

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน

The Development of Fall Prevention Model of The Elderly through Community Participation

นงพิมล นิมิตรอนันต์* วิชุดา กลิ่นหอม เจอจันท์ วัฒนกิจเจริญ ชลทิพย์ ทิพย์แก้ว

Nongpimol Nimit-arnun* Wichuda Klinhom Jeujan Wattakiecharoen Chonlathip Thipkaew

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ประเทศไทย 73000

College of Nursing Sciences, Christian University of Thailand, 73000

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดราชบุรี ด้วยการบูรณาการแนวคิดเสริมพลังชุมชนและแนวคิดการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพเป็นกรอบการวิจัย เก็บข้อมูลแบบผสมผสานจากผู้มีส่วนได้-ส่วนเสีย จำนวน 150 คน ในช่วงเดือนพฤษภาคม-ธันวาคม 2562 โดยใช้ชุดคำถามปลายเปิดสำหรับการทำประชาคมแบบประเมินการทรงตัว แบบประเมินความเสี่ยงของสภาพแวดล้อม และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันการหกล้มที่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพแล้ว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ ที

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการป้องกันการหกล้มแบบร่วมมือกันที่มีประสิทธิผล เกิดจากช่องทางการสื่อสารที่สำคัญผ่านเวทีประชาคมและการถ่ายทอดข้อมูลผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ภายใต้บรรยากาศที่เป็นมิตรและการทำงานเป็นทีมที่กระตือรือร้น ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์สถานการณ์และการสร้างวิสัยทัศน์ 2) การจัดการความเสี่ยงแบบพหุปัจจัย 3) การประเมินกระบวนการและแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง และ 4) การสรุปผล ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการป้องกันฯ กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการทรงตัวและพฤติกรรมกรรมการป้องกันฯ ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยเสนอแนะว่าชุมชนควรได้รับการสนับสนุนให้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อการเป็น “หมู่บ้านเข้มแข็ง” ในการพัฒนามาตรการการป้องกันการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนของตน

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ/การป้องกันการหกล้ม/รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This study aimed to develop participatory fall preventive model for community-dwelling elderly people in Ratchaburi province. The integration of community empowerment and health risk communication was applied as a study framework. The mixed-method design was applied by using among 150 participants of key persons during May-December 2019. The data were collected through quality approved instruments; including a set of open-ended questions, balancing screening test, environment risk assessment, and fall preventive behavior questionnaire. A paired t-test was used to examine the difference mean scores of quantitative data, while content analysis technique was used for qualitative data.

The findings revealed that the effectiveness of collaborative fall preventive model. The key success factors were the significant communication channel through public forum and health volunteers, towards friendly climate and active working team. This model consisted of 1) situational analysis and vision 2) multi-factorial intervention campaign 3) process evaluation and monitoring and 4) Summarization. Moreover, after joining the intervention program, the samples' fall preventive behavior improved, as did their physical balance significantly. Thus, the suggestion is to be reinforce the community continually for growing up their strength of those related to fall prevention strategies development.

Keywords: Older/ Fall prevention/ Community participation pattern

บทนำ

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) ตั้งแต่ พ.ศ.2548 และคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged society) ในพ.ศ. 2564¹ การเพิ่มขึ้นของประชากรกลุ่มนี้ ทำให้สังคมต้องเผชิญปัญหาสุขภาพจากกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric syndromes) หลายประการโดยเฉพาะปัญหาการหกล้ม (Fall) องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในแต่ละปีผู้สูงอายุ 65 ปี ขึ้นไปจะมีการหกล้มประมาณร้อยละ 28-30 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 32-42 ในกลุ่มผู้ที่มีอายุมากกว่า 70 ปี ความถี่ของการหกล้มเพิ่มขึ้นตามอายุและระดับความอ่อนแอของร่างกาย² จากการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยพบความชุกการหกล้มร้อยละ 16.90 และมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากการหกล้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹ ภาวะหกล้ม เป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วย การพิการ และอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของผู้สูงอายุในเวลาต่อมา อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อ ด้าน กล้ามเนื้อ ด้านร่างกาย ได้แก่ กระดูกสะโพกหัก หรือเลือดออกในสมอง เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและเกิดภาวะทุพพลภาพ ด้านจิตใจและสังคม ได้แก่ ความกลัวการหกล้มซ้ำ (Fear of falling) จึงหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมประจำวัน พึ่งพาคนในครอบครัว หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมนอกบ้าน สูญเสียความมั่นใจในการดำรงชีวิต ถือว่าเป็นภาวะคุกคามทางด้าน

จิตใจจนอาจเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา การหกล้มทำให้เกิดภาวะค่ารักษาพยาบาลและภาวะการดูแลทั้งในระบบบริการสุขภาพและภาวะการพึ่งพาจากครอบครัว²⁻⁴ สาเหตุของการหกล้มเกิดจาก 2 กลุ่มปัจจัยเสี่ยง 1) ปัจจัยภายในร่างกาย (Intrinsic factor) ได้แก่ ภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง ความเสื่อมถอยของร่างกายตามวัย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัวลดลง ความบกพร่องในการมองเห็น การขาดความรู้ความเข้าใจในสาเหตุการหกล้มและข้อพึงระวังต่างๆ และ 2) ปัจจัยภายนอกร่างกาย (Extrinsic factor) ได้แก่ สิ่งแวดล้อมภายในบ้านและภายนอกบ้าน⁵⁻⁶

จากสาเหตุการหกล้มในผู้สูงอายุสองกลุ่มปัจจัยดังกล่าว ทำให้บุคลากรสาธารณสุขต้องคำนึงถึง พหุปัจจัยในการปฏิบัติการเพื่อการป้องกัน (Multifactorial intervention)³⁻⁶ ด้วยเช่นกัน การปฏิบัติการเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุตามแนวปฏิบัติที่ดี ได้แก่ การตรวจคัดกรองค้นหาผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง การสอนให้ความรู้ การติดตามดูแลที่บ้าน รวมทั้งการทำโครงการรณรงค์ในชุมชน⁷⁻¹⁰ พยาบาลเวชปฏิบัติเป็นบุคลากรหลักในระบบบริการปฐมภูมิในการจัดบริการเชิงรุกเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการหกล้มแก่ผู้สูงอายุในชุมชน อย่างไรก็ตาม เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของโครงการ/กิจกรรมดังกล่าว จึงควรมีฐานคิดของการพัฒนางานบริการ

