PKRU SciTech JOURNAL Vol. 1(2) 2017

ภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดภูเก็ต

Falls Risk Among The Members of The Phuket Elderly Club

ชญานิศ ลือวานิช* และ นิศากร ตันติวิบูลชัย

สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดภูเก็ต เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุด้วยการสนทนากลุ่มจากผู้สูงอายุในชมรมจำนวน 15 คน ร่วมกับประเมินภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มจากกลุ่มตัวอย่าง 253 คน ผลการวิจัยเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการหกล้มมากว่าเพศชาย ช่วงอายุ 60 - 69 ปีมีความเสี่ยงต่อการหกล้มต่ำกว่ากลุ่มอายุ 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป ผู้สูงอายุมีประวัติการหกล้มใน 1 ปีที่ผ่านมาเฉลี่ย 2.05 ครั้ง (S.D = 1.36) กลุ่มตัวอย่างหกล้มนอกบ้านสูงกว่าหกล้มในบ้าน อายุ จำนวนโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ต่อการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และจำนวนชนิดยาที่ใช้มีความสัมพันธ์ต่อการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ:ภาวะเสี่ยง การหกล้ม ผู้สูงอายุ

Abstract

The purpose of this research was to study the risk of falls among the members of the Phuket elderly club. 15 participants were included in the focus group while another sample size of 253 were included in the quantitative research. The content analysis had been used for the qualitative data. Frequency, percentage, means, standard deviation and Pearson product-moment correlation had been used for the quantitative data analysis.

The results revealed that number of falls in women was higher than men. Elderly 60-69 years old had lower risk of falls as compare to those 70-79 and those over 80 years old. Elderly had the history of fall in the past year 2.05

times (S.D = 1.36). Elderly fail outdoor more than indoor. The finding revealed that the history of falls among the elderly were significantly correlated with the age and the number of the illness at p-value < .01 and fall was significantly correlated with the number of drugs intake at p-value < .05.

Keywords: Risk, Falls, Elderly

* ผู้ประสานงาน (Corresponding Author)
E-mail : chayanit591@hotmail.com

1. บทนำ

การหกล้มเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ เป็นหนึ่งในกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome) โดยเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปและร้อยละ 23 – 40 ของผู้สูงอายุที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุพบว่ามีสาเหตุจากการหกล้ม โดยร้อยละ 30 ของผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 65 ปี และร้อยละ 50 กลุ่มอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปมีประวัติหกล้มอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี ประมาณครึ่งหนึ่งหกล้มซ้ำ ผู้ที่อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไปมีอุบัติการณ์การหกล้มเพิ่มสูงขึ้น ร้อยละ 20 – 30 และร้อยละ 45 ของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลระยะยาวมีประวัติหกล้ม ส่งผลให้ผู้สูงอายุบางรายไม่สามารถช่วยเหลือตนเองและนำไปสู่การเสียชีวิต [1 - 2]

สำหรับประเทศไทย จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558 พบว่าร้อยละ 10 และร้อยละ 12 ของผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาลมีประวัติการหกล้มใน 6 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ โดยช่วงอายุที่พบมากที่สุด คืออายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่หกล้มภายในบ้านและบริเวณตัวบ้าน ส่วนผู้สูงอายุที่อายุต่ำกว่า 80 ปี ส่วนใหญ่หกล้มนอกบริเวณบ้าน [3] รายงานการสำรวจสุขภาพคนไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2557 พบว่า 6 เดือนที่ผ่านมาผู้สูงอายุมีความชุกของการหกล้มรวมร้อยละ 16.9 ผู้สูงอายุหญิงเคยหกล้มร้อยละ 19 ซึ่งสูงกว่าผู้สูงอายุชาย [4] อีกทั้งจากรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2557 พบว่าผู้สูงอายุไทยเสียชีวิตจากการหกล้มเฉลี่ยวันละ 3 คน โดยเพศชายมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเพศหญิง 3 เท่า [5] และการหกล้มเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ในกลุ่มการบาดเจ็บโดยไม่ตั้งใจ จากการพยากรณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ. 2560 – 2564 คาดการณ์ว่าจะมีผู้สูงอายุหกล้มประมาณปีละ 3,030,900 – 5,506,000 คน คิดเป็นร้อยละ 27 และเสียชีวิตประมาณ 5,700 – 10,400 คน/ปี โดยกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นกว่า 3 เท่า ขณะที่กลุ่มอายุ 60 – 69 ปี และ 70 – 79 ปี เพิ่มขึ้น 2 เท่า เพศชายมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเพศหญิง 3 เท่า แต่การหกล้มในผู้สูงอายุสามารถป้องกันได้ด้วยการประเมินความเสี่ยง การปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งผลต่อการหกล้ม โดยสามารถลดการหกล้มในผู้สูงอายุประมาณปีละ 750,000 – 900,000 ราย หรือมากกว่า 5 ล้านคนภายใน 5 ปี [6]

ชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดภูเก็ตได้ดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมทางกาย แต่สมาชิกชมรมมิได้มาร่วมกิจกรรมของชมรมทุกราย และที่ผ่านมาชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดภูเก็ตยังไม่มีข้อมูลการประเมินความเสี่ยงต่อหกล้มในผู้สูงอายุ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในประเด็นดังกล่าว เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการเฝ้าระวังการหกล้มในผู้สูงอายุต่อไป

2. วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดภูเก็ต

3. วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบผสมผสานชนิดความเด่นของระเบียบวิธีวิจัยไม่เท่ากัน (Dominant-less dominant designs) รูปแบบการวิจัยเกิดขึ้นไม่พร้อมกัน โดยเน้นการวิจัยเชิงคุณภาพ (QUAL + quan) เนื่องจากการศึกษาเชิงคุณภาพพียงอย่างเดียวไม่สามารถ อธิบายปรากฏการณ์ได้ครอบคลุม ในการศึกษาครั้งนี้ การศึกษาเชิงปริมาณผู้วิจัยไม่มีเป้าหมายอ้างอิงถึงกลุ่มประชากร แต่มีเป้าหมายเพื่อให้คำตอบการศึกษามีความครอบคลุมยิ่งขึ้น โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างอ้างอิงจากจำนวนสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2555 ภูเก็ตมีชมรมผู้สูงอายุขึ้นทะเบียนจำนวน 13 ชมรม สมาชิกรวม 3,908 คน [7] จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยทาโร่ยามาเน่ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 363 คน ในการศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดได้จำนวน 253 คน คิดเป็นร้อยละ 70 ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณ เนื่องจากปรากฏการณ์จริงสมาชิกชมรมผู้สูงอายุไม่ได้มาร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายทุกราย โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากชมรมผู้สูงอายุ 5 ชมรมตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ 1) เป็นชมรมผู้สูงอายุที่มีการจัดกิจกรรมทางกายแก่ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง 2) มีสมาชิกในชมรมร่วมในกิจกรรมทางกายที่ชมรมผู้สูงอายุจัดอย่างสม่ำเสมอ 3) เป็นชมรมผู้สูงอายุที่ยินดีเข้าร่วมในการทดสอบสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ และ 4) กลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย สำหรับการศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยสนทนากลุ่มกับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรมการทดสอบสมรรถภาพทางกายต่อเนื่องจำนวน 2 ครั้ง และยินดีเข้าร่วมสมนทนากลุ่มจำนวน 15 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลอาศัยแนวคำถามการสนทนากลุ่ม ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว จำนวนชนิดยาที่ใช้

2. แบบประเมินการหกล้ม Berg balance scale เป็นแบบประเมินความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุในท่านั่งและท่ายืนจำนวน 14 ท่า ประกอบด้วย การลุกยืน การยืน 2 นาทีโดยไม่ยึดเกาะ การนั่งเก้าอี้โดยไม่พิงพนักเก้าอี้ การนั่งลง การเคลื่อนย้าย การยืนนิ่งหลับตา การยืนเท้า 2 ข้างชิดกัน การยกแขนขนานพื้นและเอนตัวไปข้างหน้า การหยิบสิ่งของที่วางพื้น การหมุน

ตัวและมองไปข้างหลังการหมุนตัว 30 องศา การวางเท้าบนม้านั่งสลับข้าง การวางเท้าต่อกันและการยืนขาข้างเดียว แต่ละกิจกรรมมีคะแนนประเมิน 0 – 4 คะแนน [8] เป็นแบบประเมินมาตรฐานที่มีความเที่ยงในการประเมินการทรงตัวผู้สูงอายุ [9] มีความเชื่อมั่นสูง (r = .88 - .99) [10 - 12] คะแนนรวมยิ่งสูง แสดงว่ามีความเสี่ยงต่อการหกล้มต่ำ โดยมีเกณฑ์ในการแปลผล ดังนี้

