
	หญิง	72	FGE3
	หญิง	72	FGE4
	ชาย	65	FGE5
	หญิง	68	FGE6
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดกระทรวง	หญิง	50	FGPHO1
สาธารณสุข สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	หญิง	45	FGPHO2
ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมอย่างเป็นทางการหลักสูตร 70 ชั่วโมง (Caregiver) และ	หญิง	54	FGPHO3
ผู้นำชุมชน	หญิง	53	FGPHO4
	หญิง	54	FGPHO5
	หญิง	54	FGPHO6

ตาราง 29 (ต่อ)

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก	เพศ	อายุ(ปี)	รหัส
3) ผู้ดูแลระดับครอบครัว ได้แก่ พี่ น้อง ญาติ	หญิง	57	FGF1
ลูก คนในครอบครัว	หญิง	59	FGF2
	หญิง	56	FGF3
	หญิง	57	FGF4
	หญิง	63	FGF5
	หญิง	60	FGF6

1.1 การคืนข้อมูลผลการวิจัยระยะที่ 1 เพื่อเข้าสู่กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอสถานการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย เพื่อให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 3 กลุ่ม ได้รับทราบสถานการณ์เบื้องต้นก่อนที่จะนำไปสู่กระบวนการการสร้างรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย ที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 1 คือ สาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย มีจำนวนทั้งหมด ทั้งหมด 6 ตัวแปร ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง ความเพียงพอของรายได้ การนอนหลับ การออกกำลังกาย พื้นลื่น และพื้นที่ต่างระดับ และผลจากการสนทนากลุ่ม พบว่า กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักมีความคิดเห็นว่า ทั้ง 6 ตัวแปรนั้น นำมาจัดกลุ่มปัจจัย ได้ 4 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและด้านสังคม ปัจจัยด้านพฤติกรรม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมภายในบ้านที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่ภาวะพึ่งพิง ดังตัวอย่างการสนทนากลุ่มที่สนับสนุนดังนี้

“...เค้าจะใช้ความเคยชินที่เค้าเคยอยู่บ้านหลังนี้แล้ว แต่ว่าสมัยก่อนกับสมัยนี้มันไม่เหมือนกันไง ซึ่งตอนนี้เค้าอายุมากแล้ว จะลุกจะเดินก็ไม่เหมือนเดิม ต้องมีไม้เท้าช่วยบ้าง”

(FGPHO1, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 28 กุมภาพันธ์ 2568)

“...แล้วอย่างในห้องน้ำมันจะเปียกตลอดอะส่วนมากจะเจอ ที่เจอหกล้มในห้องน้ำจะบ่อยมาก”

(FGPHO3, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 28 กุมภาพันธ์ 2568)

“...จากประสบการณ์ของคนที่บ้าน ก็จะแบบว่า หัวเราะ ก็ต้องสร้างความตระหนัก อันดับแรกเลยที่ป้องกันการเกิดไข้ไหมคะ จะชอบถือไม้เท้าคือลิ่มทิ้งไว้ตรงไหนก็แล้วแต่คือ ต้องสร้างความตระหนักว่าคุณต้องถือไว้ถือไม้เท้าอยู่ตลอดเวลา ซึ่งบ้านล้มหลายรอบแล้ว ผ่าตัดก็หลายรอบแล้วอะไรแบบนี้อันนี้ของจริงเลย อันดับแรกก็ต้องสร้างความตระหนักให้กับ คนแก่ที่บ้าน คุณไม่ได้แข็งแรงเหมือนเมื่อก่อนแล้วคุณต้องถือไม้เท้าแล้วนะคุณต้องใช้ Walker ในการเดินอะไรแบบนี้ เรื่องสิ่งแวดล้อมอีกต่างหาก ก็ต้องดูเรื่องสิ่งแวดล้อมที่บ้านด้วย”

(FGPHO4, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 28 กุมภาพันธ์ 2568)

“...ก็ต้องให้เขาตระหนักด้วยตัวของเขาเองด้วย ตระหนักแล้วก็คือระมัดระวังในเรื่องของการทำกิจกรรมต่าง ๆ ก็ค่อย ๆ ทำ ค่อย ๆ เป็น ค่อย ๆ ไป ไม่ใช่แบบว่า คือรีบไปสะทุกอย่างอะไรอย่างเงี้ย แล้วเสร็จแล้วนั่งอยู่อย่างนี้แล้วลูก มันก็จะหน้ามืด เขาก็จะพลัดตกหกล้ม ได้คาดหวังแค่จะให้เค้าอะ ตระหนักนะ แล้วก็แข็งแรงขึ้น ดูแลตัวเองได้ เพราะบางที บางทีเราก็คือต้องการให้ผู้ดูแลดูแลใกล้ชิด แต่บางปัจจัยบางเวลาผู้ดูแลก็ต้องทำงานระหว่างที่เค้าอยู่ก็จะยากให้เขาแข็งแรงดูแลตัวเองได้ในระดับหนึ่ง”

(FGPHO5, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 28 กุมภาพันธ์ 2568)

“...ต้องมีไม้เท้า walker รวเกาะ ยายคุมอะ walker นั่นก็ไม่เอาเหมือนกัน แต่เค้าจะเอากระป๋องน้ำนะ คอยยกไป เดินยกไป อย่างนั้นอะยกได้อะ ”

(FGF1, ร่วมสนทนากลุ่ม, 5 มีนาคม 2568)

“...มันก็เป็นพฤติกรรมของตัวเขาเองอะ จะเปลี่ยนก็ยากอะพอมีที่ช่วยเดิน ไม้เท้า แต่พอมีจริง ๆ walker ก็ไม่ใช่หรอก ไม่เอา บอกเดินได้ หัวเราะ ล้มไปแล้วแหละถึงจะรู้ ที่บ้านอย่างนั้น ที่บ้านพี่เขาไม่ยก walker เขาจะไล่ไปเลย เขาชี้เกียจ เขาถนัดเขามั่ง เขารู้ว่าเขาต้องยกก่อนเขาไม่ทำ เขาบอกว่ามันหนัก คนแก่อะ 86 แล้ว”

(FGF2, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 5 มีนาคม 2568)

“...ใช้ชี้เกียจ เออนะให้ทำไรก็ไม่ทำ แต่ของเรานะ เขาบอกชี้เกียจออกมาเลย กินแล้วนอนเลย เป็นเพราะเขาเลยเราก็บอกให้เขาทำนะ แต่เขาไม่ทำอะ ให้เขาขยับเขาก็ไม่ขยับอะ”

(FGF4, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 5 มีนาคม 2568)

“...ความดันกับไขมัน เวียนหัวหน้ามืดเลย เคยเป็นเซแบบต้องเกาะเลย เป็นอยู่ ก็กินยา ให้ตรงเวลา ยากินหลังอาหาร อย่างตอนเช้ามือเดียว งตไม่ได้หрокเค็มอะ กินข้าวก็คลุกน้ำ แกลงน้ำปลาเลย หัวเราะ”

(FGF5, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 5 มีนาคม 2568)

“...ผู้สูงอายุที่บ้านไม่ได้มีรายได้ ยังไงดิเนะ อันนี้มันยากเนาะให้มีรายได้ อายุครบ 60 ปี ผู้สูงอายุ หรือญาติก็ได้ไปแจ้งก่อน 1 ปี สมมติ หมู่ 5 ปีนี้เริ่มไปแจ้งได้ แจ้งช่วงบออะ อย่างมี กลุ่มก็ช่วยให้เขามีรายได้เพิ่มเติมได้ ทำให้มีรายได้ในหมู่บ้านได้”

(FGF6, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 5 มีนาคม 2568)

“...มันก็ค่อยแต่จะเซ จะล้มเรื่อย เดียวล้มชนนู่นชนนี้ เขียวหมด เอาอิข้างนี้ก็ไม่ค่อยจะ ดี ข้างนี้ก็เป็น ปากก็มากายภาพเรื่อย ปกติเวลาเดินก็ใช้ไม้เท้านี้ หมอเขาให้มา ใช้ 4 ขาไม่ถนัด มันสูง ป้ายก็ไม่ถนัด เวลาจะเดินก็ต้องคอยตั้งหลักก่อน พักนิ่งแหละถึงจะออกได้”

(FGE1, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 31 มีนาคม 2568)

“...โอย หัวเราะ ล้มมันของประจำ แต่ไม่เคยอะไรหักที่ ไปไหนก็หาไม้เท้าอันนี้ไม่ได้ ไม่มีไม้เดินเลย มียังจะหกล้มเลย บางทีมันก็ทะลวงเวียนเนาะ เวียนหัวนะ หน้ามืดไปเลยนะ ต้องนั่งพักแหละ แก่แล้วไม่มีไรดีเนาะ หัวเราะ นอนก็ไม่ค่อยหลับ ตื่นมาแล้วนุ่นแหละไม่หลับ ยืนแจ้งเลย ”

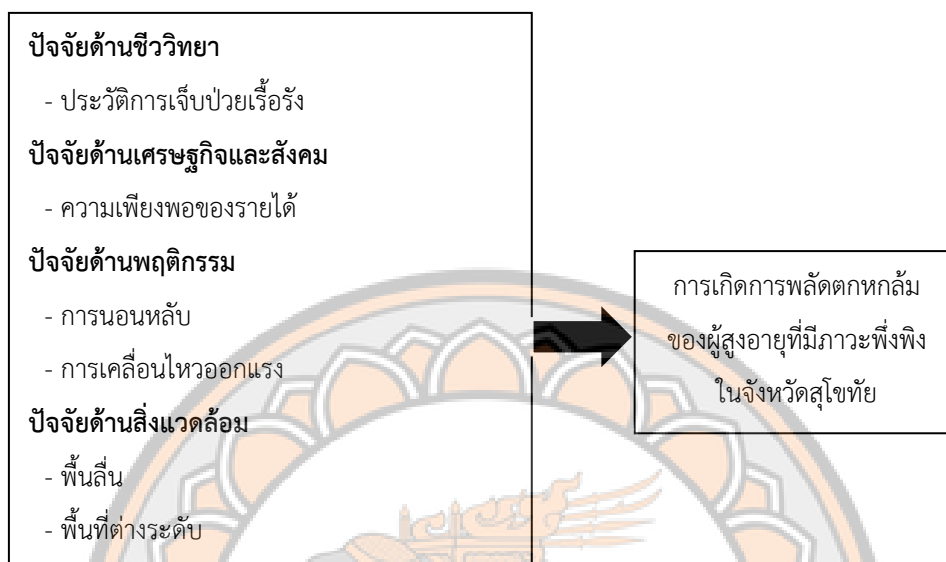
(FGE3, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 31 มีนาคม 2568)

“...ครับ ครับ ลูกก็ล้มเรื่อยครับ เดิน ๆ ไปก็ขาอ่อนบ้างไรบ้าง อยู่ ๆ ก็ทะลวงไปเฉย ๆ นั้นอะ จะว่าขาไม่มีแรงมันก็มีนะ แต่พอจั้นมันก็ไป มันก็ทะลวงไปเลย ต้องใช้อ้ออัน ไอ้สื่อนี้ กลัวล้ม ต้องคอยระวังครับ ขาไม่ยกไม่ขึ้น ไม่มีแรงด้วย มันเคยมีสะดุดบ้างนะ”

(FGE6, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 31 มีนาคม 2568)

หลังจากที่ผู้วิจัยได้คืนข้อมูลผลการวิจัยระยะที่ 1 ให้กลับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก แล้วนั้น ผู้วิจัยสอบถามกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักว่าปัจจัยใดบ้างที่มีความเหมาะสมที่จะนำมาสร้างรูปแบบ การป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย พบว่า ปัจจัยที่กลุ่มผู้ให้ข้อมูล หลักเห็นว่ามีเหมาะสมที่จะถูกคัดเลือกเป็นองค์ประกอบของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย มีทั้งหมด 4 ปัจจัย ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง 2) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและด้านสังคม ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้

3) ปัจจัยด้านพฤติกรรม ได้แก่ การนอนหลับ การเคลื่อนไหวออกแรง และ 4) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ได้แก่ พื้นลื่น พื้นต่างระดับ โดยนำมาจัดเป็นกลุ่ม ได้ 4 ปัจจัย ดังนี้



ภาพ 11 แสดงปัจจัยนำเข้าที่ได้รับการคัดเลือกเป็นองค์ประกอบของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

จากภาพ 11 พบว่า ปัจจัยที่ได้รับการคัดเลือกเพื่อเข้าสู่กระบวนการสร้างรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย ได้แก่ ปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยด้านพฤติกรรม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักเข้าสู่กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อแสดงความคิดเห็น และให้ข้อเสนอแนะต่อการนำปัจจัยที่ได้รับการคัดเลือกเพื่อสร้างองค์ประกอบของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัยที่เหมาะสมทั้งในระดับผู้สูงอายุ ระดับนักวิชาการ และระดับผู้บริหาร โดยมีข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังรายละเอียดในขั้นตอนที่ 2

1.2 การสร้างรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

ขั้นตอนนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) การสร้างรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย เพื่อดำเนินการจัดการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) การเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักผู้ให้ ข้อมูลที่มีภูมิหลังคล้ายคลึงกัน (Homogeneous Focus Group Discussion) โดยแบ่งกลุ่มผู้ให้ ข้อมูลหลักออกเป็น ทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่

1) ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในจังหวัดสุโขทัย (Focus group Elderly: FGE) 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ โรงพยาบาล/ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาลเมือง/ เทศบาลตำบล/ องค์การบริหารส่วนตำบล) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมอย่างเป็นทางการหลักสูตร 70 ชั่วโมง (Caregiver) และผู้นำชุมชน (Focus group Public health officer: FGPHO) และ 3) ผู้ดูแลระดับครอบครัว ได้แก่ พี่ น้อง ญาติ ลูก คนในครอบครัว (Focus group Family: FGF)

ผลการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่า ปัจจัยนำเข้าที่ได้รับคัดเลือกเป็นองค์ประกอบของร่างรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย จำนวน 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านชีววิทยา 2) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและด้านสังคม 3) ปัจจัยด้านพฤติกรรม และ 4) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน มีทั้งหมด 6 ตัวแปร ประกอบด้วย ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง ความเพียงพอของรายได้ การนอนหลับ การเคลื่อนไหวออกแรง พื้นลื่น และพื้นที่ต่างระดับ และผู้ให้ข้อมูลหลักได้เพิ่มเติมเรื่องการใช้อุปกรณ์ในการเคลื่อนที่ การติดตามและประเมินผล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างให้มุมมองว่า โรคเรื้อรังเพิ่มความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ เนื่องจากโรคเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อทรงตัวและการมองเห็น หน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานท้องถิ่น จึงมีบทบาทในการให้ความรู้ทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแล โดยมีกิจกรรมจัดโครงการอบรมเพื่อให้เข้าใจถึงผลของโรคเรื้อรังต่อความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม เน้นการควบคุมโรคเรื้อรัง เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อทรงตัว มีการติดตามผลสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อประเมินความเสี่ยงเป็นระยะ การปรับพฤติกรรมการกิน การใช้ยาบางชนิดที่มีผลต่อระบบไหลเวียนเลือดที่ด้อยลงอาจทำให้เวียนศีรษะ หน้ามืด วูบ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวัง รวมไปถึงส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสม เพื่อเพิ่มความแข็งแรง ลดความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม ดังคำกล่าวดังนี้

“...ของท้องถิ่นคือมีการอบรมเหมือนกัน มีให้ความรู้ผู้สูงอายุเหมือนกัน แต่ว่าก็จะให้ความรู้กับผู้ดูแลควบคู่ไปด้วย เพราะว่าส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุจะอยู่กับผู้ดูแล พอมีกิจกรรมอันนี้ก็ให้ผู้ดูแลเข้ามาร่วมด้วย”

(FGPHO1, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 28 กุมภาพันธ์ 2568)

“...โรคเรื้อรังมีผลต่อการหกล้มอยู่แล้ว ก็ต้อง โรคเรื้อรัง เค้าเป็นโรคอะไรอะ เช่น เบาหวาน ความดันไซ้ปะ เราก็ต้องคุมโรคให้ได้ เพื่อไม่ให้เกิดโรคแทรก โรคแทรกของเบาหวานก็เช่น โรคตาไซ้ปะ เบาหวานขึ้นตา ตาไม่ดีก็ทำให้พลัดตกหกล้มได้ ก็คือต้องควบคุมให้ได้ การคัดกรอง ประเมินเรื่องเสี่ยงล้มก็ควรต้องมีอยู่แล้ว ก็ต้องมีโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ให้เขา เช่น ลดโรค ลดเค็ม ออกกำลังกายอะไรอย่างนี้อะ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนไม่ให้เสี่ยงที่จะเป็นโรคเรื้อรัง ไม่ให้เสี่ยงหกล้มก็ด้วยนะ”

(FGPHO4, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 28 กุมภาพันธ์ 2568)

“...คืออย่างเบาหวานมันก็มาในโรคร่วม ไชมันก็อาจจะจะมี ระบบการหมุนเวียนเลือด มันก็อาจจะแบบคือเหมือนไม่ค่อยจะดีเหมือนในกลุ่มวัยธรรมดาใจอาเนาะ ก็อาจจะมีการแบบว่า เวียนหัว วูบ ยาก็ด้วย ยาที่มีบ้างในการทรงตัว โครงการใน รพ.สต. ที่อาจจะเกี่ยวเนื่องกับการควบคุมโรคเรื้อรังของเขา อย่างอย่าง เช่น เบาหวานความดัน หรือไม่ถ้าเกิดว่า เออ ถ้าเกิดว่า สมมติว่าเป็นเรื้อรังด้วย เป็นสูงอายุด้วยก็อาจจะเพิ่มในเรื่องของการคนที่มาดูแลเขาเพิ่มขึ้นอย่างนี้ แล้วก็ต้องให้เขาตระหนักด้วยตัวของเขาเองด้วย ต้องสร้างความตระหนักแล้วก็คือระมัดระวังในเรื่องของการทำกิจกรรมต่าง ๆ ก็ค่อย ๆ ทำ ค่อย ๆ เป็น ค่อย ๆ ไป ไม่ใช่แบบว่า คือรีบไปซะทุกอย่างอะไรอย่างเงี้ย แล้วเสร็จแล้วนั่งอยู่แล้วลูก มันก็จะหน้ามืด เขาก็จะพลัดตกหกล้มได้”

(FGPHO5, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 28 กุมภาพันธ์ 2568)

“...ของพี่นี่มันจะต้อง เริ่มจากตัวเองก่อนอะ ที่จะต้องดูแลการกิน อันดับแรกอะ เพราะอะไรที่เรา อืม อันนี้อร่อยอะ เราก็จะกินเยอะ กินเยอะ ต้องทำโครงการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค แล้วเปลี่ยนพฤติกรรม ความใส่ใจก็ด้วย เยี่ยมบ้านก็ต้องสม่ำเสมอด้วย เยี่ยมบ้านเดือนละครึ่งก็จะดี”

(FGF1, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 5 มีนาคม 2568)

“...ก็ต้องไปหาหมอให้ตรงกับหมอนัดด้วยนะ พอหมอก็สำคัญบางทีกินยาผิดถูกเนาะ ไปเช็คให้มันใจก่อน อย่างยาเหลี่ยยา ยาไม่พอกิน เราก็ไม่รู้ว่าเค้ากินผิดกินถูกใจ หมอนัดก็ต้องมาทุกครั้ง มันจะได้คัดกรอง เช็คซ้ำ ได้เจอหมอดด้วย”

(FGF4, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 5 มีนาคม 2568)

“...ความดันกับไขมัน เวียนหัวหน้ามืดเลย เคยเป็นเซแบบต้องเกาะเลย ก็กินยาให้ตรงเวลา ยากินหลังอาหาร อย่างตอนเช้ามือเดียว แล้วเขางดไม่ได้ห rokok เค็มอะ กินข้าวก็คลุกน้ำแกงน้ำปลาเลย หัวเราะ กิจกรรมต้องมีการคัดกรองด้วย มันก็เกี่ยว ๆ นะ ที่ผ่านมามีแต่เอาคนไปให้ความรู้ที่อนามัยบ้างไรบ้าง เยี่ยมบ้านวัดความดันบ้าง ความดันต่ำสูงก็แนะนำเขาโดย CG หรือ อสม. เจ้าหน้าที่ด้วย เยี่ยมบ้านก็เดือนละครึ่ง ก็ไปวัดเขาก็แนะนำเค้าอย่างนั้นอย่างนั้น”

(FGF5, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 5 มีนาคม 2568)

“...เราก็ต้องไปให้ความรู้ โดยการทำโครงการ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอะ การเยี่ยมบ้านก็ช่วยได้ ให้ความรู้เรื่องการกิน การอาา ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การกินยาอะไรอย่างเนี้ยอะ ก็ต้องเยี่ยมเรื่อย ๆ เนาะ ให้ความรู้อย่างน้อยก็เดือนละ 1 ครั้ง ไปเยี่ยมอย่างน้อยก็เดือนละ 1 ครั้ง”

(FGF6, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 5 มีนาคม 2568)

“...ยายนะ มีทั้งเบาหวาน ความดัน ไปหาหมอทุก 2 เดือน 3 เดือนจำ น้ำตาลก็ขึ้น ๆ ลง ๆ อยู่ยั้ง หัวเราะ มะม่วงมั้งหมอ มันชื่นใจ บางทีก็น้ำหวานบ้าง ก็รู้ว่าจะมันไม่ดีหมอก็บอกอยู่ มันก็ควรปรับไอ้ที่เรากินนี่แหละจำ ถูกบ้างไม่ถูกบ้าง ”

(FGE1, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 31 มีนาคม 2568)

“...โอ้อายุเท่านี้แล้วหมอ เบาหวาน ความดัน โรคเกาต์ก็มีนะ ชอบเป็นเวียนหัว หมอก็คงให้ยาบ้างบางทีก็ซื้อกินเอง ไม่รู้หรือกว่ามันมีผลไอ้ผลข้างเคียง ไม่รู้หรือก ต้องให้หมอบอกจำ เราก็ต้องไปพอ ไปหาหมอตตามที่เขานัดเนาะ บางทีเขานะ ก็ให้ปรับยาบ้าง ยายขาบวมตีนบวม ไอ้ที่กินเม็ดเล็ก ๆ อะ ไม่ได้เลย ”

(FGE2, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 31 มีนาคม 2568)

ความเพียงพอของรายได้ กลุ่มตัวอย่างให้มุมมองว่า รายได้ไม่พอเพียงเป็นอีกปัจจัยสำคัญควรมีการส่งเสริมอาชีพและฝึกทักษะที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น การดอกไม้จันทน์ ทอผ้า จักสาน ทำกระเป่า ปักผ้าผกสวนครัว ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อเพิ่มรายได้ และลดความรู้สึโดดเดี่ยว เป็นการใช้เวลาว่างอย่างสร้างสรรค์ แต่ต้องคำนึงถึงข้อจำกัดด้านสุขภาพและความสมัครใจ ดังคำล่าวดังนี้

“...ทางท้องถิ่นก็เหมือนกันคะ ก็จะเป็นการส่งเสริมอา กลุ่มอาชีพของผู้สูงอายุจะมีโครงการอบรมทุกปีแต่ว่าแต่ละปีก็จะหมุนกันไปว่าปีนี้ทำอันนี้ทำอันนี้ที่ความต้องการของเขาแต่กลุ่มหลัก ๆ ก็จะมีของทำดอกไม้จันทน์ของหมู่ 8 แล้วก็ทอผ้าหมู่ 15 ไว้อะ ก็คืออยากให้ทางผู้สูงอายุที่เค้ายู่บ้านอยู่แล้ว ก็เป็นปลูกผักสวนครัว แล้วก็จะมีโครงการที่เอาผักสวนครว้นนั้นมาขายในตลาดของเรา”

(FGPHO1, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 28 กุมภาพันธ์ 2568)

“...มันก็ยากอยู่นะ หัวเราะ ยากมาก แต่ก็ถ้าทำก็คือชุมชนหารายได้เสริมไหม มีกลุ่มอะไรไหม เออ สมมติคนแก่ที่เขาก็ก็นั่งทำงานหนักไม่ได้แล้ว สร้าง หรือทำงานกลุ่มไหม กลุ่มดอกไม้จันทร์ กลุ่มอะไรอย่างเงี้ย ที่จักสาน กระเป่า อย่างตำบลปากแควก็จะมีกลุ่มจักสานกระเป่าไปขาย ตะกร้าไปขาย แบบนี้ดีไหม ก็คือช่วยเรื่องรายได้เนาะ เพราะเค้าขาดรายได้ อยู่แล้วด้วยการเจ็บป่วยของเค้า ก็จะเป็นการใช้เวลาเวลาว่างให้เป็นประโยชน์ด้วย”

(FGPHO4, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 28 กุมภาพันธ์ 2568)

“...ทำงานกับท้องถิ่นเค้าก็นั่นเฉพาะคนที่แข็งแรง คนที่ไปได้ ไปกลับได้ อะไรได้เขาก็ว่าเหมือนพนักงานหรืออะไรของเขาที่จะมาหาเราที่บ้านอะก็ไม่น่าจะมี ส่วนใหญ่ทางอบต. เขาจะมีรายชื่อแจ้งประกาศ แล้วก็จะมีประชุมอะ ของหมู่บ้านจะมีทุกเดือน แต่ถ้าประชาคมของผู้สูงอายุเนี่ยเขาจะมีรายชื่อจาก อบต. มาเลยว่ามีใครบ้าง เขาก็มีแจ้งเบี้ยผู้สูงอายุ เบี้ยผู้พิการให้ เขาจะแจ้งปีละ 1 ครั้งช่วง กันยา ตุลาคม หมู่บ้านพี่ก็มีกลุ่มครูพิมพ์ ทำจักสานอะไรนะ มันก็เป็นชมรมเป็นนั่นได้ ที่ทำก็มีกระถาง กระถ้ายอะ”

(FGF1, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 5 มีนาคม 2568)

“...พ่อพี่ทำงานก็ไม่ได้แล้ว ได้เบี้ยเบี้ยผู้พิการ สูงอายุ ได้จากท้องถิ่นเขาจะมีชื่อออกมา แล้วก็ประกาศหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน พี่ก็ไปทำอีกที ประชุมประจำเดือน ประชาคมก็มีแจ้งหรือไม่ก็บอกต่อ เขาจะแจ้งแล้วให้ไปลงทะเบียนไว้ทีนึงก่อน แต่ที่บ้านมีกลุ่มอยู่ ดอกไม้จันทร์ อะ เวลาขาย ก็จะมีคนมาซื้อ มาได้บ้างไม่ได้บ้าง เป็นหน่วยงานของพัฒนาการอะ อย่างมีคนมาสั่งทำ เราก็ทำขาย สั่งจากเพจไม่มีหน้าร้าน ตอนฝึกอะฝึกพร้อมกัน อย่างถ้าหมอตงอยากได้ของพี่ก็สั่งพี่เป็นคนไป มียายแจ้วเป็นประธานอย่างกลุ่ม กศน.ครูพิมพ์ ครูมะลิอะ ก็มีรายได้ให้คนแก่เขาทำได้นะ ถ้าเขาเอานะ หัวเราะ แต่ว่าหน้าร้านเราหายากนะ หาดตลาดยาก”

(FGF2, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 5 มีนาคม 2568)

“...จัดทำกลุ่มดอกไม้จันทร์จัดทำกับส้มมาชีพ อุปกรณ์การทำก็มีกองกลางไว้ ทำเป็นกลุ่ม ใครทำมาแล้วก็เซ็นชื่อ เอาดอกไปส่ง เขาคิดเป็นเปอร์เซ็นต์เป็นวันไม่ได้คิดเป็นดอก ใครไปมากครั้งก็จะได้เยอะหน่อย ให้ผู้สูงอายุทำมาเวลาไปเนาะ”

(FGF3, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 5 มีนาคม 2568)

“...อย่างของเรามีกลุ่มดอกไม้จันทร์อะ ผู้สูงอายุบางคนก็อยากไป บางคนก็ไม่อยากไป เหมือนกัน มีคนมารับซื้อ หรือมีคนสั่งมา อย่างเราทำกัน 1 ปีก็มีปันผลแบ่งกัน มีปันผลให้มาจากพัฒนากรอำเภออะ ที่บ้านนี้ขายออกไม่ทันเลย ตอนแรกก็มาสอนแล้วให้เราทำ พอเราทำก็มีคนมาสั่ง ไม่มีหน้าร้านหรอก ทำของใครของมันอันนี้อะ ที่บ้านนี้ออกไม่ทันเลย ได้มาก็ขายหมด เอาดอกไปส่งเขาก็ลงชื่อ เปอร์เซ็นต์เขาคิดเป็นวันเฉลี่ยปีนึงเราทำได้เท่าไรเขาก็คิดเฉลี่ย แล้วก็หักเข้ากองกลาง สมมติ 10000 นิง ค่าไว้กินอาหารซื้ออุปกรณ์อะไรอีก 1000 นิง ที่เหลือก็มาหาร ว่าเราทำได้เท่าไร ได้เยอะนะปีนี้จะ เกือบ 3000 อะ ผู้สูงอายุ ADL 5-11 เขาก็ทำที่บ้านเองได้เลย เราเอาไปให้เขาทำได้เราก็อยกมีหน้าร้านไว้ในกลุ่มนะ พวกจักสานอะ นิด สูงอายุมาทำแล้วก็แขวนหน้าร้านอย่างนั้นอะ อย่างหน้าร้านก็ให้อยู่ในศาลาหมู่บ้านแหละ”

(FGF5, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 5 มีนาคม 2568)

“...ยายก็นั่งทำดอกไม้จันทร์นี้แหละจ้ะ ทำที่บ้านเราเลย มีได้เล็ก ๆ น้อย ๆ เนาะ วันนึ่งก็ทำได้เยอะนะ แก่เปื้อนแก่งไปจ้ะ อสม.นะ เขามาชวนให้ทำ ก็เลยทำมันเล่น ๆ ไปจ้ะ”

(FGE,1 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 31 มีนาคม 2568)

“...ได้เงินสูงอายุแล้ว มันต้องประหยัด มากายภาพ มาหาหมอที่อนามัยก็ต้องจ้างสาม ล้อมา ถ้าไปโรงพยาบาลก็ 200 ค่ะ อยากให้มีรายได้เพิ่ม เราก็กะแล้วไม่รู้จะทำอะไรเนาะ เดิน ก็ไม่ถนัด ถ้าจะให้ทำ ดอกไม้จันทร์ ทำจักสาน ก็ทำไม่เป็นหรอก ต้องมีคนมาสอนเนาะ เห็น หมู่ 1 หมู่ไหนเขาทำกันจริงจิง”

(FGE3, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 31 มีนาคม 2568)

การนอนหลับ กลุ่มตัวอย่างให้มุมมองว่า ปัญหาการนอนหลับไม่เพียงพอ ควรมีการ ส่งเสริมการออกกำลังกาย การผ่อนคลายก่อนนอนด้วยการเปิดวิทยุ ทีวี ฟังพระ หรือพูดคุยเพื่อคลาย กังวล การปรับพฤติกรรมนอนให้เหมาะสม รวมไปถึงการประเมินปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง หาก ผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรัง โรคประจำตัว มีความเครียดและความกังวล ควรได้รับคำแนะนำ เพิ่มเติมหรือพบแพทย์ ดังคำกล่าวดังนี้

“...ของท้องถิ่นก็จะมีออกกำลัง แต่ออกกำลังกายเบา ๆ เหนื่อยก็จะได้ไปพักผ่อน จะได้ หลับสบาย”

(FGPHO1, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 28 กุมภาพันธ์ 2568)

“...อันนี้เรากี่ ถ้าอย่างสมมติว่าเค้ากังวลเรื่องอะไรเราก็ต้องเข้าไปพูดคุยกับเขานะ แล้วเราจะรู้สาเหตุ ให้เค้าเปิดวิทย์ ดูหนัง ฟังเพลง เปิดทีวีอะไรแบบเนี้ยเพื่อผ่อนคลาย”

(FGPHO3, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 28 กุมภาพันธ์ 2568)

“...เบื้องต้นก็ต้องดูว่าสาเหตุที่เค้านอนไม่หลับเพราะอะไรจากความเจ็บป่วยของโรคเขาไหม หรือว่าความกังวลในส่วนใดไหม เสร็จแล้วก็ค่อย พอเรารู้ว่าสาเหตุมาจากอะไรแล้ว ให้ในเรื่องของความดูแลตัวเอง ให้คำแนะนำดูแลเบื้องต้นให้เขา หรือให้เค้าเบี่ยงเบนความสนใจจากความกังวลอย่างเช่นว่า เค้าอาจจะกังวลเรื่องนี้อยู่ก็ให้เค้าไปอ่านหนังสือหรือไม่ก็ฟัง ฟังวิทยุ ผ่อนคลายไป พูดคุยกับเพื่อนอะไรประมาณเนี้ย ถ้ามันไม่ไหวจริง ๆ มันกังวลมาก กลับมาเราก็ต้องปรึกษาหมอ ถ้าเค้าเป็นมากไม่ไหวกังวลมาก นอนไม่ได้เลย ก็ต้องเข้าหาหมอ อาจจะต้องใช้ยา”

(FGPHO5, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 28 กุมภาพันธ์ 2568)

“...เราต้องแนะนำญาติเขาด้วย ให้เค้าช่วยบอก หรือเป็นคนเปิดวิทย์ ธรรมะให้เขาฟัง”

(FGF3, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 5 มีนาคม 2568)

“...ให้ฟังธรรมะ อ่านหนังสือ ธรรมะก่อนนอน ให้เกิดการผ่อนคลาย เมื่อก่อนก็มี CG เอาวิทยุไปให้ที่บ้านนะ เอาไว้คอยเปิดให้พ่อฟังฟังธรรมะ แต่คนแก่ที่บ้านอะ เขานอนหลับดีอยู่แล้วพอมันฟังเราก็อธิษฐานให้เขาใหม่ บางทีเค้าก็เปิดของเขาเองได้”

(FGF4, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 5 มีนาคม 2568)

“...ต้องไม่ให้เค้านอนกลางวันเยอะ ต้องให้มีคนแนะนำเค้าให้ญาติเปิดให้ฟังธรรมะพวก CG อะหมอ”

(FGF6, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 5 มีนาคม 2568)

“...แต่ก่อนก็กินยาเรื่อยแหละ ขอหมอที่อนามัย มีชื่อกินเองบ้าง ไม่รู้เป็นไรนอนไม่หลับเนาะหมอ หัวเราะ เราก็น่าจะต้องเปลี่ยนพฤติกรรมตัวเองเนาะ พยายามไม่นอนกลางวัน”

(FGE2, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 31 มีนาคม 2568)

“...เปิดวิทยุฟังเพลงบ้าง พระบ้างจ้า ก็ไม่ยากกินยาบ่อย”

(FGE4, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 31 มีนาคม 2568)

การเคลื่อนไหวออกแรง กลุ่มตัวอย่างให้มุมมองว่า การการเคลื่อนไหวออกแรงและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้สูงอายุ ให้มีสุขภาพที่แข็งแรง โดยการจัดกิจกรรมกลุ่มให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วม เป็นการส่งเสริมและให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องประโยชน์ของการออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวออกแรง โดยแสดงให้เห็นว่าการการเคลื่อนไหวออกแรง จะช่วยควบคุมโรคและเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดี รวมไปถึงการสาธิตการการเคลื่อนไหวออกแรงและออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในแต่ละบุคคล ดังคำกล่าวดังนี้

“...ของท้องถิ่นจะมี อ่า ชมรมผู้สูงอายุอยู่แล้วคะเราก็พยายามจะนัดเขามารวมตัวกัน ทำกิจกรรมสันทนาการ ร้องรำทำเพลงบ้าง ก็อาจจะเดือนละครั้ง หรือ 2 ครั้งถ้ามีกิจกรรมเพิ่ม ก็จะเป็นเดือนละ 2 ครั้ง ”

(FGPHO1, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 28 กุมภาพันธ์ 2568)

“...ให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ให้เขารู้ว่ามันทำแล้วดีต่อเขา ยังไง เรื่องทำถูกทำถูกทางก็มีผล ทำผิดก็เสี่ยงเจ็บได้เหมือนกัน แล้วก็ต้องมีการติดตาม ประมวลผลด้วย จะได้กระตุ้นให้เขาทำบ่อย ๆ ”

(FGPHO3, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 28 กุมภาพันธ์ 2568)

“...กิจกรรมก็ต้องมีกลุ่ม จัดกลุ่ม ให้ทางองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ภาครัฐเครือข่าย มีสถานที่ให้เขาออกกำลังกาย เช่น รำกระบี่กระบอง หรืออะไรที่เขาสามารถ ผู้สูงอายุอะที่เขาสามารถเคลื่อนไหวได้ เพิ่มความแข็งแรงในร่างกายของเขา มันก็จะไปตามสเตปเลย ก็จะควบคุมโรคได้ดีเนาะ การออกกำลังกาย”

(FGPHO4, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 28 กุมภาพันธ์ 2568)

“...ก็ต้องชี้ให้เห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย คือถ้าเค้าทำแล้วจะเกิดประโยชน์กับเขาอย่างไร แล้วโรคที่เค้าเป็นอยู่มันจะช่วยให้เขาดีขึ้นยังไง เปิดคลิปสอนออกกำลังกายพื้นฐานง่ายๆ อาจจะเป็นรายบุคคลก็ได้ในรายที่เราออกเยี่ยมบ้านติดต่อกันหรือการติดตามผู้ป่วย”

(FGPHO5, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 28 กุมภาพันธ์ 2568)

“...โอ้โฮ ไม่ออกเลย ต้องให้หมอละมั่ง หมอน่าจะบอกได้”

(FGF3, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 5 มีนาคม 2568)

“...ก็ชี้เกียจอะ เวลาให้ทำ ก็บอกชี้เกียจ บอกให้ทำ ให้ทำ ก็ไม่ทำชี้เกียจ เว้นวันสองวันไป ก็จะไม่บอกเรื่อยให้ทำพอให้ลูกเดินก็ไม่เดิน เขาก็กลัวไข้ไหมละ พอลูกหลานบอกจะเดินทำไมเล่า เขาก็ไม่เดิน เขาก็เลยชี้เกียจ แล้วโรคอันนี้มันชี้เกียจด้วยอะ บางทีญาติพี่น้องเองเขาไม่ค่อยกระตุ้นจะต้องไปสอนเขาให้ทำสิ ยกสิ บางทีเขาก็ชอบลากแบบนี้ ต้องให้หมอ CG อสม. หรือใครก็ได้ ให้สอนให้เขามีกำลังแขนกำลังขาจ๊ะ”

(FGF5, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 5 มีนาคม 2568)

“...เออเขากลับ คนคู่มันก็บอกว่าอย่าทำ ทำแบบนี้มันแบบนี้ไม่ได้มันต้องคอยบอกคอยกระตุ้นให้กัน แนะนำในการเดิน การทรงตัว อะไรแบบนี้อะ ให้คอยกระตุ้นเขาเรื่อย ๆ โดยให้ผู้ดูแลเป็นหลักเลย อยากให้หมอคอยกระตุ้น หมอเขาจะเชื่อมากกว่าเรา”

(FGF6, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 5 มีนาคม 2568)

“...ป้าก็ไม่อยากออกกำลังกายเลย ไม่กล้าเดินจ๋า ต้องมีคนคอยพาไปจ๋า ขาไม่มีแรงด้วย ไรด้วย เดินไม่ค่อยไหว ขามันแข็ง”

(FGE2, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 31 มีนาคม 2568)

“...ต้องให้ลูกพาไปจริง ๆ แหะละ เขาก็ไม่ค่อยจะว่าง คอยทำงานนะ เกรงใจเขา ถ้ามีเพื่อนชวนกันออกก็ดี เหมือนมาอนามัยมีเจอเพื่อนก็ได้คุยกันค่ะ ”