ชุมชนที่สำคัญ ได้แก่ การเสริมพลังชุมชน (Community empowerment)¹¹ และการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ (Health risk communication) ซึ่งเป็นแนวคิดทางการพยาบาลชุมชนและการสาธารณสุขที่ได้รับความนิยมทั่วโลก โดยเฉพาะในการรณรงค์โรคระบาด โรคติดเชื้อ โรคไร้เชื้อ และภาวะเหตุฉุกเฉินในชุมชน มีเป้าหมายเพื่อสร้างความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ประชาชนเกี่ยวกับ สาเหตุการเกิดโรค ช่องทางการแพร่กระจาย อันตรายและผลกระทบ ต่อสุขภาพและนำไปสู่พฤติกรรมป้องกันการโรคของประชาชนที่มีประสิทธิภาพ¹² อนึ่ง จากหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based) สรุปได้ว่า แนวปฏิบัติที่ดี (Best practice guideline) เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้และคำการแนะนำเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและวิธีการป้องกัน 2) การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย 3) การทบทวนการใช้ยาและการเฝ้าระวังอาการข้างเคียง 4) การประเมินการมองเห็น และ 5) การออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว¹³⁻¹⁴ พยาบาลเวชปฏิบัติสามารถนำมาประยุกต์ในการจัดบริการในพื้นที่รับผิดชอบโดยปรับให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชนนั้นๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนยังขาดความชัดเจนของการคำนึงถึงพหุปัจจัยในการป้องกันการหกล้มทำให้มีข้อจำกัดของการพัฒนาอย่างยั่งยืน อนึ่ง จากผลการสำรวจนักร้องในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรี มีประชากรประมาณ 780 คน เป็นผู้สูงอายุ 94 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 23.40 ในห้วงเวลาที่ผ่านมา หลังการคัดกรอง ชุมชน และ รพสต. ยังไม่มีการดำเนินการใดๆ ในการป้องกันการเกิดปัญหานี้ ผู้วิจัยเห็นความสำคัญและความเป็นไปได้ของการถ่ายทอดองค์ความรู้และแนวปฏิบัติที่ดีนี้สู่ชุมชนเพื่อประยุกต์ในวิถีชุมชนได้อย่างลงตัว ด้วยวิธีการระดมสมองผ่านเวทีประชาคม เพื่อให้เกิดกระบวนการเสริมพลังของผู้คนทุกภาคส่วน โดยคิดค้น/สร้างสรรค์มาตรการการป้องกันการหกล้มที่สอดคล้องกับวิถีชุมชน อันจะส่งผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health outcomes) ในระยะต่อไป กล่าวคือ การลดอุบัติการณ์การหกล้มและนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุท้ายที่สุด ผู้วิจัยคาดหวังว่าภาคส่วนต่างๆ ในชุมชนจะได้ร่วมในกระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันการหกล้มที่เหมาะสมของชุมชนของตนเองได้เพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชนที่

ยั่งยืนคำถามการวิจัย รูปแบบการพัฒนาการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
 2. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
- วิธีดำเนินการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ในชุมชนจังหวัดราชบุรี ใช้การเก็บข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed method) ระยะเวลาการศึกษา 8 เดือน ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม-ธันวาคม 2562 เป็นกระบวนการศึกษาเชิงพัฒนา 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การประเมินความเสี่ยง (Risk analysis) ระยะที่ 2 การลดหรือจัดการความเสี่ยงการหกล้ม (Risk reduction/risk management) ระยะที่ 3 การกำกับติดตามประเมินกระบวนการดำเนินงาน (Risk monitoring) และระยะที่ 4 การสรุปผลการดำเนินงานตามแผน ฯ และการประเมินผลความเสี่ยง (Risk evaluation)

ผู้ร่วมวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง ผู้มีส่วนได้-ส่วนเสีย จากสถานการณ์การหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนนี้ จำนวน 150 คน ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการเทศบาลตำบล 7 คน 2) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 39 คน 3) กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) 4 คน และ 4) กลุ่มผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว 100 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลที่บ้าน จำนวน 30 คน ที่มีคุณสมบัติในการคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) ผลการคัดกรองด้วยแบบประเมินสมรรถนะทางกาย ด้านการทรงตัว (Time up and go test: TUG) (Podsiadlo & Richardson, 1991) มีค่าตัดแบ่งเวลาการทดสอบมากกว่า 13.5 วินาที (Shumway-cook, 2000) และ 2) ผลการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองด้วยดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index: ADL) มีค่าตั้งแต่ 5 คะแนนขึ้นไปจากคะแนนเต็ม 20 คะแนน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จำนวน 4 ชุด 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ยาที่รับประทาน