คะแนน	การแปลผล
41 – 56	มีภาวะเสี่ยงจะหกล้มน้อย
21 – 40	มีภาวะเสี่ยงจะหกล้มปานกลาง
0 – 20	มีภาวะเสี่ยงจะหกล้มสูง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเชิงคุณภาพทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว นั่นคือไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มขึ้น ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลเพศ จำนวนโรคประจำตัว จำนวนชนิดยา ภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มในแต่ละช่วงคะแนนด้วยความถี่และร้อยละ วิเคราะห์อายุด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนโรคประจำตัว จำนวนชนิดยาและคะแนนการหกล้มด้วย Pearson product-moment correlation

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลหลัก

การศึกษาครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาสมรรถภาพทางกาย การมีกิจกรรมทางกายและ ความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุในจังหวัดภูเก็ต โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน เอกสารหมายเลข PHK – 2015 - 001 ผู้วิจัยให้ความสำคัญต่อจริยธรรมการวิจัย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ที่มีความเต็มใจให้ข้อมูลเท่านั้น รวมถึงขณะประเมินภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม จะมีนักศึกษายืนข้างผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุมีอาการเซ จะได้ให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที และนักวิจัยแจ้งแก่ผู้สูงอายุว่าหากท่าประเมินการหกล้มใดผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติได้ ผู้สูงอายุไม่ต้องฝืนปฏิบัติ ทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยของผู้สูงอายุ พร้อมแจ้งว่าในการนำเสนอผลการวิจัยจากการสัมภาษณ์หรือการประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มจะไม่ปรากฏชื่อ-สกุลของผู้ให้ข้อมูล จึงไม่สามารถเชื่อมโยงไปถึงผู้ให้ข้อมูลได้

4. ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีเข้าร่วมการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม จำนวน 253 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 160 คน คิดเป็นร้อยละ 63.24 อายุเฉลี่ย 69.76 (S.D. = 6.03) ปี (ช่วงอายุระหว่าง 60 – 90 ปี) ช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ 60 - 69 ปี ร้อยละ 50.59 กลุ่มตัวอย่างมีความถี่และร้อยละของความเสี่ยงต่อการหกล้ม จำนวนโรคประจำตัว จำนวนชนิดยาที่ใช้ ดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 ความถี่และร้อยละของช่วงอายุ จำนวนโรคประจำตัว จำนวนชนิดยาที่ใช้ (n = 253)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ช่วงอายุ		
60 - 69 ปี	128	50.59
70 - 79 ปี	110	43.48
80 ปีขึ้นไป	15	5.93
M 69.76 S.D. = 6.03 Max 90 ปี		Min 60 ปี
จำนวนโรคประจำตัว		
ไม่มี	54	21.34
1 โรค	115	45.45
2 โรค	57	22.53
3 โรค	27	10.68
จำนวนชนิดยาที่ใช้		
0	18	7.11
1	20	7.91
2	114	45.06
3	90	35.57
4	7	2.77
5	4	1.78

ตารางที่ 2 ความถี่และร้อยละของความเสี่ยงต่อการหกล้ม (n = 253)

ความเสี่ยง	ชาย	หญิง	รวม
ต่ำ	87	160	247
	(34.39)	(63.24)	(97.63)
ปานกลาง	1	3	4
	(0.4)	(1.18)	(1.58)
สูง	0	2	2
	(0.00)	(0.79)	(0.79)
M 53.45 S.D. = 5.35 Max 56 Min 15			

เมื่อพิจารณาความเสี่ยงในการหกล้มของผู้สูงอายุจำแนกตามช่วงอายุ พบว่าช่วงอายุ 60 - 69 ปี เป็นช่วงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มต่ำที่สุด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความถี่และร้อยละของความเสียงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุจำแนกตามช่วงอายุ (n = 253)

ช่วงอายุ	เสี่ยงต่ำ	ปานกลาง	สูง
60 - 69 ปี	126	2	0
	(49.80)	(0.79)	(0.00)
70 - 79 ปี	107	2	1
	(42.29)	(0.79)	(0.40)
80 ปีขึ้นไป	14	0	1
	(5.53)	(0.00)	(0.40)