(FGE5, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 31 มีนาคม 2568)

พื้นลื่น กลุ่มตัวอย่างให้มุมมองว่า เรื่องพื้นลื่น จำเป็นต้องปรับปรุงบ้านให้ปลอดภัย เช่น ติดแผ่นกันลื่นในห้องน้ำ ใช้กระเบื้องกันลื่น โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและหน่วยงานท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนงบประมาณในการปรับปรุงบ้านของผู้สูงอายุ รวมไปถึงการดูแลใกล้ชิดจากครอบครัว โดยเฉพาะช่วงเวลากลางคืน ดังคำกล่าวดังนี้

“...เรื่องของพื้นลื่นต้องใช้แผ่นกันลื่น แผ่นยางในห้องน้ำ ของท้องถิ่นเนี่ยจะมี ขอสนับสนุนงบประมาณในการปรับสภาพบ้านของผู้สูงอายุแล้วก็ผู้พิการอยู่แล้วละ งบประมาณนี้ก็ขอจากอบจ. และพมจ. หลังนี้ก็จะประมาณ 20,000 ถึง 40,000 บาท แต่จะเน้นในส่วนของผู้ยากไร้จะเป็นส่วนใหญ่ ในการของงบประมาณอันนี้เราก็ต้องสำรวจคะ สำรวจ อาจจะมาจากผู้นำชุมชน ส่งรายชื่อมา แต่ว่าทั้งนี้ทั้งนั้นเจ้าของงบประมาณก็ต้องอยู่ในดุลพินิจด้วยว่า จะให้หรือไม่ให้ของงบประมาณอนุมัติเสร็จปั๊บ เจ้าของคงไม่ไปหาช่างอะไร เพราะมันจะไม่รวมค่าช่าง อบต. ก็จะสนับสนุนของแรงงานเข้าไปช่วยที่นั่นคะ”

(FGPHO1, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 28 กุมภาพันธ์ 2568)

“...ก็อย่างพื้นลื่นอะ มันแก้ยากเนาะ ก็ชาวบ้านเค้าปลูกกระเบื้องไว้แล้ว แล้วก็หาปัจจัยที่มัน อะไรนะที่กันลื่น เค้ามียางกันลื่นนะ แต่ในห้องน้ำที่มันลื่นเสี่ยง อ่างล้างหน้าล้างตาที่มีน้ำหยดเนี่ยแผ่นกันลื่นก็อาจจะช่วยได้ในระดับหนึ่งเพื่อป้องกันไว้”

(FGPHO4, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 28 กุมภาพันธ์ 2568)

“...อ่า อย่างผู้ป่วยผู้สูงอายุอะไรอย่างเนี่ย ถ้าคนที่ระดับ พอที่เค้าจะมีเงินเยอะอะไรแบบนี้คะ ลูกหลานมีเงินเยอะ ดูแลได้ ก็ต้องปรับพื้นให้มันไม่ลื่น หรือไม่ก็ถ้าสมมุติว่า เล็กน้อยพอที่จะปรับได้ก็อย่างเช่น พื้นกันลื่นหรือตรงไหนที่มันเป็นระดับ เราก็หาอะไรที่มัน สะดวกง่าย ๆ เดือนให้เขาระวังว่าตรงนี้น้ำมันระวางหกล้มเป็นพื้นที่ต่างระดับนะ เราอาจจะต้องมีโครงการที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุอะ ก็เสริมในเรื่อง สอนในเรื่องของการดูแลพวกผู้สูงอายุให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุเขาด้วย”

(FGPHO5, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 28 กุมภาพันธ์ 2568)

“...เน้นลูกหลานดูแลใกล้ชิดหน่อยอย่าทิ้งปล่อยให้อยู่ลำพังในเวลากลางคืนอะไรแบบนี้ ก็ขอใกล้ชิดหน่อย”

(FGPHO6, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 28 กุมภาพันธ์ 2568)

“...พื้นลื่นก็เอาพื้นหยาบ ๆ อ่า กันลื่น งบพม. นี้นะ ข้อแม้นี้นะเยอะมาก ข้อแม้นี้เขาจะคือ อย่างนี้ก็ได้ อันนี้ก็ได้ ที่นี้คนทำ พอเองมาปั๊บ เขาไม่เน้นที่จะว่า จะต้องให้จ่ายหรือจะต้องอะไรอะ คุณจะต้องให้เจ้าของบ้าน จะต้องให้ญาติให้อะไรทำ แล้วที่นี้ญาติก็ทำไม่เป็น กิจกรรมที่ทำได้ถ้าขอได้เราก็ต้องขอเขาอะ แล้วก็การสร้างความเข้าใจกับผู้นำเนี่ย อันดับแรกเลยกับผู้นำอะ บางคนเขาก็จะเข้าใจแต่ไม่ทำ แต่บางคนถ้าถูกทำก็คือเหมือนกับเจ็บตัว ต้องควักของตัวเองเงี้ย เค้าก็ไม่อยากทำ ให้ปรับทัศนคติของผู้นำ ให้จัดประชุม ประชาคม เพื่อ

พูดคุยกดกลางกันทำความเข้าใจกันทั้งหมดบ้านอะ เนี่ยพอเราทำไปถึง พม. ปูบ พม.ก็ต้องตีกลับมา อบต. อะ อบต.ก็ตีกลับมาในพื้นที่อะ แล้วก็มาจากของ พอช. ที่พี่ไปทำของบ้านพอเพียงไง อันนั้นก็เหมือนกัน ของภาคประชาชน อันนั้นเราจะขอได้ ห้องน้ำที่ซ่อมแซมอะไรนะ”

(FGF1, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 5 มีนาคม 2568)

“...ใช้ไม่มีเงินซ่อม ก็ต้องให้ความรู้เรื่องพื้นดิน แผ่นกันลื่นก็สำคัญนะ อยากให้มีกิจกรรมสร้างความรู้นะ พวกสิ่งแวดล้อมภายในบ้านนอกบ้านอะ ไอ้เรี่ยรายไม่หอรอก ไม่ได้ทำผ้าป่า 10 20 50 แล้วแต่คนจะให้อะ ถ้าใครไม่มีวง ไม่มีอุปกรณ์ก็ช่วยกันคนละ 10 20 ไปซื้อปูนซื้อไม้”

(FGF2, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 5 มีนาคม 2568)

“...พื้นดินเราก็ต้องระวังมากขึ้นะ ถ้าให้ซ่อมแซมมันก็ทำได้นะ แต่ไม่มีเงินอะ ต้องช่วยกันเรี่ยรายอุปกรณ์ต่าง ๆ ในชุมชน”

(FGF4, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 5 มีนาคม 2568)

“...เมื่อเดือนกว่าแล้ว ยายก็ล้ม ที่ครัวมันมีน้ำอยู่มันลื่น น้ำมันหยด ยายก็มองไม่เห็นมันก็ลื่น ลื่นแต่ก็ไม่ได้ถึงหัวลง ท้าวไว้ ในห้องน้ำก็เคยนะ ในห้องน้ำไม่มีกันลื่นไหนหอรอกเป็นพื้นธรรมดาเนี่ยแหละ เป็นกระเบื้องอะ มันทำไว้นานแล้วอะเนาะ ต้องคอยระวังเอา คงต้องให้หลวงช่วยเนาะ ”

(FGE1, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 31 มีนาคม 2568)

“...มันเข้าห้องน้ำอะ ถลาเข้าไปมันลื่น พื้นมันเปียกด้วยหนู ต้องจับนู้นจับนี้ พิงผนังไว้ไปเรื่อย เวลาเดินก็คอยจะเซ ต้องมีไม้เท้าอันนี้ไปด้วย อันนี้ก็ได้จากอนามัยนี้แหละหมอเขาทำเรื่องให้ มีไม้เท้ามีช่วยเราได้จริง ๆ นะหมอ เจอพื้นลื่นพื้นไรเราก็ยังมั่นใจบ้างเอ็ง หรือใช้ไอ้ที่เป็นยาง ๆ กันลื่นก็ได้หมอ แต่ให้ซ่อมพื้นเลยต้องมีเงินด้วย ”

(FGE3, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 31 มีนาคม 2568)

พื้นที่ต่างระดับ กลุ่มตัวอย่างให้มุมมองว่า พื้นที่ต่างระดับ จำเป็นต้องปรับปรุงบ้านให้ปลอดภัย เช่น ใช้สัญลักษณ์แยกพื้นที่ต่างระดับ ใช้สติ๊กเกอร์เตือน หรือปรับปรุงพื้นบ้านที่เป็นต่างระดับ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและหน่วยงานท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนงบประมาณในการปรับปรุงบ้านของผู้สูงอายุ รวมไปถึงการดูแลใกล้ชิดจากครอบครัว ดังคำกล่าวดังนี้

“...กำลังนึกอยู่ หัวเราะ ก็อย่างที่พี่อ้อบอกอย่างทั้งคนไข้อย่างทั้งพ่อแม่เพราะว่าคือผู้สูงอายุถ้าเค้าเป็นอย่างเงี้ยเค้าจะมีภาวะที่วาก็ชอบดื้อชอบรำเนี่ยเพราะว่าเค้าคิดว่าเค้าทำเองได้ก็ขอให้ใกล้ชิดหน่อย แล้วมันต้องมีไอ้อะไรนะ ไอ้สติ๊กเกอร์สีเหลืองดำนะไว้เตือนได้นะ”

(FGPHO3, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 28 กุมภาพันธ์ 2568)

“...ความเสี่ยงเช่นรวบับได้นั้นต่างระดับต้องมีสัญลักษณ์ให้เค้าเลยให้เค้าระวังเพราะตาไม่ดีอยู่แล้วสูงอายุนะทำสัญลักษณ์ให้เขา ไม่ต้องเน้นสูงอายุนะ หัวเราะ มันก็อาจจะหกล้มได้เราก็ต้องให้ความรู้เขาด้วย สร้างความตระหนักให้เขาคอยระวัง เราก็ต้องปรับสิ่งแวดล้อม อย่างเรื่องสีมันจะเหมือนกันเนาะบันไดอะ คนแก่ก็ไม่ว่างเรื่องหกล้มอันนั้นบันไดอะไรแบบนี้เพราะว่าไม่ดี”

(FGPHO4, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 28 กุมภาพันธ์ 2568)

“...อา อย่างผู้ช่วยผู้สูงอายุอะไรอย่างเนี่ย ถ้าคนที่ระดับพอที่เค้าจะมีเงินเยอะอะไรแบบนี้อะคะ ลูกหลานมีเงินเยอะ ดูแลได้ ก็ต้องปรับพื้นที่มันไม่ลื่น หรือไม่ก็ถ้าสมมุติว่าเล็กน้อยพอที่จะปรับได้ก็อย่างเช่น พื้นกันลื่นหรือตรงไหนที่มันเป็นระดับ เรายังหาอะไรที่มันสังเกตง่าย ๆ เตือนให้เขาระวังว่าตรงนี้น้ำมันระวังหกล้มเป็นพื้นที่ต่างระดับนะ เราอาจจะต้องมีโครงการที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุอะ ก็เสริมในเรื่อง สอนในเรื่องของการดูแลพวกผู้สูงอายุให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุเขาด้วย”

(FGPHO5, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 28 กุมภาพันธ์ 2568)

“...พื้นมัน มันต่างระดับด้วยเนาะ สิ่งแวดล้อมก็สำคัญนะ บางบ้านก็รก เหม็น ถ้าต้องซ่อมพื้นกันมันต้องเอาช่างประมาณมาช่วยอะ เราน่าจะต้องให้ชุมชนมาช่วยกัน ให้ประชุมกันสร้างความเข้าใจกัน สร้างกฎระเบียบให้ตรงกันไปเลย ผู้นำมันจะได้เข้าใจ แล้วเราก็จะได้เข้าไปในทางเดียวกันด้วยเนาะ ”

(FGF3, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 5 มีนาคม 2568)

“...เหยียบผ้าขี้ริ้วลีน บางบ้านก็ไม่ได้โบกปูนมันก็สะอาดได้ จะให้เขาซ่อมแซมรี บ้างจายเขาก็ไม่มีอะ บ้างจายไม่มีนี่สิจะซ่อมแซมยังงั้น พื้นต่างระดับเหมือนก็ต้องซ่อมแซมใหม่นั้นแหละ ทำทางลาดถ้าจะให้ พม. ช่วยก็ยาก ซ้อมแม่เยอะ ดูบ้านเขาก็รู้แล้ว อาจจะต้องทำรายการทำห้องน้ำให้ผู้สูงอายุ อย่างที่เคยทำให้ตำรวจในหมู่เราอะ อบต.อะ เขาเป็นคนเรียรายจากชาวบ้านให้ เรียรายไม่ได้ทำผ้าปาหรอก แล้วแต่ใครจะให้ ใครมีวง ใครมีหัวส้อมก็เอามาเจีย”

(FGF5, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 5 มีนาคม 2568)

“...จัดการโดยการซ่อมแซมก่อน พวกพื้นที่ต่างระดับ พื้นลื่นเราก็คงต้องไปหาไอ้พื้นลื่นแผ่นกันลื่น บ้านที่มีธรณีประตูนะมันต้องรื้อธรณีประตูอะ การซ่อมบ้านเราก็คงต้องพึ่งบพม.อะ ต้องพึ่ง เพราะผู้สูงอายุเขาไม่มีรายได้ด้วย แล้วก็ช่วยกันเรียรายชาวบ้านในชุมชนอะ”

(FGF6, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 5 มีนาคม 2568)

“...ที่บ้านนี้ก็ต่างระดับนะห้องน้มน้ำมันจะต่ำหน่อยนึง อยู่กะลูก 2 คน ลูกเขาก็เปิดคอยไปห้องน้ำให้ สะดุดบอยแต่ก็ไม่ถึงกะล้มลงไปนะ มันก็ต้องซ่อมใหม่หมด แต่ตุงตุงก็ไม่ค่อยมีเนาะ ลูกก็ทำงาน ถ้ามีงบให้จะดีมาก”

(FGE1, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 31 มีนาคม 2568)

“...สัก 5 หรือ 6 เดือนที่แล้ว อะเติม 6 เดือนแล้ว ล้มตรงที่ประตูบ้านเลย พื้นไม่เท่ากัน ป้าล้มตรงนะ ลุงมาช่วยดึงขึ้น มีประตุนั้นก็ต่ำกว่าพื้นบ้านด้วยอะ แก่ไข่มั่นก็ต้องใช้เงินจ้ะ น่าจะต้องมีงบให้กันเนาะ รายได้ก็ไม่ค่อยมีด้วยจ้ะ”

(FGE6, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 31 มีนาคม 2568)

อุปกรณ์ในการเคลื่อนที่ กลุ่มตัวอย่างให้มุมมองว่า จากการสนทนากลุ่มพบว่า อุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น ไม้เท้า walker หรือราวจับ เป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยมีบทบาททั้งในด้านการพยุงร่างกาย เพิ่มความมั่นใจในการเคลื่อนไหว และกระตุ้นให้เกิดการเคลื่อนไหวเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ อย่างไรก็ตาม การใช้อุปกรณ์ดังกล่าวยังขึ้นอยู่กับพฤติกรรม ความเชื่อ ความคุ้นชิน และแรงจูงใจของผู้สูงอายุ บางรายมีทัศนคติลบหรือรู้สึกว่าการใช้เวลานาน หนัก หรือไม่น่าดึงดูด ส่งผลให้ปฏิเสธการใช้งาน ทั้งนี้ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุยอมรับและใช้ประโยชน์จากอุปกรณ์ได้อย่างเหมาะสม จำเป็นต้องอาศัยบุคคลต้นแบบที่น่าเชื่อถือ เช่น บุคลากรสาธารณสุข หรือผู้มีประสบการณ์ตรง รวมถึงต้องพิจารณาสภาพแวดล้อมในบ้านและบริบทของแต่ละครอบครัวร่วมด้วย เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาวดังคำกล่าวดังนี้

“...อย่างไม้เท้าเงี้ย อย่างขามันไม่ไปอย่างนี้ใช้ไหม มันก็ทำให้เขามั่นใจ สีขาอันนี้คือก็ทรงได้เยอะว่าไม้เท้า ลูกขึ้นมันก็ง่ายกว่า เดินก็มั่นใจกว่าไม้เท้า มันก็ได้กระตุ้นสักนิดนึงอย่างตึงลอก เป็นกระตุ้นเป็นการฟื้นฟูอย่างนึงนะ อย่างนี้มันก็ต้องทำโครงการให้ความรู้จัดอบรมการใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ แล้วก็อาจจะต้องจัดซื้ออุปกรณ์ช่วยเดินมาจัดทำเป็นคลังที่ยืมที่บริจาคในชุมชน อันนี้ก็ดีเหมือนกันนะ จะได้ผลัดเปลี่ยนเวียนหมุนมาใช้กันได้”

(FGPHO3, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 28 กุมภาพันธ์ 2568)

“...อันดับแรกก็ต้องสร้างความตระหนักให้กับคนแก่ที่บ้าน คุณไม่ได้แข็งแรงเหมือนเมื่อก่อนแล้วคุณต้องถือไม้เท้าแล้วนะ คุณต้องใช้ walker ในการเดินอะไรแบบนี้ ที่tingไม่ได้เลย เรื่องสิ่งแวดล้อมอีกต่างหาก ก็ต้องดูเรื่องสิ่งแวดล้อมที่บ้านด้วย เรื่องอุปกรณ์มันน่าจะมึงบในการซื้อเนาะ ของที่ได้จากการบริจาคมานันก็เยอะนะ แต่บางอันก็แยเลยใช้ไม่ได้ เอาไปใช้ก็เสี่ยงหกล้มไปอีก หัวเราะ”

(FGPHO4, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 28 กุมภาพันธ์ 2568)

“...บางทีก็อาจจะดูในเรื่องของสภาพแวดล้อมของเขาด้วยว่ามัน อ่า มันเสี่ยงเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มไหม ภายนอกพวกไม้เท้า อุปกรณ์ที่ช่วยพยุงอะ สำคัญนะของพวกนี้อะ ช่วยให้เขาปลอดภัยได้เลย ก็ต้องมีโครงการที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุฟังฟังอะ อาจจะต้องเสริมในเรื่องของอุปกรณ์พยุง ช่วยเดินอะไรแบบนี้อะ ให้ดูแลพวกผู้สูงอายุให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุเขาด้วย ก็เห็นด้วยนะที่ทำเป็นที่ยืมอุปกรณ์ในชุมชน บางคนบ้านก็อยู่ไกล กว่าจะไปจะมา แยกสี่ขาไปด้วย ก็ลำบากหน่อย ถ้ามีที่ยืมในชุมชนได้คือดีเลยคะ”

(FGPHO5, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 28 กุมภาพันธ์ 2568)

“...อุปกรณ์สำคัญเอ็ง เหมือนกับว่ามันได้กระตุ้น ถึงชี้เกียจยังงี้ก็ยังพอได้ขยับบ้าง อย่างบ้านพี่หรือคนที่เขาทำมันได้ ราวเดินอีกอันนะที่สำคัญนะ มือยังได้จับ ได้คว้าได้ ก็ยังได้สาวไปได้ บางคนกลัวที่จะเดิน ไม่เอาไม้เท้าเลย ถ้าราวก็จะดีกว่า มันต้องมีไม้เท้า walker ราวเกาะ ยายดุมอะ walker นั้นก็ไม่เอาเหมือนกัน แต่เค้าจะเอากระบี่งี้ น้ำน่ะ คอยยกไป เดินยกไป อย่างนั้นอะยกได้อะเราต้องเลือกคนที่ไปคุย ถ้าเป็นหมอะได้ ต้องให้หมอคอยบอกเรื่อย ๆ อย่างของพี่ที่ดูแลอะ ถ้าแม่อาเนะเจ็บจะไม่ยอมทำเลย แต่ถ้าหมอหมู (พยาบาล) ไปนะทำได้”

(FGF1, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 5 มีนาคม 2568)

“...มันก็เป็นพฤติกรรมของตัวเองอะ จะเปลี่ยนก็ยากอะพอมิที่ช่วยเดิน ไม้เท้า แต่พอมิจริง ๆ walker ก็ไม่ใช่หอรอก ไม่เอา บอกเดินได้ (หัวเราะ) ล้มไปแล้วแหละถึงจะรู้ ที่บ้านอย่างนั้นที่บ้านพี่เขาไม่ยก walker เขาจะใส่ไปเลย เขาชี้เกียจ เขาถนัดเขามั่ง เขารู้ว่าต้องยกก่อนเขาไม่ทำ เขาบอกว่ามันหนัก คนแก่อะ 86 แล้วเพราะความเคยชินของเขามากกว่าเรา ต้องเลือกคนที่ไปคุย ให้ลูกเป็นอสม.อีก ูกก็ไม่เชื่อ มีอุปกรณ์นะ แต่ไม่ค่อยใช้”

(FGF2, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 5 มีนาคม 2568)

“...กลับออกจากโรงพยาบาลแล้วล้มอีกนะ เขาจะเกาะรถเข็นพุงตัวเดิน ไม่เคยต้องปล่อยมือเดิน คือต้องมีที่ช่วยให้เขาเดิน พุงตัวเขาไปด้วย พวกเราเข็น ขึ้นเดินไม่ได้ อุปกรณ์ช่วยเดินนี้มันสำคัญ ถ้าไม่มีก็แย่เลย คนดูแลก็อึดอัดกันไม่ไหว พี่ก็จะไปเยี่ยมที่อนามัยอยู่ ไม่รู้มีไหม”

(FGF3, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 5 มีนาคม 2568)

“...คนหมู่ 4 อะ ล้มแล้วล้มอีก ก็ต้องมีคนดูแลอย่างใกล้ชิดอะ เราต้องคอยระวัง มีรถเข็น walker ไม่เท่า ให้ช่วยเดิน Walker อะอะไรจะหนักขนาดนั้น บางทีดิ้อ ไม่ยอมฟัง เราต้องเลือกคนที่ไปคุยที่เป็นความน่าเชื่อถือของเขาอะ คนที่เคยหกล้มอะ ว่าทำแบบนี้แล้วไม่ดี มันจะล้ม หรือทำอะไรแล้วดีขึ้นให้เขาไปบอกไปสอนถ้าเป็นหมออะได้ มีน้ำหนักมาก เชื่อถือได้เยอะ ให้หมอเยี่ยมบ้าน แล้วก็ให้คนที่ดีขึ้นแล้วไม่บอกนั้นแหละให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย การใช้อุปกรณ์ก็ด้วยนะ ไปเยี่ยมบ่อย ๆ ต้องให้คนคอยกระตุ้นอะ ต้องคอยกระตุ้นให้ทำแบบนี้ ๆ แนะนำแนะแนวไป”

(FGF6, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 5 มีนาคม 2568)

“...เดินนี้แหละต้องระวัง ใช้ไม้เท้า เป็นไม้ เป็นสี่ขาที่มี ได้จากหมออนามัยเขาให้ ตอนนั้นไปกายภาพพอดีจะหมอ หมอเขาก็ถามว่าอยากได้ไม้เท้าไหม เราก็อยากเอ็ง หัวเราะ หมอเขาก็ให้เดินไปกลับสัก 10 ก้าวอย่างงี้แหละมั่ง แต่ก่อนไม้ก็มี ทำเอง บางทีก็ใช้ บางทีไม่มีก็เกาะผนัง เกาะโต๊ะไปเรื่อย”

(FGE1, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 31 มีนาคม 2568)

“...เดินเองไม่ได้แล้ว ขาไม่มีแรง อยู่บ้านก็กระเียบเอา ไม่กล้าเดินเลยตั้งแต่หกล้ม ไม่มีไม้เท้าหรือที่บ้าน ใช้กระเียบเอา”

(FGE2, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 31 มีนาคม 2568)

“...เดินมันก็เดิน ค่อยจะเซอย่างเจ็ยอะ ต้องใช้ไม้ ไม่ได้ใช้ ก็เอาโต๊ะ โต๊ะนะ เออ ก็เอาโต๊ะยันไป ก็เซ ตอนนั้นเดินไปก็ล้ม ไม่ได้ใช้ไม้หรือ กลัวล้มเอ็ง ก็ต้องถือไม้ 4 ขาไว้ เวลาเดินก็ต้องระวัง ระวังจริงเลย”

(FGE5, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 31 มีนาคม 2568)

การติดตามและการประเมินผล กลุ่มตัวอย่างให้มุมมองว่า การติดตามและประเมินผลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) และทีมสหวิชาชีพ มีบทบาทร่วมกันในการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยเดือนละครั้ง เพื่อติดตามสุขภาพ ให้ความรู้ด้านการดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม การใช้อุปกรณ์เคลื่อนที่ปลอดภัย และการใช้ยาอย่างถูกต้อง นอกจากนี้ยังประเมินปัจจัยเสี่ยงภายในบ้านและสภาพแวดล้อม การคัดกรองภาวะโรคเรื้อรังและอาการแทรกซ้อนซึ่งอาจเป็นสาเหตุของอาการเวียนศีรษะและเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยการให้คำแนะนำต้องให้บุคคลที่ผู้สูงอายุเชื่อถือ เช่น บุคลากรสาธารณสุขหรือผู้ที่มีประสบการณ์ตรง เพื่อให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง รวมไปถึงการบันทึกข้อมูลเป็นระยะเพื่อวางแผนในการติดตามเยี่ยมครั้งต่อไป ดังคำกล่าวดังนี้

“...ของอบต. จะเป็นเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุอยู่แล้วซึ่งในการเยี่ยมมันก็จะมีสหวิชาชีพเหมือนกัน อย่างกองสาธารณสุขในอบต.ก็ไปด้วยเพราะเค้ามีรายชื่อของผู้ป่วยที่ติดเตียงอยู่หรือผู้ป่วยที่มีสภาวะพึ่งพิงอยู่แล้ว กลุ่มเป้าหมายของเราจะเป็นประมาณนี้ทั้งผู้ป่วยติดเตียงและผู้สูงอายุที่เป็นปกติที่ยากไร้ด้วยแล้วก็มี อสม.ไปด้วย อสม. ในพื้นที่ไปด้วย อย่างนี้ก็จะมาให้คำแนะนำ ในพื้นที่ บางทีไปเยี่ยมเราก็ได้ดูแลบ้านของเขาด้วยค่ะ ก็จะมีการประเมินบ้านก่อนเลย เราจะได้รู้รายละเอียดว่าต้องซ่อมแซมบ้านตรงไหนบ้าง แล้วก็รวบรวมข้อมูลดำเนินการต่อไป”

(FGPHO1, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 28 กุมภาพันธ์ 2568)

“...เราก็ต้องเข้าไปช่วยเขา แนะนำเขาแนะนำ ให้ดูแลสุขภาพอาหารการกิน เรื่องเบาหวาน ว่าอย่ากินแป้งเยอะ น้ำตาลเยอะ เราก็ต้องให้เขาลดให้ได้ ดูการกินยา วันไหนนัด เราก็คอยถามคอยเช็คคอยสังเกตเขาว่าไปตรงนัดไหม ช่วยทำกายภาพที่เขาทำได้อะ ให้เขาการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสูงอายุของเขาอะ เรื่องอุปกรณ์ใช้ผิดใช้ถูกก็ด้วยนะ จิตใจก็สำคัญเราต้องไปฟื้นฟูเขา เราไม่ได้ใช้หมอเราก็ต้องเน้นเท่าที่เราทำได้ เรื่องการติดตามเยี่ยมบ้านถ้ามีหมอไปด้วยจะดีมากเขาจะรู้มากกว่าเรา อย่างพวกเอกสารที่ต้องเช็คต้องเขียนประเมินสุขภาพ ประเมินเสี่ยงล้มพี่ก็จะได้ถามหมดตรงนั้นเลย บางทีเอาจกลับมาถามก็ยังกับตัวเองอยู่ ต้องขอเขาอติวิธีโอ ถ่ายรูปเก็บไว้บ้างไม่นั้นลืมนะ แล้วก็อีกคน อย่างตาปะเขาดีขึ้นเลยนะจากติดเตียงตอนนี้ก็หัดเดินแล้ว มันก็เหมือนการติดตามเป็นระยะไปที่ก็จะเห็นเขานะดีขึ้นเลย”

(FGPHO3, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 28 กุมภาพันธ์ 2568)

“...เยี่ยมบ้านให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การดูแลตัวเอง การเฝ้าระวัง ป้องกันกัน เยี่ยมบ้านร่วมกับสหวิชาชีพ มันก็จะมีกายภาพก็จะไปดูแลเรื่องของการบริหารร่างกายแบบนี้ เนาะ บางทีก็อาจจะดูในเรื่องของสภาพแวดล้อมของเขาด้วยว่ามัน อ่า มันเสี่ยงเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มไหม เราไปเยี่ยมทีก็ได้เห็นได้ดูได้ประเมินเบื้องต้น ถ้าเคสไหนที่ต้องการความช่วยเหลือเราจะได้ช่วยประสาน โรงพยาบาลหรือท้องถิ่นได้ เช่น เรื่องอุปกรณ์ช่วยเดินพวกนี้ ที่เจอนะ ใช้ร่มนะ ใช้ขาร่มมาจับเดิน บางคนก็ใช้วิลแชร์นะ แต่สภาพคือยังโงะ คือไม่ได้เลยมันใกล้พังแล้วที่เหยียบก็ไม่มี ยางก็พังคะ อาจจะต้องมีอุปกรณ์พวกนี้ไว้รับรองให้มีการยึดการเดินของพี่ที่ประมาณนี้”

(FGPHO5, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 28 กุมภาพันธ์ 2568)

“...เยี่ยมบ้านก็ต้องสม่ำเสมอด้วย เยี่ยมบ้านเดือนละครั้ง พี่ก็อยากให้หมอมาเยี่ยมบ่อย ๆ นะ เพื่อบางทีเราทำอะไรไม่ถูกก็จะได้ถามเนาะ มันก็นั่นใจว่าถ้ามีหมอมา อย่างอีกคนที่พี่ดูแล พี่จะได้เยี่ยมเขา ไปประเมิน ADL เขา ว่าอยู่ระดับไหน อย่างบางเคสที่พี่ดูแลเนะก็จากกลุ่ม 3 ไอ้ที่เดินไม่ได้ก็มาเปลี่ยนเป็นกลุ่ม 1 เลยนะ ไม่พูดคุยกัน ”

(FGF1, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 5 มีนาคม 2568)

“...ก็ต้องให้หมอเยี่ยมบ้าน ก็เดือนละครั้งก็ยังดี ก็ไปวัดความดันเขาหน่อย แล้วก็แนะนำให้เขาอย่างนั้น อย่างเวลาเดินไปไหนใช้ไม้เท้าพาไป เขาจะได้ทำถูก จะได้กระตุ้นเขาด้วยให้ทำตาม ขนาดมีลูกเป็น อสม. อยู่แล้วเนาะ ยังไม่เชื่อกันเลย อาศัยให้พี่บอกอย่างเดียวแกไม่ค่อยเชื่อ หว่าเราดูบ้างไรบ้างเนาะ อีกอันเอกสารที่หมอให้มาทำอะไร บางทีคนแก่ที่เป็น อสม. ด้วยกันเค้าก็ทำไม่ถูก ไม่รู้ตรงไหนยังงี้ แล้วยิ่งอีที่ทำในโทรศัพท์อีกทีนะไม่ได้กันเลย”

(FGF4, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 5 มีนาคม 2568)

“...เราก็ต้องไปให้ความรู้ โดยการทำโครงการ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอะ การเยี่ยมบ้านก็ช่วยได้ ให้ความรู้เรื่องการกิน การอ่าปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะนั่งจะนอนจะลุกก็ต้องมีเตียง จะได้ลุกง่าย การกินยาอะไรอย่างเนี้ยอะ ก็ต้องเยี่ยมเรื่อย ๆ เนาะ เยี่ยมบ้านเดือนละครั้ง ให้ความรู้อย่างน้อยก็เดือนละ 1 ครั้ง ไปเยี่ยมอย่างน้อยก็เดือนละ 1 ครั้ง เราต้องเลือกคนที่ไปคุยที่เป็นความน่าเชื่อถือของเขาอะ คนที่เคยหกละ ว่าทำแบบนี้แล้วไม่ดี มันจะล้ม หรือทำอะไร แล้วดีขึ้นให้เขาไปบอกไปสอน ถ้าเป็นหมออะได้ มีน้ำหนักมาก เชื่อถือได้เยอะ ให้หมอเยี่ยมบ้าน แล้วก็ให้คนที่ดีขึ้นแล้วไม่บอกนั้นแหละ ให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย การใช้

อุปกรณ์ก็ด้วย ไปเยี่ยมบ่อย ๆ ต้องให้คนคอยกระตุ้นอะ ต้องคอยกระตุ้นให้ทำแบบนี้ ๆ
แนะนำแนะแนวไป ”

(FGF6, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 5 มีนาคม 2568)

2. ผลการสังเคราะห์รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดสุโขทัย

องค์ประกอบและวิธีการ/กิจกรรมของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ร่วมกับการบูรณาการทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรค ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมีวิธีการ/กิจกรรมของร่างรูปแบบการจัดโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การเสริมสร้างการรับรู้และการจัดการสุขภาพ (Perception and Management)ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมการให้ความรู้และสร้างความตระหนักรู้ 2) กิจกรรมการประเมินและเฝ้าระวังความเสี่ยง

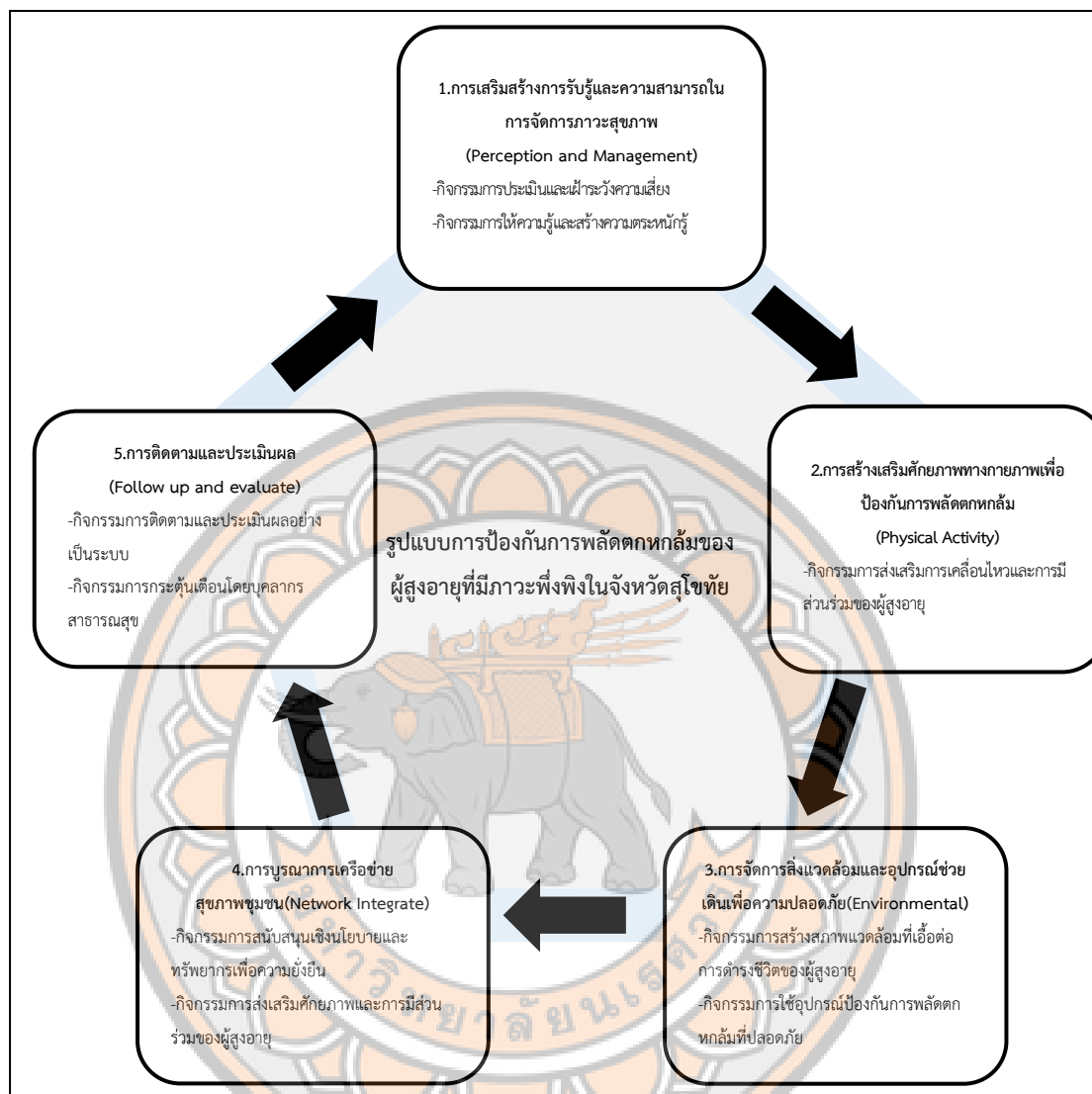
องค์ประกอบที่ 2 การสร้างเสริมศักยภาพทางกายภาพเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม (Physical Activity)ประกอบไปด้วย 1 กิจกรรม คือ กิจกรรมการส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ

องค์ประกอบที่ 3 การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย (Environmental) ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ 2) กิจกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันการพลัดตกหกล้มที่ปลอดภัย

องค์ประกอบที่ 4 การบูรณาการเครือข่ายสุขภาพชุมชน (Network Integrate)ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมการสนับสนุนเชิงนโยบายและทรัพยากรเพื่อความยั่งยืน 2) กิจกรรมการส่งเสริมศักยภาพและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ

องค์ประกอบที่ 5 การติดตามและประเมินผล (Follow up and Evaluate) ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบ 2) กิจกรรมการกระตุ้นเตือนโดยบุคลากรสาธารณสุข

จากการวิเคราะห์เนื้อหาการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) สามารถสร้างร่างรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การเสริมสร้างการรับรู้และความสามารถในการจัดการภาวะสุขภาพ 2) การสร้างเสริมศักยภาพทางกายภาพเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม 3) การจัดการสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์ช่วยเดินเพื่อความปลอดภัย 4) การบูรณาการเครือข่ายสุขภาพชุมชนและ 5) การติดตามและประเมินผล รายละเอียดดังภาพ 12



ภาพ 12 แสดงร่างรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพียงพียงในจังหวัดสุโขทัย

จากภาพ 12 ผู้วิจัยได้ดำเนินการสังเคราะห์ผลการวิจัยเป็นร่างรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพียงพียงในจังหวัดสุโขทัย โดยมีแนวคิดจากการผสมผสานผลการวิจัยระยะที่ 1 ผลจากการสนทนากลุ่มของผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 3 กลุ่ม ร่วมกับการบูรณาการทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งครอบคลุม 5 ประเด็นหลักอธิบายได้ ดังนี้

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) เน้นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแล ตระหนักถึงความรุนแรงของความเสี่ยง และ เชื่อมั่นว่าตนเองสามารถป้องกันได้ โดยมีการเชื่อมโยงกับกิจกรรมดังนี้ การให้ความรู้ อบรม สร้างความตระหนัก การออกกำลังกายและการดูแลตนเอง การพบแพทย์และการคัดกรองโรค การกระตุ้นเตือนโดยแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมอย่างเป็นทางการหลักสูตร 70 ชั่วโมง (Caregiver) และการมีตัวแบบ (Role Model) สร้างแรงบันดาลใจ

ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) การใช้เครือข่ายทางสังคม เพื่อสร้างพลังหนุนทางอารมณ์ ข้อมูล และการปฏิบัติจริง โดยมีการเชื่อมโยงกับกิจกรรม ดังนี้ การสร้างชมรมผู้สูงอายุ การติดตามเยี่ยมบ้านโดย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมอย่างเป็นทางการหลักสูตร 70 ชั่วโมง (Caregiver) สหวิชาชีพ การประชุมกลุ่ม การพูดคุยแลกเปลี่ยน และการสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น

การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation Theory) การมีส่วนร่วมของชุมชนตั้งแต่ต้นน้ำถึงปลายน้ำ เพื่อความยั่งยืน โดยมีการเชื่อมโยงกับกิจกรรมดังนี้ การประชุม ประชุมกลุ่ม การระดมทรัพยากรในชุมชน เช่น โครงการบ้านพอเพียง การปรับสภาพแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น การสร้างนโยบาย กฎระเบียบ ร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการสร้างความตระหนักต่อปัญหาในระดับชุมชน

ทำกิจกรรมให้ครอบคลุมทั้ง 5 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. ประเด็นด้านการเสริมสร้างการรับรู้และจัดการสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ ความตระหนัก และทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง การอบรมและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง การคัดกรองโรคเบื้องต้น การให้ข้อมูลเรื่องการนอนหลับที่เหมาะสม และการส่งเสริมการพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ เป็นกลยุทธ์ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถประเมินภัยคุกคามต่อสุขภาพของตนเองได้อย่างสมเหตุสมผล โดย ตระหนักถึงความรุนแรงของโรค และส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการจัดการโรค

2. ประเด็นด้านการสร้างเสริมศักยภาพทางกายภาพเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นปัญหาสำคัญที่สามารถป้องกันได้หากมีการเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกายอย่างเหมาะสม การเน้นการออกกำลังกายเป็นหลักโดยอาศัยกิจกรรมกลุ่มในชมรมหรือโรงเรียนผู้สูงอายุ ซึ่งไม่เพียงเพิ่มความสามารถทางกายภาพเท่านั้น แต่ยังช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจผ่านกลุ่มเพื่อนและบุคลากรทางด้านสุขภาพ ซึ่งทำหน้าที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคม การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองที่จะหลีกเลี่ยงอันตราย และความเชื่อในประสิทธิภาพของการตอบสนอง นอกจากนี้ การตั้งชมรมหรือโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นรูปแบบของการมีส่วนร่วมของชุมชนที่มีบทบาททั้งด้านกายภาพและจิตใจอย่างครบถ้วน

3. ประเด็นด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์ช่วยเดินเพื่อความปลอดภัย การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อความปลอดภัยเป็นกลไกเชิงป้องกันที่สำคัญในชุมชน โดยเฉพาะใน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม เช่น การติดตั้ง อุปกรณ์กันลื่น สัญลักษณ์พื้นที่ต่างระดับ การซ่อมแซมบ้านอย่างเหมาะสม รวมถึงการส่งเสริมการใช้ อุปกรณ์ช่วยเดินที่ปลอดภัย มีส่วนช่วยลดอุปสรรคและเพิ่มพฤติกรรมความปลอดภัยตนเอง เพื่อสร้างแรงจูงใจ ในการป้องกันภัยคุกคาม โดยอาศัยความร่วมมือจากญาติและผู้ดูแลทำให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคม อย่างเป็นรูปธรรม ขณะเดียวกัน การระดมทรัพยากรจากภาคประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สะท้อนถึงพลังของการมีส่วนร่วมจากชุมชนที่สามารถขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงได้อย่างยั่งยืน

4. ประเด็นด้านการบูรณาการเครือข่ายสุขภาพชุมชน การพัฒนาสุขภาพอย่างยั่งยืน จำเป็นต้องมีการบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน เพื่อสร้างเครือข่ายสุขภาพที่เข้มแข็งเป็น รากฐานของการพัฒนาสุขภาพแบบองค์รวม โดยการจัดทำนโยบายร่วม การจัดสรรงบประมาณจาก ภาครัฐ การประสานความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายต่าง ๆ รวมไปถึงการเปิดพื้นที่ให้มีการประชุมหรือ ประชาคมอย่างสม่ำเสมอเพื่อรับฟังเสียงของประชาชน ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการสร้างแรงจูงใจระดับ ชุมชนเพื่อการขยายขอบเขตจากระดับบุคคลสู่ระดับระบบสังคม และการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ และภาคเอกชนดังกล่าวทำหน้าที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่มั่นคง ในขณะที่การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วน ได้ส่วนเสียในชุมชน การความช่วยเหลือกันในระดับชุมชน ส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงและ ขยายผลได้ในระยะยาว

5. ประเด็นด้านการติดตามและประเมินผล การดำเนินการทำกิจกรรมเพื่อป้องกัน การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่สามารถประสบความสำเร็จได้หากไม่มีระบบติดตามและ ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ประเด็นนี้จึงครอบคลุมกิจกรรมการติดตามผลการดำเนินงาน การกระตุ้นเตือน ผู้สูงอายุโดยบุคลากรสาธารณสุข การประเมินประสิทธิภาพของแต่ละมาตรการ การปรับปรุงแผนให้ เหมาะสมกับบริบทที่เปลี่ยนแปลง และการบันทึกข้อมูลการติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยมีเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมอย่างเป็นทางการ หลักสูตร 70 ชั่วโมง (Caregiver) ทำหน้าที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยกระตุ้นและติดตาม พฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกันการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพในพื้นที่ยังสะท้อนถึง การมีส่วนร่วมของชุมชนที่เข้มแข็ง ช่วยสร้างระบบสนับสนุนแบบองค์รวมที่ยั่งยืน

ร่างรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัด สุโขทัย มีรายละเอียดรูปแบบดังตาราง 30

ตาราง 30 แสดงกิจกรรมตามร่างรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

องค์ประกอบ	วิธีการ/กิจกรรม
1. การเสริมสร้างการรับรู้และ ความสามารถในการจัดการ ภาวะสุขภาพ	1.1 กิจกรรมการประเมินและเฝ้าระวังความเสี่ยง 1) การคัดกรองโรคเรื้อรัง เป็นกิจกรรมการคัดกรองสุขภาพเพื่อประเมินความเสี่ยงโรคเรื้อรัง เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพระยะยาว 2) การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เป็นกิจกรรมการคัดกรองความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และสมรรถภาพทางการเคลื่อนไหวและความจำเป็นในการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินในผู้สูงอายุรายบุคคล 3) การพบแพทย์และการใช้ยา โดยการส่งเสริมการเข้าถึงบริการอย่างต่อเนื่องและความเข้าใจในการใช้ยารักษาโรคเรื้อรัง 1.2 กิจกรรมการให้ความรู้และสร้างความตระหนักรู้ 4) การให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อรังแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล โดยการจัดอบรมการให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง การควบคุมโรค การป้องกันโรคเรื้อรัง และส่งเสริมสุขภาพที่ดี รวมไปถึงการนอนหลับ การออกกำลังกาย 5) การสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นกิจกรรมรณรงค์สื่อสารสร้างความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ 6) การมีตัวแบบหรือผู้แทนในการสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพและป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้ม
2. การสร้างเสริมศักยภาพ ทางกายภาพเพื่อป้องกันการ พลัดตกหกล้ม	2.1 กิจกรรมการส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ 1) การให้ความรู้ด้านการเคลื่อนไหวที่เหมาะสม แนะนำการออกกำลังกายท่าทาง และกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) การสร้างชมรมผู้สูงอายุเพื่อการออกกำลังกาย ส่งเสริมการรวมกลุ่มและสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกายร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ 3) โรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อการเรียนรู้ เป็นการเรียนรู้ด้านสุขภาพในรูปแบบห้องเรียน สนุก เข้าใจง่าย
3. การจัดการสิ่งแวดล้อมและ อุปกรณ์ช่วยเดินเพื่อความปลอดภัย	3.1 กิจกรรมการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ 1) การให้ความรู้เรื่องการจัดสิ่งแวดลอมที่ปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การจัดอบรมให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดลอมที่ปลอดภัยและเหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งภายในและภายนอกบ้าน 2) การประเมินสิ่งแวดลอมที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม จัดกิจกรรมประเมินความเสี่ยงโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมไปถึงภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินสิ่งแวดลอมที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

ตาราง 30 (ต่อ)

องค์ประกอบ	วิธีการ/กิจกรรม
	3) การปรับปรุงบ้านและบริเวณให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ปรับปรุงโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน เช่น ติดตั้งราวจับ ปูพื้นกันลื่น ซ่อมแซมพื้นที่ชำรุดโดยการปรับพื้นที่ต่างระดับและทางเดินให้เรียบ รวมไปถึงการแนะนำการจัดวางสิ่งของภายในบ้านให้เหมาะสม โดยอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน และชุมชน 3.2 กิจกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันการพลัดตกหกล้มที่ปลอดภัย 4) ฝึกอบรมการใช้อุปกรณ์อย่างปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล ฝึกการขึ้น-ลงเตียง ใช้ Walker ไม่เท้า ฝึกทำการยืน เดิน ย้ายตัว เพื่อลดความเสี่ยงการหกล้ม สาธิตการใช้อุปกรณ์เสริมในบ้าน เช่น ราวจับ พื้นกันลื่น 5) การจัดหาอุปกรณ์ช่วยเดินและอุปกรณ์ป้องกันการหกล้มที่เหมาะสม เช่น ไม่เท้าหลายขา Walker แบบไม่มีล้อ Walker แบบมีล้อ อุปกรณ์พยุงเดินแบบพิเศษ (เช่น Walker มีเบรกสำหรับผู้มีแรงน้อย) สนับเข่า อุปกรณ์รองรับสะโพกกันกระแทก 6) การจัดตั้ง "คลังอุปกรณ์ชุมชน" ให้ยืมไม่เท้า walker อุปกรณ์รองรับสะโพกกันกระแทก หรืออุปกรณ์เสริมพร้อมคู่มือการดูแลรักษาอุปกรณ์ จากการขอรับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกองทุน LTC
4.การบูรณาการเครือข่ายสุขภาพชุมชน	4.1 กิจกรรมการสนับสนุนเชิงนโยบายและทรัพยากรเพื่อความยั่งยืน 1) การสร้างนโยบายและกฎระเบียบร่วมกับชุมชน เป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการกำหนดแนวทาง กฎเกณฑ์ และนโยบายที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น 2) การสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานภาครัฐ เป็นการประสานและสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานราชการเพื่อดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง 3) การระดมทุนและทรัพยากรจากชุมชนและภาคประชาชน ใช้กลไกชุมชน เช่น โครงการบ้านพอเพียง หรือกิจกรรมระดมทุน เพื่อเสริมการพึ่งตนเอง 4) การสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย เป็นการสร้างระบบความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ เช่น สาธารณสุข ท้องถิ่น เอกชน และประชาสังคม เพื่อสนับสนุนกิจกรรมในระยะยาว

ตาราง 30 (ต่อ)

องค์ประกอบ	วิธีการ/กิจกรรม
	4.2 กิจกรรมการส่งเสริมศักยภาพและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ 5) การสร้างกลุ่มส่งเสริมรายได้และจัดตั้งกองทุนชุมชนเพื่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจ เป็นการสนับสนุนการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมร่วมกัน และสร้างระบบการเงินในชุมชนเพื่อสนับสนุนกิจกรรมผู้สูงอายุและการสร้างรายได้ที่ยั่งยืน 6) การเปิดเวทีประชาคมเพื่อการมีส่วนร่วมในการวางแผน เป็นการจัดการประชุมเพื่อให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการเสนอแนวคิดและร่วมวางแผนพัฒนาชุมชน
5.การติดตามและประเมินผล อย่างเป็นระบบ	5.1 กิจกรรมติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบ 1) การติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นการส่งเสริมการเข้าถึงบริการเชิงรุก เพื่อให้คำปรึกษาการดูแลในชีวิตประจำวัน ติดตามสถานะสุขภาพ ติดตามผลการใช้อุปกรณ์และการหกล้มซ้ำรวมถึงการให้ความแนะนำเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย 2) การประเมินผลภาวะสุขภาพ ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มซ้ำ รวมถึงการประเมินสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม 3) การปรับปรุงแผนตามการประเมิน เป็นกระบวนการติดตาม วิเคราะห์ผล และนำผลไปปรับปรุงแผนอย่างต่อเนื่อง 4) การบันทึกข้อมูล เป็นการวางรากฐานให้สามารถดำเนินต่อไปในระยะยาว โดยทำการบันทึกการหกล้มซ้ำ การประเมินผลการใช้อุปกรณ์หลัง 1 เดือน และ 3 เดือน หากพบปัญหาในการใช้งาน ให้รับอุปกรณ์หรือเปลี่ยนวิธีดูแลให้เหมาะสมยิ่งขึ้น 5.2 กิจกรรมการกระตุ้นเตือนโดยบุคลากรสาธารณสุข 5) การสนับสนุนและกระตุ้นจากบุคลากรสุขภาพ เน้นบทบาทของบุคลากรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมอย่างเป็นทางการหลักสูตร 70 ชั่วโมง (Caregiver) ในการสร้างแรงจูงใจและกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วม ในการดูแลสุขภาพตนเอง รวมถึงการติดตามพฤติกรรมและการเคลื่อนไหวและกระตุ้นให้มีกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่อง

จากตาราง 30 สามารถสรุปได้ว่า ร่างรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลักได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 การเสริมสร้างการรับรู้และความสามารถในการจัดการภาวะสุขภาพ มีกิจกรรมประกอบดังนี้ การคัดกรองโรคเรื้อรัง การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การพบแพทย์และการใช้ยา การให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อรังแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล การสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง และการมีตัวแบบหรือผู้แทนในการสร้างแรงจูงใจ องค์ประกอบที่ 2 การสร้างเสริมศักยภาพทางกายภาพเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม มีกิจกรรมประกอบดังนี้ การให้ความรู้ด้านการเคลื่อนไหวที่เหมาะสม การสร้างชมรมผู้สูงอายุเพื่อการออกกำลังกาย และโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อการเรียนรู้ องค์ประกอบที่ 3 การจัดการสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์ช่วยเดินเพื่อความปลอดภัย มีกิจกรรมประกอบดังนี้ การให้ความรู้เรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การประเมินสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การปรับปรุงบ้านและบริเวณให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ฝึกอบรมการใช้อุปกรณ์อย่างปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล การจัดหาอุปกรณ์ช่วยเดินและอุปกรณ์ป้องกันการหกล้มที่เหมาะสม และการจัดตั้งคลังอุปกรณ์ชุมชน องค์ประกอบที่ 4 การบูรณาการเครือข่ายสุขภาพชุมชน มีกิจกรรมประกอบดังนี้ การสร้างนโยบายและกฎระเบียบร่วมกับชุมชน การสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานภาครัฐ การระดมทุนและทรัพยากรจากชุมชนและภาคประชาชน การสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย การสร้างกลุ่มส่งเสริมรายได้และจัดตั้งกองทุนชุมชนเพื่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และการเปิดเวทีประชาคมเพื่อการมีส่วนร่วมในการวางแผน และองค์ประกอบที่ 5 การติดตามและประเมินผล มีกิจกรรมประกอบดังนี้ การติดตามเยี่ยมบ้าน การประเมินผลภาวะสุขภาพ การปรับปรุงแผนตามการประเมิน การบันทึกข้อมูล และการสนับสนุนและกระตุ้นจากบุคลากรสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 2 การยืนยันรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

การวิจัยขั้นตอนนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) เพื่อยืนยันรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัยประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นกลุ่มเดียวกับระยะที่ 2 ส่วนที่ 2 เพื่อความต่อเนื่องของข้อมูลผู้ให้ข้อมูลมีความเข้าใจพื้นฐานของหัวข้อหรือบริบทเดิมอยู่แล้ว ทำให้สามารถอภิปรายเพิ่มเติมในเชิงลึกได้ง่าย สะดวกในการเปรียบเทียบความคิดเห็น สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงหรือการพัฒนาความคิดได้โดยตรงในกลุ่มเดียวกัน โดยแบ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในจังหวัดสุโขทัย จำนวน 6 คน 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ โรงพยาบาล/ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาลเมือง/ เทศบาลตำบล/ องค์การบริหารส่วนตำบล) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมอย่างเป็นทางการหลักสูตร 70 ชั่วโมง (Caregiver)

และผู้นำชุมชน จำนวน 6 คน และ 3) ผู้ดูแลระดับครอบครัว ได้แก่ พี่ น้อง ญาติ ลูก คนในครอบครัว จำนวน 6 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามยืนยันร่างรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย ในประเด็นตามความเหมาะสม ด้านความเป็นประโยชน์ ความถูกต้องครอบคลุม และความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย แสดงรายละเอียดดังตาราง 31 ดังนี้

ตาราง 31 แสดงร้อยละความคิดเห็นของผู้ร่วมยืนยันรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย (n = 18)

กิจกรรม	ความคิดเห็นต่อรูปแบบ			
	ความเป็นไปได้ ร้อยละ	ความเป็นประโยชน์ ร้อยละ	ความเหมาะสม ร้อยละ	ความถูกต้อง ร้อยละ
1.การคัดกรองโรคเรื้อรัง เป็นกิจกรรมการคัดกรองสุขภาพเพื่อประเมินความเสี่ยงโรคเรื้อรัง เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพระยะยาว	98	100	100	100
2.การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เป็นกิจกรรมการคัดกรองความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และสรรสภาพทางการเคลื่อนไหวและความจำเป็นในการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินในผู้สูงอายุรายบุคคล	98	100	100	100
3.การพบแพทย์และการใช้ยา โดยการส่งเสริมการเข้าถึงบริการอย่างต่อเนื่องและความเข้าใจในการใช้ยารักษาโรคเรื้อรัง	100	100	100	100
4.การให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อรังแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล โดยการจัดอบรมการให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง การควบคุมโรค การป้องกันโรคเรื้อรัง และส่งเสริมสุขภาพที่ดี รวมไปถึงการนอนหลับ การออกกำลังกาย	100	100	100	100

ตาราง 31 (ต่อ)

กิจกรรม	ความคิดเห็นต่อรูปแบบ			
	ความเป็นไปได้ ร้อยละ	ความเป็นประโยชน์ ร้อยละ	ความเหมาะสม ร้อยละ	ความถูกต้อง ร้อยละ
5. การสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นกิจกรรมรณรงค์ สื่อสารสร้างความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ	100	100	100	100
6.การมีตัวแบบหรือผู้แทนในการสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพและป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้ม	100	100	100	100
7.การให้ความรู้ด้านการเคลื่อนไหวที่เหมาะสม แนะนำการออกกำลังกาย ทำทาง และกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพังก	100	100	100	100
8.การสร้างชมรมผู้สูงอายุเพื่อการออกกำลังกาย ส่งเสริมการรวมกลุ่มและสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกายร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ	100	100	100	100
9.โรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อการเรียนรู้ เป็นการเรียนรู้ด้านสุขภาพในรูปแบบห้องเรียน สนุกเข้าใจง่าย	100	100	100	100
10.การให้ความรู้เรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพังก การจัดอบรมให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพังกทั้งภายในและภายนอกบ้าน	100	100	100	100
11.ประเมินสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม จัดกิจกรรมประเมินความเสี่ยงโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมไปถึงภาคีเครือข่ายเข้ามา				

ตาราง 31 (ต่อ)

กิจกรรม	ความคิดเห็นต่อรูปแบบ			
	ความเป็นไปได้ ร้อยละ	ความเป็นประโยชน์ ร้อยละ	ความเหมาะสม ร้อยละ	ความถูกต้อง ร้อยละ
มีส่วนร่วมในการประเมินสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อ				
การพลัดตกหกล้ม	100	100	100	100
12.การปรับปรุงบ้านและบริเวณให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ปรับปรุงโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน เช่น ติดตั้งราวจับ ปูพื้นกันลื่น ซ่อมแซมพื้นที่ชำรุด โดยการปรับปรุงพื้นที่ต่างระดับและทางเดินให้เรียบ รวมไปถึงการแนะนำการจัดวางสิ่งของภายในบ้านให้เหมาะสม โดยอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน และชุมชน	93	100	100	100
13.ฝึกอบรมการใช้อุปกรณ์อย่างปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล ฝึกการขึ้น-ลงเตียง ใช้ Walker ไม่เท้าฝึกทำการยืน เดิน ย้ายตัวที่ลดความเสี่ยงการหกล้ม สาธิตการใช้				
อุปกรณ์เสริมในบ้าน เช่น ราวจับ พื้นกันลื่น	100	100	100	100
14.การจัดหาอุปกรณ์ช่วยเดินและอุปกรณ์ป้องกันการหกล้มที่เหมาะสม เช่น ไม่เท้าหลายขา Walkerแบบไม่มีล้อ Walkerแบบมีล้อ อุปกรณ์พยุงเดินแบบพิเศษ (เช่น Walker มีเบรคสำหรับผู้มีแรงน้อย) สนับเข่า อุปกรณ์รองรับสะโพกกันกระแทก	86	100	100	100
15.จัดตั้ง "คลังอุปกรณ์ชุมชน" ให้ยืมไม่เท้า walker อุปกรณ์รองรับสะโพกกันกระแทก หรืออุปกรณ์เสริมพร้อมคู่มือการดูแลรักษา				

ตาราง 31 (ต่อ)

กิจกรรม	ความคิดเห็นต่อรูปแบบ			
	ความเป็นไปได้ ร้อยละ	ความเป็นประโยชน์ ร้อยละ	ความเหมาะสม ร้อยละ	ความถูกต้อง ร้อยละ
อุปกรณ์ จากการขอรับการสนับสนุนจาก				
องค์กรท้องถิ่นและกองทุน LTC	96	100	100	100
16.การสร้างนโยบายและกฎระเบียบร่วมกับ				
ชุมชน เป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ				
ชุมชนในการกำหนดแนวทาง กฎเกณฑ์ และ				
นโยบายที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น	96	100	100	100
17.การสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงาน				
ภาครัฐ เป็นการประสานและสนับสนุน				
งบประมาณจากหน่วยงานราชการเพื่อดำเนิน				
กิจกรรมต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง	98	100	100	100
18.การระดมทุนและทรัพยากรจากชุมชนและ				
ภาคประชาชน ใช้กลไกชุมชน เช่น โครงการ				
บ้านพอเพียง หรือกิจกรรมระดมทุน เพื่อเสริม				
การพึ่งตนเอง	98	100	100	100
19.การสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย เป็น				
การสร้างระบบความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ				
เช่น สาธารณสุข ท้องถิ่น เอกชน และประชา				
สังคม เพื่อสนับสนุนกิจกรรมในระยะยาว	100	100	100	100
20.การสร้างกลุ่มส่งเสริมรายได้และจัดตั้ง				
กองทุนชุมชนเพื่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจ				
เป็นการสนับสนุนการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุใน				
ทำกิจกรรมร่วมกัน และสร้างระบบการเงินใน				
ชุมชนเพื่อสนับสนุนกิจกรรมผู้สูงอายุและการ				
สร้างรายได้อย่างยั่งยืน	100	98	100	100

ตาราง 31 (ต่อ)

กิจกรรม	ความคิดเห็นต่อรูปแบบ			
	ความเป็นไปได้ ร้อยละ	ความเป็นประโยชน์ ร้อยละ	ความเหมาะสม ร้อยละ	ความถูกต้อง ร้อยละ
21.การเปิดเวทีประชาคมเพื่อการมีส่วนร่วมในการวางแผน เป็นการจัดการประชุมเพื่อให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการเสนอแนวคิดและร่วมวางแผนพัฒนาชุมชน	96	100	100	100
22. การติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นการส่งเสริมการเข้าถึงบริการเชิงรุก เพื่อให้คำปรึกษาการดูแลในชีวิตประจำวัน ติดตามสถานะสุขภาพ ติดตามผลการใช้อุปกรณ์และการหกล้มซ้ำ รวมไปถึงการให้ความแนะนำเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย	100	100	100	100
23.การประเมินผลภาวะสุขภาพ ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มซ้ำ รวมไปถึงการประเมินสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	100	100	100	100
24.การปรับปรุงแผนตามการประเมิน เป็นกระบวนการติดตาม วิเคราะห์ผล และนำผลไปปรับปรุงแผนอย่างต่อเนื่อง	94	100	100	100
25.การบันทึกข้อมูล เป็นการวางรากฐานให้สามารถดำเนินต่อไปในระยะยาว โดยทำการบันทึกการหกล้มซ้ำ การประเมินผลการใช้อุปกรณ์หลัง 1 เดือน และ 3 เดือน หากพบปัญหาในการใช้งาน ให้ปรับอุปกรณ์หรือเปลี่ยนวิธีดูแลให้เหมาะสมยิ่งขึ้น	97	100	100	100

ตาราง 31 (ต่อ)

กิจกรรม	ความคิดเห็นต่อรูปแบบ			
	ความ	ความเป็น	ความ	ความ
	เป็นไปได้	ประโยชน์	เหมาะสม	ถูกต้อง
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
26.การสนับสนุนและกระตุ้นจากบุคลากร สุขภาพ เน้นบทบาทของบุคลากรของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการ อบรมอย่างเป็นทางการหลักสูตร 70 ชั่วโมง (Caregiver) ในการสร้างแรงจูงใจและกระตุ้น ให้เกิดการมีส่วนร่วม ในการดูแลสุขภาพ ตนเองรวมถึงการติดตามพฤติกรรม เคลื่อนไหวและกระตุ้นให้มีกิจกรรมทางกาย อย่างต่อเนื่อง	100	100	100	100

จากตาราง 31 ผู้ร่วมยืนยันรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มี
ภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย เห็นว่ารูปแบบมีความเป็นไปได้เท่ากับร้อยละ 100 จำนวน 11 กิจกรรม
จาก 26 กิจกรรม โดย 11 กิจกรรม มีเหตุผลประกอบ แสดงข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

กิจกรรมที่ 5 การสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง มีความตรงประเด็น
เท่ากับร้อยละ 98 ซึ่งมีเหตุผลประกอบว่า แม้เป็นกิจกรรมที่สำคัญและสามารถทำได้ง่าย แต่ผู้สูงอายุที่มี
ภาวะพึ่งพิงอาจมีข้อจำกัดด้านร่างกายหรือการรับรู้ ทำให้การสร้างความรู้ความตระหนักตนเองมีประสิทธิภาพ
จำกัด นอกจากนี้ การรู้หนังสือ สุขภาพจิต และทัศนคติของผู้สูงอายุ อาจเป็นอุปสรรคต่อการตระหนักรู้
และปฏิบัติได้จริง

กิจกรรมที่ 6 การมีตัวแบบหรือผู้แทนในการสร้างแรงจูงใจ มีความตรงประเด็นเท่ากับ
ร้อยละ 98 ซึ่งมีเหตุผลประกอบว่า แม้การมีตัวแบบจะช่วยกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้
แต่ความเหมาะสมของตัวแบบในแต่ละชุมชน รวมถึงความต่อเนื่องและความสามารถในการเข้าถึง
ผู้สูงอายุ อาจทำให้กิจกรรมไม่สามารถดำเนินได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 12 การปรับปรุงบ้านและบริเวณให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ มีความตรงประเด็นเท่ากับร้อยละ 93 ซึ่งมีเหตุผลประกอบว่า กิจกรรมนี้ต้องใช้ทรัพยากร ทั้งด้านงบประมาณ เวลา และแรงงาน รวมถึงความร่วมมือของครอบครัวหรือเจ้าของบ้าน ซึ่งในหลายกรณีอาจไม่สามารถดำเนินการได้ครบถ้วนตามมาตรฐาน ทำให้คะแนนประเมินความเป็นไปได้ต่ำกว่ากิจกรรมอื่น

กิจกรรมที่ 14 การจัดหาอุปกรณ์ช่วยเดินและอุปกรณ์ป้องกันการหกล้มที่เหมาะสม มีความตรงประเด็นเท่ากับร้อยละ 96 ซึ่งมีเหตุผลประกอบว่า จากข้อจำกัดด้านงบประมาณและทรัพยากรการจัดหาอุปกรณ์ที่หลากหลายอาจมีราคาสูงและมีทรัพยากรที่จำกัด รวมไปถึงความแตกต่างด้านความต้องการรายบุคคล ผู้สูงอายุแต่ละรายมีข้อจำกัดทางร่างกายที่แตกต่างกัน การหาอุปกรณ์ที่เหมาะสมจึงต้องมีการประเมินเฉพาะราย ซึ่งอาจต้องอาศัยบุคลากรเฉพาะทาง และผู้สูงอายุบางรายอาจปฏิเสธการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินเพราะมองว่าเป็นการลดคุณค่าตนเอง หรือรู้สึกไม่สะดวก ส่งผลต่อการยอมรับและการใช้จริงในชีวิตประจำวัน

กิจกรรมที่ 15 จัดตั้ง "คลังอุปกรณ์ชุมชน" มีความตรงประเด็นเท่ากับร้อยละ 96 ซึ่งมีเหตุผลประกอบว่า กิจกรรมนี้ต้องอาศัยความร่วมมือขององค์กรในพื้นที่ ซึ่งการสนับสนุนจากท้องถิ่น และกองทุน LTC อาจมีข้อจำกัดด้านกฎระเบียบหรือการจัดสรรงบประมาณในบางพื้นที่ได้ รวมไปถึงพฤติกรรมที่ยึดและคืนอุปกรณ์ ทำให้มีความเสี่ยงที่อุปกรณ์จะไม่ถูกส่งคืน หรือสูญหาย หากไม่มีระบบติดตามอย่างรัดกุม

กิจกรรมที่ 16 การสร้างนโยบายและกฎระเบียบร่วมกับชุมชน มีความตรงประเด็นเท่ากับร้อยละ 96 ซึ่งมีเหตุผลประกอบว่า การกำหนดนโยบายร่วมต้องอาศัยกระบวนการที่ใช้เวลา และความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคส่วน หากชุมชนยังขาดความเข้มแข็งหรือกลไกในการกำหนดนโยบายร่วมอย่างแท้จริง อาจทำให้กระบวนการนี้เกิดขึ้นได้ยากในทางปฏิบัติ

กิจกรรมที่ 17 การสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานภาครัฐ มีความตรงประเด็นเท่ากับร้อยละ 98 ซึ่งมีเหตุผลประกอบว่า แม้จะเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญและจำเป็น แต่การพึ่งพางบประมาณจากภาครัฐอาจเผชิญกับข้อจำกัดด้านขั้นตอนราชการ งบประมาณไม่เพียงพอ หรือการจัดสรรที่ไม่ต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลต่อความเป็นไปได้ของกิจกรรม

กิจกรรมที่ 18 การระดมทุนและทรัพยากรจากชุมชนและภาคประชาชน มีความตรงประเด็นเท่ากับร้อยละ 98 ซึ่งมีเหตุผลประกอบว่า การระดมทรัพยากรจากชุมชนต้องอาศัยความเชื่อมั่น ความร่วมมือ และศักยภาพของชุมชน ซึ่งในบางพื้นที่อาจมีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจหรือความตระหนัก ส่งผลต่อความยั่งยืนและประสิทธิภาพของกิจกรรมในระยะยาว

กิจกรรมที่ 21 การเปิดเวทีประชาคมเพื่อการมีส่วนร่วมในการวางแผน มีความตรงประเด็นเท่ากับ ร้อยละ 96 ซึ่งมีเหตุผลประกอบว่า ถึงแม้การมีส่วนร่วมจะเป็นหัวใจของการพัฒนาชุมชน

แต่ในทางปฏิบัติอาจมีข้อจำกัด เช่น ความพร้อมของประชาชน ความสนใจ ความเข้าใจในประเด็น ผู้สูงอายุ หรือปัญหาการเข้าถึงข้อมูล ส่งผลต่อคุณภาพและประสิทธิผลของเวทีประชาคม

กิจกรรมที่ 24 การปรับปรุงแผนตามการประเมิน มีความตรงประเด็นเท่ากับร้อยละ 94 ซึ่งมีเหตุผลประกอบว่า กิจกรรมนี้อาจต้องใช้บุคลากรที่มีทักษะด้านการประเมิน ซึ่งในระดับชุมชน อาจยังมีบุคลากรอย่างจำกัด รวมไปถึงด้านความต่อเนื่องของการดำเนินงาน หากไม่มีการติดตามอย่างสม่ำเสมอ หรือไม่มีผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน อาจทำให้การปรับแผนขาดประสิทธิภาพได้

กิจกรรมที่ 25 การบันทึกข้อมูล มีความตรงประเด็นเท่ากับร้อยละ 97 ซึ่งมีเหตุผลประกอบว่า การเก็บข้อมูลที่ต่อเนื่องในช่วง 1 เดือน และ 3 เดือน ต้องใช้เวลาและความร่วมมือจากหลายฝ่าย ซึ่งอาจเป็นภาระเพิ่มภาระของผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ แม้จะมีการบันทึก แต่หากไม่มีการนำไปวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ หรือไม่มีการปรับเปลี่ยนจริงจัง ข้อมูลก็อาจไม่มีประสิทธิผล รวมไปถึงข้อมูลอาจไม่แม่นยำ หากผู้ให้ข้อมูลลืมหรือไม่สามารถสื่อสารได้ชัดเจน

ความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดสุโขทัย เท่ากับร้อยละ 100 จำนวน 25 กิจกรรม จาก 26 กิจกรรม โดย 1 กิจกรรม มีเหตุผลประกอบ แสดงข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

กิจกรรมที่ 20 การสร้างกลุ่มส่งเสริมรายได้และจัดตั้งกองทุนชุมชนเพื่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจ มีความตรงประเด็นเท่ากับร้อยละ 98 ซึ่งมีเหตุผลประกอบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกคน อันเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีข้อจำกัดด้านร่างกาย เวลา หรือความพร้อมของครอบครัวและผู้ดูแล ส่งผลให้ประสิทธิผลของกิจกรรมในกลุ่มเป้าหมายลดลง รวมถึงการจัดตั้งกองทุนชุมชนเพื่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ความสำเร็จของกิจกรรมขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งของการบริหารจัดการกองทุน ความโปร่งใส และระดับการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชน หากขาดการมีส่วนร่วมที่เพียงพอ อาจส่งผลให้ผลลัพธ์ไม่เกิดในวงกว้างได้

ผลการวิจัยระยะที่ 3 การประเมินรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

การวิจัยในระยะนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย โดยใช้การประชุมผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative) และเชิงปริมาณ (Quantitative) โดยการเลือกผู้เชี่ยวชาญแบบจำเพาะเจาะจง จำนวน 7 ท่าน ร่วมกัน พิจารณาใน 4 ประเด็น คือ ความเป็นไปได้ (Feasibility) ความเป็นประโยชน์ (Utility) ความเหมาะสม (Propriety) และความครอบคลุมความถูกต้อง (Accuracy) ของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย ในเดือน มิถุนายน 2568 ซึ่งการวิจัยระยะนี้ เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed

methods research design) เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative) และเชิงปริมาณ (Quantitative) โดยเลือกใช้การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) วิเคราะห์ ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Thematic analysis) และสถิติพรรณนาโดยใช้สถิติการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานค่าต่ำสุดและค่าสูงสุดโดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ

1. ข้อมูลคุณลักษณะของผู้เชี่ยวชาญ

จากข้อมูลคุณลักษณะของผู้เชี่ยวชาญที่ร่วมประชุมประเมินรูปแบบการป้องกันการผลิตตกหล่นของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย ส่วนมากเป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 45 ปี อายุมากที่สุด 54 ปีอายุน้อยที่สุด 34 ปี จบการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 42.9 ปริญญาเอก ร้อยละ 42.9 และปริญญาโท ร้อยละ 14.3 มีประสบการณ์ทำงานด้านผู้สูงอายุเฉลี่ย 13 ปี มากที่สุด 34 ปี น้อยที่สุด 3 ปี และปฏิบัติงานในหน่วยราชการร้อยละ 100 ดังตาราง 32

ตาราง 32 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้เชี่ยวชาญ (n = 7)

ลำดับ	เพศ	อายุ	การศึกษา	ประสบการณ์ ทำงานด้านผู้สูงอายุ	หน่วยงานที่ ปฏิบัติงาน	รหัส
1	หญิง	49	มหาบัณฑิต (รัฐศาสตร)	10	องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น	FGC1
2	หญิง	54	มหาบัณฑิต (ด้านพยาบาล)	34	กระทรวงสาธารณสุข	FGC2
3	หญิง	53	บัณฑิต (ด้านพยาบาล)	10	กระทรวงสาธารณสุข	FGC3
4	หญิง	45	บัณฑิต (ด้านพยาบาล)	10	กระทรวงสาธารณสุข	FGC4
5	ชาย	34	ดุษฎีบัณฑิต (ด้านสาธารณสุข)	13	อาจารย์ สถาบันอุดมศึกษา	FGC5
6	หญิง	34	ดุษฎีบัณฑิต (ด้านสาธารณสุข)	3	อาจารย์ สถาบันอุดมศึกษา	FGC6
7	หญิง	36	ดุษฎีบัณฑิต (ด้านสาธารณสุข)	10	กระทรวงสาธารณสุข	FGC7

2. การยืนยันรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย (การวิจัยเชิงคุณภาพ)

ขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยได้นำกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก เข้าสู่การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) แบบมีโครงสร้าง โดยระบุผู้ให้ข้อมูลหลัก ทั้ง 7 ท่านเป็นรหัส (Focus group Connoisseurship: FGC) เพื่อให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักได้แสดงความคิดเห็นเสนอแนะต่อรูปแบบที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัยใน 4 ประเด็น ได้แก่

1. ความเป็นไปได้ (Feasibility) หมายถึง รูปแบบนั้นสามารถนำมาปฏิบัติได้จริง เมื่อนำไปสู่การดำเนินกิจกรรมของรูปแบบพื้นที่จังหวัดสุโขทัยได้
 2. ความเป็นประโยชน์ (Utility) หมายถึง กิจกรรมนั้นสามารถทำให้ปัญหาการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง
 3. ความเหมาะสม (Propriety) หมายถึง เป็นรูปแบบที่เหมาะสม ที่จะนำไปใช้ในการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย
 4. ความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy) หมายถึง ประเด็นดังกล่าวสามารถประเมินรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัยได้
- ดังรายละเอียดดังนี้

1. ความเป็นไปได้ (Feasibility) ข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่ม พบว่า กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักเห็นควรว่า การนำรูปแบบ (SAFE Aging Model) ไปใช้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย มีความเป็นไปได้สูงในการนำไปปฏิบัติ เนื่องจากกิจกรรมต่างๆ สอดคล้องกับบริบทจริงในพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกิจกรรมที่อยู่ภายใต้บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เช่น การคัดกรอง เยี่ยมบ้าน และการติดตามผล ซึ่งปฏิบัติอยู่แล้วในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ อย่างไรก็ตาม มีข้อเสนอแนะว่าควรระบุบทบาทของภาคีที่เกี่ยวข้องให้ชัดเจน และควรบูรณาการกับกิจกรรมเดิมที่มีอยู่เพื่อลดความซ้ำซ้อนและใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า พร้อมทั้งคำนึงถึงข้อจำกัดด้านทรัพยากรและความพร้อมของแต่ละพื้นที่ดังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักดังนี้

“...ความเป็นไปได้เนะ มันเป็นไปได้เลยแหละ มันไม่ใช้งานเพื่อฝัน มันมาจากเรื่องจริง มาจากการดำเนินการในการป้องกันการหกล้มโดยตรง”

(FGC1, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 30 มิถุนายน 2568)