เป็นประจำ ปัญหาเกี่ยวกับสายตา การเดินและการทรงตัว การตีมือเครื่องตีมือแอลกอฮอล์ และประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือน 2) แบบทดสอบความสามารถในการทรงตัว (Time up and go test: TUG) เพื่อใช้ในการค้นหาความเสี่ยง โดยใช้ค่าตัดแบ่งเวลาการทรงตัวที่มากกว่า 13.5 วินาทีหมายถึงเป็นผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม¹⁵ 3) แบบประเมินความเสี่ยงของสภาพแวดล้อมต่อการหกล้ม¹⁶ เป็นข้อคำถามปลายเปิดแบบเลือกตอบ จำนวน 13 ข้อ และ 4) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน¹⁷ เป็นคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ จำนวน 28 ข้อ จำแนกเป็นปัจจัยเสี่ยงภายในตัวบุคคล (22 ข้อ) และภายนอกตัวบุคคล (6 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ ค่าคะแนนสูงหมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่ดี เครื่องมือทุกชุดได้รับการตรวจสอบคุณภาพ Content validity โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยสูตร Cronbach's alpha coefficient ของแบบประเมินความเสี่ยงของสภาพแวดล้อม = 0.787 และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมป้องกันการหกล้ม = 0.90

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นชุดคำถามปลายเปิดแบบมีโครงสร้าง (Matrix questions) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการทดลองใช้ในตัวแทนประชาชนกลุ่มย่อยมาแล้ว ประกอบด้วยชุดคำถามหลัก (Main questions) ชุดคำถามย่อย (Following questions) และชุดคำถามเจาะลึก (Probe questions) ที่ใช้ในการเสวนาในเวทีประชาคม ทั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ในแต่ละครั้งแตกต่างกัน อาทิ คำถามเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา เพื่อกระตุ้นคิดวางแผนการปฏิบัติการ เพื่อประเมินกระบวนการดำเนินกิจกรรม (Process evaluation) เพื่อประเมินผลการดำเนินกิจกรรม (Output evaluation) และเพื่อกระตุ้นคิดในการดำเนินการด้วยชุมชนเองเพื่อนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน

ตัวอย่างชุดคำถามหลัก “กรุณาเล่าให้ฟังว่า.....”

- 1) ในชุมชนนี้มีเหตุการณ์ผู้สูงอายุหกล้มบ้างหรือไม่ บ่อยแค่ไหน รุนแรงหรือไม่ อย่างไร
- 2) ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อปัญหาการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนนี้
- 3) ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อโครงการ/กิจกรรมที่ดำเนินการอยู่ในขณะนี้
- 4) ท่านเชื่อว่าชุมชนของท่านจะเป็นชุมชนต้นแบบของการป้องกันการหกล้มฯ ได้หรือไม่ เพราะเหตุใด

5) ท่านมีข้อเสนอแนะอย่างไรที่จะทำให้รูปแบบการป้องกันการหกล้มฯ นี้ มีความยั่งยืน

6) ท่านจะมีส่วนร่วมสร้างความยั่งยืนของรูปแบบการป้องกันฯ ในชุมชนนี้ ได้อย่างไร

ข้อมูลเชิงปริมาณที่รวบรวมได้จากแบบสำรวจ/แบบคัดกรอง และแบบสอบถาม นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ ที (Dependent sample t-test) ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์ตามชุดคำถามปลายเปิดและการบันทึกเสียงในเวทีประชาคม วิเคราะห์ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)¹⁸ตามขั้นตอน ได้แก่ การนำชุดข้อมูลดิบจากสนาม (Field) มาอ่านเชิงวิเคราะห์ การลดปริมาณของข้อมูล (Data reduction) เพื่อเลือกสรรเฉพาะเนื้อความที่มีสาระ การตีความร่วมกับการประมวลเข้าเป็นหมวดหมู่ไปพร้อมกัน จากนั้นจึงสรุปประเด็นหรือสร้างข้อสรุป