เมื่อทำการวิเคราะห์เพิ่มเติมเกี่ยวกับการหกล้ม พบว่า ในรอบปีที่ผ่านมา ผู้สูงอายุ 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.30 มีประวัติการหกล้มเฉลี่ย 2.05 ครั้ง (S.D = 1.36) จำนวนครั้งที่หกล้มสูงสุดในปีที่ผ่านมา คือ จำนวน 5 ครั้ง ต่ำสุด คือ 1 ครั้ง โดยทุกรายมีคะแนนการประเมินภาวะเสี่ยงการหกล้มอยู่ในระดับมีภาวะเสี่ยงจะหกล้มน้อย (คะแนนระหว่าง 48 - 56) โดยเป็นผู้สูงอายุหญิง 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.95 มีลักษณะการหกล้ม ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนผู้สูงอายุที่หกล้มจำแนกตามสถานที่และสาเหตุ (n = 21)

ประเภท	สถานที่	สาเหตุ
ในบ้าน (10 ราย)	ลื่นน้ำในบ้าน 1 ราย ขณะทำงานบ้าน 2 ราย ขณะเข้าห้องส้วม 1 ราย ก้าวลงพื้นที่ต่างระดับ 2 รายตกเก้าอี้ 1 ราย หกล้มในครัว 1 ราย ก้าวขึ้นบันได 2 ราย	ลื่น 4 ราย เสียการทรงตัว 1 ราย สะดุด 8 ราย
นอกบ้าน (11 ราย)	ทางเท้า 5 รายสวน 1 ราย (หกล้ม 5 ครั้ง) พื้นต่างระดับ 1 ราย วัด 1 ราย มัสยิด 1 ราย ถนน 2 ราย	ลื่น 1 ราย เสียการทรงตัว 2 ราย สะดุด 8 ราย เป็นลม วิงเวียน ศีรษะ 2 ราย อุบัติเหตุบนท้องถนน 2 ราย

หมายเหตุ : 1 รายสามารถตอบสาเหตุได้มากกว่า 1 สาเหตุ

จากตารางที่ 4 ผู้ให้ข้อมูลหลักหกล้มนอกบ้าน 11 ราย หกล้มในบ้าน 10 ราย โดยการหกล้มในบ้านสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการก้าวลงพื้นต่างระดับเมื่อก้าวเข้าห้องน้ำหรือสะดุดธรณีประตู เมื่อสอบถามถึงการจัดสภาพบ้านพบว่าในบ้านมีแสงสว่างเพียงพอ ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดินในบ้าน ส่วนการหกล้มนอกบ้านพบ การหกล้มซ้ำสูงในสวน เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนหนึ่งยังใช้เวลาว่างในการดูแลสวน บางครั้งพื้นที่ในสวนมีกิ่งไม้รก ทำให้สะดุดหกล้ม แต่บาดเจ็บเพียงเล็กน้อย ส่วนทางเท้ามีผู้สูงอายุหกล้มสูงสุด เนื่องจากทางเท้ามีสิ่งกีดขวาง เช่น มีการก่อสร้าง การวางสิ่งของบนทางเท้า ทำให้สะดุดหกล้ม ดังคำสะท้อนจากการสนทนากลุ่ม “ตอนนี้เขาทำทาง เดินยาก ดุดล้ม (สะดุดหกล้ม)”

เมื่อพิจารณา 14 ท่าในการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มพบว่าท่าที่มีผู้สูงอายุไม่สามารถทำได้สูงสุด (คะแนนจากการประเมินได้ 0 คะแนน) คือการยืนขาเดียว รองลงมา คือ วางเท้าบนม้านั่งสลับข้าง ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความถี่และร้อยละของท่าประเมินภาวะเสี่ยงในการหกล้มที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติได้ (n = 253)

กิจกรรมที่ไม่ปฏิบัติไม่ได้	จำนวน	ร้อยละ
ยืนขาข้างเดียว	20	79.05
วางเท้าบนม้านั่งสลับข้าง	5	1.98
การยกแขนขนานพื้นและเอนตัวไปข้างหน้า	4	1.58
การหมุนตัว 360 องศา	4	1.58
การวางเท้าต่อกัน	4	1.58

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ จำนวนโรคประจำตัว จำนวนชนิดยาที่ใช้กับคะแนน การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม พบว่า อายุ ($r = -.258$, $p < .01$) และจำนวนโรคประจำตัว ($r = -.24$, $p < .05$) ความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความเสี่ยงในการหกล้มนั่นคือ อายุเพิ่มขึ้น และมีโรค

ประจำตัวหลายโรค คะแนนการประเมินการหกล้มต่ำ แสดงว่ามี โอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มสูงขึ้น ส่วนจำนวนยาที่รับประทานมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการหกล้ม ($r = .51$, $p < .01$) นั่นคือ มีโรคประจำตัวมาก คะแนนการประเมินการหกล้มต่ำ แสดงว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มสูงขึ้น ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ จำนวนโรคประจำตัว จำนวนชนิดยาที่ใช้กับคะแนนการประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม (n = 253)