“...เท่าที่พี่อ่านดูคร่าว ๆ แล้วนะคะพี่ว่าโมเดลเนี่ยจริง ๆ แล้วไม่ได้มีอะไรซับซ้อนเราก็ทำไม่ยากพี่มองว่ามันครอบคลุมนะ แล้วด้วยตัวที่พี่จะเป็นพยาบาลเนอะ พี่ก็เห็นกิจกรรมที่อยู่ในโมเดลเนี่ยมันเป็นสิ่งที่เราทำกันได้ ซึ่งพี่เองอะ พี่อยู่นามัยอะเนาะ พี่ก็ทำในเรื่องของการคัดกรองเรื่องของการตรวจสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นคลินิกความดันเบาหวาน หรือการติดตามเยี่ยมบ้านเนี่ยเนาะมันเป็นสิ่งที่ทำได้แล้วก็ปฏิบัติกันอยู่ตลอดอยู่แล้วอะจ๊ะ แล้วทุกภาคส่วนก็ต้องร่วมมือกันด้วยเพื่อความยั่งยืนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ได้ มันต้องช่วยช่วยกันนะ”

(FGC2, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 30 มิถุนายน 2568)

“...สำหรับพี่นะ รูปแบบที่นำเสนอนี้เป็นรูปแบบที่สอดคล้องกับปัญหาผู้สูงอายุบ้านเรา นะ อย่างบ้านเราอะเนาะ มีผู้สูงอายุเยอะ สุขภาพร่างกายเขาก็ไม่แข็งแรง การหกล้มเป็นเรื่องใหญ่ พี่มองว่ากิจกรรมที่อยู่ในโมเดลนี้นั้นสามารถนำไปใช้ได้จริงในพื้นที่ด้วย”

(FGC3, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 30 มิถุนายน 2568)

“...รูปแบบนี้พี่ว่ามันมีความเป็นไปได้สูง เนื่องจาก ใช้รูปแบบที่มีความเป็นธรรมชาติ และสามารถนำไปใช้ในชีวิตรจริง ตรงกับกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นผู้สูงอายุเนาะ พี่ก็ได้ดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มนี้เนาะ ส่วนใหญ่แล้วสุขภาพเค้าไม่ได้แข็งแรงอยู่แล้ว ก็ต้องมีการใช้อุปกรณ์หลาย ๆ อย่าง การหกล้มก็เกิดขึ้นได้บ่อย เนี่ยก็เป็นสิ่งสำคัญมาก ๆ เลย”

(FGC4, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 30 มิถุนายน 2568)

“...กิจกรรมเยี่ยมบ้านนี้มีความเป็นไปได้สูงอยู่แล้ว เป็นการยกระดับการดำเนินงานให้มีความเป็นระบบมากขึ้น ควรจะระบุบทบาทของบุคลากรที่ชัดเจน เช่น นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ อสม. ช่วยให้เห็นโครงสร้างการดำเนินงานที่ชัดเจนและสามารถวางแผนปฏิบัติได้จริงในบริบทชุมชนได้”

(FGC5, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 30 มิถุนายน 2568)

“...เนื่องจากกิจกรรมที่เสนอมียุทธศาสตร์มาก การดำเนินการให้ครอบคลุมและเกิดประสิทธิผลอาจเป็นเรื่องท้าทาย ดังนั้น ควรพิจารณาการ บูรณาการกิจกรรมกับโครงการหรือกิจกรรมที่มีอยู่แล้ว ทั้งในระดับชุมชนและภาครัฐ เช่น กิจกรรมการคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งมักดำเนินการอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่แล้ว จึงควรระบุแนวทางการใช้ข้อมูลร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อหลีกเลี่ยงความซ้ำซ้อน และเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร นอกจากนี้ กิจกรรม เช่น การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเพื่อการออกกำลังกาย หรือ

โรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อการเรียนรู้ ควรมีแนวทางการดำเนินงานที่เน้นการบูรณาการกับกิจกรรมที่ดำเนินการอยู่ในพื้นที่ เนื่องจากบางพื้นที่อาจมีการดำเนินการดังกล่าวอยู่แล้วเพื่อความสอดคล้องและต่อเนื่อง และควรมีการระดมหน่วยงานหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินกิจกรรมอย่างชัดเจน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพ หรือผู้นำชุมชน เพื่อสร้างความเข้าใจร่วม และเป็นแนวทางให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ”

(FGC6, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 30 มิถุนายน 2568)

“...ในส่วนของการเป็นไปได้อาจรูปแบบนี้ มีความเหมาะสม แต่อาจนำไปใช้ได้ไม่ครอบคลุมทุกองค์ประกอบเนื่องจากต้องอาศัยภาคีเครือข่ายค่อนข้างเยอะ และในพื้นที่อาจมีข้อจำกัดเรื่องเครือข่ายและทรัพยากร”

(FGC7, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 30 มิถุนายน 2568)

2. ความเป็นประโยชน์ (Utility) ข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่ม พบว่า กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักเห็นว่า ความเป็นประโยชน์อย่างชัดเจน โดยเฉพาะในการลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งนำไปสู่การลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งของครอบครัวและภาครัฐ นอกจากนี้ยังสามารถเสริมสร้างคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ทั้งทางกายและจิตใจ โดยผู้ร่วมสนทนากลุ่มเสนอให้เพิ่มกิจกรรมด้านสุขภาพจิต เช่น การทำกิจกรรมกลุ่ม การสนทนาการ หรือจัดมุมผ่อนคลาย เพื่อลดภาวะซึมเศร้าที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเคลื่อนไหวน้อยลงและการหกล้ม ดังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักดังนี้

“...มันเป็นประโยชน์อยู่แล้ว การหกล้มเนี่ยจริง ๆ แล้ว มันเกิดกับผู้สูงอายุได้อยู่บ่อย ๆ อยู่แล้วเนาะ การที่เราที่มีรูปแบบ มีวิธีการ ที่มีความชัดเจนของกิจกรรมมันก็ช่วยให้เราทำได้ทำกิจกรรมถูกจุดมากขึ้น แล้วคนที่ได้รับประโยชน์จริง ๆ ก็คือผู้สูงอายุนี้แหละ”

(FGC1, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 30 มิถุนายน 2568)

“...มันเป็นประโยชน์มากอย่างที่พี่บอกอะ ว่าถ้าเราร่วมมือกันทุกภาคส่วนเนี่ยก็จะทำให้กิจกรรมต่าง ๆ เป็นไปได้อย่างสมบูรณ์แบบมากขึ้นเนอะ เหมือนช่วยกันทำช่วยกันสร้างสุดท้ายแล้ว เราก็ทำให้ผู้สูงอายุเนี่ยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่ได้ทำให้เขาล้มจนพิการได้หรือต้องติดเตียงแบบเนี่ย”

(FGC2, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 30 มิถุนายน 2568)

“...ในด้านของการเป็นประโยชน์ที่ขอบนะที่ขอบโมเดลนี้เพราะว่า มันเป็นโมเดลที่สามารถนำไปใช้ได้จริงนะ มันไม่ยากแล้วปฏิบัติตามง่าย ที่ขอบแนวคิดในการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนนะ ถ้าโมเดลเนี่ยมันมีคนชอบและนำไปใช้จริง ๆ มันจะทำให้เรามีการวางแผนมีการดำเนินกิจกรรมอย่างเป็นระบบได้ ยังไงดีละ มันทำให้เกิดความครอบคลุมทุกด้านคะ เป็นรูปแบบที่เป็นประโยชน์ทั้งผู้สูงอายุเองและต่อหน่วยงานที่สามารถนำไปต่อยอดและใช้ประโยชน์ได้ ซึ่งรูปแบบที่ทำเนี่ยมันสามารถเอาไปทำโปรแกรมได้เลยนะ ในอนามัยหรือไปทำวิจัยต่อได้เลยมันเกิดประโยชน์จริง ๆ ”

(FGC3, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 30 มิถุนายน 2568)

“...เรื่องของโมเดลนี้ มันชัดเจนและเข้าใจง่ายมาก ๆ เอาจริง ๆ พี่ที่ชอบเหมือนพี่คนอื่นเขาเนะ มันทำได้ง่ายเลย ไม่ได้มองในเรื่องของอุปกรณ์อย่างเดียวเนะ แต่โมเดลนี้ครอบคลุมไปทุกเรื่องเลย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุในการส่งเสริมให้เขาออกกำลังกาย ยิ่งตั้งกลุ่มนี้คือดีมาก ๆ เลยนะ เพราะว่าอยู่คนเดียวเขาไม่ทำหรรอผู้สูงอายุอะ เขาไปเจอหลาย ๆ คนเขาก็จะได้ทำกิจกรรมบ้าง แล้วอีกเรื่องนึงนะเรื่องอุปกรณ์เนี่ยสำคัญมาก เพราะบางคนนะไม่มีเงินไปหาหมอนไม้มีธนูไม่มีอะไรเลย อุปกรณ์ช่วยเหลือนี้ นี่ก็สำคัญมากคะ อันนี้ก็ต้องฝากทางท้องถิ่นเพื่อมีงบประมาณอะไรที่จะมาส่งเสริมด้านนี้ได้บ้าง แล้วอีกอย่างถ้านำผลการวิจัยไปใช้ได้จริงจะทำให้เป้าหมายในกลุ่มผู้สูงอายุเนี่ยมีความปลอดภัย ลดการเกิดการตกหกล้ม ลดค่าใช้จ่ายทั้งของครอบครัวและทั้งของรัฐบาลด้วย ลดการเกิดผลที่จะตามมาที่หลังการหกล้ม เช่น กระดูกหัก แผลติดเชื้อ หรือติดเตียงได้”

(FGC4, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 30 มิถุนายน 2568)

“...เป็นรูปแบบที่มีประโยชน์ต่อคนสูงวัยอย่างมาก เขาไม่ได้มีภาวะสุขภาพที่ไม่ได้แข็งแรงอยู่แล้ว ทั้งร่างกาย จริง ๆ จิตใจก็สำคัญนะ อาจจะต้องเพิ่มกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพจิตเข้าไปด้วย การซึมเศร้าในผู้สูงอายุพวกอาจทำให้เกิดการเคลื่อนไหวน้อยลง การทำกิจกรรมบำบัด สันทนาการ มีมุมผ่อนคลายพวกนี้ จะช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่อาจนำไปสู่การลดเคลื่อนไหวประจำวัน และก็เสี่ยงต่อการหกล้มได้มากขึ้นนะ ”

(FGC5, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 30 มิถุนายน 2568)

“...กิจกรรมที่ออกแบบมีแนวโน้มที่จะส่งเสริมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุได้ หากมีการดำเนินการอย่างครอบคลุม ต่อเนื่อง และได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงครอบครัวและชุมชน”

(FGC6, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 30 มิถุนายน 2568)

“...หากดำเนินการได้ตามแบบจะเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก”

(FGC7, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 30 มิถุนายน 2568)

3. ความเหมาะสม (Propriety) ข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่ม พบว่า กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักเห็นว่า กิจกรรมในรูปแบบมีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุอย่างชัดเจน ทั้งในด้านเนื้อหา ลักษณะกิจกรรม และการเข้าถึงเชิงรุก โดยเฉพาะกับผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดทางร่างกายและมักอยู่ลำพัง กิจกรรมต่าง ๆ ช่วยสร้างการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ กระตุ้นให้เกิดการเคลื่อนไหว และส่งเสริมสุขภาพจิต ขณะเดียวกันยังครอบคลุมถึงผู้ดูแล โดยเน้นการให้ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติจริง เพื่อสนับสนุนการดูแลที่ปลอดภัยในชีวิตประจำวันดังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักดังนี้

“...พินิจว่าโมเดลนี้เหมาะสมนะ เพราะว่ามันตอบโจทย์สำหรับผู้สูงอายุเลยแหละ ยิ่งผู้สูงอายุที่ติดบ้านแบบนี้สำคัญมาก เพราะว่าร่างกายของเขาไม่แข็งแรงอยู่แล้วเนาะการใช้ชีวิตประจำวันของเค้าก็ไม่ค่อยสะดวกเท่าไรให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่ายมาก การให้ความรู้ การเสริมสร้างความตระหนักให้แก่เขาเนี่ยเป็นสิ่งสำคัญ ถ้าเขาได้มีความตระหนัก มีสุขภาพในชีวิตของเขา เขาก็จะดูแลตัวเองมากขึ้น ”

(FGC1, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 30 มิถุนายน 2568)

“...พินิจว่าความเหมาะสมของโมเดลนี้ มันเป็นกิจกรรมที่เป็นของผู้สูงอายุจริง ๆ แล้วมันไม่ได้ยาก มันทำได้ง่ายอย่างที่บอกไปอะแหละค่ะ การรวมกลุ่มการทำกิจกรรมแล้วเนี่ยถ้ามีคนส่งเสริมหรือจัดกิจกรรม จัดกลุ่ม ทำโรงเรียนผู้สูงอายุให้เค้าเนี่ยแล้วทำความเข้าใจกับผู้ดูแลให้ผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรมกลุ่ม มันก็ทำให้ผู้สูงอายุเนี่ยเขาไม่เหงาเนอะ แล้วเขาได้ออกกำลังกายและเคลื่อนไหวบ้าง ได้ใช้ความคิดบ้าง มันก็เป็นผลดีให้เขาเนอะ อีกอันนึงก็คือเรื่องสุขภาพจิต เค้าก็สำคัญบางทีอยู่บ้านคนเดียวร่างกายก็ไม่แข็งแรงเนอะ ลูกหลานก็ไปทำงานหมด มันก็เสี่ยงหกล้มได้”

(FGC2, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 30 มิถุนายน 2568)

“...จากประสบการณ์ของพี่เนาะ ความเหมาะสมของโมเดลเนี่ยที่สำคัญมาก ๆ เลยคือ สิ่งแวดล้อม บ้านเค้ายังมีบ้านไต่บ้านยังต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือเนาะต้องระวังเลย การให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งสำคัญนะพี่ว่า ขนาดกรมควบคุมโรคเค้าก็ยังให้ความสำคัญกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุเลย ปัญหาที่ผู้บริหารส่วนใหญ่มองข้ามอาจจะเป็นในเรื่องของการ Support เรื่องอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ช่วยเหลือการเดิน เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย บางคนก็ใช้อุปกรณ์ที่พี่เคยเจอ บางคนก็ใช้ไม้อะไหล่ะ มันก็ไม่แข็งแรงเนาะ มันก็อาจจะพาเขาหกล้มได้ สำหรับพี่เรื่องความเหมาะสมก็ประมาณนี้ค่ะ แล้วก็อีกนิดนึง Model นี้มันสามารถใช้กับผู้สูงอายุในหลาย ๆ กลุ่มได้เลย”

(FGC3, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 30 มิถุนายน 2568)

“...พี่นั่งดู รูปแบบนี้นั้น มันสามารถนำไปใช้ได้จริง ๆ ค่ะมันอย่างที่พี่นุ่นบอกเมื่อกี้เนาะมันสามารถปรับไปใช้กับผู้สูงอายุในกลุ่มอื่นได้ด้วย คือโมเดลนี้เขามีจุดเด่นนะ คือมันเหมาะสมกับผู้สูงอายุ แล้วก็ยังมองถึงผู้ดูแลผู้สูงอายุด้วย ถ้าฟังผู้สูงอายุคนเดียวเขาไม่สามารถเลี้ยงอุบัติเหตุได้เนาะ ก็ต้องอาศัยญาติ พี่ น้อง ผู้ดูแลเนี่ยเข้ามาร่วมด้วย ทักษะความรู้การลงมือปฏิบัติจริงเนี่ย เราก็ต้องอาศัยผู้ที่ดูแลเพราะเขาใกล้ชิดกันมากที่สุด อาจจะเสริมในเรื่องการดูแลตัวเองหลังจากหกล้มอะ ว่าต้องทำอะไรก่อน การปฐมพยาบาลเบื้องต้นแบบนี้นะ”

(FGC4, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 30 มิถุนายน 2568)

“...ผู้สูงอายุถ้ามีการเตรียมความพร้อมก่อนช่วงสูงวัยจะเป็นประโยชน์มาก ๆ ซึ่งรูปแบบนี้เหมาะสมกับวัยนี้มากเลย ”

(FGC5, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 30 มิถุนายน 2568)

“...กิจกรรมที่นำเสนอมีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุและญาติที่ดูแล เพราะกิจกรรมบางอย่างอาจเป็นพื้นฐานกิจกรรมที่ได้มีการจัดทำในหน่วยงานอยู่แล้ว”

(FGC6, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 30 มิถุนายน 2568)

“...ขั้นตอน กิจกรรมในรูปแบบคิดว่า ผู้สูงอายุเขาสามารถเข้าร่วมได้อยู่เนาะ กิจกรรมก็ตอบโจทย์คนสูงวัย ปัญหาหลักสำคัญ เพราะมันส่งผลกระทบหลายด้าน หลายคนด้วย กิจกรรมและขั้นตอนทั้งหมดในภาพรวมมีความเหมาะสมอยู่”

(FGC7, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 30 มิถุนายน 2568)

4. ความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy) ข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่ม พบว่า กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักเห็นว่า รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย มีความครอบคลุมและถูกต้องในเชิงโครงสร้าง โดยครอบคลุมตั้งแต่การคัดกรอง ประเมินความเสี่ยง การจัดสิ่งแวดล้อม การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ จนถึงการติดตามและประเมินผล ซึ่งช่วยให้สามารถวนกลับมาตรวจสอบและปรับปรุงได้อย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม มีข้อเสนอแนะให้ปรับลำดับขั้นตอนบางกิจกรรมให้เหมาะสมมากขึ้นเพื่อความสอดคล้องของการดำเนินงาน และเสนอให้เพิ่มประเด็นด้านสุขภาพจิตเพื่อให้เกิดความครอบคลุมรอบด้านอย่างแท้จริง ดังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักดังนี้

“...สำหรับพีโมเดลเนี่ยเนี่ยมันมีความครอบคลุมนะ มันครอบคลุมในเรื่องของการปฏิบัติงานร่วมกันในหลายภาคส่วนให้มีเป้าหมายเดียวกัน ซึ่งมันชัดเจนในการมีส่วนร่วม เพราะว่าผู้ยากไร้ผู้สูงอายุที่เค้ายากไร้เนี่ย มันก็มีเยอะ อุบัติเหตุก็เกิดได้ตลอด การใช้ประโยชน์จากการมีส่วนร่วมมันทำให้เกิดประโยชน์ได้สูงสุดจริง ๆ ”

(FGC1, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 30 มิถุนายน 2568)

“...พินิจว่ารูปแบบเนี่ย มันมีความครอบคลุมในหลายด้านมาก เริ่มมาตั้งแต่การคัดกรอง การให้ความรู้ การจัดกลุ่ม ดูในเรื่องสิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ในการช่วยเหลือการเดินทาง การช่วยเหลือกัน การมีส่วนร่วมของหลายหน่วยงาน มาปิดท้ายด้วยการติดตามและประเมินผล เนี่ยว่ามันครอบคลุมหลายอย่าง แล้วมันทำให้เราได้รู้ใช้ด้วยว่าสิ่งที่เราทำมันเกิดประโยชน์ไหม มีอะไรที่ต้องแก้ไขหรือมันพลาดที่ส่วนไหน เราสามารถวนกลับมาตามรูปแบบได้ตลอดค่ะ”

(FGC2, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 30 มิถุนายน 2568)

“...สำหรับพีมันถูกต้องครอบคลุมและเหมาะสมค่ะ โมเดลนี้มันมีความครอบคลุมในเรื่องของความถูกต้องและเหมาะสม ครอบคลุมไปถึงตัวคนไข้เอง ตัวผู้สูงอายุเอง ผู้ดูแลหน่วยงานรัฐ องค์กรท้องถิ่น มันครอบคลุมทั้งหมดค่ะ”

(FGC3, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 30 มิถุนายน 2568)

“...ในเรื่องของความถูกต้องครอบคลุมเนี่ยสามารถใช้กับประชาชนโดยเฉพาะผู้สูงอายุ เนี่ยได้ทั่วทุกท้องถิ่นเลย มันปฏิบัติได้จริง แล้วมันเกิดประโยชน์จริง แล้วพีได้มาตั้งแต่การให้ความรู้ การคัดกรอง การประเมินเนี่ยสำคัญ จนมาถึงการติดตามเยี่ยมบ้านเนี่ยสำคัญมาก

เพราะเราจะรู้ปัญหาของเขาแล้วเราก็กลับมาแก้ไขเขาขาดตรงไหนนะ ขาดความรู้ ขาดเงินหรือขาดอุปกรณ์ เราก็มานั่งหาสาเหตุ หาปัญหา แล้วมาแก้ไขได้ตามโมเดลเลยละ”

(FGC4, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 30 มิถุนายน 2568)

“...ทุกกิจกรรมมีความครอบคลุมในทุกขั้นตอน ตั้งแต่คัดกรอง มาจบที่ติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมินผล ถ้าพิจารณาเพิ่มเติมในส่วนเรื่องสุขภาพจิตจะทำให้มีความครอบคลุมมากขึ้น”

(FGC5, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 30 มิถุนายน 2568)

“...เนื่องจากกิจกรรมถูกออกแบบให้มีลำดับการดำเนินงานที่ต่อเนื่องเป็นขั้นตอน จึงอาจก่อให้เกิดความท้าทาย ในการกำหนดลำดับก่อนหลังของแต่ละกิจกรรม ตัวอย่างเช่น ขั้นตอนที่ 3 ซึ่งเป็นการจัดสภาพแวดล้อมโดยเน้นการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ถูกวางให้ดำเนินการก่อนขั้นตอนที่ 4 ซึ่งเป็นการบูรณาการเครือข่ายสุขภาพชุมชน ดังนั้นจึงควรพิจารณาความสอดคล้องและความเชื่อมโยงของแต่ละกิจกรรมให้ชัดเจนยิ่งขึ้น เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและไม่เกิดความซ้ำซ้อน”

(FGC6, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 30 มิถุนายน 2568)

“...ในเรื่องของความถูกต้องครอบคลุมรูปแบบนี้มีความถูกต้องและค่อนข้างครอบคลุม”

(FGC7, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 30 มิถุนายน 2568)

3. การยืนยันรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย (การวิจัยเชิงปริมาณ)

จากการประเมินรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย โดยใช้เทคนิคการประชุมผู้เชี่ยวชาญ พบว่า การประเมินผลในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยในทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.63$ S.D. = .450) โดยแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความเป็นไปได้ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.63$ S.D. = .355) ด้านความเป็นประโยชน์ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.74$ S.D. = .443) ด้านความเหมาะสม มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.48$ S.D. = .716) ด้านความถูกต้องครอบคลุม มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.62$ S.D. = .559) ดังตาราง 33

ตาราง 33 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลการประเมินรูปแบบการป้องกันการ
พลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย โดยผู้เชี่ยวชาญ (n = 7)

ด้าน/รายการประเมิน	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1. ด้านความเป็นไปได้	4.63	.355	มากที่สุด
1.1 รูปแบบที่ได้สามารถนำไปใช้ได้จริง	4.57	.535	มากที่สุด
1.2 รูปแบบที่ได้สอดคล้องกับสภาพปัญหาการพลัดตกหกล้มของ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย	4.71	.488	มากที่สุด
1.3 รูปแบบที่ได้มีความง่ายในทางปฏิบัติของผู้นำไปใช้ในการ แก้ปัญหาการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัด สุโขทัย	4.57	.535	มากที่สุด
1.4 รูปแบบที่ได้สามารถนำไปใช้กับพื้นที่อื่น ๆ ที่มีสภาพปัญหา การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย	4.43	.535	มาก
1.5 รูปแบบที่ได้มีความเหมาะสมกับการแก้ปัญหาการพลัดตก หกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย	4.86	.378	มากที่สุด
2. ด้านความเป็นประโยชน์	4.74	.443	มากที่สุด
2.1 รูปแบบที่ได้เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงจากการพลัด ตกหกล้ม	4.86	.378	มากที่สุด
2.2 รูปแบบที่ได้เป็นประโยชน์ต่อครอบครัวที่มีบุคคลในครอบครัว เป็นผู้สูงอายุที่ภาวะพึ่งพิง	4.86	.378	มากที่สุด
2.3 รูปแบบที่ได้เป็นประโยชน์ต่อชุมชนจากการส่งเสริมป้องกัน การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย	4.86	.378	มากที่สุด
2.4 รูปแบบที่ได้เป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานภาครัฐในการแก้ไข ปัญหาการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัด สุโขทัย	4.57	.535	มากที่สุด
2.5 รูปแบบที่ได้เป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานภาครัฐในการลดภาระ ค่ารักษาจากการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน จังหวัดสุโขทัย	4.57	.787	มากที่สุด

ตาราง 33 (ต่อ)

ด้าน/รายการประเมิน	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
3. ความเหมาะสม	4.48	.716	มาก
3.1 รูปแบบที่ได้มีความเหมาะสมกับบริบทของชุมชน	4.57	.787	มากที่สุด
3.2 รูปแบบที่ได้มีความเหมาะสมที่จะให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำรูปแบบนี้ไปใช้	4.43	.787	มาก
3.3 รูปแบบนี้เมื่อนำไปใช้มีความเหมาะสมต่อการตอบสนองยุทธศาสตร์ นโยบายของภาครัฐ เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย	4.43	.787	มาก
4. ด้านความถูกต้อง	4.62	.559	มากที่สุด
4.1 รูปแบบที่ได้มีกิจกรรมที่ถูกต้องกับกลุ่มวัย	4.57	.787	มากที่สุด
4.2 รูปแบบที่ได้มีกิจกรรมที่ถูกต้อง ครอบคลุมต่อการส่งเสริมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย	4.57	.535	มากที่สุด
4.3 รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้ม มีเนื้อหา/สาระ ถูกต้องต่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย	4.57	.488	มากที่สุด
เฉลี่ยทุกด้านโดยรวม	4.63	.450	มากที่สุด

จากตาราง 33 แสดงผลการประเมินรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความเป็นไปได้ ด้านความเป็นประโยชน์ ด้านความเหมาะสม และด้านความถูกต้องครอบคลุม และมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัยความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในทางปฏิบัติกับกลุ่มเป้าหมาย โดยอธิบายรายละเอียดแต่ละองค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

องค์ประกอบที่ 1 การเสริมสร้างการรับรู้และจัดการสุขภาพ อธิบายรายด้านดังนี้

1. ด้านความเป็นไปได้ การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความสอดคล้องกับบริบทท้องถิ่นที่มักพบภาวะขาดข้อมูลสุขภาพหรือความเข้าใจผิด เช่น การเชื่อมโยงอาการหกล้มกับความชราโดยตรง การจัดกิจกรรมดังกล่าวจึงมีศักยภาพในการขับเคลื่อนภายใต้ทรัพยากรที่มี

อยู่ โดยเฉพาะหากกำหนดบทบาทของภาคีเครือข่าย เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไว้อย่างชัดเจน

2. ด้านความเป็นประโยชน์ กิจกรรมให้ผลลัพธ์ทั้งเชิงป้องกัน เช่น ลดพฤติกรรมเสี่ยง และเชิงสร้างสรรค์ เช่น การเพิ่มทักษะการดูแลตนเอง รวมถึงการถ่ายทอดความรู้ต่อในชุมชน ส่งผลให้เกิดภูมิคุ้มกันทางสังคมที่ช่วยลดโอกาสการเกิดเหตุซ้ำ

3. ด้านความเหมาะสม เนื้อหาที่ครอบคลุมการคัดกรองความเสี่ยงและปัจจัยสุขภาพ มีความเหมาะสมกับวัยและภาวะของผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงสภาพร่างกายและจิตใจอย่างรอบด้าน

4. ด้านความถูกต้องครอบคลุม โครงสร้างของกิจกรรมควรเรียงลำดับอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การให้ความรู้ การปฏิบัติจริง และการติดตามผล สะท้อนถึงกระบวนการเรียนรู้ที่ครอบคลุมทุกขั้นตอนตามหลักการสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

องค์ประกอบที่ 2 การสร้างเสริมศักยภาพทางกายภาพเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม อธิบายรายด้านดังนี้

1. ด้านความเป็นไปได้ สามารถดำเนินงานร่วมกับกิจกรรมเดิม เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ หรือชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ ช่วยลดภาระการจัดกิจกรรมซ้ำซ้อนและใช้ทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ด้านความเป็นประโยชน์ การออกกำลังกายและฝึกสมดุช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยทางกายภาพบำบัดรองรับ

3. ด้านความเหมาะสม กิจกรรมสามารถปรับให้เหมาะกับผู้สูงอายุในแต่ละระดับของภาวะพึ่งพิง เช่น กิจกรรมเบา ๆ สำหรับผู้ที่เดินช้า หรือกิจกรรมบนเก้าอี้สำหรับผู้ที่ไม่สามารถยืนได้นาน

4. ด้านความถูกต้องครอบคลุม แม้มุ่งเน้นมิติทางกายภาพ แต่ผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้เพิ่มเติมกิจกรรมที่เสริมจิตใจ เช่น การผ่อนคลาย หรือฝึกสติ เพื่อให้เกิดผลเชิงสุขภาพอย่างยั่งยืนทั้งร่างกายและจิตใจ

องค์ประกอบที่ 3 การบูรณาการเครือข่ายสุขภาพชุมชน อธิบายรายด้านดังนี้

1. ด้านความเป็นไปได้ การดำเนินงานระดับครัวเรือนสามารถเริ่มจากการประเมินสภาพปัญหา ก่อนจัดกิจกรรม เช่น การสำรวจบ้านหรือสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทแต่ละราย และสามารถดำเนินการโดยอาศัยกลไกของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. ด้านความเป็นประโยชน์ ช่วยลดการเกิดเหตุซ้ำซ้อน เช่น ผู้สูงอายุที่เคยล้มแล้ว มีโอกาสล้มซ้ำสูง การปรับสภาพแวดล้อมและติดตามต่อเนื่องจึงช่วยป้องกันความรุนแรงของปัญหาในระยะยาว

3. ด้านความเหมาะสม มาตรการเชิงรูปธรรม เช่น รวบรวม หรือฟื้นฟูกันลื่น เป็นสิ่งที่เข้าใจง่าย ปฏิบัติได้จริง และเห็นผลชัดเจนในชีวิตประจำวัน โดยไม่จำเป็นต้องใช้งบประมาณสูง

4. ด้านความถูกต้องครอบคลุม การปรับสิ่งแวดล้อมควรออกแบบเฉพาะราย โดยอ้างอิงจากปัจจัยเสี่ยงของผู้สูงอายุแต่ละคน เช่น ความสูงของเตียง ความลาดของทางเดิน เพื่อลดความเสี่ยงอย่างแท้จริง

องค์ประกอบที่ 4 การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย อธิบายรายด้านดังนี้

1. ด้านความเป็นไปได้ สามารถเชื่อมโยงกับนโยบายระดับชุมชน เช่น โครงการบ้านปลอดภัย หรือยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพระดับท้องถิ่น โดยการประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2. ด้านความเป็นประโยชน์ ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาว และสามารถใช้เป็นต้นแบบหรือแนวปฏิบัติ (best practice) ในการดำเนินงานสุขภาพผู้สูงอายุระดับนโยบาย

3. ด้านความเหมาะสม ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแล ญาติ หรือเพื่อนบ้าน ซึ่งช่วยสร้างความยั่งยืนของมาตรการด้านความปลอดภัยในชีวิตประจำวัน

4. ด้านความถูกต้องครอบคลุม กิจกรรมครอบคลุมในทุกระดับ ทั้งบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยควรดำเนินงานผ่านทีมสหวิชาชีพ เช่น พยาบาล นักกายภาพ นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้เกิดการดูแลแบบองค์รวม

องค์ประกอบที่ 5 การติดตามและประเมินผล อธิบายรายด้านดังนี้

1. ด้านความเป็นไปได้ สามารถดำเนินการร่วมกับระบบงานเยี่ยมบ้านที่มีอยู่แล้ว เช่น บันทึกการเยี่ยมบ้านผ่านระบบ หรือการใช้แอปพลิเคชันติดตามสุขภาพ

2. ด้านความเป็นประโยชน์ การประเมินผลช่วยให้สามารถพัฒนากิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ปรับตามปัญหาและข้อจำกัดที่พบในพื้นที่จริง และสร้างฐานข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อพัฒนารูปแบบต่อไป

3. ด้านความเหมาะสม การประเมินทั้งในระยะสั้น (เช่น ความพึงพอใจหลังร่วมกิจกรรม) และระยะยาว (เช่น สถิติการหกล้ม) สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และขีดความสามารถของบุคลากรท้องถิ่น

4. ด้านความถูกต้องครอบคลุม ควรใช้แนวทางการประเมินแบบบูรณาการ โดยรวมทั้งข้อมูลสุขภาพร่างกาย จิตใจ และบริบทสิ่งแวดล้อม และดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพเพื่อให้ได้ข้อมูลที่แม่นยำและเป็นระบบ

และสามารถอธิบายข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความเป็นไปได้ ด้านความเป็นประโยชน์ ด้านความเหมาะสม และด้านความถูกต้องครอบคลุม โดยมีรายละเอียดรายด้าน ดังนี้

1. ความเป็นไปได้ (Feasibility)

ข้อเสนอจากผู้เชี่ยวชาญต่อประเด็น ความเป็นไปได้ (Feasibility) ต่อรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย ดังนี้

1.1 ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่ารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย มีความเป็นไปได้สูงในการนำไปใช้จริง โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุจำนวนมาก และมีปัญหาการพลัดตกหกล้มเป็นประจำ กิจกรรมต่าง ๆ ในรูปแบบมีความสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงและบริบทของชุมชน อย่างไรก็ตาม ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมชี้ว่า ควรระบุบทบาทของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน เช่น นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้สามารถวางแผนดำเนินงานได้อย่างมีระบบ

1.2 ควรมีการบูรณาการกิจกรรมเข้ากับโครงการที่มีอยู่เดิม เช่น โครงการคัดกรองโรคเรื้อรัง หรือโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อหลีกเลี่ยงความซ้ำซ้อน และเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากรและงบประมาณ นอกจากนี้ยังควรระบุหน่วยงานสนับสนุนที่ชัดเจน เพื่อเสริมความเป็นไปได้ในการดำเนินงานให้เกิดผลในทางปฏิบัติ

2. ความเป็นประโยชน์ (Utility)

ข้อเสนอจากผู้เชี่ยวชาญต่อประเด็นความเป็นประโยชน์ (Utility) ต่อรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย ดังนี้

2.1 รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย ได้รับการประเมินว่ามีความเป็นประโยชน์สูง ทั้งในระดับบุคคลและในด้านของระบบ โดยเฉพาะในด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การลดอุบัติเหตุและค่าใช้จ่ายที่ตามมา ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่า กิจกรรมต่าง ๆ ปฏิบัติได้จริง และง่ายต่อการนำไปใช้ โดยเน้นความมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วน เพื่อจัดระบบประมาณจากภาครัฐหรือท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยเดินสำหรับผู้สูงอายุที่ขาดแคลนทรัพยากร และไม่สามารถจัดหาอุปกรณ์ได้ด้วยตนเอง

2.2 ผู้เชี่ยวชาญเสนอว่า ควรขยายกิจกรรมให้ครอบคลุมด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการลดความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม เช่น กิจกรรมผ่อนคลาย สันทนาการ และการสนับสนุนอารมณ์ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวัน และเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวน้อยลงและเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้

2.3 ควรส่งเสริมให้เกิดการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์เชิงนโยบายหรือพัฒนาโปรแกรมสุขภาพหรือโครงการวิจัยต่อยอดในอนาคต

3. ความเหมาะสม (Propriety)

ข้อเสนอจากผู้เชี่ยวชาญต่อประเด็น ความเหมาะสม (Propriety) ต่อรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย ดังนี้

3.1 ข้อเสนอแนะด้านความเหมาะสมของรูปแบบต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่า กิจกรรมตอบโจทย์บริบทชีวิตผู้สูงอายุ และสามารถปรับใช้ได้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความหลากหลาย ทั้งในด้านสุขภาพและสภาพแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเน้นสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและที่อยู่อาศัย เช่น บันได ทางลาด พื้นที่ที่มีความเสี่ยง รวมถึงการพิจารณาอุปกรณ์ที่เหมาะสมต่อการใช้งาน เช่น ไม้เท้าแบบมั่นคงหรือราวจับ เพื่อเสริมความปลอดภัยอย่างรอบด้าน ซึ่งมีผลโดยตรงต่อความปลอดภัย

3.2 กิจกรรมต่าง ๆ ที่ถูกพัฒนาให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุและบริบทท้องถิ่น แต่ข้อเสนอแนะสำคัญคือ ควรให้ความสำคัญกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในฐานะผู้มีบทบาทใกล้ชิด ด้วยการเสริมองค์ความรู้และทักษะ เช่น การดูแลหลังการพลัดตกหกล้ม หรือการปฐมพยาบาลเบื้องต้น เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการจัดการอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน โดยรวมจึงเห็นว่ารูปแบบนี้มีความเหมาะสมเชิงบริบท ทั้งด้านกิจกรรม สภาพแวดล้อม และผู้เกี่ยวข้อง

4. ความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy)

ข้อเสนอจากผู้เชี่ยวชาญต่อประเด็นความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy) ต่อรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย ดังนี้

4.1 โดยภาพรวม ผู้เชี่ยวชาญประเมินว่ารูปแบบมีความครอบคลุมในด้านเนื้อหา กระบวนการ และกลุ่มเป้าหมาย โดยกิจกรรมต่าง ๆ ถูกออกแบบให้ มีลำดับขั้นตอนที่ต่อเนื่อง ตั้งแต่การให้ความรู้ คัดกรอง ประเมิน ไปจนถึงการติดตามเยี่ยมบ้าน อย่างไรก็ตาม ควรปรับลำดับการดำเนินกิจกรรมให้สอดคล้องตามความเหมาะสม เพื่อป้องกันความซ้ำซ้อน เช่น กิจกรรมจัดสิ่งแวดล้อมควรดำเนินการภายหลังจากการประเมินปัญหาจากเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่

4.2 มีข้อเสนอให้เพิ่มเติมองค์ประกอบด้านสุขภาพจิต เพื่อให้การป้องกันการพลัดตกหกล้มไม่เพียงแต่เน้นทางกายภาพ แต่รวมถึงปัจจัยทางจิตสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ซึ่งแม้ไม่ได้อยู่ในกิจกรรมหลัก แต่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้น หากมีการปรับเพิ่มในส่วนนี้ จะทำให้รูปแบบมีความ ถูกต้องและครอบคลุมทั้งด้านกาย จิตใจ และสังคม มากยิ่งขึ้น

4.3 รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย ควรมีการประเมินและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อสะท้อนผลสัมฤทธิ์ของกิจกรรม และสามารถวนกลับไปปรับปรุงแนวทางที่สามารถตอบสนองต่อสภาพปัญหาในชุมชนได้อย่างแท้จริง

เพื่อให้รูปแบบมีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่มากที่สุดต่อการนำไปสู่การปฏิบัติจริง ผู้วิจัยได้เพิ่มกิจกรรมที่ได้รับการปรับปรุงเพิ่มเติมจากข้อเสนอแนะผู้เชี่ยวชาญ เพื่อเสริมความเหมาะสมกับรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย ในการนำไปใช้จริง ดังรายละเอียดดังตาราง 34

ตาราง 34 แสดงกิจกรรมตามรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัยที่ได้ปรับปรุงจากการให้ข้อเสนอจากผู้เชี่ยวชาญ