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย/เก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน (เลขที่ บ. 01/2562 วันที่ 28 สิงหาคม 2562) แล้ว ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการศึกษาโดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัยเป็นสำคัญ ทำการขออนุญาตเข้าทำการวิจัยและเชิญชวนเข้าร่วมโครงการฯ อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนกิจกรรมการวิจัยแบบมีส่วนร่วม เปิดโอกาสให้ซักถามข้อข้องใจและการขอออกจากโครงการฯ ให้ความนับถือในการเป็นเจ้าของข้อมูล และการสอบถามข้อมูลจากผู้ร่วมวิจัยผ่านเวทีประชาคม รวมทั้งการรายงานผลเฉพาะในภาพรวมเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเท่านั้น ขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมความพร้อม การศึกษาข้อมูลสุขภาพชุมชน (Community folder) ทำความเข้าใจกับวิถีชุมชน สัมภาษณ์บุคคลสำคัญของชุมชนหลายกลุ่มเพื่อให้ทราบสถานการณ์ความเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยง อีกทั้งเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพและความไว้วางใจ โดยใช้หลัก “เข้าหา เข้าถึง เข้าใจ”

ขั้นตอนที่ 2 ประชาคม เป็นการประชุม ระดมสมอง สนทนา ถกแถลง ปรัชญาหรือและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของชาวบ้านและผู้นำชุมชนเกี่ยวกับปัญหาการหกล้มของผู้สูงอายุ มีเป้าหมายร่วมกันคือเพื่อให้ได้ฉันทามติมาตรการ/วิธีการป้องกันการหกล้มที่ดีและสอดคล้องกับวิถีชุมชน เพื่อใช้เป็นเครื่องมือดำเนินกิจกรรมต่อไป ผู้เข้าร่วมประชาคม ได้แก่

ตัวแทนเทศบาล ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่ รพสต. ประธาน อสม. และชาวบ้านทั่วไป ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินกิจกรรมฯ ตามขั้นตอนที่ได้เตรียมไว้ และปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ เพื่อให้ได้ข้อสรุปสาระสำคัญ และแผนดำเนินการขั้นต่อไปที่สะท้อนถึงการร่วมมือกันทำงานมากที่สุด ประชาคมได้ร่วมกันสร้างวิสัยทัศน์และกำหนด “ภาพฝัน” ร่วมกันว่า หมู่บ้านนี้ (หมู่ 8) จะเป็นหมู่บ้านนำร่องในการรณรงค์การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุด้วยการดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย และการฝึกออกกำลังกาย หากประสบความสำเร็จก็จะเป็นหมู่บ้านต้นแบบแก่หมู่บ้านอื่นๆ ในตำบลนี้ โดยมีคำขวัญว่า “ตาราง 9 ช่อง นำร่องด้วยหมู่ 8 สุขภาพแข็งแรง สาสนฝันให้เป็นจริง” ชุมชนต้องการได้รับความรู้ คำชี้แนะและการดูแลจากพยาบาลชุมชนเกี่ยวกับการป้องกันปัญหานี้เพื่อให้ผู้สูงอายุปลอดภัยมากขึ้นด้วยตระหนักว่าการหกล้มมีผลกระทบอย่างมาก มีการตกลงพันธะสัญญาในการร่วมปฏิบัติการทำกิจกรรมต่างๆ ตามโอกาสและศักยภาพของแต่ละภาคส่วน ทั้งนี้ควรบรรลุผลตามเป้าหมายในระยะเวลาประมาณ 6 เดือนนับจากนี้

ขั้นตอนที่ 3 การจัดการลดความเสี่ยงการหกล้ม ด้วย 2 วิธีการหลัก ดังนี้

3.1 การจัดโครงการรณรงค์ในชุมชน ในรูปแบบการจัดนิทรรศการ การเรียนรู้แบบกลุ่ม การสอนสาธิตและการฝึกปฏิบัติ โดยเชิญผู้สูงอายุ ญาติ และ อสม. เข้าร่วมโครงการ คณะผู้วิจัยเป็นวิทยากรสอนให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบจากการหกล้ม แนวปฏิบัติที่ดีเพื่อป้องกันการหกล้ม และวิธีการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขาแบบตาราง 9 ช่อง; ในการวางแผนทุกครั้งผู้วิจัยใช้ประชาคมในการประชุมหารือและประสานงานเพื่อร่วมกันเสนอรูปแบบและวิธีการ รวมทั้งการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในแต่ละกลุ่ม/ภาคส่วน เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ร่วมกิจกรรมและการประชาสัมพันธ์ผ่าน อสม. หอกระจายข่าว และเจ้าหน้าที่ รพสต. มีการจัดโครงการฯ 2 ครั้ง มีผู้ร่วมฯ 50 คนและ 120 คนตามลำดับ