ตัวแปร	อายุ	โรค	ยา	หกล้ม
อายุ	1.00			
โรค	.18**	1.00		
ยา	.23*	.12**	1.00	
หกล้ม	-.258**	-.51**	-.24*	1.00

หมายเหตุ * p< .05, ** p< .01

5. อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุหญิงเสี่ยงต่อการหกล้มในระดับปานกลางและสูงมากกว่าผู้สูงอายุชาย ดังตารางที่ 2 สอดคล้องกับรายงานการสำรวจสุขภาพคนไทยโดยตรวจร่างกาย พ.ศ. 2557 ที่พบว่า ผู้สูงอายุหญิงเคยหกล้มสูงกว่าผู้สูงอายุชาย [4,13] ช่วงอายุ 60 - 69 ปี มีความเสี่ยงต่อการหกล้มต่ำกว่ากลุ่มอายุ 70 - 79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป เนื่องจากเป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้น การเปลี่ยนแปลงสภาพทางกายและสรีรวิทยายังมีไม่มากนัก ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ความสามารถในการเดินและการทรงตัวยังไม่บกพร่องหรือบกพร่องน้อย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าหากผู้สูงอายุมีปัญหาการทรงตัวหรือการเดินจะเพิ่มความเสี่ยงในการหกล้ม [14] กลุ่มตัวอย่างหกล้มนอกบ้านสูงกว่าหกล้มในบ้าน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยต้น สุขภาพยังแข็งแรง ยังสามารถใช้ชีวิตนอกบ้านได้และเดินทางไปที่ต่าง ๆ ด้วยตนเอง จึงมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุนอกบ้านสูง สอดคล้องกับจากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558 พบว่าผู้สูงอายุที่อายุต่ำกว่า 80 ปี ส่วนใหญ่หกล้มนอกบริเวณบ้าน [3, 15] สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุหกล้ม คือ การหกล้มบริเวณพื้นต่างระดับ การสะดุดหกล้ม การสูญเสียการทรงตัว ลื่น สอดคล้องกับการรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 4 พ.ศ. 2552 [16] และการพยากรณ์การหกล้มของผู้สูงอายุไทย [6] ดังนั้น อายุที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุทำให้ร่างกายถดถอย ส่งผลให้อายุเพิ่มสูงขึ้น ยิ่งเสี่ยงต่อการหกล้ม [17 - 18] อีกทั้งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง ปวดกล้ามเนื้อ พาร์กินสัน ไขมันในเลือดสูง โดยร้อยละ 33.21 มีโรคประจำตัว 2 - 3 โรค กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างมีภาวะโรคเรื้อรังร่วมและร้อยละ 85.18 รับประทานยา 2 - 5 ชนิด สอดคล้องกับการรายงานขององค์การอนามัย

โลกพบว่าผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มสูงกว่าผู้ที่ไม่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง [19] และการใช้ยาหลายชนิดเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม [14, 19] เนื่องจากยาที่ใช้ในการรักษาโรคเรื้อรังหลายชนิดสัมพันธ์กับการหกล้ม [20] โดยการใช้ยาหลายชนิดอาจก่อให้เกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา อีกทั้งผู้สูงอายุมีเภสัชจลศาสตร์ที่เปลี่ยนแปลงไป จึงทำให้มีโอกาสเกิดผลที่ไม่คาดคิดจากการใช้ยาหลายชนิด [21 - 22]

6. สรุปผลการวิจัย

ผลจากการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการหกล้มสูงกว่าเพศชาย ช่วงอายุ 60 - 69 ปีมีความเสี่ยงต่อการหกล้มต่ำกว่ากลุ่มอายุ 70 - 79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป ผู้สูงอายุมีประวัติการหกล้มใน 1 ปีที่ผ่านมาเฉลี่ย 2.05 ครั้ง (S.D = 1.36) กลุ่มตัวอย่างหกล้มนอกบ้านสูงกว่าหกล้มในบ้าน สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการก้าวลงพื้นต่างระดับและสะดุดหกล้ม อายุ จำนวนโรคประจำตัว และจำนวนชนิดยาที่ใช้มีความสัมพันธ์ต่อภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม

7. กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผศ.ดร.อัจฉรา ปุราคม มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ หัวหน้าโครงการกิจกรรมทางกายเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เลือกจังหวัดภูเก็ตเป็นพื้นที่ในการศึกษา และทีมงานกองการแพทย์เทศบาลนครภูเก็ตที่ช่วยในการประเมินความเสี่ยงการหกล้มในผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้

8. เอกสารอ้างอิง

[1] Touhy, T.A. (2008). Mobility.In P. Embersole,P. Hess, T.A. Touhy, K. Jett, & A.S. Luggen. *Toward healthy aging: Human needs & nursing response***.** (pp. 370 - 408). 7 th edition. Missouri : Mosby Elevier.