ข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ	กิจกรรม
1. ควรให้ความสำคัญกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในฐานะ ด้วยการเสริมความรู้และทักษะ เช่น การดูแล หลังการหกล้ม หรือการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ในการพลัดตกหกล้ม เช่น กิจกรรมผ่อนคลาย สันทนการ และการสนับสนุนอารมณ์	1. กิจกรรมการฝึกอบรมผู้ดูแลในภาวะฉุกเฉิน และปฐมพยาบาลเบื้องต้นจากการพลัดตกหกล้ม
2. ควรขยายกิจกรรมให้ครอบคลุมด้าน สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อ การลดความเสี่ยง	2. กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตและภาวะทาง อารมณ์ของผู้สูงอายุ
3. ควรมีการประเมินและติดตามผลอย่าง ต่อเนื่อง เพื่อสะท้อนผลสัมฤทธิ์ของกิจกรรม	3. กิจกรรมการติดตามและประเมินผลอย่างเป็น ระบบ โดยทีมสหวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ

จากตาราง 34 สามารถอธิบายได้ว่า กิจกรรมตามรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย ที่ผู้เชี่ยวชาญได้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์นั้น ได้เพิ่ม 3 กิจกรรมหลักเข้าไปในรูปแบบ คือ 1) กิจกรรมการฝึกอบรมผู้ดูแลในภาวะฉุกเฉินและปฐมพยาบาลเบื้องต้นจากการพลัดตกหกล้ม อยู่ในองค์ประกอบที่ 1 การเสริมสร้างการรับรู้และความสามารถในการจัดการภาวะสุขภาพ 2) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตและภาวะทางอารมณ์ของผู้สูงอายุ อยู่ในองค์ประกอบที่ 2 การสร้างเสริมศักยภาพทางกายภาพเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม และ 3) กิจกรรมการติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบ โดยทีมสหวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ อยู่ในองค์ประกอบที่ 5 การติดตามและประเมินผล ผู้วิจัยจึงดำเนินการปรับปรุงรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัยที่ให้ความสมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะโดยผู้เชี่ยวชาญ ดังภาพ 13



ภาพ 13 แสดงรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย (PPNEF Model)

จากภาพ 13 องค์ประกอบและวิธีการ/กิจกรรมของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก โดยมีวิธีการ/กิจกรรมของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การเสริมสร้างการรับรู้และจัดการสุขภาพ (Perception and Management) ประกอบไปด้วย 3 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมการประเมินและเฝ้าระวังความเสี่ยง ได้แก่ การคัดกรองโรคเรื้อรัง การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การพบแพทย์แพทย์และการใช้ยา 2) กิจกรรมการให้ความรู้และสร้างความตระหนักรู้ ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อรังแก่ผู้สูงอายุและ

ผู้ดูแล การสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง การมีตัวแบบหรือผู้แทนในการสร้างแรงจูงใจ และ3) กิจกรรมการฝึกอบรมผู้ดูแลในภาวะฉุกเฉินและปฐมพยาบาลเบื้องต้นจากการพลัดตกหกล้ม ได้แก่ กิจกรรมฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการผู้ดูแลทั้งในระดับครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Caregiver)

องค์ประกอบที่ 2 การสร้างเสริมศักยภาพทางกายภาพเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม (Physical Activity) ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมการส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ได้แก่การให้ความรู้ด้านการเคลื่อนไหวที่เหมาะสม การสร้างชมรมผู้สูงอายุเพื่อการออกกำลังกาย โรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อการเรียนรู้ 2) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตและภาวะทางอารมณ์ของผู้สูงอายุ ได้แก่ กิจกรรมบำบัดและสันทนาการ กิจกรรมจิตอาสา กิจกรรมทางศาสนา

องค์ประกอบที่ 3 การบูรณาการเครือข่ายสุขภาพชุมชน (Network Integrate) ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมการสนับสนุนเชิงนโยบายและทรัพยากรเพื่อความยั่งยืน ได้แก่ การสร้างนโยบายและกฎระเบียบร่วมกับชุมชน การสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานภาครัฐ การระดมทุนและทรัพยากรจากชุมชนและภาคประชาชน และ การสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย 2) กิจกรรมการส่งเสริมศักยภาพและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ได้แก่ การสร้างกลุ่มส่งเสริมรายได้และจัดตั้งกองทุนชุมชนเพื่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และการเปิดเวทีประชาคมเพื่อการมีส่วนร่วมในการวางแผน

องค์ประกอบที่ 4 การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย (Environmental) ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุที่มาภาวะพึ่งพิง การประเมินสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การปรับปรุงบ้านและบริเวณให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ 2) กิจกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันการพลัดตกหกล้มที่ปลอดภัย ได้แก่ การฝึกอบรมการใช้อุปกรณ์อย่างปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล การจัดหาอุปกรณ์ช่วยเดินและอุปกรณ์ป้องกันการพลัดตกหกล้มที่เหมาะสม และการจัดตั้งคลังอุปกรณ์ชุมชน

องค์ประกอบที่ 5 การติดตามและประเมินผล (Follow up and Evaluate) ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมการติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบ โดยทีมสหวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ การติดตามเยี่ยมบ้าน การประเมินผลภาวะสุขภาพ การปรับปรุงแผนตามการประเมิน การบันทึกข้อมูล 2) กิจกรรมการกระตุ้นเตือนโดยบุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ การสนับสนุนและกระตุ้นจากบุคลากรสุขภาพ

สรุปรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย (PPNEF Model) เป็นแนวทางที่ออกแบบอย่างเป็นระบบเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีองค์ประกอบหลัก 5 ด้าน ได้แก่ การเสริมสร้างการรับรู้และการจัดการสุขภาพ การเสริมศักยภาพทางกายภาพและจิตใจ การบูรณาการเครือข่ายสุขภาพชุมชน การจัดการสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์ช่วยเดิน และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แนวคิดของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันการโรคในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความตระหนักถึงความรุนแรงของการพลัดตกหกล้ม ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ขณะเดียวกันยังประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมผ่านกิจกรรมกลุ่ม การเยี่ยมบ้าน และการสร้างเครือข่ายชุมชน เพื่อเป็นแรงเสริมทางด้านจิตใจและพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ตลอดจนใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการออกแบบและดำเนินกิจกรรมร่วมกับท้องถิ่นและภาคประชาชนเพื่อความยั่งยืน ทั้งนี้รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย (PPNEF Model) ยังมีความสอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2021b) ที่เน้นการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม การปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ รวมไปถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน



บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย ครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research designs) แบบแผนเชิงสำรวจบุกเบิก (Exploratory Sequential design) มีวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย และ 3) เพื่อประเมินรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย โดยการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

ผลการวิจัยระยะที่ 1 ประกอบด้วย 2 การวิจัย คือ

การวิจัยที่ 1 เป็นการดำเนินการด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative method) เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เพื่อหาสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำความเข้าใจในรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มอย่างลึกซึ้งว่าเป็นอย่างไร ต่อจากนั้นนำผลที่ได้มาวิเคราะห์เชื่อมต่อกับข้อมูลในการวิจัยที่ 2

การวิจัยที่ 2 เป็นการดำเนินการด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative method) ด้วยการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey study) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการสร้างรูปแบบในงานวิจัยเชิงคุณภาพในการวิจัยระยะที่ 2

ผลการวิจัยระยะที่ 2 การสร้างและยืนยันรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย สังเคราะห์รูปแบบโดยผ่านความเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการสนทนากลุ่มผ่านกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จากนั้นยืนยันผลโดยตัวแทนผู้ที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิจัยระยะที่ 3 การประเมินรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย ด้วยการจัดเวทีสัมมนาอิงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) สามารถสรุปเป็นขั้นตอน ดังนี้

สรุปการวิจัย

การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods research designs) เพื่อสร้างรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย ครั้งนี้นำเสนอผลการศึกษารวบรวมโดยสรุปผลการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

ผลการวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

ส่วนที่ 1 การศึกษาสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

การวิจัยส่วนนี้ดำเนินการด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative method) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในจังหวัดสุโขทัย ซึ่งได้รับการประเมินตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel activities of daily living: ADL) โดยมีคะแนน ADL 5-11 คะแนน เคยมีประวัติเคยพลัดตกหกล้ม 6 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 11 คน ซึ่งได้จากวิธีคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบสุดโต่งหรือกรณีเบี่ยงเบน (Extreme or Deviant case sampling) เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ในเดือนกรกฎาคม 2567 และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประเด็น (Thematic analysis) ตามหลักการวิเคราะห์และตีความข้อมูล สามารถสรุปได้ว่าสาเหตุทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย มี 4 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ/ด้านสังคม ปัจจัยด้านพฤติกรรม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมจากการศึกษาระยะที่ 1 ทำให้ผู้วิจัยได้ประเด็นใหม่ที่นอกเหนือจากการทบทวนวรรณกรรม คือ ประเด็นการอยู่ลำพังของผู้สูงอายุ และความเพียงพอของรายได้ เป็นตัวแปรที่ค้นพบใหม่จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยด้านชีววิทยา

ปัจจัยด้านชีววิทยาเป็นลักษณะทางกายภาพของผู้สูงอายุได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง ประวัติการพลัดตกหกล้ม การมองเห็น การได้ยิน ความสามารถในการขยับถ่าย ความกลัวการพลัดตกหกล้ม การเดินและการทรงตัว ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ มีรายละเอียดดังนี้

1.1 การเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ให้ข้อมูลทุกคนมีโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกัน โดยโรคที่พบบ่อยที่สุดคือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไต ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานยาเป็นระยะเวลายาวนานกว่า 20 ปี การเจ็บป่วยเรื้อรังเหล่านี้ส่งผลให้เกิดอาการเวียนหัว มึนงง และการสูญเสียความสมดุลของร่างกาย ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการพลัดตกหกล้ม อีกทั้งยังพบว่าผู้สูงอายุบางรายมีประวัติการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเก่าที่ส่งผลต่อความสามารถในการเดินและการทรงตัว

1.2 ประวัติการพลัดตกหกล้ม ผู้ให้ข้อมูลทุกคนมีประวัติการพลัดตกหกล้มในช่วง 1-2 เดือนที่ผ่านมา โดยสาเหตุหลักของการพลัดตกหกล้มได้แก่ ความอ่อนแอของกล้ามเนื้อขา การสูญเสียความสมดุล และการเวียนหัว สถานที่ที่เกิดเหตุการณ์ส่วนใหญ่เป็นบริเวณภายในบ้าน เช่น ห้องครัว ห้องน้ำ และลานหน้าบ้าน การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นมีทั้งแบบเล็กน้อย เช่น ข้ำ บวม และรุนแรง เช่น กระดูกสะโพกหัก ผลที่ตามมาคือความกลัวการพลัดตกหกล้มซ้ำและการจำกัดกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

1.3 การมองเห็น ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการมองเห็น โดยเฉพาะโรคต้อกระจก (Cataract) และต้อเนื้อ (Glaucoma) ซึ่งทำให้การมองเห็นไม่ชัดเจน เห็นภาพเบลอหรือฝ้าครึ้ม ผู้ป่วยบางรายมีการมองเห็นเพียงข้างเดียว หรือสูญเสียการมองเห็นข้างหนึ่งไปแล้ว ปัญหาการมองเห็นที่บกพร่องนี้ส่งผลโดยตรงต่อการรับรู้อุปสรรคหรือความเสี่ยงในสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้ง่าย

1.4 การได้ยิน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาการได้ยินลดลง โดยเฉพาะการได้ยินข้างใดข้างหนึ่ง หรือต้องพูดเสียงดังจึงจะได้ยิน ผู้ป่วยบางรายเชื่อมโยงอาการหูอื้อกับการใช้ยาความดันโลหิตสูง การได้ยินที่บกพร่องส่งผลต่อการสื่อสารกับผู้ดูแลและการรับรู้สัญญาณเตือนภัยจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ

1.5 การเดินและการทรงตัว ผู้ให้ข้อมูลทุกคนมีปัญหาการเดินและการทรงตัวอย่างชัดเจน ต้องอาศัยอุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น Walker 4 ขา ไม่เท้า หรือต้องมีผู้ดูแลค้ำจุนตลอดเวลา ความไม่มั่นใจในการเดินทำให้ผู้สูงอายุจำกัดการเคลื่อนไหวของตนเอง และต้องใช้ความระมัดระวังสูงในการเดินทุกครั้ง การสูญเสียความสามารถในการทรงตัวส่งผลให้เกิดการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น

1.6 ความสามารถในการขับถ่าย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ หรือมีอาการเร่งด่วนในการขับถ่าย ปัญหานี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องรีบเร่งไปห้องน้ำ ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยเฉพาะในช่วงเวลากลางคืนที่แสงสว่างไม่เพียงพอ

1.7 ความกลัวการพลัดตกหกล้ม ผู้ให้ข้อมูลทุกคนแสดงความกลัวการพลัดตกหกล้มอย่างชัดเจน ความกลัวนี้ส่งผลต่อการจำกัดกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การหลีกเลี่ยงการเดินไปในพื้นที่ที่อาจเสี่ยง และการเพิ่มการพึ่งพาผู้ดูแล ความกลัวดังกล่าวมักเกิดขึ้นหลังจากมีประสบการณ์การพลัดตกหกล้มแล้ว และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

1.8 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ผู้สูงอายุมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม เช่น การเดินอย่างระมัดระวัง การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน การหลีกเลี่ยงพื้นที่ลื่นหรือเปียก การใส่รองเท้าที่เหมาะสม และการมีผู้ดูแลค้ำจุน อย่างไรก็ตาม ความรู้ส่วนใหญ่

ได้มาจากประสบการณ์การปลัดตกหกล้มของตนเอง หรือคำแนะนำจากญาติผู้ใหญ่ มากกว่าการได้รับความรู้อย่างเป็นทางการจากบุคลากรทางการแพทย์

2. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ/ด้านสังคม

ปัจจัยเสี่ยงทางด้านเศรษฐกิจและสังคม เป็นลักษณะทางสังคมและฐานะทางเศรษฐกิจที่มีผลต่อการปลัดตกหกล้ม ได้แก่ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ จำนวนสมาชิกในบ้าน และการอยู่ลำพังของผู้สูงอายุ มีรายละเอียดดังนี้

2.1 รายได้และความเพียงพอของรายได้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้จำกัดจากเงินสวัสดิการผู้สูงอายุ 800 บาท/เดือน และเงินสงเคราะห์ผู้พิการ 800 บาท/เดือน รวมรายได้ประมาณ 1,600 บาท/เดือน บางรายได้รับการสนับสนุนจากลูกหลานเพิ่มเติม 600 บาท/เดือน รายได้ดังกล่าวไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายพื้นฐาน เช่น อาหาร ค่าน้ำ ค่าไฟ และค่ารักษาพยาบาล ผู้สูงอายุจึงต้องประหยัดจ่ายอย่างมาก กินแต่ผักใบเขียวจากธรรมชาติ และพึ่งพาการสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและญาติ ข้อจำกัดทางการเงินส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ อุปกรณ์ช่วยเดิน และการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัย

2.2 การอาศัยกับสมาชิกในบ้าน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับลูกหลาน โดยมีสมาชิกในบ้าน 3-5 คน แต่ลูกหลานวัยทำงานต้องออกไปทำงานหรืออาศัยอยู่ต่างที่ ผู้สูงอายุจึงได้รับการดูแลเฉพาะช่วงเวลาที่ลูกหลานอยู่บ้าน การมีสมาชิกในบ้านช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ แต่ยังคงมีช่วงเวลาที่ผู้สูงอายุต้องอยู่คนเดียว ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มีความเสี่ยงสูงต่อการปลัดตกหกล้ม

2.3 ข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ให้บริการเพื่อการเดินทางไปยังสถานพยาบาล เนื่องจากข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวและความกังวลต่อความปลอดภัยในการใช้ยานพาหนะ ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทันท่วงที และอาจส่งผลให้การรักษาพยาบาลล่าช้า ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ภาวะสุขภาพด้านการทรงตัวและความแข็งแรงของร่างกายไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม นำไปสู่การเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดการปลัดตกหกล้มในที่สุด

2.4 การอยู่ลำพัง ผู้สูงอายุทุกคนต้องเผชิญกับสถานการณ์การอยู่ลำพังในช่วงเวลาต่างๆ โดยเฉพาะในช่วงกลางวันที่ลูกหลานไปทำงาน ระยะเวลาการอยู่ลำพังแตกต่างกันตั้งแต่ 2-8 ชั่วโมง/วัน การอยู่ลำพังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญเนื่องจากเมื่อเกิดการปลัดตกหกล้มแล้วไม่มีผู้ให้ความช่วยเหลือทันที ผู้สูงอายุจึงต้องพยายามช่วยเหลือตนเองหรือรอให้ลูกหลานกลับมา สถานการณ์นี้สร้างความวิตกกังวลและความกลัวให้กับผู้สูงอายุ ส่งผลต่อการจำกัดกิจกรรมและการเคลื่อนไหวของตนเอง

3. ปัจจัยด้านพฤติกรรม

ปัจจัยเสี่ยงทางด้านพฤติกรรม เป็นการกระทำหรือการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เช่น การใช้ยาหลายชนิด รองเท้าที่ไม่เหมาะสม การสวมใส่เสื้อผ้า การนอนหลับ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย กิจกรรมทางกาย และการใช้อุปกรณ์เคลื่อนที่ มีรายละเอียดดังนี้

3.1 ปัจจัยด้านการใช้ยาหลายชนิด ผู้สูงอายุมีการใช้ยาหลายชนิดพร้อมกันเป็นจำนวนมาก โดยยาที่ใช้ประจำได้แก่ ยาแก้เวียนหัว ยาแก้ปวด ยานอนหลับ ยาแก้ภูมิแพ้ ยาเบาหวาน ยาความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะ ยาไขมัน และยาโรคต่อมลูกหมากโต การใช้ยาหลายชนิดส่งผลให้เกิดอาการข้างเคียง เช่น ง่วงนอน เวียนหัว และการสูญเสียสมดุร่างกาย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

3.2 ปัจจัยด้านการเลือกใช้รองเท้า ผู้สูงอายุมีการเลือกใช้รองเท้าที่ไม่เหมาะสมกับสภาพร่างกายและสภาพแวดล้อม ผลการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เลือกใช้รองเท้าแตะหนีบ รองเท้าแตะสวม หรือรองเท้าที่มีขนาดไม่พอดีกับเท้า แม้ว่าจะมีข้อดีในด้านความสะดวกสบาย แต่รองเท้าเหล่านี้ขาดเสถียรภาพ ไม่สามารถรองรับการเดินได้อย่างมั่นคง และอาจทำให้เกิดการสะดุดหรือเสียสมดุลได้ง่าย

3.3 ปัจจัยด้านการสวมใส่เสื้อผ้า การเลือกเสื้อผ้าของผู้สูงอายุมีผลต่อความปลอดภัยในการเคลื่อนไหว ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้หญิงสูงอายุบางคนเลือกสวมผ้าถุงแทนกางเกง ซึ่งแม้จะสะดวกสำหรับการขับถ่าย แต่อาจเป็นอุปสรรคต่อการเดินอย่างปลอดภัย เนื่องจากผ้าถุงอาจเกี่ยวขาหรือทำให้เกิดการสะดุดระหว่างการเดินได้

3.4 ปัจจัยด้านคุณภาพการนอนหลับ ผู้สูงอายุมีปัญหาการนอนหลับที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของร่างกายและความตื่นตัวในช่วงกลางวัน ผลการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีปัญหาหลับไม่หลับ นอนไม่ลึก หรือตื่นกลางคืนบ่อย ทำให้เกิดความเพลียและการสูญเสียสมาธิในช่วงกลางวัน อาการเหล่านี้ส่งผลโดยตรงต่อการควบคุมการทรงตัวและเพิ่มความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

3.5 ปัจจัยด้านการดื่มแอลกอฮอล์ แม้ว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะไม่ดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน แต่ยังมีผู้สูงอายุบางคนที่ยังคงดื่มแอลกอฮอล์เป็นครั้งคราว การดื่มแอลกอฮอล์ในผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูง เนื่องจากส่งผลต่อการทรงตัว การตัดสินใจ และการประสานงานระหว่างระบบประสาท-กล้ามเนื้อ ทำให้เพิ่มโอกาสเกิดอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้ม

3.6 ปัจจัยด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายและทำกิจกรรมทางกายที่จำกัดและไม่สม่ำเสมอ ผลการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีกิจกรรมทางกายที่ลดลง โดยเลือกทำกิจกรรมที่ต้องใช้พลังงานน้อย เช่น การแกว่งแขนขาบนเตียง การเดินภายใน

บ้าน การออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอส่งผลต่อการลดลงของกำลังกล้ามเนื้อ ความยืดหยุ่นของข้อต่อ และความสามารถในการทรงตัว

3.7 ปัจจัยด้านการใช้อุปกรณ์เคลื่อนที่ ผู้สูงอายุมีการพึ่งพาอุปกรณ์เคลื่อนที่เป็นอย่างมาก ผลการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลใช้อุปกรณ์ช่วยเดินหลายประเภท ได้แก่ walker 4 ขา ไม้เท้า และราวจับ การใช้อุปกรณ์เหล่านี้แม้จะช่วยเพิ่มความมั่นใจในการเดิน แต่ยังคงมีข้อจำกัดในการใช้งาน และผู้สูงอายุยังคงต้องการการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการเคลื่อนไหว

4. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นการจัดการสิ่งแวดล้อมอยู่ภายใต้พฤติกรรมความสัมพันธ์ของลักษณะทางกายภาพของแต่ละผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปกับสภาพแวดล้อมรอบตัว รวมถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นในบ้าน บริเวณบ้านหรือตามที่สาธารณะต่าง ๆ ที่ส่งผลทำให้ ผู้สูงอายุเกิดการพลัดตกหกล้ม เช่น สภาพบ้านที่อยู่อาศัย พื้นลื่น พื้นต่างระดับ ราวเกาะ ประตู แสงสว่าง พรหมหรือผ้าเช็ดเท้า หิ้งน้ำ การจัดวางของใช้ภายในบ้าน เติงนอน และส้วมเลี้ยว มีรายละเอียดดังนี้

4.1 ปัจจัยด้านสภาพบ้านที่อยู่อาศัย ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในบ้านที่มีลักษณะหลากหลาย ทั้งบ้านชั้นเดียวและบ้านสองชั้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการจำกัดการเคลื่อนไหว โดยเลือกใช้พื้นที่เฉพาะชั้นเดียว เช่น อยู่แต่ชั้นบนหรือชั้นล่าง เพื่อลดความเสี่ยงจากการขึ้นลงบันได การจัดการพื้นที่อยู่อาศัยดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงการปรับตัวของผู้สูงอายุต่อข้อจำกัดทางร่างกาย และความกังวลต่อความปลอดภัย

4.2 ปัจจัยด้านพื้นลื่นและพื้นต่างระดับ

พื้นลื่นเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่พบในทุกครัวเรือน โดยเฉพาะบริเวณห้องครัวจากน้ำมันหยด ห้องน้ำที่เปียก และพื้นผิวที่มีความชื้น ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์ลื่นในห้องน้ำ นอกจากนี้ พื้นต่างระดับยังเป็นอีกปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ไม่ว่าจะเป็นชั้นบันได ธรณีประตู หรือความต่างระดับระหว่างห้องต่าง ๆ ซึ่งสร้างความเสี่ยงต่อการสะดุดและพลัดตกหกล้ม

4.3 ปัจจัยด้านราวจับการขาดแคลนราวจับเป็นปัญหาสำคัญในบ้านของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าบ้านส่วนใหญ่ไม่มีราวจับบันได ราวจับในห้องน้ำ หรือราวจับในบริเวณที่มีความเสี่ยงสูง ผู้สูงอายุจึงต้องพึ่งพาการเกาะวัตถุอื่น ๆ เช่น แก้ว โต๊ะ หรือผนัง ซึ่งอาจไม่มีความมั่นคงเพียงพอสำหรับการประคองน้ำหนักตัว

4.4 ปัจจัยด้านประตูบาน ลักษณะประตูบานส่งผลต่อความสะดวกและความปลอดภัยในการเคลื่อนไหว ผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับประตูแบบดิ่งที่ต้องใช้แรงมาก ธรณีประตูที่มีความสูงต่างจากพื้นทั่วไป และการออกแบบประตูที่ไม่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ การเข้าออกผ่านประตูจึงกลายเป็นจุดเสี่ยงที่สำคัญต่อการสะดุดและพลัดตกหกล้ม

4.5 ปัจจัยด้านแสงสว่าง แสงสว่างที่ไม่เพียงพอเป็นสาเหตุสำคัญของการพลัดตกหกล้ม ผู้สูงอายุหลายคนมีปัญหาการมองเห็นในที่มืดหรือแสงสว่างไม่เพียงพอ โดยเฉพาะช่วงเช้าตรู่และเย็น การไม่เปิดไฟในพื้นที่ที่ใช้เป็นประจำ เช่น ห้องครัว ห้องน้ำ ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการมองไม่เห็น อุปสรรคและการประเมินระยะทางผิดพลาด

4.6 ปัจจัยด้านพรมหรือผ้าเช็ดเท้า แม้ว่าพรมหรือผ้าเช็ดเท้าจะมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการลื่น แต่หากไม่มีการติดตั้งที่เหมาะสม อาจกลายเป็นปัจจัยเสี่ยงแทน ผู้สูงอายุบางคนมีการใช้ผ้าเช็ดเท้าที่ไม่มีฐานกันลื่น หรือมีการจัดวางที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดการสะดุดหรือลื่นได้ การเลือกใช้วัสดุที่มีคุณสมบัติกันลื่นจึงเป็นสิ่งสำคัญ

4.7 ปัจจัยด้านห้องน้ำ

ห้องน้ำเป็นพื้นที่เสี่ยงสูงสุดในบ้านของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบปัญหาหลายประการ ได้แก่ ชักโครกที่มีความสูงไม่เหมาะสม การขาดราวจับ พื้นที่แตกต่างกัน การขาดแสงสว่าง และพื้นผิวที่ลื่น ผู้สูงอายุจึงต้องพึ่งพาการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นหรือใช้อุปกรณ์เสริม เช่น เก้าอี้ในการนั่งถ่าย ซึ่งอาจไม่ปลอดภัยเพียงพอ

4.8 ปัจจัยด้านการจัดวางของใช้ภายในบ้าน

การจัดวางของใช้ภายในบ้านส่งผลกระทบต่อความสะดวกและความปลอดภัยในการเคลื่อนไหว ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พึ่งพาการช่วยเหลือจากลูกหลานในการจัดระเบียบบ้าน เนื่องจากข้อจำกัดทางร่างกาย การจัดวางที่ไม่เหมาะสมอาจสร้างอุปสรรคในการเดิน เช่น ของใช้ที่วางขวางทางเดิน หรือสิ่งของที่จำเป็นต้องใช้ประจำวันอยู่ในตำแหน่งที่เอื้อมไม่ถึง

4.9 ปัจจัยด้านเตียงนอน เตียงนอนที่มีความสูงเหมาะสมมีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุเลือกใช้เตียงที่มีความสูงประมาณ 45-50 เซนติเมตร เพื่อให้สามารถลุกนั่งได้ง่าย การนอนบนพื้นไม่เหมาะสมเนื่องจากสร้างความยากลำบากในการลุกขึ้น ความสูงของเตียงที่เหมาะสมจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

4.10 ปัจจัยด้านสัตว์เลี้ยง สัตว์เลี้ยงในบ้านสามารถเป็นทั้งปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันการพลัดตกหกล้ม ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุเลี้ยงสัตว์หลายชนิด ได้แก่ หมา แมว และไก่ สัตว์เลี้ยงอาจสร้างความเสี่ยงจากการนอนขวางทาง การตัดหน้าขณะเดิน หรือการสร้างความตกใจ อย่างไรก็ตาม บางกรณีสัตว์เลี้ยงอาจช่วยเตือนภัยหรือให้การสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

การวิจัยส่วนนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative method) ด้วยการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey study) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ในระยะนี้ ผู้วิจัยได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก นำมาวิเคราะห์ได้ตัวแปรที่ครอบคลุม นำมาทำ

แบบสอบถามเพื่อหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 447 คน ในเดือนตุลาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติสถิติพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression Analysis) ด้วยวิธี Enter โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยด้านชีววิทยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากที่สุดร้อยละ 60.4 เพศชาย ร้อยละ 39.4 อายุ 60-69 ปีมากที่สุดร้อยละ 34.9 รองลงมาคือ 70-79 ปี ร้อยละ 33.6 และน้อยที่สุดคือ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 31.5 อายุเฉลี่ย 74.18 ปี (S.D. = 9.10) อายุต่ำ 60 ปี และอายุสูงสุด 101 ปี ค่าดัชนีมวลกาย 18.50-22.90 (ปกติ)มากที่สุด ร้อยละ 44.7 รองลงมา 25-29.90 (ท้วม/โรคอ้วน ระดับ 2) ร้อยละ 22.6 และน้อยที่สุดมากกว่า 30 (อ้วนมาก/โรคอ้วนระดับ 3) ร้อยละ 5.8 ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.24 (S.D. = 4.03) ค่าดัชนีมวลกายต่ำที่สุด 12.86 และสูงที่สุด 42.67 มีสถานภาพสมรส/คู่มากที่สุด ร้อยละ 51.7 รองลงมาคือ สถานภาพหม้าย ร้อยละ 39.4 และน้อยที่สุดคือ สถานภาพแยกกันอยู่ ร้อยละ 0.9 ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรังมากที่สุดคือ มีโรคประจำตัว 2 โรค ร้อยละ 57.7 รองลงมาคือ มีโรคประจำตัว 3 โรคขึ้นไป ร้อยละ 25.1 และน้อยที่สุดคือ ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 17.2 ได้แก่ โรคความดันโลหิตมากที่สุด โรคไขข้อ โรคเบาหวาน โรคข้อเข่าเสื่อม โรคหลอดเลือดในสมอง โรคไต โรคหัวใจ โรคเกาต์ โรคไทรอยด์ โรคหมอนรองกระดูก โรคมะเร็ง โรคพาร์กินสัน และโรคลมชัก

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติเคยพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 60.2 พลัดตกหกล้มภายใน 6 เดือนที่ผ่านมามากที่สุด รองลงมาคือ พลัดตกหกล้มภายในเดือนก่อน และน้อยที่สุดคือพลัดตกหกล้มภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่พลัดตกหกล้มภายในบ้าน มีสาเหตุของการพลัดตกหกล้มมากที่สุดคือ ขาอ่อนแรง รองลงมาคือ เสียการทรง เดินสะดุด วิ่งเวียน/หน้ามืด/เป็นลม ลื่นล้ม ก้าวพลาด และน้อยที่สุดคือชักเกร็ง

ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นลักษณะทางชีววิทยาของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การทรงตัว หรือการทรงตัวไม่มั่นคง จากโรคข้อเข่า ข้อสะโพกหรือข้อเท้า มีความกลัวการพลัดตกหกล้ม จนไม่มั่นใจในการทำกิจวัตรประจำวัน มีปัญหาทางด้านสายตา เช่น การมองเห็นจนต้องใส่แว่น หรือโรคเกี่ยวกับตา และปัญหาทางด้านการได้ยินจนส่งผลให้การสื่อสารกับผู้อื่นลำบาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่มีความซับซ้อนและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ ประเด็นสำคัญที่ควรให้ความสนใจคือปัญหาการพลัดตกหกล้มที่มีอุบัติการณ์สูงในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งมีสาเหตุที่หลากหลายและส่งผลต่อปัจจัยเสี่ยงทางชีววิทยาที่สำคัญ รวมถึงปัญหาการทรงตัว ความกลัวการพลัดตกหกล้ม และปัญหาทางด้านประสาทสัมผัส

2. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ ระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่ามากที่สุด ร้อยละ 83.4 รองลงมา คือ ไม่มีวุฒิการศึกษา ร้อยละ 6.3 และน้อยที่สุดคือมัธยมต้นและปลาย ร้อยละ 5.1 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน 500-6500 บาท ร้อยละ 95.1 รองลงมาคือ 6501 – 13000 บาท ร้อยละ 4.9 มีรายได้เฉลี่ย 2,485.68 บาท รายได้ต่ำสุด 500 บาท และรายได้สูงสุด 12000 บาท มีรายได้เพียงพอร้อยละ 30.2 และไม่เพียงพอร้อยละ 69.8 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่บุตร หลาน รองลงมาคือ อาศัยอยู่สามี ภรรยา และน้อยที่สุดคืออยู่ลำพัง (คนเดียว) ไม่เคยอยู่ลำพัง (คนเดียว) ระหว่างวัน ร้อยละ 53.5 และเคยอยู่ลำพัง (คนเดียว) ระหว่างวัน ร้อยละ 46.5 การอยู่ลำพังจากสาเหตุสามีภรรยาเสียชีวิตมากที่สุด รองลงมาคือ บุตร หลาน ไปโรงเรียนหรือทำงาน และน้อยที่สุดคือ โสด ด้านการมีข้อจำกัดทางด้านเข้าถึงบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่มีรถยนต์ส่วนบุคคล ร้อยละ 57 รองลงมาคือมีรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 51 รถจ้างเหมารับส่ง ร้อยละ 19.5 การไม่มีรถที่บ้าน ร้อยละ 13.9 มีรถจักรยาน ร้อยละ 8.1 และน้อยที่สุด คือ รถประจำทางผ่านหน้าบ้าน ร้อยละ 1.6 ตามลำดับ

3. ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 95.3 รองลงมาคือมีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 4.7 มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและการป้องกันการพลัดตกหกล้มเฉลี่ยเท่ากับ 14.62 คะแนน คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 7 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 16 คะแนน

4. ปัจจัยด้านพฤติกรรม พฤติกรรมที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ปฏิบัติประจำมากที่สุด ได้แก่ การเลือกสวมใส่เสื้อผ้า เครื่องแต่งกายที่มีขนาดพอดีกับตัว ไม่ใหญ่หรือยาวเกินไป ร้อยละ 85.7 รองลงมาคือ การสวมรองเท้าที่มีขนาดพอดีกับเท้า ส้นรองเท้าไม่เตี้ยหรือสูงเกินไป สามารถยึดเกาะพื้นได้ดี ร้อยละ 75.2 และการเดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ คน หรือ สิ่งของช่วยเหลือในการเดิน ร้อยละ 71.1 ส่วนพฤติกรรมที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่เคยปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไวน์ สาเก สาโท ยาตองเหล้า ร้อยละ 78.7 รองลงมา คือ การทำกิจกรรมเคลื่อนไหวออกแรง เช่น การรดน้ำต้นไม้ ทำงานบ้าน ล้างรถ ร้อยละ 62.0 และการออกกำลังกายวันละ 20-30 นาที อย่างน้อย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 47.4 ตามลำดับ

5. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มเมื่อพิจารณารายข้อ ที่ตอบใช้มากที่สุด ได้แก่ มีแสงสว่างเพียงพอทั้งในบ้านและบริเวณรอบ ๆ บ้าน ร้อยละ 93.7 รองลงมา คือ การจัดวางของใช้ภายในบ้านเป็นระเบียบเรียบร้อยไม่มีสิ่งกีดขวาง เกะกะทางเดิน ร้อยละ 85.5 และการอาศัยอยู่บ้านชั้นเดียว หรือกรณีบ้าน 2 ชั้น แต่อาศัยอยู่ชั้นล่าง ร้อยละ 72.7 ตอบไม่ใช้มากที่สุด ได้แก่ ห้องน้ำที่เหมาะสม (มีห้องน้ำในบ้านแบ่งแยกส่วนระหว่างห้องส้วมและห้องอาบน้ำ ใช้ชักโครก หรือเก้าอี้ และมีราวจับ) ร้อยละ 87.0 รองลงมาคือ ประตูบ้านที่เหมาะสม (ไม่มีประตูบ้านตึง ไม่มี

กรณีประตู่) ร้อยละ 70.0 และผ้าเช็ดเท้าหรือพรมผ้าเช็ดเท้าหน้าห้องน้ำ เป็นแบบยึดติดแน่น ร้อยละ 64.0 ตามลำดับ

6. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

6.1 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ตัวแปรเชิงเดียว (Univariate analysis)

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้สถิติทดสอบ simple logistic regression นำเสนอขนาดความสัมพันธ์โดยใช้ Crude Odds ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่นที่ระดับ 95% CI ของ Crude OR (95% Confidence Interval of Odds Ratio) การทดสอบตัวอย่างเชิงเดียว (Univariate analysis) ถูกใช้เพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงของตัวแปรอิสระโดยไม่ต้องคำนึงถึงผลกระทบจากปัจจัยด้านอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) รายละเอียดของแต่ละปัจจัยดังนี้

6.1.1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยชีววิทยากับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยไม่ต้องคำนึงถึงผลกระทบจากปัจจัยด้านอื่น ๆ โดยผลการศึกษาปัจจัยชีววิทยาที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว 3 โรคขึ้นไป มีปัญหาด้านสายตา มีปัญหาการทรงตัว มีปัญหาในการขับถ่าย และผู้สูงอายุที่กลัวการพลัดตกหกล้ม มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มเป็น 9.49 1.58 3.58 0.55 และ 2.18 เท่า ตามลำดับ

6.1.2 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยไม่ต้องคำนึงถึงผลกระทบจากปัจจัยด้านอื่น ๆ โดยผลการศึกษาปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอ ผู้สูงอายุที่อาศัยกับบุตรหลาน ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพัง (คนเดียว) ผู้สูงอายุที่เคยอยู่ลำพัง และผู้สูงอายุที่เข้าถึงบริการสุขภาพ มีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มเป็น 3.65 1.79 1.97 และ 2.70 เท่า ตามลำดับ

6.1.3 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านพฤติกรรมกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยไม่ต้องคำนึงถึงผลกระทบจากปัจจัยด้านอื่น ๆ โดยผลการศึกษาปัจจัยด้านพฤติกรรมที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอาการหาวนอน(ง่วง)หลังตื่นนอนเป็นประจำ และบางครั้ง ผู้สูงอายุที่ไม่เคยออกกำลังกาย ออกกำลังกายเป็นบางครั้ง และผู้สูงอายุที่เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ในการเคลื่อนที่เป็นประจำ มีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้ม เป็น 21.00, 3.47, 12.14, 2.71 และ 2.37 เท่า ตามลำดับ ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายเป็นบางครั้งสามารถลดโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มได้ เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่เคยมีกิจกรรมทางกายเป็น 0.64 เท่า

6.1.4 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยไม่ต้องคำนึงถึงผลกระทบจากปัจจัยด้านอื่น ๆ โดยผลการศึกษาปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีพื้นบ้านผิวสัมผัส พื้นที่มีพื้นที่ต่างระดับ โอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มเป็น 30.87 และ 26.67 เท่า ตามลำดับ ส่วนบ้านมีราวจับ และมีประตูบานที่เหมาะสม(ไม่มีประตูปานดิ่ง ไม่มีธรณีประตู) สามารถลดโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มได้ 0.53 และ 0.63 เท่า ตามลำดับ

การวิเคราะห์ ปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อทำนายโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้การสถิติถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression) ด้วยวิธี Enter กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($p\text{-value}<0.05$) พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัยมีทั้งหมด 4 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและด้านสังคม ปัจจัยด้านพฤติกรรม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และมีตัวแปรทั้งหมด 6 ตัวแปรที่สามารถทำนายโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ 1) ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง 2) ความเพียงพอของรายได้ 3) การนอนหลับ 4) การออกกำลังกาย 5) พื้นลื่น และ 6) พื้นที่มีพื้นที่ต่างระดับ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว 3 โรคขึ้นไปมีความเสี่ยงสูงสุดต่อการพลัดตกหกล้มเป็น 9.52 เท่า รองลงมาคือการนอนหลับไม่เพียงพอซึ่งเพิ่มความเสี่ยงเป็น 5.90 การมีพื้นที่ต่างระดับในบ้านเพิ่มความเสี่ยงเป็น 5.58 เท่า การไม่ออกกำลังกายเป็น 5.15 เท่า การมีพื้นลื่นเป็น 4.63 เท่า และความไม่เพียงพอของรายได้เป็น 3.15 เท่า ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าปัจจัยทั้งด้านสุขภาพ พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อมล้วนมีบทบาทสำคัญต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางนี้