3.2 การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน คณะผู้วิจัยทำการเยี่ยมบ้านในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงตามแบบคัดกรอง Time Up and Go test จำนวน 30 คน ด้วย “โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเพื่อป้องกันการหกล้ม” ที่ได้พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยทำการเข้าเยี่ยมบ้านจำนวน 4 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 40-60 นาที เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ได้แก่ สัปดาห์ที่ 1, 3, 5 และ 7 โดยคำนึงถึง

สภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุแต่ละคน โปรแกรมฯ ประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและวิธีป้องกันการหกล้ม 2) การสำรวจความเสี่ยงของสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกบ้าน แล้วให้การชี้แนะแก่ผู้สูงอายุและญาติในการร่วมกันจัดการความเสี่ยงนั้น และ 3) การฝึกทักษะออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง

ขั้นตอนที่ 4 การกำกับติดตามประเมินกระบวนการดำเนินงาน โดยผ่านประชาคม (ครั้งที่ 3) เป็นการประเมินผลสำเร็จ และปัญหา/อุปสรรคในกระบวนการจัดโครงการรณรงค์ฯ และการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน รวมทั้งแผนกิจกรรมในช่วงสุดท้าย ขั้นตอน 5 การสรุปผลการดำเนินงานตามแผน ฯ และการประเมินผล โดยผ่านประชาคม (ครั้งที่ 4) ผู้วิจัยนำเสนอผลการจัดทำโครงการฯ และการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านโดยระบุรูปแบบการทำงานร่วมกันของกลุ่มคนที่เกี่ยวข้องในลักษณะต่างๆ ที่เป็นปัจจัยสำคัญของการประสบความสำเร็จ และประชาคมได้ข้อตกลงร่วมกันในการทำงานนี้ต่อไป

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 การพัฒนารูปแบบการป้องกันการหกล้มฯ เป็นการศึกษาดูด้วยรูปแบบการวิจัยแบบ PAR ผ่านการทำประชาคม 4 ครั้ง สรุปสาระสำคัญจากประชาคมได้ 4 ประเด็น ทำให้เกิดกระบวนการพัฒนารูปแบบฯ ด้วยกิจกรรมและโครงการที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

ประเด็นที่ 1: ประชาคมวิเคราะห์ความเสี่ยงในชุมชนของตน และมุ่งหวังให้เป็น “หมู่บ้านต้นแบบ” ของการปลอดภัยจากการหกล้ม ด้วยความร่วมมือที่ดีของชาวบ้านและผู้นำชุมชน ประชาชนให้ความสนใจในการเรียนรู้จากกิจกรรมในโครงการฯ และให้ความร่วมมือโดยมี อสม. เป็นกำลังแรงสำคัญ ทำให้ผู้สูงอายุได้เข้าสังคมร่วมกัน อีกทั้งยังช่วยให้คนในชุมชนเกิดประโยชน์ ได้ความแข็งแรงของร่างกายและช่วยลดปัญหาการพลัดตกหกล้มในชุมชนได้ ประชาคมเสนอวิธีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่บ้านโดยอาศัยญาติ/คนในครอบครัวเป็นหลัก รวมทั้งสภาพแวดล้อมในชุมชนโดยเทศบาลเป็นหลัก รวมทั้งสรุปวิธีการออกกำลังกายตามบริบทชุมชน เพื่อให้เป็นกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับทุกคน

“ควรทำกิจกรรมนี้อย่างจริงจังในชุมชนโดยเผยแพร่ไปยังชุมชนอื่น ที่ยังไม่ได้เป็นชุมชนนำร่อง” (รพสต.)