[2] WHO. (2015). *World report on aging and health*.Luxembcury : WHO Press.

[3] ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2558). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558*. กรุงเทพฯ : อมรินทร์ พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

[4] วิชัย เอกพลากร, (บก.). (2557). *รายงานการสำรวจ สุภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ : อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.

[5] สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2558). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

[6] นิพา ศรีช้าง และ ลวิตรา กำวี. (2560). รายงาน การพยากรณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ในประเทศไทย. สืบค้น 3 ธันวาคม 2560,

จาก www.thaincd.com/.../ การพยากรณ์ การหกล้มในผู้สูงอายุ.

[7] สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ. (2555). ทำเนียบองค์กร ชมรมด้านผู้สูงอายุ พ.ศ. 2555 ภาคใต้. กรุงเทพ ฯ : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

[8] สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2551). *แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกัน ประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ*..กรุงเทพฯ : ซีจีทูล จำกัด.

[9] Newton, R.A. (2001). Validity of the multi-directional reach test : A practical measure for limits of stability in older adults. *Journal of Gerontology Medical Science*. 56A(4) : M248-M252.

[10] Berg, K., Wood-Dauphinee, S., Williams, J.J. &Gayton, D. (1989). Measuring balance in the elderly : Preliminary development of an instrument. *Physiotherapy Canada*. 41(6) : 304 – 311.

[11] Conradsson, M. et al. (2007). Berg balance scale :Intrarater test-retest reliability among older people dependent in activities of daily living in residential care facilities. *Physical Therapy*. 87(9) : 1155 – 1163.

[12] Thorbahn, L.D.B. & Newton, R.A. (2012). Use of the Berg balance scale test to predict falls in elderly persons. *Journal of the American Physical Therapy Association*. 76 : 576 – 583.

[13] วรรณพร บุญเปล่ง, วถีรัตน์ ศรีวงว์รรณ และพัฒนา เศรษฐวัชราวณิช. (2558). อัตราและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มของผู้สูงอายุ : ชุมชนริมแม่น้ำเจ้าพระยา จังหวัดนนทบุรี. *วารสารพยาบาลศาสตร์* .33(3), 74 - 86.

[14] สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2559). *แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการผู้สูงอายุ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : อิสออกัส จำกัด.

[15] Kelsey, J.L. RT AL. (2010). Indoor and outdoor falls in older adults are different : The MOBILIZE Boston study. *J Am Geriatr Soc.* 58(11), 2135 – 214.

[16] วิชัย เอกพลากร. (2551). *การหกล้มในผู้สูงอายุ*.สืบค้น10 ตุลาคม 2555 จาก http://www. hisro. or.th/main?.

[17] Fabre, J.M., Ellis, R., Kosma, M. & Wood, R.H. (2010). Fall risk factors and a compendium of falls risk screening

instrument. *J Geriatr Phys Ther*. 33(4), 184 - 197.

[18] WHO (2007). WHO global report on falls prevention in older age. Geneva : Ageing and life course.

[19] Woolcott, J.C. et al. (2009). Meta-analysis of the impact 9 medication classes on falls in elderly persons. *Arch Intern Med*. 169 (21), 1952 – 1960.

[20] วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ. (2560). การดูแลสูงอายุที่มีภาวะหกล้ม. ใน วีรศักดิ์ เมืองไพศาล (บรรณาธิการ). *พฤฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุสำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุขั้นต้น*. หน้า (311 – 322). นนทบุรี : ภาพพิมพ์.

[21] ศกุลตลา อนุเรือง. (2560). ภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคในผู้สูงอายุ : สถานการณ์ปัจจุบันท้าทายและการจัดการดูแล. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*. 29(2), 1 - 14.

[22] Scllittom M. (2017). 7 things that cause the elderly to fall.Retrieved November 30, 2017 from www. agingcare. com/ articles/ fails-in-elderly-people-133953 htm.