ผลการวิจัยระยะที่ 2 การสร้างและยืนยันรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

การวิจัยระยะนี้เป็นวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research design) ประกอบด้วยวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณร่วมกับการบูรณาการทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อสร้างและยืนยันรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย พบว่า รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การเสริมสร้างการรับรู้และจัดการสุขภาพ ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมการให้ความรู้และสร้างความตระหนักรู้ 2) กิจกรรมการประเมินและเฝ้าระวังความเสี่ยง

องค์ประกอบที่ 2 การสร้างเสริมศักยภาพทางกายภาพเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ประกอบไปด้วย 1 กิจกรรม คือ กิจกรรมการส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ

องค์ประกอบที่ 3 การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ 2) กิจกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันการพลัดตกหกล้มที่ปลอดภัย

องค์ประกอบที่ 4 การบูรณาการเครือข่ายสุขภาพชุมชน ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมการสนับสนุนเชิงนโยบายและทรัพยากรเพื่อความยั่งยืน 2) กิจกรรมการส่งเสริมศักยภาพและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ

องค์ประกอบที่ 5 การติดตามและประเมินผล ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบ 2) กิจกรรมการกระตุ้นเตือนโดยบุคลากรสาธารณสุข

ผลการวิจัยระยะที่ 3 การประเมินรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

การวิจัยในระยะนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย โดยใช้การประชุมผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative) และเชิงปริมาณ (Quantitative) โดยการเลือกผู้เชี่ยวชาญแบบจำเพาะเจาะจง จำนวน 7 ท่าน ร่วมกันพิจารณาใน 4 ประเด็น คือ ความเป็นไปได้ (Feasibility) ความเป็นประโยชน์ (Utility) ความเหมาะสม (Propriety) และความครอบคลุมความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy) ในเดือน มิถุนายน 2568 ซึ่งการวิจัยระยะนี้ เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research design) เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative) และเชิงปริมาณ (Quantitative) โดยเลือกใช้การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) วิเคราะห์ ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Thematic analysis) และสถิติพรรณนาโดยใช้สถิติการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานค่าต่ำสุดและค่าสูงสุดโดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับพบว่า ผลการประเมินรูปแบบในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.63$ S.D. = .450) แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ความเป็นไปได้ (Feasibility) ($\bar{X} = 4.63$ S.D. = .355) ความเป็นประโยชน์ (Utility) ($\bar{X} = 4.74$ S.D. = .443) ความเหมาะสม (Propriety) ($\bar{X} = 4.48$ S.D. = .716) ความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy) ($\bar{X} = 4.62$ S.D. = .559)

โดยสรุปรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลักและกิจกรรมในแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การเสริมสร้างการรับรู้และจัดการสุขภาพ ประกอบไปด้วย 3 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมการประเมินและเฝ้าระวังความเสี่ยง ได้แก่ การคัดกรองโรคเรื้อรัง การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การพบแพทย์แพทย์และการใช้ยา 2) กิจกรรมการให้ความรู้และสร้างความตระหนักรู้ ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อรังแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล การสร้างความตระหนักใน

การดูแลสุขภาพตนเอง การมีตัวแบบหรือผู้แทนในการสร้างแรงจูงใจ และ3) กิจกรรมการฝึกอบรมผู้ดูแลในภาวะฉุกเฉินและปฐมพยาบาลเบื้องต้นจากการพลัดตกหกล้ม ได้แก่ กิจกรรมฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการผู้ดูแลทั้งในระดับครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Care giver)

องค์ประกอบที่ 2 การสร้างเสริมศักยภาพทางกายภาพเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มประกอบไปด้วย 2 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมการส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ได้แก่ การให้ความรู้ด้านการเคลื่อนไหวที่เหมาะสม การสร้างชมรมผู้สูงอายุเพื่อการออกกำลังกาย โรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อการเรียนรู้ (2) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตและภาวะทางอารมณ์ของผู้สูงอายุ ได้แก่ กิจกรรมบำบัดและสันทนาการ กิจกรรมจิตอาสา กิจกรรมทางศาสนา

องค์ประกอบที่ 3 การบูรณาการเครือข่ายสุขภาพชุมชน ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมการสนับสนุนเชิงนโยบายและทรัพยากรเพื่อความยั่งยืน ได้แก่ การสร้างนโยบายและกฎระเบียบร่วมกับชุมชน การสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานภาครัฐ การระดมทุนและทรัพยากรจากชุมชนและภาคประชาชน และ การสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย 2) กิจกรรมการส่งเสริมศักยภาพและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ได้แก่ การสร้างกลุ่มส่งเสริมรายได้และจัดตั้งกองทุนชุมชนเพื่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และการเปิดเวทีประชาคมเพื่อการมีส่วนร่วมในการวางแผน

องค์ประกอบที่ 4 การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุที่มาภาวะพึ่งพิง การประเมินสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การปรับปรุงบ้านและบริเวณให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ 2) กิจกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันการพลัดตกหกล้มที่ปลอดภัย ได้แก่ การฝึกอบรมการใช้อุปกรณ์อย่างปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล การจัดหาอุปกรณ์ช่วยเดินและอุปกรณ์ป้องกันการพลัดตกหกล้มที่เหมาะสม และการจัดตั้งคลังอุปกรณ์ชุมชน

องค์ประกอบที่ 5 การติดตามและประเมินผล ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมการติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบ โดยทีมสหวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ การติดตามเยี่ยมบ้าน การประเมินผลภาวะสุขภาพ การปรับปรุงแผนตามการประเมิน การบันทึกข้อมูล 2) กิจกรรมการกระตุ้นเตือนโดยบุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ การสนับสนุนและกระตุ้นจากบุคลากรสุขภาพ

อภิปรายผลการวิจัย

จากระเบียบวิธีวิจัยและผลการวิจัยที่ค้นพบนั้น ผู้วิจัยได้นำผลการวิจัยมาอภิปรายผลในประเด็น ดังต่อไปนี้

1. สาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงในจังหวัดสุโขทัย

2. รูปแบบและการประเมินรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงในจังหวัดสุโขทัย

1. สาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงในจังหวัดสุโขทัย

ส่วนที่ 1 การศึกษาสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงในจังหวัดสุโขทัย

ผลการวิเคราะห์และตีความข้อมูลสาเหตุทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงในจังหวัดสุโขทัย ด้วยการวิเคราะห์เชิงประเด็น (Thematic Analysis) ที่ได้ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบไปด้วย 4 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ/ด้านสังคม ปัจจัยด้านพฤติกรรม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

1. ปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยชีววิทยาเป็นปัจจัยภายในที่สัมพันธ์กับสภาพร่างกายและสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังหลายชนิด เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไต ซึ่งล้วนส่งผลต่อการทรงตัวและการเคลื่อนไหว สอดคล้องกับ อรรวรรณ เจริญ (2565); ศิริวรรณ เชาวโน และพรชัย ขุนคงมี (2565); Tang et al (2022); Jin et al. (2022) ผู้สูงอายุที่สถานะสุขภาพไม่ดีมีความสำคัญต่อจำนวนโรคเรื้อรัง และส่งผลต่อการเกิดการพลัดตกหกล้ม นอกจากนี้ ประวัติการพลัดตกหกล้มในอดีตเป็นตัวทำนายที่สำคัญของการพลัดตกหกล้มในอนาคต สอดคล้องกับ นันทา เขตเจริญ (2563); สุภารัตน์ วัฒนา (2567) พบว่า ผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติการพลัดตกหกล้มส่งผลให้เกิดการพลัดตกหกล้มซ้ำได้ การมองเห็นและการได้ยินที่ลดลงยังจำกัดความสามารถในการรับรู้สิ่งเร้าและอันตรายจากสภาพแวดล้อมโดยรอบ อีกทั้งปัญหาการเดิน การทรงตัว การกลืนปัสสาวะ และความกลัวการล้มซ้ำ สอดคล้องกับ อรรวรรณ เจริญ (2565) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านการทรงตัวมีโอกาสเกิดการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุ ที่ไม่มีปัญหาทางด้านการทรงตัว และการมองเห็นไม่ชัดเจนมีโอกาสเกิดการหกล้มในผู้สูงอายุมากกว่า การมองเห็นชัดเจน ล้วนส่งผลให้เกิดการหลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหว เพิ่มภาวะฟุ้งฟิง และลดคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ

2. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ/ด้านสังคม สภาพเศรษฐกิจของผู้สูงอายุที่มีรายได้จำกัดส่วนใหญ่จากเบี้ยยังชีพและเงินสงเคราะห์ผู้พิการ ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ อุปกรณ์ช่วยเดิน และการปรับปรุงบ้านให้ปลอดภัย การพึ่งพิงทางเศรษฐกิจทำให้ผู้สูงอายุขาดความสามารถในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ในด้านสังคม การมีสมาชิกในบ้านสามารถลดความเสี่ยงบางประการ แต่เมื่อผู้สูงอายุต้องอยู่ลำพังในช่วงกลางวัน ความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มโดยไม่มีผู้ช่วยเหลือก็เพิ่มขึ้นอย่างมาก ซึ่งสอดคล้องกับ Liu & Hu (2022); Maruszezwska et al. (2025) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำมีความเสี่ยงสูงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ และอาศัยอยู่ลำพังมีความเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้ม นอกจากนี้ การมีที่อยู่อาศัยไม่เพียงพอ ขาดทรัพยากรชุมชน รายได้ต่ำ (World Health Organization, 2021b) ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้มด้วยเช่นกัน

3. ปัจจัยด้านพฤติกรรม พฤติกรรมเสี่ยงของผู้สูงอายุสะท้อนถึงการขาดความรู้ ความตระหนัก หรือข้อจำกัดทางสุขภาพ เช่น การใช้ยาหลายชนิดพร้อมกัน ทำให้เกิดอาการข้างเคียง เช่น เวียนหัว ง่วงนอน ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับ ศิริวรรณ เชาวโน,พรชัย ขุนคงมี (2565); วนิดา ราชมัย (2565); Kim & Kim (2022) พบว่า ผู้สูงอายุที่รับประทาน ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท ยาลดความดันโลหิตสูง เป็นประจำมีโอกาสเสี่ยงหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ใช้ยา สอดคล้องกับอุบลทิพย์ ไชยแสง และคณะ (2564) พบว่า การเลือกสวมเสื้อผ้าที่มีขนาดพอดีตัว ไม่หลวม หรือยาวจนเกินไปมีความสัมพันธ์ต่อการพลัดตกหกล้มได้ การออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอทำให้สมรรถภาพร่างกายลดลง ขณะที่คุณภาพการนอนที่ไม่ดีส่งผลต่อความตื่นตัวในเวลากลางวัน ทั้งหมดนี้สะท้อนถึงความจำเป็นในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมให้แก่ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

4. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยเป็นปัจจัยภายนอกที่สำคัญต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่าบ้านส่วนใหญ่ไม่มีราวจับ ไม่มีการปรับระดับพื้นหรือแสงสว่างที่เพียงพอ ทำให้การเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวันเป็นไปด้วยความเสี่ยงสูง โดยเฉพาะพื้นลื่น ประตุนิคมเหมาะสมควร ผ้าเช็ดเท้า ห้องน้ำ และเตียงนอน ล้วนเป็นจุดเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มที่สำคัญ สอดคล้องกับมุกิตามุสิการยกุล และสุจิตรา สุคนธ์ทรัพย์ (2565); Songthap et al. (2023) พบว่า ลักษณะพื้นห้องน้ำ เปียกและลื่น รวมไปถึงแสงสว่างที่ไม่เพียงมีผลต่อการพลัดตกหกล้ม สัตว์เลี้ยงแม้ช่วยด้านจิตใจ แต่ในบางกรณีก็กลายเป็นอุปสรรคทางกายภาพได้ สอดคล้องกับ กุมาลิพร ตรีสอน (2563) พบว่า การมีสัตว์เลี้ยงในบ้านมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดการพลัดตกหกล้ม ดังนั้น การออกแบบสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งจำเป็น และควรมีการปรับปรุงอย่างครอบคลุมและเฉพาะบุคคล

ส่วนที่ 2 การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย ด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression Analysis) จากกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม ทำให้ทราบได้ว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย ทั้งหมด 4 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและด้านสังคม ปัจจัยด้านพฤติกรรม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยตัวแปรทั้งหมด 6 ตัวแปร คือ 1) ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง 2) ความเพียงพอของรายได้ 3) การนอนหลับที่ไม่พอเพียง 4) การออกกำลังกาย 5) พันสี และ 6) พื้นที่ต่างระดับ ซึ่งสามารถอภิปรายได้ว่า

1. ปัจจัยด้านชีววิทยา พบว่า การมีประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง มีผลต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีโรคประจำตัว 3 โรคขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งปัจจัยด้านชีววิทยาเกี่ยวข้องกับโดยตรงกับสภาวะร่างกาย ระบบอวัยวะ และการทำงานของร่างกายผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผลสะสมจากอายุที่มากขึ้น ร่วมกับการมีโรคเรื้อรังหลายชนิด (นันทา เขตเจริญ (2563); สุภารัตน์ วัฒนา (2567); World Health Organization, 2021b; World Health Organization, 2008) ล้วนส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เพิ่มโอกาสการพลัดตกหกล้ม สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไขข้อ ส่งผลกระทบต่อระบบการเคลื่อนไหว การทรงตัว และสมรรถภาพร่างกาย มีความสัมพันธ์ต่อการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับงานวิจัยของอรรพรรณ เจริญ (2565) ได้ทำการศึกษาศักยภาพที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ อำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพไม่ดีมีโอกาสเกิดการหกล้มในผู้สูงอายุมากกว่าภาวะสุขภาพดีและ Tang et al. (2022) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการหกล้มในผู้สูงอายุและจำนวนโรคเรื้อรังและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพตามข้อมูลพื้นฐาน CHARLS 2018 พบว่า สถานะสุขภาพมีความสำคัญต่อจำนวนโรคเรื้อรังที่มีความสัมพันธ์ต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ความเสื่อมตามธรรมชาติของระบบประสาท กล้ามเนื้อ และกระดูก ยังลดความสามารถในการตอบสนองอย่างรวดเร็วต่อการเสียสมดุล ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงต่อการหกล้มแม้ในสถานการณ์เล็กน้อย ดังนั้นควรมีการคัดกรองและดูแลโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคประจำตัวหลายโรค

2. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและด้านสังคม พบว่า ความเพียงพอของรายได้มีผลต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย สะท้อนถึง ทุนทางสังคม และความสามารถในการดำรงชีวิต อย่างมีคุณภาพ ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอมักเผชิญกับข้อจำกัด

หลายด้านที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพที่สำคัญที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Liu & Hu (2022); Maruszezwska et al. (2025); ศิริวรรณ เชาวโน,พรชัย ขุนคงมี (2565) ที่ระบุว่าฐานะทางเศรษฐกิจมีผลต่อคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุที่ขาดรายได้มักขาดโภชนาการที่ดี ไม่สามารถปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้ปลอดภัยได้ ขาดอุปกรณ์ช่วยเหลือ การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำกัด และความโดดเดี่ยวทางสังคม เช่น ที่อยู่อาศัยไม่เพียงพอ ขาดทรัพยากรชุมชน รายได้ต่ำ (World Health Organization, 2021b) และยังส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพและการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย หากผู้สูงอายุมีรายได้ไม่เพียงพอ อาจทำให้ไม่สามารถปรับปรุงบ้าน เช่น การติดตั้งราวจับ หรือใช้รองเท้าที่เหมาะสม ซึ่งเพิ่มโอกาสการพลัดตกหกล้ม ดังนั้น ความเปราะบางทางเศรษฐกิจและสังคมจึงไม่ได้เป็นเพียงข้อจำกัดด้านการเงิน แต่ส่งผลเป็นลูกโซ่ต่อปัจจัยสุขภาพและสิ่งแวดล้อม การสนับสนุนทางเศรษฐกิจจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาระบบสวัสดิการและการช่วยเหลือด้านรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3. ปัจจัยด้านพฤติกรรม พบว่า การนอนหลับที่ไม่พอเพียง และการออกกำลังกาย มีผลต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย โดยพฤติกรรมส่วนบุคคลมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งโดยเฉพาะในเรื่อง รูปแบบการนอนหลับ และกิจกรรมทางกาย ซึ่งสะท้อนถึงวิถีชีวิตที่มีผลโดยตรงต่อระบบการทำงานของร่างกายและการป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่นอนหลับไม่เพียงพอมีโอกาสหกล้มสูงกว่าผู้ที่นอนหลับเพียงพอเกือบ 6 เท่า การนอนหลับไม่เพียงพออาจส่งผลให้เกิดอาการอ่อนเพลีย การตื่นตัวของระบบประสาทลดลง สมาธิสั้นลง และปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าช้าลง ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุล้มได้ง่ายแม้ในสถานการณ์ปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่ระบุว่าคุณภาพการนอนหลับส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทรงตัวและการตอบสนองต่อสิ่งเร้า มีความสัมพันธ์ต่อการหกล้มในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Tang et al. (2022) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการหกล้มในผู้สูงอายุและจำนวนโรคเรื้อรังและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพตามข้อมูลพื้นฐาน CHARLS 2018 ผลการวิจัยพบว่า การนอนหลับ มีความสัมพันธ์ต่อการหกล้มในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะเดียวกัน การไม่ออกกำลังกาย ทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง โดยเฉพาะกล้ามเนื้อขาและลำตัว ซึ่งมีบทบาทหลักในการทรงตัว นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อความยืดหยุ่นของข้อต่อ ความสมดุลของร่างกาย และความคล่องตัว โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่เคยออกกำลังกาย มีโอกาสเสี่ยงเกิดการพลัดตกหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายเป็นประจำ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีออกกำลังกายสม่ำเสมอ มักมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความยืดหยุ่นของร่างกายที่ดีกว่า ลดความเสี่ยงต่อการล้ม อย่างไรก็ตาม การขาดการออกกำลังกายหรือการทำกิจกรรมที่ไม่เหมาะสมอาจเพิ่มความเสี่ยงในการสูญเสียการทรงตัว (World Health Organization, 2021b; World Health Organization, 2008) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kim & Kim (2022) ได้ศึกษาการเปรียบเทียบปัจจัยที่มี

อิทธิพลต่อการหกล้มซ้ำในผู้สูงอายุตอนต้นและผู้สูงอายุตอนปลาย เป็นการศึกษาภาคตัดขวางในประเทศเกาหลีใต้ ผลการศึกษาพบว่า ออกกำลังกายน้อยมีผลต่อการเกิดการหกล้มซ้ำ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมจึงยิ่งเร่งให้เกิดการเสื่อมถอยของสมรรถภาพ และเพิ่มโอกาสในการพลัดตกหกล้มอย่างชัดเจน ดังนั้น การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีการนอนหลับที่เพียงพอและมีคุณภาพ และจัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

4. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า พื้นลื่นและพื้นที่ต่างระดับมีผลต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย โดยสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยเป็นตัวแปรภายนอกที่สามารถควบคุมหรือปรับปรุงได้ แต่กลับพบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ถูกมองข้าม โดยเฉพาะพื้นลื่นและพื้นที่ต่างระดับภายในบ้านเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการหกล้ม พื้นกระเบื้องทั่วไปในห้องน้ำหรือบริเวณที่มีน้ำ การมีธรณีประตู บันได หรือระดับพื้นห้องที่ไม่เรียบเสมอกัน ความแตกต่างเล็กน้อยของพื้นอาจดูปลอดภัยในสายตาผู้ใหญ่ทั่วไป แต่เป็นอุปสรรคสำคัญสำหรับผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว พื้นเหล่านี้เป็นจุดเสี่ยง ที่สามารถทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้ทันที ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่ชี้ว่าลักษณะพื้นบ้านมีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สภาพพื้นผิวที่ลื่น เช่น กระเบื้องที่ไม่มีพื้นผิวกันลื่น หรือพื้นที่เปียกน้ำ เป็นปัจจัยภายนอกที่สำคัญต่อการหกล้ม (World Health Organization, 2021b) การปรับปรุงสภาพพื้นผิว เช่น การติดตั้งวัสดุป้องกันลื่นหรือการจัดการความสะอาด จึงเป็นวิธีป้องกันที่สำคัญ สอดคล้องกับงานวิจัยของ กุมาลีพร ตรีสอน (2563) ได้ทำการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหกล้มของผู้สูงอายุชุมชนบ้านท่าม่วง อำเภอสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม คือ บ้านที่ห้องน้ำมีลักษณะเปียกและลื่นตลอดเวลา มีความสัมพันธ์ต่อภาวะพลัดตกหกล้ม รวมไปถึงการมีพื้นที่ต่างระดับทั้งในและนอกบ้านเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญ สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุพลัดตกหกล้มมาจากพื้นต่างระดับ ทำให้สะดุดได้ง่าย (วิชัย เอกพลากร, 2564; World Health Organization, 2008) ความแตกต่างของระดับพื้น เช่น ขั้นบันไดหรือธรณีประตูเป็นอุปสรรคสำคัญที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้ม โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีปัญหาการมองเห็นหรือการยกขาที่ไม่สะดวก การออกแบบพื้นที่ที่เหมาะสม เช่น การลดความต่างระดับ หรือการติดตั้งทางลาด เป็นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Songthap et al. (2023) ได้ทำการศึกษาการสำรวจปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมภายในบ้านที่ส่งผลกระทบต่อภาวะหกล้มของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในภาคเหนือของประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญ มีพื้นที่ต่างระดับทั้งในและนอกบ้าน ดังนั้นควรให้ความสำคัญกับการปรับสภาพแวดล้อมที่

เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น การปรับปรุงพื้นผิวในบ้าน โดยเฉพาะการติดตั้งวัสดุกันลื่นในบริเวณที่เสี่ยง ปรับพื้นบ้านเพื่อลดความต่างระดับหรือติดตั้งอุปกรณ์ช่วยเหลือ เช่น ราวจับ หรือทางลาด

2. รูปแบบและการประเมินรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย ได้มีการดำเนินการเป็น 5 องค์ประกอบ สามารถอธิบายได้ดังต่อไปนี้

องค์ประกอบที่ 1 การเสริมสร้างการรับรู้และจัดการสุขภาพ ประกอบไปด้วย 3 กิจกรรมหลัก คือ 1) กิจกรรมการประเมินและเฝ้าระวังความเสี่ยง ได้แก่ กิจกรรมการคัดกรองโรคเรื้อรัง เป็นกิจกรรมการคัดกรองสุขภาพเพื่อประเมินความเสี่ยงโรคเรื้อรัง เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพระยะยาว กิจกรรมการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เป็นกิจกรรมการคัดกรองความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และสมรรถภาพทางการเคลื่อนไหวและความจำเป็นในการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินในผู้สูงอายุรายบุคคล กิจกรรมการพบแพทย์แพทย์และการใช้ยาโดยการส่งเสริมการเข้าถึงบริการอย่างต่อเนื่อง และความเข้าใจในการใช้ยาโรคเรื้อรัง 2) กิจกรรมการให้ความรู้และสร้างความตระหนักรู้ ได้แก่ กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อรังแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลโดยการจัดอบรมการให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง การควบคุมโรค การป้องกันโรคเรื้อรัง และส่งเสริมสุขภาพที่ดี รวมไปถึงการนอนหลับ การออกกำลังกาย กิจกรรมการสร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเองเป็นกิจกรรมรณรงค์สื่อสารสร้างความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ กิจกรรมการมีตัวแบบหรือผู้แทนในการสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพและป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้ม และ 3) กิจกรรมการฝึกอบรมผู้ดูแลในภาวะฉุกเฉินและปฐมพยาบาลเบื้องต้นจากการพลัดตกหกล้ม ได้แก่ กิจกรรมฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการผู้ดูแลทั้งในระดับครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Caregiver)

จากการเสริมสร้างการรับรู้และจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ถือเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยกิจกรรมการประเมินโรคเรื้อรังและความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มช่วยให้สามารถระบุภาวะเสี่ยง การวางแผนการดูแลอย่างเหมาะสม และลดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2558) และแนวทาง STEADI ของ Eckstrom et al. (2021) ที่เน้นการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงเฉพาะบุคคล เพื่อแบ่งความเสี่ยงของแต่ละบุคคล โดยมีการดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ ควรมีการประเมินอย่างละเอียดควรสอดคล้องกับศักยภาพบุคลากรและทรัพยากรที่มีอยู่ (สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2562) ควบคู่กับการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลและผู้สูงอายุเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งได้รับการยืนยันจากการศึกษาในประเทศและต่างประเทศหลายฉบับ อาทิ จรัญญา ส่งเสริม (2564), นพวรรณ ดวงจันทร์ และคณะ (2565); พิรุณตรี ศรชัยเลิศสกุล

(2566); Lee & Yu (2020); Dautzenberg et al. (2021) ที่ล้วนแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในด้านร่างกาย สิ่งแวดล้อม และการจัดการในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ การฝึกอบรมผู้ดูแลในสถานการณัณักยังช่วยเสริมศักยภาพชุมชนและลดผลกระทบจากอุบัติเหตุได้ โดยแนวคิดนี้มีความสอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค ซึ่งเน้นการประเมินความเสี่ยงและความรุนแรงก่อนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (นัชชา ยันติ และคณะ, 2568) ตลอดจนแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมที่สะท้อนถึงบทบาทของตัวแบบและกลุ่มสนับสนุนในการกระตุ้นพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น (ระรินทิพย์ ธรรมเจริญ, 2566) รวมถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนในการฝึกอบรมและส่งเสริมกิจกรรมสุขภาพ (หัสยาพร อินทยศ, 2566) ที่ช่วยสร้างการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืน โดยสรุปองค์ประกอบนี้เน้นกระบวนการแบบองค์รวมที่บูรณาการทั้งการประเมิน ให้ความรู้ และสร้างการมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่มีประสิทธิภาพในผู้สูงอายุไทยที่มีภาวะพึ่งพิง

องค์ประกอบที่ 2 การสร้างเสริมศักยภาพทางกายภาพเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มประกอบไปด้วย 2 กิจกรรมหลัก คือ 1) กิจกรรมการส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ได้แก่ กิจกรรมการให้ความรู้ด้านการเคลื่อนไหวที่เหมาะสมแนะนำการออกกำลังกาย ท่าทาง และกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กิจกรรมการสร้างชมรมผู้สูงอายุเพื่อการออกกำลังกายส่งเสริมการรวมกลุ่มและสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกายร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ กิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อการเรียนรู้เป็นการเรียนรู้ด้านสุขภาพในรูปแบบห้องเรียน สนุก เข้าใจง่าย 2) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตและภาวะทางอารมณ์ของผู้สูงอายุ ได้แก่ กิจกรรมบำบัดและสันทนาการ กิจกรรมจิตอาสา กิจกรรมทางศาสนา

จากการสร้างเสริมศักยภาพทางกายภาพเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นกระบวนการส่งเสริมสุขภาพที่เน้นความเข้มแข็งทางกายและจิตใจ ผ่านกิจกรรมการเคลื่อนไหว การมีส่วนร่วมในกลุ่ม และกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพจิต โดยเฉพาะกิจกรรมออกกำลังกายและการเรียนรู้ในโรงเรียนผู้สูงอายุ เนื่องจากความสามารถทางกายเป็นตัวแปรสำคัญที่สัมพันธ์กับโอกาสการหกล้ม โดยเฉพาะการมีกล้ามเนื้อแข็งแรงและการทรงตัวที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ จุฑาทิพย์ รอดสูงเนิน (2564), สิริภพ โตเสม และคณะ (2563) รวมถึง Zahedian-Nasab et al. (2021) ที่มีผลการศึกษานับนับสนุนว่าการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม เช่น ออกกำลังกายด้วยยางยืด ท่าต่าง ๆ ตาราง 9 ช่อง การส่งเสริมกิจกรรมทางกายสามารถเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติกิจกรรมทางกาย โปรแกรมฝึกทรงตัว ช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การทรงตัว และลดความกลัวการพลัดตกหกล้มได้อย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับผลจากโปรแกรมการออกกำลังกายแบบผสมผสานของภาคภูมิ ธาวงศ์ และก้องไพร ดันสุชาติ (2566); Chittrakul et al.

(2020) ที่ลดความเสี่ยงและความกลัวการพลัดตกหกล้มได้อย่างชัดเจน ยังแสดงให้เห็นว่าออกกำลังกายที่หลากหลายเป็นทางเลือกสำหรับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน สำหรับด้านสุขภาพจิต กิจกรรมบำบัด จิตอาสา และศาสนา ก็มีมีส่วนสำคัญในการเสริมสร้างความสุข ความภูมิใจ และลดภาวะเครียดในผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง และคณะ (2568) ที่แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตและสังคมในทางที่ดีขึ้นจากกิจกรรมชุมชนที่มีความหมายและคุณค่า องค์ประกอบนี้จึงสะท้อนให้เห็นถึงหลักการของทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม กิจกรรมเหล่านี้ถือเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้รับการยอมรับ ได้รับการดูแลจากชุมชน และเกิดแรงจูงใจภายในในการรักษาสุขภาพของตนเอง และเมื่อชุมชนมีการรวมตัวหรือจัดกิจกรรมร่วมกันตามหลักการมีส่วนร่วมของชุมชน จะช่วยสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะของผู้สูงอายุในระยะยาวที่เน้นการมีเพื่อนและครอบครัว รวมไปถึงการเข้าร่วมกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ และกิจกรรมสนทนาการ เป็นพลังหนุนสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และสร้างความรู้สึเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งนำไปสู่การเพิ่มสมรรถภาพทางกาย และลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้อย่างยั่งยืน

องค์ประกอบที่ 3 การบูรณาการเครือข่ายสุขภาพชุมชน ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรมหลัก คือ 1) กิจกรรมการสนับสนุนเชิงนโยบายและทรัพยากรเพื่อความยั่งยืน ได้แก่ กิจกรรมการสร้างนโยบายและกฎระเบียบร่วมกับชุมชนเป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการกำหนดแนวทาง กฎเกณฑ์ และนโยบายที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น กิจกรรมการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานภาครัฐเป็นการประสานและสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานราชการเพื่อดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง กิจกรรมการระดมทุนและทรัพยากรจากชุมชนและภาคประชาชนใช้กลไกชุมชน เช่น โครงการบ้านพอเพียง หรือกิจกรรมระดมทุน เพื่อเสริมการพึ่งตนเอง และกิจกรรมการสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายเป็นการสร้างระบบความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ เช่น สาธารณสุข ท้องถิ่น เอกชน และประชาสังคม เพื่อสนับสนุนกิจกรรมในระยะยาว 2) กิจกรรมการส่งเสริมศักยภาพและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ได้แก่ กิจกรรมการสร้างกลุ่มส่งเสริมรายได้และจัดตั้งกองทุนชุมชนเพื่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจเป็นการสนับสนุนการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมร่วมกัน และสร้างระบบการเงินในชุมชนเพื่อสนับสนุนกิจกรรมผู้สูงอายุและการสร้างรายได้อย่างยั่งยืน และกิจกรรมการเปิดเวทีประชาคมเพื่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนเป็นการจัดการประชุมเพื่อให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการเสนอแนวคิดและร่วมวางแผนพัฒนาชุมชน

การบูรณาการเครือข่ายสุขภาพชุมชน เป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างยั่งยืน โดยกิจกรรมการสนับสนุนเชิงนโยบายและทรัพยากร เช่น การกำหนดนโยบายร่วมกับชุมชน การสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานภาครัฐ และการระดมทุนในพื้นที่ ล้วนเป็นการสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพระดับชุมชน อันเป็น

พื้นฐานที่เอื้อต่อการดำเนินกิจกรรมด้านผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับงานวิจัยของ อุพาริน พรกระแสน (2567); จุฑามาศ วงศ์เทเวศิมา (2568); บัณฑิตา ทองนา (2568) ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการป้องกันการเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ทุกภาคส่วนต้องให้ความสำคัญ ทั้งในส่วนของครอบครัว ชุมชน ตลอดจนบุคลากรทางด้านสุขภาพที่ร่วมมือกัน ขณะเดียวกัน งานวิจัยของ นางพิมล นิมิตรอนันท์ และคณะ (2563); กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง และคณะ (2568) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุผ่านกิจกรรมจัดตั้งกองทุน กลุ่มส่งเสริมรายได้ และเวทีประชาคม ยังสะท้อนให้เห็นถึงการสร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของ ซึ่งกระตุ้นให้ชุมชนและผู้สูงอายุมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง การอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมภายใต้บรรยากาศของความเป็นมิตร การทำงานเป็นทีม และเวทีสาธารณะ ซึ่งช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ และประสานความร่วมมืออย่างมีพลัง ทั้งนี้ จากการศึกษาของ อุพาริน พรกระแสน (2567); ธรรมบุญ ชามทอง (2568) ; บัณฑิตา ทองนา (2568) พบว่าการบูรณาการภาคีเครือข่ายจากภาครัฐ เอกชน และประชาสังคม เป็นปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญ ซึ่งเมื่อมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน การบริหารจัดการตามบทบาท และการพัฒนาองค์ความรู้แก่บุคลากรและอาสาสมัครในพื้นที่ ยิ่งส่งเสริมให้เกิดรูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นโดยงานวิจัยของ จุฑามาศ วงศ์เทเวศิมา (2568) ได้ยืนยันว่าหลังการดำเนินตามกิจกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้ มีพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม และการดูแลสุขภาพของตนเองดีขึ้น ลดความเสี่ยงและความกลัวการพลัดตกหกล้มอย่างมีนัยสำคัญ จึงกล่าวได้ว่า กิจกรรมการบูรณาการเครือข่ายสุขภาพชุมชนเป็นองค์ประกอบที่เน้นการขับเคลื่อนด้วยพลังชุมชนและทรัพยากรในพื้นที่ เพื่อสร้างรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่มีประสิทธิภาพยั่งยืน และเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุไทย

องค์ประกอบที่ 4 การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรมหลัก คือ 1) กิจกรรมการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุที่มาภาวะพึ่งพิงการจัดอบรมให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งภายในและภายนอกบ้าน กิจกรรมการประเมินสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มจัดกิจกรรมประเมินความเสี่ยงโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมไปถึงภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม กิจกรรมการปรับปรุงบ้านและบริเวณให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุปรับปรุงโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน เช่น ติดตั้งราวจับ ปูพื้นกันลื่น ช่อมแซมพื้นที่ชำรุด โดยการปรับปรุงที่ต่างระดับและทางเดินให้เรียบ รวมไปถึงการแนะนำการจัดวางสิ่งของภายในบ้านให้เหมาะสม โดยอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน และชุมชน 2) กิจกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันการพลัดตกหกล้มที่ปลอดภัย ได้แก่ กิจกรรมการฝึกอบรมการใช้

อุปกรณ์อย่างปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลฝึกการขึ้น-ลงเตียง ใช้ Walker ไม่เท้า ฝึกทำการยืน เดิน ย้ายตัว เพื่อลดความเสี่ยงการหกล้ม สาธิตการใช้อุปกรณ์เสริมในบ้าน เช่น ราวจับ พื้นกันลื่น กิจกรรมการจัดหาอุปกรณ์ช่วยเดินและอุปกรณ์ป้องกันการพลัดตกหกล้มที่เหมาะสมเช่น ไม่เท้าหลายขา Walkerแบบไม่มีล้อ Walkerแบบมีล้อ อุปกรณ์พยุงเดินแบบพิเศษ (เช่น Walker มีเบรกสำหรับผู้มีแรงน้อย) สนับเข่า อุปกรณ์รองรับสะโพกกันกระแทก และกิจกรรมการจัดตั้งคลังอุปกรณ์ชุมชนให้ยืม ไม่เท้า walker อุปกรณ์รองรับสะโพกกันกระแทก หรืออุปกรณ์เสริมพร้อมคู่มือการดูแลรักษาอุปกรณ์จากการขอรับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกองทุน LTC

การป้องกันการพลัดตกหกล้มไม่สามารถมองเฉพาะมิติทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเท่านั้น ควรมีการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย เป็นการดำเนินงานในเชิงรุกที่มุ่งลดปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยครอบคลุมทั้งการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านให้มีความปลอดภัยเหมาะสมกับผู้สูงอายุ การประเมินความเสี่ยงร่วมกับภาคีเครือข่าย การฝึกใช้และจัดหาอุปกรณ์ช่วยเดิน รวมถึงการจัดตั้งคลังอุปกรณ์ในชุมชน ทั้งนี้สะท้อนแนวคิดการจัดการปัจจัยเสี่ยงเชิงระบบ และสอดคล้องกับแนวทางของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ที่เน้นลดสิ่งกระตุ้นความเสี่ยงควบคู่กับการส่งเสริมแรงจูงใจในเชิงบวก โดยมีหลักฐานสนับสนุนจากหลายงานวิจัย เช่น สุพรรณ นามอยู่ และคณะ (2568) ได้ทำการศึกษาการพัฒนาแบบ การป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยภาคีเครือข่าย ตำบลบุญเกิด อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม การให้ความรู้โดยทีมสหวิชาชีพ โดยภาคีเครือข่ายที่พัฒนาขึ้น ช่วยลดปัญหา การพลัดตกหกล้มได้จริงขณะที่จริญา ส่งเสริม (2564) พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มดีขึ้น อัตราการพลัดตกหกล้มลดลงภายใน 90 วัน สอดคล้องกับผลการทบทวนงานวิจัยของนพวรรณ ดวงจันทร์และคณะ (2565) ที่ยืนยันว่าโปรแกรมแบบผสมผสานซึ่งรวมกิจกรรมการจัดสิ่งแวดล้อมสามารถปรับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการศึกษาของพิรณตรี ศรชัยเลิศสกุล (2566) ที่แสดงให้เห็นว่า กิจกรรมการเรียนรู้การป้องกันการพลัดตกหกล้ม การลดปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม การฝึกทักษะ การทรงตัวและการบริหารร่างกายสามารถเสริมพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมอย่างปลอดภัยได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม ขณะที่กิจกรรมการจัดหาอุปกรณ์ช่วยเดินและการตั้งคลังอุปกรณ์ในชุมชน ยังช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายและเสริมศักยภาพชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม ดังงานวิจัยของ Lee & Yu (2020) ทำการศึกษาประสิทธิผลของมาตรการหลายปัจจัยในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า การแทรกแซงหลายปัจจัย ประกอบด้วย การออกกำลังกาย การให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม การใช้ยา การใช้อุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนไหว การจัดการการมองเห็นและจิตวิทยา การแทรกแซงหลายปัจจัยช่วยลดอัตราการหกล้มในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เช่นเดียวกับกิติมา เศรษฐ์บุญสร้าง และประเสริฐ ประสมรักษ์ (2566) ที่พบว่า โปรแกรมแบบสหปัจจัยช่วยเพิ่มความรู้

และลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มจากสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยสนับสนุนเพิ่มเติมจากนัชชา ยันติ และคณะ (2568) ที่สนับสนุนว่า การป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยลดปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม จากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ช่วยส่งเสริมการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ช่วยลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้ และเมื่ออุปกรณ์ช่วยเดินได้รับการสนับสนุนและจัดการอย่างเหมาะสม จะส่งผลต่อการลดการพึ่งพาและเพิ่มความมั่นใจในการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ อันเป็นแนวทางตามการสนับสนุนทางสังคม ดังงานวิจัยของอุพาริน พรกระแสน (2567); โสภิตา แสนวา และคณะ (2565) สนับสนุนว่า การพัฒนารูปแบบโดยการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนของบุคคลในครอบครัวและภาคีเครือข่าย การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การจัดโปรแกรมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ รวมไปถึงการสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนไหว และการจัดสภาพแวดล้อมร่วมด้วย ส่งผลให้ความกลัวการหกล้มลดลง ความรู้ และพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้น และอัตราการล้มลดลงอย่างชัดเจน

องค์ประกอบที่ 5 การติดตามและประเมินผล ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรมหลัก คือ 1) กิจกรรมการติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบ โดยทีมสหวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ กิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้านเป็นการส่งเสริมการเข้าถึงบริการเชิงรุก เพื่อให้คำปรึกษาการดูแลในชีวิตประจำวัน ติดตามสถานะสุขภาพ ติดตามผลการใช้อุปกรณ์และการหกล้มซ้ำรวมไปถึงการให้ความแนะนำเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย กิจกรรมการประเมินผลภาวะสุขภาพ ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มซ้ำ รวมไปถึงการประเมินสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม กิจกรรมการปรับปรุงแผนตามการประเมินเป็นกระบวนการติดตาม วิเคราะห์ผล และนำผลไปปรับปรุงแผนอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมการบันทึกข้อมูลเป็นการวางรากฐานให้สามารถดำเนินต่อไปในระยะยาว โดยทำการบันทึกการล้มซ้ำ การประเมินผลการใช้อุปกรณ์หลัง 1 เดือน และ 3 เดือน หากพบปัญหาในการใช้งาน ให้ปรับอุปกรณ์หรือเปลี่ยนวิธีดูแลให้เหมาะสมยิ่งขึ้น 2) กิจกรรมการกระตุ้นเตือนโดยบุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ กิจกรรมการสนับสนุนและกระตุ้นจากบุคลากรสุขภาพเน้นบทบาทของบุคลากรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมอย่างเป็นทางการหลักสูตร 70 ชั่วโมง (Caregiver) ในการสร้างแรงจูงใจและกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วม ในการดูแลสุขภาพตนเองรวมไปถึงการติดตามพฤติกรรม การเคลื่อนไหวและกระตุ้นให้มีกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่อง

การติดตามและประเมินผล เป็นกลไกสำคัญที่สนับสนุนให้การดำเนินงานป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน โดยมีกิจกรรมหลักทั้งในด้านการติดตามอย่างเป็นระบบโดยทีมสหวิชาชีพและการกระตุ้นเตือนโดยบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งเอื้อต่อการประเมินสถานการณ์สุขภาพ การปรับแผนการดูแล และการส่งเสริม

พฤติกรรม การเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ นพวรรณ ดวงจันทร์ และคณะ (2565) ได้การรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในประเทศไทย จากการวิจัยพบว่า ลักษณะโปรแกรมในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุเป็นแบบผสมผสาน โดยกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การให้ความรู้ การออกกำลังกาย การติดตามเยี่ยมเพื่อจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านให้ปลอดภัย ส่วนผลลัพธ์ของโปรแกรมพบว่า สามารถปรับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นได้ และนางพิมล นิมิตรอนันท์ และคณะ (2563); ธรรมบุญ ชามทอง (2568); บัณฑิตา ทองนา (2568); จุฑามาศ วงศ์เทววิมาน (2568); กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง และคณะ (2568) ที่ชี้ให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการเตรียมความพร้อม การประชุม การจัดการความเสี่ยง รวมไปถึงกระบวนการติดตามและประเมินผลช่วยให้รูปแบบการป้องกันมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับ กิติมา เศรษฐ์บุญสร้าง และประเสริฐ ประสมรักษ์ (2566) ที่เสนอรูปแบบการป้องกันแบบสหปัจจัย ซึ่งเน้นการประเมินและติดตามผลการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องเพื่อปรับเปลี่ยนแผนให้เหมาะสมกับรายบุคคลช่วยลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มจากปัจจัยภายในและภายนอกได้ และสอดคล้องกับ หลักการในทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคจากการศึกษาของ Taheri-Kharameh et al. (2022) การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค เช่น แรงจูงใจในการป้องกันการหกล้ม การเผชิญกับปัญหาการหกล้มและความกลัวการหกล้มนั้น สามารถการทำนายพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยผลลัพธ์ที่ได้สามารถช่วยให้ผู้ให้บริการสาธารณสุขในการพัฒนากิจกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุได้ และ Ong et al. (2023) ได้นำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ทั้งในแง่การรับรู้ภัยคุกคาม ความกลัว และแรงจูงใจ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการติดตามอย่างเป็นระบบที่ไม่เพียงแต่เพื่อการประเมินผล แต่ยังเป็นกลไกสำคัญในการสร้างแรงจูงใจและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในระยะยาวอีกด้วย

จากรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย (PPNEF Model) ที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบดังกล่าว มีงานวิจัยหลายงานเกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่แตกต่างจากงานวิจัยนี้ เช่น งานวิจัยของ Lektip et al. (2025) ที่ได้ทำการพัฒนาและประเมินผลแอปพลิเคชันประเมินปัจจัยเสี่ยงการหกล้มและข้อเสนอแนะเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ เหมาะสำหรับการเพิ่มการรับรู้และให้คำแนะนำเชิงสิ่งแวดล้อม และไม่ได้ครอบคลุมองค์ประกอบอื่น ๆ ของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย (PPNEF Model) อย่างครบถ้วน เช่น การฝึกผู้ดูแลเชิงปฏิบัติ การจัดหาอุปกรณ์ชุมชน การสนับสนุนงบประมาณ/นโยบาย หรือการติดตามประเมินผลแบบทีม สหวิชาชีพเชิงต่อเนื่อง หากนำมาใช้ ควรเป็นหนึ่งในองค์ประกอบย่อย ซึ่งไม่สามารถทดแทน PPNEF Model ทั้งหมดได้ และงานวิจัยของ Dejvajara et al. (2022) ได้ทำการศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบเก้าขั้นตอนที่

บ้านเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนไทยในช่วงล็อกดาวน์จากสถานการณ์โควิด-19: การศึกษานำร่องแบบสุ่มที่มีการควบคุมทดสอบโปรแกรมออกกำลังกายที่บ้าน (Nine-Square Step Exercises) เพื่อปรับปรุงสมรรถภาพและการทรงตัว จากผลการศึกษาการทำกิจกรรมเน้นในเรื่องออกกำลังกายเพียงอย่างเดียว ไม่ได้เน้นในเรื่อง การฝึกผู้ดูแลฉุกเฉิน การจัดคลังอุปกรณ์ชุมชน การขับเคลื่อนนโยบาย และระบบติดตามสหวิชาชีพตามกรอบ รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย (PPNEF Model) จึงจัดเป็นงานที่เน้นมิติทางกายภาพเพียงด้านเดียว และงานวิจัยของ โสภิตตา แสนวา และคณะ (2565) ที่ออกแบบโปรแกรมโดยประยุกต์ Health Belief Model ร่วมกับ social support เพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม เน้นการให้ความรู้ กิจกรรมสร้างแรงจูงใจ การติดตามเยี่ยม และ social support จากครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยให้ความสำคัญกับ การเปลี่ยนบุคลิก พฤติกรรม และแรงสนับสนุนทางสังคม แต่ไม่ได้เน้นเชิงระบบการจัดการสิ่งแวดล้อมแบบมีงบประมาณ มีคลังอุปกรณ์ชุมชน มีการฝึกผู้ดูแลเชิงปฏิบัติจริง ในขณะที่ รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย (PPNEF Model) มีการติดตามประเมินผลโดยทีมสหวิชาชีพที่เป็นระบบงานวิจัยด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในประเทศไทยที่ทบทวนมาส่วนใหญ่มีลักษณะมุ่งเน้นเฉพาะด้าน เช่น การออกกำลังกาย การใช้เทคโนโลยีประเมินหรือฝึกสมรรถภาพ หรือการสร้างแรงสนับสนุนทางพฤติกรรมและสังคม ซึ่งแม้จะมีคุณภาพในการเชิงวิชาการและสามารถแสดงให้เห็นผลลัพธ์บางมิติ เช่น การปรับปรุงสมรรถภาพทางกาย การลดปัจจัยเสี่ยงบางประการ หรือการเพิ่มการรับรู้ด้านสุขภาพ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับองค์ประกอบของ รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย (PPNEF Model) จะพบว่างานเหล่านี้ยังขาดองค์ประกอบที่สำคัญหลายประการ อาทิ การฝึกอบรมผู้ดูแลในภาวะฉุกเฉินและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น (องค์ประกอบ 1) การสนับสนุนเชิงนโยบาย งบประมาณ และการจัดตั้งคลังอุปกรณ์ชุมชน (องค์ประกอบ 3 และ 4) การติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบโดยทีมสหวิชาชีพ (องค์ประกอบ 5) ตลอดจนการขับเคลื่อนเครือข่ายสุขภาพชุมชนในระดับนโยบายและสถาบัน (องค์ประกอบ 3) ดังนั้น แม้งานวิจัยเหล่านี้จะสะท้อนประโยชน์ของการทำกิจกรรมเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในบางด้าน แต่ยังไม่สามารถครอบคลุมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างบูรณาการและรอบด้านตามที่ รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย (PPNEF Model) ได้กำหนดไว้

1. จุดแข็งของการวิจัย

1.1 รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีกิจกรรมที่ครอบคลุมหลากหลายด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม การติดตามและการจัดการระบบบริการสุขภาพ ทำให้สามารถป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม

1.2 รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีการบูรณาการแนวคิดทฤษฎีที่หลากหลายและทันสมัย ได้แก่ ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมของชุมชน ช่วยให้สามารถป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างครอบคลุมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

1.3 รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วนในชุมชน เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Caregiver) ผู้นำท้องถิ่น และทีมสหวิชาชีพ ซึ่งส่งผลให้รูปแบบมีความเหมาะสมกับบริบทจริงและเกิดการยอมรับในพื้นที่

2. ข้อจำกัดของการวิจัย

2.1 การดำเนินกิจกรรมต้องอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องจากหลายภาคส่วน ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดในบางพื้นที่ที่มีทรัพยากรจำกัด ซึ่งหากไม่มีการจัดระบบสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง อาจทำให้เกิดความไม่ยั่งยืนในการดำเนินกิจกรรม

2.2 การติดตามและประเมินผลในระยะยาวอาจเผชิญข้อจำกัดด้านบุคลากรหรือข้อมูล

2.3 การวิจัยนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวางที่เก็บข้อมูลเพียงครั้งเดียว จึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างปัจจัยที่ศึกษาและการเกิดพลัดตกหกล้มได้ ผลลัพธ์สะท้อนเพียงความสัมพันธ์สหสัมพันธ์ในช่วงเวลาที่ศึกษาเท่านั้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรนำรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปบูรณาการกับแผนยุทธศาสตร์ระดับตำบลและระดับอำเภอ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงจำนวนมาก

2. สนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบลและกองทุนระบบดูแลระยะยาว ควรกำหนดนโยบายในการสนับสนุนงบประมาณสำหรับการจัดหาอุปกรณ์ช่วยเดินและปรับสิ่งแวดล้อมในบ้านที่ปลอดภัยให้ผู้สูงอายุ

3. ผลักดันให้ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Caregiver) ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร มีบทบาทเชิงนโยบายในระบบดูแลระยะยาวเพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ

ข้อเสนอแนะด้านการนำผลการวิจัยไปใช้

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนำรูปแบบไปทดลองใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียง เช่น จังหวัดในเขตภาคเหนือตอนล่าง เพื่อทดสอบความเหมาะสมและปรับใช้ให้สอดคล้องกับชุมชน

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลลัพธ์ของการนำรูปแบบไปใช้ในระยะยาว เช่น อัตราการลดการพลัดตกหกล้มจริงในชุมชนหรือผลกระทบต่ออัตราการดอุบัติเหตุการหกล้มในช่วง 6-12 เดือนหลังใช้รูปแบบ
2. เปรียบเทียบผลของรูปแบบระหว่างพื้นที่ที่มีการใช้รูปแบบกับพื้นที่ควบคุม เพื่อวัดความแตกต่างและประสิทธิผลของการดำเนินงาน
3. ศึกษาแนวทางการปรับใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเฉพาะ เช่น ภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง เพื่อให้เกิดความครอบคลุมมากขึ้น





บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง, ชลการ ทรงศรี, ศรีไชย โพธิ์ศรี, เพชรา ทองเฝ้า, วริดา นิลราช, และ
ภัณทิรชา เฟื่องทอง. (2568). การประยุกต์ใช้รูปแบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน
โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข*, 5(2),
1-17.
- กรมการปกครอง. (2568). *จำนวนประชากรไทย แบ่งตามช่วงอายุ รายจังหวัด ณ เดือนมกราคม
2568* [ชุดข้อมูลสถิติ]. กระทรวงมหาดไทย. [https://stat.dopa.go.th/stat/statnew/
upstat_age.php](https://stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstat_age.php)
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2564). *ปัญหาของผู้สูงอายุมีอะไรบ้าง*. [https://www.dop.go.th/th/know/
15/461](https://www.dop.go.th/th/know/15/461)
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565*. อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์ จำกัด
(มหาชน).
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2567). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566*. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวง
การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีววัยยืนยาว
(Health Promotion & Prevention Individual Wellness Plan)*. องค์การสงเคราะห์
ทหารผ่านศึก.
- กรมอนามัย. (2560). *หนังสือข้อเสนอแนะการส่งเสริมกิจกรรมทางกายการลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง และ
การนอนหลับสำหรับผู้สูงวัย (ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) (ครั้งที่ 1)*. เอ็นซี คอน เซปต์.
- กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *การประเมินสมรรถภาพ
ทางกาย เพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ*. กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *รายงานสรุปผลการประเมิน
ความรอบรู้การป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ*. [https://ddc.moph.go.th/dip/
news.php?news=37140&deptcode=](https://ddc.moph.go.th/dip/news.php?news=37140&deptcode=)
- กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค. (2565). *การป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ*.
<https://ddc.moph.go.th/dip/news.php?news=23843>

กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค. (2566ก). ข้อมูลจำนวนและอัตราผู้ป่วยนอก (OPD) สาเหตุจากการพลัดตกหกล้ม (W00 - W19) ในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2560 - 2565.

<https://ddc.moph.go.th/dip/news.php?news=34701&deptcode=กรมควบคุมโรค>

กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค. (2566ข). ข้อมูลจำนวนและอัตราผู้ป่วยใน (IPD) สาเหตุจากการพลัดตกหกล้ม (W00 - W19) ในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2560-2565.

<https://ddc.moph.go.th/dip/news.php?news=34617&deptcode=>

กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค. (2566ค). จำนวนและอัตราการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2560-2565.

<https://ddc.moph.go.th/dip/news.php?news=34621&deptcode=>

กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค. (2567). รายงานสถานการณ์การบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุปี พ.ศ. 2562-2566. กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค.

<https://ddc.moph.go.th>

กิตติมา เศรษฐบุญสร้าง, และประเสริฐ ประสมรักษ์. (2566). ผลของรูปแบบการป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยในผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเขาชะเมาเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น, 15(3), 151-165.

กุมาลิพร ตรีสอน. (2563). ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหกล้มของผู้สูงอายุชุมชนบ้านท่าม่วง อำเภอสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด, 14(3), 220-233.

เก็จกนก เอื้อวงศ์. (2562). การสนทนากลุ่ม: เทคนิคการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพที่มีประสิทธิภาพ. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 12(1), 15-32.

จรัญญา ส่งเสริม. (2564). ผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารโรงพยาบาลนครพนม, 8(1), 73-83.

จรัสวรรณ เทียนประภาส, และพัชรี ตันศิริ. (2533). การพยาบาลผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2). โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.

จิตติมา บุญเกิด. (2561). การหกล้มในผู้สูงอายุ การป้องกันและดูแลรักษาทางศาสตร์ครอบครัว (1). สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992).

จิรัชญา เหล่าคมพดุมอาจารย์, จิรภา วิลาวรรณ, ธิดิรัตน์ เหล่าคมพดุมอาจารย์, ยุวดี บุญเนา, และพัชรินทร์ บุญเสริม. (2565). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกัน ภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรม ใน กลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ปี 2563. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 15(1), 181-195.

- จิราพร เกศพิชญวัฒนา, และภัทรพร คงบุญ. (2563). รายงานวิจัยโครงการศึกษานโยบายและการดำเนินงานการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในประเทศไทย. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา, และภัทรพร คงบุญ. (2564). ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในประเทศไทย. ใน การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติและนานาชาติ. สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทยและสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2561). เรียนรู้เข้าใจวัยสูงอายุ (1). คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- จุฑาทิพย์ รอดสูงเนิน. (2564). ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายที่มีผลต่อการทรงตัวและความถี่ของการล้มของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 15(38), 541-560.
- จุฑามาศ วงศ์เทเวศิมา. (2568). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 19(2), 460-470.
- จุฬารณย์ โสตะ. (2554). แนวคิด ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เจริญ กระบวนรัตน์. (2556). การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การฝึกกล้ามเนื้อด้วยน้ำหนัก. คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ณัฐชา พวงทอง. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี[วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยนเรศวร].
- ดิษฐพล ใจชื่อ. (2565). การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 4(2), 255-255.
- คุณณัฏฐ์ ขาวหิต, วีรารธรรม คำหวาน, กำพร ดานา, และชนายุส คำโสม. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 33(1), 131-146.
- ดวงรัตน์ อัคราน, กันธิมา ศรีหมากสุก, ธงเทพ วงษ์ศรีสัย, ชวนพิศ ศิริไพบูลย์, อิทธิพล ดวงจินดา, และศศิกันต์ พิลารณ. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุไทยในชุมชน อำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิจัยสาธารณสุขมหาวิทยาลัยขอนแก่น, 14(4), 72-89.

ทวีศักดิ์ วงศ์กิริติเมธาวี, ซอพียะห์ นิมะ, จิรวัดน์ ทิววัฒน์ปกรณ์, และสินีนานู สุขอุบล. (2566).

อุบัติการณ์การหกล้มในผู้สูงอายุและการป้องกันด้วยการออกกำลังกายในเขตเทศบาลนคร
หาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 17(3), 952-956.

ธงศักดิ์ ชัยสายพระราชภรณ์, นิตยา แสงประจักษ์, และสนธยา ไสยสาลี. (2565). ส่วนขาดใน
การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สำหรับผู้ป่วยสูงอายุพลัดตกหกล้มในประเทศไทย.
วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย, 2(1), 58-65.

ธรรมบุญ ชามทอง. (2568). การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุแบบมี
ส่วนร่วม โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมือง
นครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัย
สิ่งแวดล้อม*, 48(2), 40-53.

นงพิมล นิมิตรอนันท์, วิชุดา กลิ่นหอม, เจื้อจันทน์ วัฒนกิจเจริญ, และชลทิพย์ ทิพย์แก้ว. (2563).
การพัฒนารูปแบบการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชน. *วารสาร
พยาบาลทหารบก*, 21(2), 389-399.

นพวรรณ ดวงจันทร์, พรทิพย์ สิ้นประเสริฐ, เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, อัศนี วันชัย, และจรัสพร
หอมจันทร์ดี. (2565). การรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกัน
การหกล้ม

นัชชา ยันติ, วรรณมา สุทธิวรรณ, ศศิวิมล จันทร์มาลี, วรวรรณ เหลืองขังทอง, และภูษงค์ อินทร์ชัย.
(2568). ประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันการหกล้มโดยลดความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม
จากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ในผู้สูงอายุอำเภอคลองหลวง จังหวัด
ปทุมธานี. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ*, 10(2), 124-134.

นัทชา เขตเจริญ. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุใน
ชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภู. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 5(2), 155-185.

นัทธินี บุญช่วย, และสมคิด ปราบภัย. (2564). ประสิทธิภาพการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกัน
โรคต่อการรับรู้และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการป้องกันการหกล้มของ
ผู้สูงอายุอำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส. *วารสารสุขภาพ พลศึกษาและสันทนาการ*,
47(2), 101-112.

นิพา ศรีช้าง. (2562). *เอกสารประกอบการสอน Community capacity buildings*. มหาวิทยาลัย
นเรศวร.

นิภาพร มีชิน, รุจิรา ดงเรืองราช, และสุรรัตน์ ดาวเรือง. (2566). การพัฒนารูปแบบการป้องกัน
การพลัดตกหกล้มสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ขอนแก่น*, 5(1), 137-150.

- บัณฑิตา ทองนา. (2568). การพัฒนารูปแบบการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของ
ภาคีเครือข่าย ตำบลโคกลาน อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว. *วารสารสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*, 7(1), 2-18.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2553). *การวิจัยเบื้องต้น*. สุวีริยาสาส์น.
- บุญเลี้ยง สุพิมพ์, และอาจินต์ สงทับ. (2565). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร: การพัฒนา การนำไปปฏิบัติ และการ
ประเมินผล. *วารสารเทคโนโลยีภาคใต้*, 15(1), 149 – 159.
- บุญندا โสพัฒน. (2566). ปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอห้วยทับทัน
จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ*, 2(2), 76-89.
- ประกาย จิโรจน์กุล. (2556). *แนวคิดทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพและการนำมาใช้: การสนับสนุนทาง
สังคม*. โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- ประคอง วรรณสูตร. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ด้านสุทธา
การพิมพ์.
- ปิยวัฒน์ เกตุวงศา, และกรรณก พงษ์ประดิษฐ์. (2563). *REGENERATING Physical Activity in
Thailand after COVID-19 Pandemic: พื้นฟูกิจกรรมทางกายในประเทศไทยหลังวิกฤต
โควิด-19*. ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย สถาบันวิจัยประชากร
และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. <https://tpak.or.th/?p=3984>
- ปิยะรัตน์ สนวนกุล. (2566). ประสิทธิภาพของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัย
อยู่ในชุมชน. *วารสารโรงพยาบาลแพร่*, 31(1), 27-42.
- บุญญพัฒน์ ไชยเมล์. (2556). การกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงพรรณนาในงาน
สาธารณสุข. *วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ*, 16(2), 9-18.
- พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. (2546, 31 ธันวาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*, 1, 1-13.
- พินทุ์ ศรีชัยเลิศสกุล. (2566). ผลของโปรแกรมลดความเสี่ยงต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม
ของผู้สูงอายุในชุมชน โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทาง
สุขภาพ*, 4(1), 98-110.
- ฟาอิส วาเลาะเต, บุญทิพย์ สิริธรรังศรี, นารีรัตน์ จิตรมนตรี, และเจือจันทร์ วัฒนกิจเจริญ. (2565).
การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุโรงพยาบาลสังกัดองค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น. *The Southern College Network Journal of Nursing and
Public Health*, 9(2), 13-25.

- ฟาส วาเลาะเต, และศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์. (2565). แนวทางปฏิบัติการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 14(2), 282-296.
- ภาคพนธ์ ศาลาทอง, และระวีวรรณ ธรณี. (2565). รูปแบบการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ จังหวัดกาญจนบุรี. *วารสารรัชต์ภาคย์*, 16(45), 353-366.
- ภัทรวดี มากมี. (2559). การออกแบบการวิจัยสำหรับการวิจัยแบบผสมวิธี. *วารสารสมาคมนักวิจัยแห่งประเทศไทย*, 21(2), 19-31.
- ภัทรวดี วัฒนสุนทร. (2558). การประเมินความเสี่ยงด้านนิเวศวิทยาจากการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและสัตว์ในระบบนิเวศนาข้าว จังหวัดชัยนาท: กรณีศึกษาเปิดไผ่ทุ่ง [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์].
- ภาคภูมิ ธาวงค์, และก้องไพร ต้นสุชาติ. (2566). ผลของโปรแกรมออกกำลังกายแบบผสมผสานเพื่อป้องกันการหกล้ม ในผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการหกล้ม. *วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์*, 14(2), 230-245.
- ภิญญา อุตรชะย. (2556). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- มุกิตา มุสิกการกุล, และสุจิตรา สุนทรทรัพย์. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *Journal of Sports Science and Health*, 23(2), 143-157.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2558). *สถานการณ์ผู้สูงอายุของประชากรไทย พ.ศ. 2557*. ที่ คิว พี.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2563ก). *ยากันล้ม คู่มือป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ*. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.).
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2563ข). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2562*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2565). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุทธนา แยกคาย. (2564). รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยนเรศวร].

- ระรินทิพย์ ธรรมเจริญ. (2566). ผลของโปรแกรมการพยาบาลต่อพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอวังสามสีบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ*, 3(2), 22-38.
- รัชฎา พงธนกิจ. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน. ใน *การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 7* (25-26 มีนาคม 2559) (น.412). มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
- รัฐพล ศิลปะศรี. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงจากการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 17(2), 138-147.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2539). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525*. อักษรเจริญทัศน์.
- ร่ำพิง จรัสสุริยสกุล. (2567). ปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลห้วยแย้ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ. *ชัยภูมิเวชสาร* 44(1), 98-110.
- รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว. (2565). การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุไทย. *วารสารสุขภาพ*, 45(2), 1-10.
- วรากร นพนรินทร์. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพของประชาชนในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร].
- วนิดา ราชมี. (2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 6. ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี.
- วิชัย เอกพลากร (บก.). (2564). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563*. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิลาวลัย เอี่ยมสอาด, และกรรณิการ์ พินิจ. (2566). ประสิทธิภาพของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ ชุมชนผู้สูงอายุ จังหวัดระยอง. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*, 9(1), 103-114.
- วิไลลักษณ์ วงศเจริญ, นงลักษณ์ อินตา, และขวัญเนตร คงแดง. (2565). การรับรู้ความเสี่ยงต่อการหกล้มและพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคกระดูกพรุน. *วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ*, 23(1), 96-109.
- ศลทร คงหวาน, และสิทธิพันธ์ พูนเอียด. (2565). ปัญหาการบังคับใช้กฎหมายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุ. *Rangsit Journal of Law and Society*, 4(1), 1-15.
- ศิริรัตน์ สุวรรณฤทธิ์. (2566). *สถานการณ์และนโยบายป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ* [Video]. กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค.

- ศิริวรรณ เชาวโน, และพรชัย ขุนคงมี. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้มของผู้สูงอายุในเขต
รับผิดชอบ คลินิกหมอครอบครัวตากสิน อำเภอเมือง จังหวัดตาก. *วารสารสาธารณสุข
ล้านนา*, 18(1), 31-44.
- ศิริวิมล สุระพล, และจิตตรา ประทุมชา. (2568). พัฒนารูปแบบการจัดการภาวะถดถอยของผู้สูงอายุ
โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน. *วารสารวิชาการทางการแพทย์และ
วิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 5(1), 30-42.
- ศูนย์อนามัยที่ 2. (2566). รายงานการคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน
(Barthel ADL) ของเขตสุขภาพที่ 2 ปี พ.ศ. 2563–2565.
- สกุณา บุญนรากร. (2551). *การสร้างเสริมสุขภาพ. แบบองค์รวมทุกช่วงวัย*. เทม. การพิมพ์.
สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2548). *การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุ
แบบสหสาขาวิชา*. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *แนวทางการดูแลรักษา กลุ่ม
อาการสูงอายุ (Geriatric syndromes)*. อีส ออกัส.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *คู่มือ ฉบับประชาชน
ป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ*. ซีจี ทูล.
- สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. (2562). *แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกัน
และประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ*. สันทวีการพิมพ์.
- สนธยา สีละมอด. (2557). *ความหมายของกิจกรรมทางกาย*. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2555). *นิยามผู้สูงอายุ*. สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). *ข้อมูลสถิติประชากรศาสตร์ ประชากรและเคหะ*. สำนักงานสถิติ
แห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565ก). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564*. สำนักงาน
สถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565ข). *ข้อมูลสถิติประชากรศาสตร์ ประชากรและเคหะ*. สำนักงานสถิติ
แห่งชาติ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. (2563). *รายงานประจำปี 2563*. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
สุโขทัย.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. (2564). *รายงานประจำปี 2564*. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
สุโขทัย.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. (2565). รายงานประจำปี 2565. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. (2566). รายงานประจำปี 2566. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. (2567). รายงานประจำปี 2567. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.

สำนักงานใหญ่องค์การอนามัยโลก. (2564). ข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก สำหรับกิจกรรมทางกาย และพฤติกรรมเนือยนิ่ง (นิชาภัทร แสงวัฒนะกุล, ผู้แปล). กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ. (2552). คู่มือปฏิบัติงานสำหรับ อสม.เพื่อผู้สูงอายุใยรักครอบครัวชุมชน. นนทบุรี: กลุ่มงานผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

สิริภาพ โตเสม, ธีรบุษ ห้านิธิศัย, ธงชัย สุนทราภา, และบวรลักษณ์ ทองทิวี. (2563). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติกิจกรรมทางกาย ความรุนแรงของอาการข้อเข่าเสื่อม และการทรงตัวในผู้ที่มีข้อเข่าเสื่อม. ราชวิทยาลัยพยาบาลสาร, 26(2), 172-187.

สุพรรณ นามอยู่, วรศิลป์ ผัดมาลา, ประภัทรา ปัญญา, รุ่งทิวา เมืองน้อย, ทวีวรรณ ศรีสุขคำ, และประจวบ แหลมหลัก. (2568). การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยภาคีเครือข่าย ตำบลบุญเกิด อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 11(1), 194-204.

สุภัทสร บุญกรับพวง, กิตติวรรณ จันทร์ฤทธิ์, และธนากร ธนวัฒน์. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 8(4), 45-55.

สุภาภรณ์ สุตหนองบัว. (2564). การดูแลผู้สูงอายุ: สถานการณ์และคุณภาพชีวิต. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุภาภรณ์ สุตหนองบัว. (2565ก). เอกสารประกอบการสอนเรื่อง Focus group discussion. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.

สุภาภรณ์ สุตหนองบัว. (2565ข). เอกสารประกอบการสอนเรื่อง Qualitative Case Study Research. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.

สุภาภรณ์ สุตหนองบัว. (2565ค). เอกสารประกอบการสอนเรื่อง Thematic Analysis (การวิเคราะห์เชิงประเด็น). คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.

- สุภารัตน์ วัฒนา. (2567). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันตังใต้ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน*, 9(4), 318-327.
- โสภิตา แสนวา, นิภา มหารัษฎพงศ์, เอมอัฒา วัฒนบุรานนท์, และวัลลภ ใจดี. (2565). ผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยประยุกต์ตามแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อ พฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในอำเภอกะฉัง จังหวัดชลบุรี. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 15(2), 214-227.
- หัตยาพร อินทยศ. (2566). ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงล้ม. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 6(2), 1-14.
- องอาจ นัยพัฒน์. (2554). *การออกแบบการวิจัย: วิธีการเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ และผสมผสานวิธีการ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). มหาวิทยาลัยนครพนม.
- อรรณณ เจือจารย์. (2565). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ อำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยนครสวรรค์].
- อัญฉรา ปุราคม, ธารินทร์ ก้านเหลือง, และธีรศักดิ์ สร้อยศรี. (2556). *คู่มือการจัดกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุไทย*. คณะศึกษาศาสตร์และพัฒนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน.
- อัญฉรา ปุราคม. (2558). *การส่งเสริมกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุ*. โครงการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทย ภาควิชาพลศึกษาและกีฬา คณะศึกษาศาสตร์และพัฒนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์วิทยาเขตกำแพงแสน.
- อานนทพร มุกตาม่วง. (2556). *การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของตัวแทนครัวเรือนอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยขอนแก่น). ThaiLIS https://tdc.thailis.or.th/tdc/search_result.php
- อุบลทิพย์ ไชยแสง, นิวัติ ไชยแสง, นุ้ยดา เจ๊ะหะ, และนัสรีน อาลีตีมัน. (2564). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุและแนวทางในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยการพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 18(1), 293-307.

- อุพาริน พรกระแสน. (2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินทร์เทิร์น*, 5(4), 119-135.
- Alaish, M. H., AlNihab, A. N., Al-Shehab, A. H., Al-Awani, A. H., Al-aman, A. M., & Alrebeh, M. M. (2025). Prevalence and factors related to urinary incontinence in the elderly: A systematic review. *Journal of Healthcare Sciences*, 4(12), Article JOHS2024000962. <https://doi.org/10.52533/JOHS.2024.41218>
- Armocida, B., Monasta, L., Sawyer, S., Bustreo, F., Segafredo, G., Castelpietra, G., & Panda-Jonas, S. (2022). Burden of non-communicable diseases among adolescents aged 10-24 years in the EU, 1990-2019: a systematic analysis of the Global Burden of Diseases Study 2019. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 6(6), 367-383. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(22\)00073-6](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(22)00073-6)
- Asogwa, O. A., Boateng, D., Marzà-Florensa, A., Peters, S., Levitt, N., van Olmen, J., & Klipstein-Grobusch, K. (2022). Multimorbidity of non-communicable diseases in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 12(1), e049133. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049133>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Barrow, G. M., & Smith, P. A. (1979). *Aging and society*. West.
- Bates, A., Furber, S., Sherrington, C., van den Dolder, P., Ginn, K., Bauman, A., & Tiedemann, A. (2022). Effectiveness of workshops to teach a home-based exercise program (BEST at Home) for preventing falls in community-dwelling people aged 65 years and over: a pragmatic randomized controlled trial. *BMC geriatrics*, 22(1), 366. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03043-1>
- Bloom, B. S., Hastings, J. T., & Madaus, G. F. (1971). *Handbook on the Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. McGraw-Hill.
- Catharine R. G., Leo D. W., Cyrus C., & Elaine M. D. (2018). Risk factors for incident falls in older men and women: the English longitudinal study of ageing. *BMC Geriatrics*, 18(113). <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0806-3>

- Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. (2018). What you can do to prevent falls.
<https://www.cdc.gov/steady/pdf/patient/customizable/WhatYOUCanDo-Brochure-Final-Customizable-508.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. (2023). *Algorithm for Fall Risk Screening, Assessment, and Intervention*. <https://www.cdc.gov/steady/pdf/STEADI-Algorithm-508.pdf>
- Chamie, J. (2023). Population ageing: An inescapable future. In *Population Levels, Trends, and Differentials: More Important Population Matters* (pp. 25-28). Springer Nature Switzerland.
- Chittrakul, J., Siviroy, P., Sungkarat, S., & Sapbamrer, R. (2020). Multi-system physical exercise intervention for fall prevention and quality of life in pre-frail older. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 3102. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093102>
- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1981). *Rural development participation: Concept and measures for project design implementation and evaluation*. Rural Development Committee Center for International Studies, Cornell University.
- Craig, C. L., Marshall, A. L., Sjöström, M., Bauman, A. E., Booth, M. L., Ainsworth, B. E., & Oja, P. (2003). International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 35(8), 1381-1395. <https://doi.org/10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB>
- Dautzenberg, L., Beglinger, S., Tsokani, S., Zevgylis, V., Marx, G., Guba, B., Tofthagen, C., Voelcker-Rehage, C., Rudolf, H., Wirth, B., & Schwenk, M. (2021). Interventions for preventing falls and fall-related fractures in community-dwelling older adults: A systematic review and network meta-analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(10), 2973–2984.
<https://doi.org/10.1111/jgs.17375>
- Davis, J. C., Husdal, K., Rice, J., Loomba, S., Falck, R. S., Dimri, V., Pinheiro, M., Cameron, I., Sherrington, C., Madden, K. M., & Liu-Ambrose, T. (2024). Cost-effectiveness of falls prevention strategies for older adults: protocol for a

living systematic review. *BMJ Open*, 14(11), e088536.

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-088536>

- Dejvajara, D., Aungkasuraphan, R., Palee, P., Piankusol, C., Sirikul, W., & Siviroj, P. (2022). Effects of Home-Based Nine-Square Step Exercises for Fall Prevention in Thai Community-Dwelling Older Adults during a COVID-19 Lockdown: A Pilot Randomized Controlled Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), 10514. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710514>
- Doerr, S., Frost, J., Gambacorta, L., & Qiu, H. (2022). *Population ageing and the digital divide* (SUERF Policy Brief, No. 270). <https://www.suerf.org/suerf-policy-brief-270/>
- Ebersole, P. A., & Hess, P. (1998). *Toward healthy aging: Human and needs and nursing response* (5th ed.). Mosby.
- Eckstrom E., Parker E. M., Shakya I., & Lee R. (2021). *Coordinated Care Plan to Prevent Older Adult Falls*. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. <https://www.cdc.gov/steady/pdf/Steady-Coordinated-Care-Plan.pdf>
- Fatt, S. L. (2022). Fall determinants in hospitalized older patients: a nested case control design - incidence, extrinsic and intrinsic risk in Malaysia. *BMC Geriatrics*, 22(145). <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02846-6>
- Giovannini, S., Onder, G., & Lattanzio, F. (2022). Biological factors and risk of falls in older adults: The roles of sarcopenia, cognitive impairment, and polypharmacy. *Applied Sciences*, 12(15), 7934. <https://doi.org/10.3390/app12157934>
- Gottlieb, B. H. (1983). Social support as a focus for integrative research in psychology. *American Psychologist*, 38(3), 278–287. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.38.3.278>
- Guo, X., Wang, Y., Wang, L., Yang, X., Yang, W., Lu, Z., & He, M. (2022). Effect of a fall prevention strategy for the older patients: A quasi-experimental study. *Nursing Open*, 10, 1116–1124. <https://doi.org/10.1002/nop2.1379>

- Guo, X., Li, X., Wang, J., Li, J., & Wu, C. (2023). Effect of a fall prevention strategy for the older patients: A quasi-experimental study. *Nursing Open*, 10(2), 1116–1124. <https://doi.org/10.1002/nop2.1379>
- Haakenstad, A., Coates, M., Bukhman, G., McConnell, M., & Verguet, S. (2022). Comparative health systems analysis of differences in the catastrophic health expenditure associated with non-communicable vs communicable diseases among adults in six countries. *Health Policy and Planning*, 37(9), 1107-1115. <https://doi.org/10.1093/heapol/czac056>
- Hou, X., Liu, L., & Cain, J. (2022). Can higher spending on primary healthcare mitigate the impact of ageing and non-communicable diseases on health expenditure? *BMJ Global Health*, 7(12), e010513. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2022-010513>
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison Wesley Publishing.
- James, S. L., Lucchesi, L. R., Bisignano, C., Bulto, G. A., Gona, P. N., Haagsma, J. A., ... & Vollset, S. E. (2020). The global burden of falls: global, regional and national estimates of morbidity and mortality from the Global Burden of Disease Study 2017. *Injury Prevention*, 26(Supp 1), i3-i11. <http://dx.doi.org/10.1136/injuryprev-2019-043286>
- Izadi-Avanji, F. S., Safa, A., Abedzadeh-Kalahroudi, M., & Shaterian, N. (2024). Fear of falling and its related factors in older adults following a fall in Kashan, Iran (2023-2024). *BMC geriatrics*, 24(1), 965. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05560-7>
- James, S. L., Lucchesi, L. R., Bisignano, C., Castle, C. D., Dingels, Z. V., Fox, J. T., Hamilton, E. B., Henry, N. J., McCracken, D., Roberts, N. L. S., Sylte, D. O., & et al. (2020). The global burden of falls: Global, regional and national estimates of morbidity and mortality from the Global Burden of Disease Study 2017. *Injury Prevention*, 26(Suppl 2), i3-i11. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2019-043286>
- Jin, J., Wen, S., Li, Y., Zhou, M., Duan, Q., & Zhou, L. (2020). Factors associated with higher falling risk in elderly diabetic patients with lacunar stroke. *BMC geriatrics*, 20, 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01826-5>

- Jones, J., & Rose, D. (2005). *Physical activity instruction of older adults*. Human Kinetics.
- Kim, M. Y., & Kim, Y. (2022). Comparison of factors influencing fall recurrence in the young-old and old-old: a cross-sectional nationwide study in South Korea. *BMC geriatrics*, 22(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03172-7>
- Lee, D. (2023). *A concept analysis of fear of falling in older adults*. [Article]. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10568775/>
- Lee, D., & Tak, S. H. (2023). A concept analysis of fear of falling in older adults: insights from qualitative research studies. *BMC geriatrics*, 23(1), 651. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04364-5>
- Lee, S. H., & Yu, S. (2020). Effectiveness of multifactorial interventions in preventing falls among older adults in the community: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 106, 103561. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103561>
- Lektip, C., Jiamjarasrangi, W., Kaewrat, C., Nawarat, J., Rungruangbaiyok, C., Mackenzie, L., Somsak, V., & Wannaprom, N. (2025). *The development and evaluation of the application for assessing the fall risk factors and the suggestion to prevent falls in older adults*. *Informatics*, 12(2), Article 53. <https://doi.org/10.3390/informatics12020053>
- Liu, H., & Hu, T. (2022). *Impact of socioeconomic status and health risk on fall inequality among older adults*. *Health & Social Care in the Community*, 30(6), e4961–e4974. <https://doi.org/10.1111/hsc.13908>
- Mackay, J., & Green, J. (1992). *Motivation theory in health education: The concepts of Ronald W. Rogers (1975) applied to disease prevention*. Routledge.
- Madaus, G. F., Scriven, M. S., & Stufflebeam, D. L. (Eds.). (1983). *Evaluation models: Viewpoints on educational and human services evaluation*. Kluwer-Nijhoff.
- Maruszewska, A., Ambrozy, T., & Rydzik, L. (2025). Risk factors and socioeconomic determinants of falls among older adults. *Frontiers in Public Health*. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1571312>
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2nd ed.). Sage Publications.

- Montero-Odasso, M., van der Velde, N., Martin, F. C., Petrovic, M., Tan, M. P., Ryg, J., ... & Cameron, I. D. (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age and Ageing*, 51(9), afac205. <https://doi.org/10.1093/ageing/afac205>
- Ong, M. F., Soh, K. L., Saimon, R., Tiong, I. K., Saidi, H. I., & Mortell, M. (2023). Psychometric evaluation of the Protection Motivation Theory scale in assessing fall protection motivation among older adults to reduce fall risk. *BMC geriatrics*, 23(1), 703. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04372-5>
- Ong, M. F., Soh, K. L., Saimon, R., Tiong, I. K., Saidi, H. I., & Mortell, M. (2024). Predictors of fall protection motivation among older adults in rural communities in a middle-income country: A cross-sectional study using the Protection Motivation Theory. *Journal of Advanced Nursing*, 80(5), 1851-1867. <https://doi.org/10.1111/jan.16190>
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2nd ed.). Sage Publications.
- Preissner, C. E., Kaushal, N., Charles, K., & Knäuper, B. (2023). A protection motivation theory approach to understanding how fear of falling affects physical activity determinants in older adults. *The Journals of Gerontology: Series B*, 78(1), 30-39. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbac030>
- Prentice-Dunn, S., & Rogers, R. W. (1986). Protection motivation theory and preventive health: Beyond the health belief model. *Health Education Research*, 1(3), 153-161. <https://doi.org/10.1093/her/1.3.153>.
- Rietdyk, S., Ambike, S., Amireault, S., Haddad, J. M., Lin, G., Newton, D., & Richards, E. A. (2022). Co-occurrences of fall-related factors in adults aged 60 to 85 years in the United States National Health and Nutrition Examination Survey. *PLoS one*, 17(11), e0277406. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277406>
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Dutch Journal of Educational Research*, 2, 49-60.

- Sabia, S., Dugravot, A., Fayosse, A., Dumurgier, J., Akbaraly, T., Britton, A., Kivimäki, M., & Singh-Manoux, A. (2022). Association of falls with cognitive decline from early to late old age: 28-year follow-up of Whitehall II cohort study. *Age and Ageing*, 51(12), afac299. <https://doi.org/10.1093/ageing/afac299>
- Songthap, A., Suphunnakul, P., & Rakprasit, J. (2023). Factors affecting home environmental safety management for fall prevention for older adults in northern Thailand. *BMC geriatrics*, 23(1), 704. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04419-7>
- Taheri-Kharamah, Z., Bashirian, S., Heidaramoghadam, R., Poorolajal, J., Barati, M., & Rásky, É. (2019). Predictors of Fall Protective Behaviors Among Iranian Community-Dwelling Older Adults: An Application of the Protection Motivation Theory. *Clinical Interventions in Aging*, 14, 123-129. <https://doi.org/10.2147/CIA.S224224>
- Tang, S., Liu, M., Yang, T., Ye, C., Gong, Y., Yao, L., Xu, Y., & Bai, Y. (2022). Association between falls in elderly and the number of chronic diseases and health-related behaviors based on CHARLS 2018: Health status as a mediating variable. *BMC Geriatrics*, 22(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03055-x>
- Tay, W. T., Rane, R. V., Padovan, A., Walsh, T. K., Elfekih, S., Downes, S., ... & Gordon, K. H. (2022). Global population genomic signature of *Spodoptera frugiperda* (fall armyworm) supports complex introduction events across the Old World. *Communications Biology*, 5(1), 297. <https://doi.org/10.1038/s42003-022-03254-0>
- United Nations, Economic and Social Commission for Asia and the Pacific. (2022a). *Asia-Pacific Report on Population Ageing 2022: Trends, policies and good practices regarding older persons and population ageing*. <https://www.unescap.org/kp/2022/asia-pacific-report-population-ageing-2022>
- United Nations, Economic and Social Council. (2022b). *Review of the implementation of the Madrid International Plan of Action on Ageing in Asia and the Pacific* (Report No. ESCAP/MIPAA/IGM.3/2022/L.1). <https://www.unescap.org/events/2022/asia-pacific-intergovernmental-meeting-fourth-review-and-appraisal-madrid>

- Visser, M., van den Heuvel, E., & de Groot, L. (2025). Low muscle mass and risk of functional decline in older adults: A systematic review and meta-analysis. *European Geriatric Medicine*, 16(2), 123–134. <https://doi.org/10.1007/s41999-025-01230-y>
- Wayne, W. D. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences* (6th ed.). John Wiley & Sons, Inc.
- World Health Organization. (2008). *MPOWER: Un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo* <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43891>
- World Health Organization. (2010). *Definition of an older or elderly person*. <https://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html>
- World Health Organization. (2010). *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241599979>
- World Health Organization. (2018). *Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514187>
- World Health Organization. (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>
- World Health Organization. (2021a). *Falls*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>
- World Health Organization. (2021b). *Step safely: strategies for preventing and managing falls across the life-course*. (License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO). <https://iris.who.int/handle/10665/340962>
- Zahedian-Nasab, N., Jaber, A., Shirazi, F., & Kavousipor, S. (2021). Effect of virtual reality exercises on balance and fall in elderly people with fall risk: a randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 21(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02462-w>
- Zhou, Y., Hu, Y., Luo, J., Li, Y., Liu, H., Sun, X., & Zhou, M. (2022). Association between sensory loss and falls among middle-aged and older Chinese population: cross-sectional and longitudinal analyses. *Frontiers in Medicine*, 8, 810159. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.810159>



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยนเรศวร

ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสัมภาษณ์ชุดที่.....

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)

รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ชุดนี้ เป็นเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนิสิต หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัยขอเรียนชี้แจง ดังนี้

1. แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย
2. คำตอบของท่านไม่มีผลต่อตัวท่านหรือการทำงานของท่านแต่อย่างใด ผู้วิจัยจึงขอความกรุณาจากท่านแสดงความคิดเห็นตามความเป็นจริงให้ครบทุกข้อ
3. ข้อมูลต่าง ๆ ที่ท่านตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมซึ่งจะเป็นประโยชน์แก่ท่าน และผู้เกี่ยวข้องในอนาคต

ผู้วิจัยขอขอบคุณพระคุณทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการให้ข้อมูล และให้ความร่วมมือ ในการวิจัยในครั้งนี้

นางสาวรุ่งระวี รักข์แดง

นิสิตปริญญาเอก

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)

1. ปัจจัยด้านชีววิทยาที่มีผลต่อการปลดตกหกล้มของท่านมีอะไรบ้าง
2. ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่มีผลต่อการปลดตกหกล้มของท่านมีอะไรบ้าง
3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปลดตกหกล้มของท่านมีอะไรบ้าง
4. ปัจจัยด้านด้านเศรษฐกิจและด้านสังคมที่มีผลต่อการปลดตกหกล้มของท่านมีอะไรบ้าง



เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถาม

รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

แบบสอบถามฉบับนี้มีจุดประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลด้านการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาใช้กำหนดแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อไป โดยแบบสอบถามฉบับนี้ประกอบข้อมูล 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลด้านชีววิทยา	จำนวน 14 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลด้านเศรษฐกิจและด้านสังคม	จำนวน 6 ข้อ
ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและการป้องกันการพลัดตกหกล้ม	จำนวน 16 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลด้านพฤติกรรม	จำนวน 9 ข้อ
ส่วนที่ 5 ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม	จำนวน 15 ข้อ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี

นางสาวรุ่งระวี รักษ์แดง

นิสิตปริญญาเอก

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

แบบสอบถาม

รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลด้านชีววิทยา

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ☐ หน้าข้อความหรือเติมคำในช่องว่างที่ตรงกับท่านมากที่สุด

1. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง
2. อายุ.....ปี (นับจำนวนเต็มเป็นปี)
3. น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร
4. สถานภาพ

☐ 1. โสด	☐ 2. สมรส/คู่
☐ 3. หม้าย	☐ 4. หย่า/ร้าง
☐ 5. แยกกันอยู่	
5. ท่านมีโรคเรื้อรังประจำตัว (ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง)

☐ 1. ไม่มีโรคประจำตัว	
☐ 2. มีโรคประจำตัว 2 โรค โปรดระบุ.....	
☐ 3. มีโรคประจำตัว 3 โรคขึ้นไป โปรดระบุ.....	
6. ใน 6 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยเสียการทรงตัวจนล้มลงหรือกระแทกกับสิ่งของต่าง ๆ (ประวัติการพลัดตกหกล้ม)

☐ 1. ไม่เคย (ไม่ต้องตอบข้อ 7 และข้อ 8)	
☐ 2. เคย	
☐ 1. พลัดตกหกล้มใน 6 เดือนที่ผ่านมา	
☐ 2. พลัดตกหกล้มใน 3 เดือนที่ผ่านมา	
☐ 3. พลัดตกหกล้มในเดือนก่อน	
7. ถ้าเคยมีประวัติการพลัดตกหกล้ม โปรดระบุสถานที่

☐ 1. ภายในบ้าน	☐ 2. ภายนอกบ้าน
---------------------------------------	--
8. สาเหตุของการพลัดตกหกล้ม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ 1. เดินสะดุด	☐ 2. สิ้นล้ม
☐ 3. ขาอ่อนแรง	☐ 4. สูญเสียการทรงตัว
☐ 5. ก้าวพลาด	☐ 6. วิงเวียน/หน้ามืด/เป็นลม
☐ 7. อื่น ๆ ระบุ.....	

คำชี้แจง: แบบสอบถามชุดนี้ เป็นแบบสอบถามที่เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงด้านชีววิทยาการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วยข้อความจำนวน 6 ข้อ ข้อความต่อไปนี้ไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด เมื่อท่านอ่านข้อความต่อไปนี้แล้ว ให้ท่านตอบคำถามแต่ละข้อที่ตรงตามกับความรู้สึกรู้สึกนึกคิดหรือความเชื่อของท่านมากที่สุด โดยผู้เขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบตามที่ท่านต้องการ

เกณฑ์การตอบ

มี หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นท่านเห็นว่าตรงกับความรู้สึกนึกคิด หรือความเชื่อของท่าน

ไม่มี หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นท่านเห็นว่าไม่ตรงกับความรู้สึกนึกคิด หรือความเชื่อของท่าน

ปัจจัยด้านชีววิทยาต่อไปนี้มีการพลัดตกหกล้มของท่าน	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อใด	
	มี	ไม่มี
1. ท่านมีปัญหาทางด้านสายตา เช่น การมองเห็นจนต้องใส่แว่นหรือโรคเกี่ยวกับตา หรือไม่		
2. ท่านมีปัญหาทางการได้ยินจนส่งผลให้การสื่อสารกับผู้อื่นลำบากหรือไม่		
3. ท่านมีปัญหาทางการทรงตัว หรือการทรงตัวไม่มั่นคง จากโรคข้อเข่า ข้อสะโพก หรือข้อเท้าหรือไม่		
4. ท่านเดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ คน หรือสิ่งของช่วยเหลือในการเดินหรือไม่		
5. ท่านมีปัญหาทางการควบคุมการขับถ่าย เช่น การปัสสาวะราดหรือไม่		
6. ท่านมีความกลัวการพลัดตกหกล้ม จนไม่มั่นใจในการทำกิจวัตรประจำวัน หรือไม่		

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อการผลิตหกล้ม

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ☐ หน้าข้อความหรือเติมคำในช่องว่างที่ตรงกับท่านมากที่สุด

1. ระดับการศึกษา

☐ 1. ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	☐ 2. มัธยมศึกษาตอนต้น
☐ 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย	☐ 4. ปริญญาตรี
☐ 5. สูงกว่าปริญญาตรี	☐ 6. ไม่มีวุฒิการศึกษา
2. รายได้ (รวมจากทุกแหล่ง) ต่อเดือน..... บาท
3. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่ได้รับ

☐ 1. เพียงพอ	☐ 2. ไม่เพียงพอ
-------------------------------------	--
4. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใคร

☐ 1.สามี / ภรรยา	☐ 2. บุตร หลาน
☐ 3. อยู่ลำพัง (คนเดียว)	☐ 4. อื่น ๆ ระบุ.....
5. ระหว่างวันท่านอยู่ตามลำพัง(คนเดียว) ด้วยสาเหตุใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ 1. ไม่เคย	☐ 2. เคย
☐ 1. สามี / ภรรยา เสียชีวิต	☐ 2. บุตร หลาน ไปโรงเรียน/ทำงาน
☐ 3. เป็นโสด	☐ 4. อื่น ๆ ระบุ.....
6. การมีข้อจำกัดทางด้านเข้าถึงบริการสุขภาพ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ 1. ไม่มีรถที่บ้าน
☐ 2. มีรถยนต์ส่วนบุคคล
☐ 3. มีรถจักรยานยนต์
☐ 4. มีรถจักรยาน
☐ 5. มีรถประจำทางผ่านหน้าบ้าน
☐ 6. มีรถจ้างเหมารับส่ง

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

คำชี้แจง: แบบสอบถามชุดนี้ เป็นแบบสอบถามที่เกี่ยวกับความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ เมื่อท่านอ่านข้อความต่อไปนี้แล้ว ให้ท่านเลือกคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด คำตอบที่ได้จะไม่มีถูกผิด โดยเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ท่านต้องการ

เกณฑ์การตอบ

ใช่ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นท่านเห็นว่าตรงกับความรู้สึกรู้สึกนึกคิด หรือความเชื่อของท่าน

ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นท่านเห็นว่าไม่ตรงกับความรู้สึกรู้สึกนึกคิด หรือความเชื่อของท่าน

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มของท่าน	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อใด	
	ใช่	ไม่ใช่
1. การมีโรคประจำตัวหลายโรค เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ท่านเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม		
2. การปัญหาทางด้านสายตา เช่น การมองเห็น การไม่ใส่แว่น หรือโรคเกี่ยวกับตา ทำให้ท่านเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้		
3. สีที่กลมกลืนของพื้นต่างระดับเพิ่มความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้		
4. การใส่รองเท้าที่พอดีและเหมาะสมกับรูปเท้า ช่วยป้องกันการพลัดตกหกล้มได้		
5. การออกกำลังกาย เช่น การเดิน การฝึกการทรงตัว ช่วยเสริมสร้างกล้ามเนื้อแข็งแรงและทำให้การทรงตัวดีขึ้น		
6. การจัดวางของใช้ภายในบ้านที่เป็นระเบียบเรียบร้อย ไม่เกะกะขวางทางเดิน ป้องกันการพลัดตกหกล้มได้		
7. พื้นห้องน้ำที่ระบายน้ำได้ดี ไม่เปียกชื้น จะป้องกันการพลัดตกหกล้มได้		
8. การจัดบ้านให้มีแสงสว่างเพียงพอ ในเวลากลางวันและกลางคืน จะช่วยป้องกันการพลัดตกหกล้มได้		
9. การหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ จะช่วยป้องกันการพลัดตกหกล้มได้		

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการปลัดตกหกล้มของท่าน	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อใด	
	ใช่	ไม่ใช่
10. การแต่งกายรุ่มร่าม เช่น การสวมเสื้อผ้าหรือกางเกงที่ยาวคลุมเท้า ทำให้เสี่ยงเกิดการปลัดตกหกล้มได้		
11. การจับราวบันไดทุกครั้ง เมื่อขึ้น-ลงบันได จะช่วยป้องกันการปลัดตกหกล้มได้		
12. การเปลี่ยนท่าทางอย่างรวดเร็วทำให้เสี่ยงต่อการเกิดการปลัดตกหกล้มได้		
13. การมีน้ำหนักตัวมากเกินไปเพิ่มโอกาสเกิดการปลัดตกหกล้มได้มากยิ่งขึ้น		
14. การใช้ส้วมแบบชักโครก หรือมีเก้าอี้ ช่วยลดความเสี่ยงเกิดการปลัดตกหกล้มได้		
15. การรับประทานยาหลายตัว หรือยาที่ทำให้ง่วงซึมเพิ่มความเสี่ยงต่อการปลัดตกหกล้มได้		
16. การเดินเข้าห้องน้ำด้วยความระมัดระวัง และไม่เร่งรีบจะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดการปลัดตกหกล้มได้		

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลด้านพฤติกรรมที่มีผลต่อการผลิตกกหล่ม

คำชี้แจง: แบบสอบถามชุดนี้ เป็นแบบสอบถามที่เกี่ยวกับ การกระทำ หรือการปฏิบัติตัวของท่าน ในการป้องกันการผลิตกกหล่ม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ เมื่อท่านอ่านข้อความต่อไปนี้แล้ว ให้ท่านเลือกคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด คำตอบที่ได้จะไม่ถูกผิด โดยเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบตามที่ท่านต้องการ

เกณฑ์การตอบ

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง ท่านกระทำสม่ำเสมอทุกวันหรือทุกครั้ง
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง ท่านกระทำเป็นส่วนน้อยครั้ง จำนวน 2-3 วันต่อสัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง ท่านไม่เคยกระทำเลย

ข้อความ	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อใด		
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1. ท่านรับประทานยา ยาขับปัสสาวะ ยาลดความดันโลหิต ยา กล่อมประสาท ยานอนหลับ ยาแก้แพ้ ยาแก้ปวด ยาแก้เมารถ			
2. ท่านสวมรองเท้าที่มีขนาดพอดีกับเท้า ส้นรองเท้าไม่เตี้ยหรือสูงเกินไป			
3. ท่านสวมรองเท้าที่สามารถยึดเกาะพื้นได้ดี			
4. ท่านเลือกสวมใส่เสื้อผ้า เครื่องแต่งกายที่มีขนาดพอดีกับตัว ไม่ใหญ่หรือยาวเกินไป			
5. ท่านมีอาการหาวนอน(ง่วง)หลังตื่นนอน			
6. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไวน์ สาเก สาโท ยาตองเหล้า เป็นต้น			
7. ท่านออกกำลังกายวันละ 20-30 นาที อย่างน้อย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์			
8. ท่านออกกำลังกายเพื่อฝึกการทรงตัว เช่น รำไทเก็ก รำมวยจีน เต้นเร็ว			
9. ท่านเดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ คน หรือสิ่งของช่วยเหลือในการเดิน			

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการผลิตกกหกล้ม

คำชี้แจง: แบบสอบถามชุดนี้ เป็นแบบสอบถามที่เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม การผลิตกกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ข้อความต่อไปนี้ไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด เมื่อท่านอ่านข้อความต่อไปนี้แล้ว ให้ท่านบอกความเห็นในแต่ละข้อที่ตรงตามกับความรู้สึกนึกคิดหรือความเชื่อของท่านมากที่สุด โดยผู้เขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบตามที่ท่านต้องการ

เกณฑ์การตอบ

ใช่ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นท่านเห็นว่าตรงกับความรู้สึกนึกคิด หรือความเชื่อของท่าน

ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นท่านเห็นว่าไม่ตรงกับความรู้สึกนึกคิด หรือความเชื่อของท่าน

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมต่อไปนี้ มีผลต่อการผลิตกกหกล้มของท่าน	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อใด	
	ใช่	ไม่ใช่
1. ท่านอาศัยอยู่บ้านชั้นเดียว หรือกรณีบ้าน 2 ชั้น แต่อาศัยอยู่ชั้นล่าง		
2. พื้นบ้านของท่านผิวสัมผัสไม่ลื่น		
3. บ้านของท่านไม่มีพื้นที่ต่างระดับ		
4. ที่บ้านของท่านมีราวเกาะ/จับที่มั่นคง		
5. บ้านของท่านไม่มีประตูบ้านตึง		
6. บ้านของท่านไม่มีธรณีประตูบ้าน		
7. ผ้าเช็ดเท้าหรือพรมผ้าเช็ดเท้าหน้าห้องน้ำ เป็นแบบยึดติดแน่น		
8. บ้านของท่านมีแสงสว่างเพียงพอทั้งในบ้านและบริเวณรอบ ๆ บ้าน		
9. บ้านของท่านมีห้องน้ำอยู่ภายในบ้าน		
10. บ้านของท่านใช้โถส้วมแบบชักโครก หรือเก้าอี้		
11. บ้านของท่านมีการแบ่งแยกส่วนระหว่างห้องส้วมและห้องอาบน้ำ		
12. บ้านของท่านมีราวจับหรือราวช่วยพยุงตัวในห้องน้ำ หรือบริเวณที่อาบน้ำ		
13. ท่านจัดวางของใช้ภายในบ้านเป็นระเบียบเรียบร้อยไม่มีสิ่งกีดขวางเกะกะทางเดิน		
14. ท่านใช้เตียงหรือที่นอนที่มีความสูงจากพื้นในระดับข้อพับเข่า (40 – 45 เซนติเมตร)		
15. บ้านของท่านไม่มีสัตว์เลี้ยงภายในบ้าน เช่น สุนัข แมว		

เลขที่แบบประเมิน.....

แบบประเมิน

รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

แบบประเมินฉบับนี้มีจุดประสงค์เพื่อให้ได้ข้อสรุปความเป็นไปได้ ประโยชน์ ความเหมาะสม ความครอบคลุมถูกต้อง และเพื่อให้ได้ข้อสรุปในประเด็นเนื้อหาสาระด้านภาษา ด้านรูปเล่ม และด้านประโยชน์การนำไปใช้ของคู่มือการใช้รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย โดยแบบประเมินฉบับนี้ประกอบข้อมูล 2 ส่วน ดังนี้

- | | |
|--|-------------|
| ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้เชี่ยวชาญ | จำนวน 5 ข้อ |
| ส่วนที่ 2 แบบประเมิน | |
| 1. ด้านความเป็นไปได้ | จำนวน 5 ข้อ |
| 2. ด้านความเป็นประโยชน์ | จำนวน 5 ข้อ |
| 3. ความเหมาะสม | จำนวน 3 ข้อ |
| 4. ด้านความถูกต้อง | จำนวน 3 ข้อ |

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ตอบแบบประเมินทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี

นางสาวรุ่งระวี รักษ์แดง

นิสิตปริญญาเอก

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ระยะที่ 3 เพื่อประเมินรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย
แบบประเมินรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้เชี่ยวชาญ

1. เพศของท่าน คือ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. อายุปัจจุบันของท่าน.....ปี
3. ท่านมีคุณวุฒิสูงสุด
☐ ปริญญาตรี ☐ ปริญญาโท ☐ ปริญญาเอก
สาขา.....
4. ท่านมีประสบการณ์การทำงานด้านผู้สูงอายุ.....ปี
5. ท่านปฏิบัติงานในหน่วยงาน
☐ ราชการ ☐ เอกชน ☐ องค์กรอิสระ
☐ หน่วยงานศาสนา ☐ ภาคประชาชน ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

คำชี้แจง: ขอให้ท่านผู้เชี่ยวชาญท่านให้คะแนน

ระดับ	ความเหมาะสม	ความเป็นไปได้
5	เหมาะสมอย่างยิ่ง	เป็นไปได้มากที่สุด
4	เหมาะสมมาก	เป็นไปได้มาก
3	เหมาะสม	เป็นไปได้ปานกลาง
2	ไม่เหมาะสม	เป็นไปได้น้อย
1	ไม่เหมาะสมอย่างยิ่ง	เป็นไปได้น้อยที่สุด

การประเมินรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย	คะแนนจากผู้เชี่ยวชาญ				
	5	4	3	2	1
1. ด้านความเป็นไปได้					
1.1 รูปแบบที่ได้สามารถนำไปใช้ได้จริง					
1.2 รูปแบบที่ได้สอดคล้องกับสภาพปัญหาการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย					
1.3 รูปแบบที่ได้มีความง่ายในทางปฏิบัติของผู้นำไปใช้ในการแก้ปัญหาการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย					
1.4 รูปแบบที่ได้สามารถนำไปใช้กับพื้นที่อื่น ๆ ที่มีสภาพปัญหาการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย					
1.5 รูปแบบที่ได้มีความเหมาะสมกับการแก้ปัญหาการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย					
2. ด้านความเป็นประโยชน์					
2.1 รูปแบบที่ได้เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงจากการพลัดตกหกล้ม					
2.2 รูปแบบที่ได้เป็นประโยชน์ต่อครอบครัวที่มีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					
2.3 รูปแบบที่ได้เป็นประโยชน์ต่อชุมชนจากการส่งเสริมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย					
2.4 รูปแบบที่ได้เป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานภาครัฐในการแก้ไขปัญหาการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย					
2.5 รูปแบบที่ได้เป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานภาครัฐในการลดภาระค่ารักษาจากการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย					
3. ความเหมาะสม					
3.1 รูปแบบที่ได้มีความเหมาะสมกับบริบทของชุมชน					
3.2 รูปแบบที่ได้มีความเหมาะสมที่จะให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำรูปแบบนี้ไปใช้					

การประเมินรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย	คะแนนจากผู้เชี่ยวชาญ				
	5	4	3	2	1
3.3 รูปแบบนี้เมื่อนำไปใช้มีความเหมาะสมต่อการตอบสนองยุทธศาสตร์นโยบายของภาครัฐ เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย					
4. ด้านความถูกต้อง					
4.1 รูปแบบที่ได้มีกิจกรรมที่ถูกต้องกับกลุ่มวัย					
4.2 รูปแบบที่ได้มีกิจกรรมที่ถูกต้อง ครอบคลุมต่อการส่งเสริมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย					
4.3 รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้ม มีเนื้อหา/สาระ ถูกต้องต่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย					

ข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญรูปแบบป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัยโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ด้าน

1. ข้อเสนอแนะด้านความเป็นไปได้ (Feasibility)

.....

.....

.....

2. ด้านความเป็นประโยชน์ (Utility)

.....

.....

.....

3. ด้านความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy)

.....

.....

.....

*****ขอบคุณสำหรับการตอบแบบประเมิน*****

ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการร่วมนำผู้เชี่ยวชาญ งานวิจัยเรื่อง รูปแบบการป้องกันการ
พลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย วันที่ 30 มิถุนายน 2568

1. นางหนึ่งนุช ศิริกุล นักบริหารงานทั่วไป องค์การบริหารส่วนตำบลไกรโน จังหวัดสุโขทัย
2. นางพิไลพร สุวรรณโรจน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ปากแคว จังหวัดสุโขทัย
3. นางณัฐภรณ์ ปานเกตุ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
คลองด่าน จังหวัดสุโขทัย
4. นางกนกวรรณ เกษมสำราญ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลยางซ้ายจังหวัดสุโขทัย
5. ดร.ยุทธนา แยกคาย อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
6. ดร.อัจฉรา ประจงจีบอาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
7. ดร.ฐิติภัทร จันเกษม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่
3 จังหวัดนครสวรรค์



ภาคผนวก ค เอกสารรับรองโครงการวิจัย

COA No. 226/2024
IRB No. P2-0248/2567

AF 11/6.0



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก 65000 หมายเลขโทรศัพท์ 05596 8721

หนังสือรับรองโครงการวิจัยครั้งแรก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

ผู้วิจัยหลัก : ผศ.ดร.รุ่ง วงศ์วัฒน์

สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์

ผู้ร่วมวิจัย : รศ.ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน

: นางสาวรุ่งระวี พุยบังนิม

สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์

วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด (รับรองเฉพาะระยะที่ 1)

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี

เอกสารรับรอง

1. IF 01 Research Ethical Application for Intervention Study เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 27 มิถุนายน 2567
2. IF 02 Conflict of Interest and Funding Form เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 29 พฤษภาคม 2567
3. IF 03 ข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครอายุ 60 ปีขึ้นไป ระยะที่ 1 ส่วนที่ 1 เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 27 มิถุนายน 2567
4. IF 03 ข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครอายุ 60 ปีขึ้นไป ระยะที่ 1 ส่วนที่ 2 เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 27 มิถุนายน 2567
5. IF 03 ข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครอายุ 60 ปีขึ้นไป ระยะที่ 1 ส่วนที่ 2 (Try out) เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 27 มิถุนายน 2567
6. IF 04 หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยสำหรับอาสาสมัครอายุ 60 ปีขึ้นไป ระยะที่ 1 ส่วนที่ 1 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 29 พฤษภาคม 2567
7. IF 04 หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยสำหรับอาสาสมัครอายุ 60 ปีขึ้นไป ระยะที่ 1 ส่วนที่ 2 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 29 พฤษภาคม 2567
8. IF 04 หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยสำหรับอาสาสมัครอายุ 60 ปีขึ้นไป ระยะที่ 1 ส่วนที่ 2 (Try out) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 29 พฤษภาคม 2567
9. IF 05 CV เวอร์ชัน เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 29 พฤษภาคม 2567
10. IF 06 Budget เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 29 พฤษภาคม 2567
11. Full Protocol เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 19 มิถุนายน 2567
12. แบบสัมภาษณ์ (ระยะที่ 1 ส่วนที่ 1) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 29 พฤษภาคม 2567
13. แบบสอบถาม (ระยะที่ 1 ส่วนที่ 2) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 29 พฤษภาคม 2567

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริลักษณ์ ชีระบุตร)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

วันที่รับรอง : 8 กรกฎาคม 2567

วันหมดอายุ : 8 กรกฎาคม 2568

ทั้งนี้ การรับรองมีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ผู้ดำเนินการของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติตามดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสี่ภาษา และหรือ แบบสอบถามเฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์เท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวให้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรายแรกๆ ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใด ๆ ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ภายในระยะเวลาที่กำหนดในวิธีดำเนินการมาตรฐาน (SOPs)
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขอต่อได้ใหม่ก่อน อย่างน้อย 1 เดือน
6. หากผู้วิจัยส่งรายงานความก้าวหน้าหลังใบรับรองหมดอายุ และยังไม่ได้รับรองฉบับใหม่ ผู้วิจัยจะต้องหยุดดำเนินการวิจัยส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรับอาสาสมัครใหม่ นับตั้งแต่หลังวันใบรับรองหมดอายุจนกว่าจะได้รับใบรับรองฉบับใหม่
7. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

*รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ชื่อและตำแหน่ง) ที่เข้าร่วมประชุม ณ วันที่พิจารณารับรองโครงการวิจัย (หากร้องขอล่วงหน้า)



COA No. 052/2025
IRB No. P2-0473/2567

AF 11/6.0



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก 65000 หมายเลขโทรศัพท์ 05596 8721

หนังสือรับรองโครงการวิจัยครั้งแรก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย

ผู้วิจัยหลัก : ผศ.ดร.รุ่ง วงศ์วัฒน์

สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์

ผู้ร่วมวิจัย : รศ.ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน

: นางสาวรุ่งระวี หุ่ยบังนิม

วิธีทบทวน : แบบเว็บบอร์ด

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี

เอกสารรับรอง

1. IF 01 Research Ethical Application for Non-Intervention Study Version 3.0 วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2568
2. IF 02 Conflict of Interest and Funding Form Version 1.0 วันที่ 16 ธันวาคม 2567
3. IF 03 ข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครในโครงการวิจัย (ระยะที่ 2 ขั้นตอนที่ 1 Try out) Version 3.0 วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2568
4. IF 03 ข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครในโครงการวิจัย (ระยะที่ 2 ขั้นตอนที่ 1 สันทนาการ) Version 3.0 วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2568
5. IF 03 ข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครในโครงการวิจัย (ระยะที่ 2 ขั้นตอนที่ 2 สันทนาการ) Version 3.0 วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2568
6. IF 03 ข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครในโครงการวิจัย (ระยะที่ 3) Version 3.0 วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2568
7. IF 04 หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (ระยะที่ 2 ขั้นตอนที่ 1 Try out) Version 3.0 วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2568
8. IF 04 หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (ระยะที่ 2 ขั้นตอนที่ 1) Version 3.0 วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2568
9. IF 04 หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (ระยะที่ 3) Version 3.0 วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2568
10. IF 05 CV Version 1.0 วันที่ 16 ธันวาคม 2567
11. IF 06 Budget Version 1.0 วันที่ 16 ธันวาคม 2567
12. Full Protocol Version 3.0 วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2568
13. เครื่องมือการวิจัย ระยะที่ 2 (ข้อคำถามในการสนทนากลุ่ม) Version 2.0 วันที่ 17 มกราคม 2568
14. เครื่องมือการวิจัย ระยะที่ 3 Version 1.0 วันที่ 16 ธันวาคม 2567

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริลักษณ์ ชีระสุทธ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

วันที่รับรอง : 19 กุมภาพันธ์ 2568
 วันหมดอายุ : 19 กุมภาพันธ์ 2569
 ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)





Mahidol University
ASEAN Institute
for Health Development

JPHD | Journal of Public Health
and Development

JPHD/AIHD No.15

10 June 2025

Dear Rungrawi Thuibungchim,

Subject: Letter of acceptance

Thank you very much for submitting your manuscript entitled **"Factors Affecting Falls in the Dependent Elderly in Sukhothai Province, Thailand"** by Rungrawi Thuibungchim to the Journal of Public Health and Development. Based on the reviewers' recommendations, your manuscript has been accepted to publish in Journal of Public Health and Development Vol. 24 No. 2 (May-August) 2026.

I really appreciate your contribution to the Journal of Public Health and Development and look forward to receiving your new manuscript in the future.

Sincerely yours,

Cheerawit Rattanapan

Associate Professor Dr. Cheerawit Rattanapan
Editor-in-Chief

Scopus[®]



Contact Us: Journal of Public Health and Development

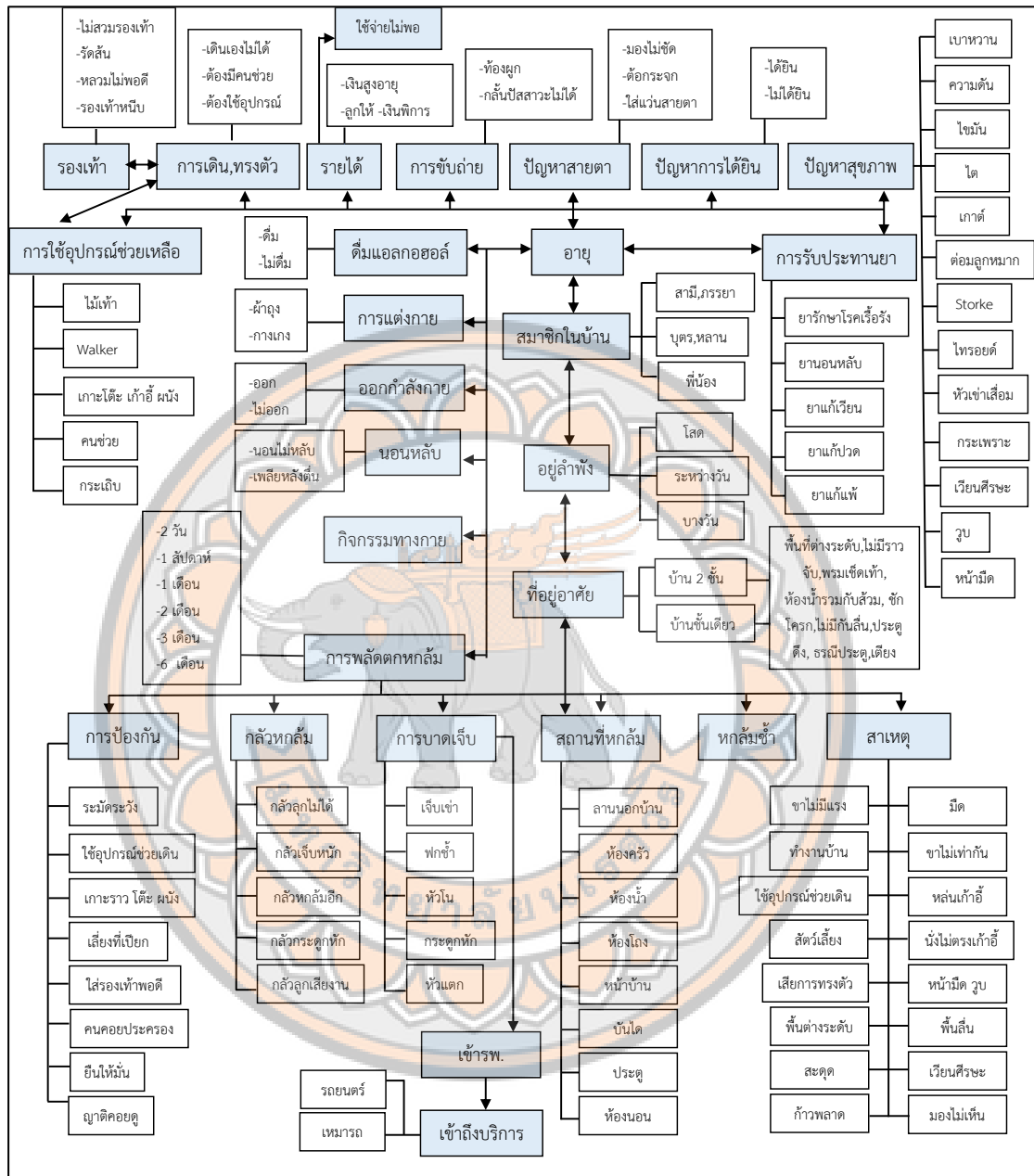
✉ : jphd.aihdmu@gmail.com

f : Journal of Public Health and Development



More info

Initial Thematic Map



Developed Thematic Map