ประเด็นที่ 2: ประชาคมเห็นด้วยกับการฝึกออกกำลังกายแบบตาราง 9 ช่อง เนื่องจากสามารถทำที่บ้านได้ ไม่สิ้น

เปลือง ช่วยให้กล้ามเนื้อแข็งแรง สุขภาพแข็งแรง เป็นการฝึก การทรงตัว ฝึกการใช้สมองให้มีสมาธิและความจำในการก้าวไป ตามช่องให้ถูกท่าและถูกจังหวะเพลง เป็นกิจกรรมที่ครอบครัว และเพื่อนบ้านมีส่วนร่วมได้ สามารถทำได้ทุกเพศทุกวัย ให้ความ สนุกสนานเพลิดเพลิน มีเพื่อน มีสังคม จึงตั้งใจว่าจะนำไป ทดลองฝึกที่บ้านโดยจะแบ่งพื้นที่ปุกระเบียงทำเป็นช่องตาม ตัวอย่าง อีกทั้งยังร่วมกันให้ข้อเสนอว่าควร จัดหาสถานที่ใน ชุมชนที่ชาวบ้านสามารถร่วมกิจกรรมได้สะดวก ควรมีเสียงเพลง ประกอบ ใช้จังหวะที่เหมาะสมและเร้าใจ จังหวะที่เหมาะสมกับ บริบทชุมชนคือจังหวะสามช่าและรำวงมาตรฐาน

“จัดให้มีตาราง 9 ช่องที่เป็นศูนย์รวมของผู้สูงอายุ ทุกหมู่บ้านเพื่อให้มีโอกาสได้ร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ... มีการควรวัดประกวด...ทางเทศบาลจัดรางวัลมอบให้” (เทศบาล)

“การจัดทำตาราง 9 ช่องที่เป็นแบบสำเร็จรูปให้วาง ไว้เป็นจุดออกกำลังกายตามหมู่บ้าน” (อสม.)

“จะไปชักชวนกันมาเข้าร่วมกิจกรรมเป็นประจำ.... เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมาทำกันอย่างสม่ำเสมอ” (อสม.)

ประเด็นที่ 3: ชุมชนเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน เป็น ความรู้ความเข้าใจที่เป็นประโยชน์ต่อการป้องกันการหกล้ม เพราะได้ร่วมกิจกรรมการให้ความรู้ที่ใช้ภาษาง่ายๆ ชัดเจน อธิบายพร้อมการสาธิตและฝึกให้ทำตาม ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ ที่ดี โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อ่านหนังสือได้ไม่คล่อง ทำให้เข้าใจ และเห็นความสำคัญของการหกล้มว่ามีผลเสียมากมาย ทำให้ ตระหนักถึงความเสี่ยงของตนมากขึ้น และเข้าใจความผิดพลาด

ที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะผู้ที่เคยหกล้มมาแล้ว จึงได้นำความรู้ไปใช้ ประโยชน์ในชีวิตประจำวัน โดยหมั่นเตือนตนเองให้ระมัดระวัง มากขึ้น เมื่อรู้สึกเหนื่อย หน้ามืด หรือเวียนศีรษะต้องนั่งพักก่อน จัดเตรียมกระโถนไว้ใกล้ที่นอนแทนการลุกไปถ่ายปัสสาวะใน เวลากลางคืน การใช้ไม้เท้า การสวมรองเท้าที่พอดีไม่หลวม จัด สิ่งของในบ้านให้เป็นระเบียบ ที่สำคัญคือความตั้งใจที่จะ ปรับปรุงสภาพที่อยู่อาศัยให้ปลอดภัยมากขึ้น ได้แก่ การเพิ่มแสง สว่างทางเดิน พื้นห้องน้ำที่ไม่ลื่น พื้นปูนหยาบไม่ขัดมัน การทำ ราวเกาะในห้องน้ำ การใช้พรมเช็ดเท้า การเพิ่มแสงไฟให้สว่าง เพียงพอโดยเฉพาะตามทางเดิน

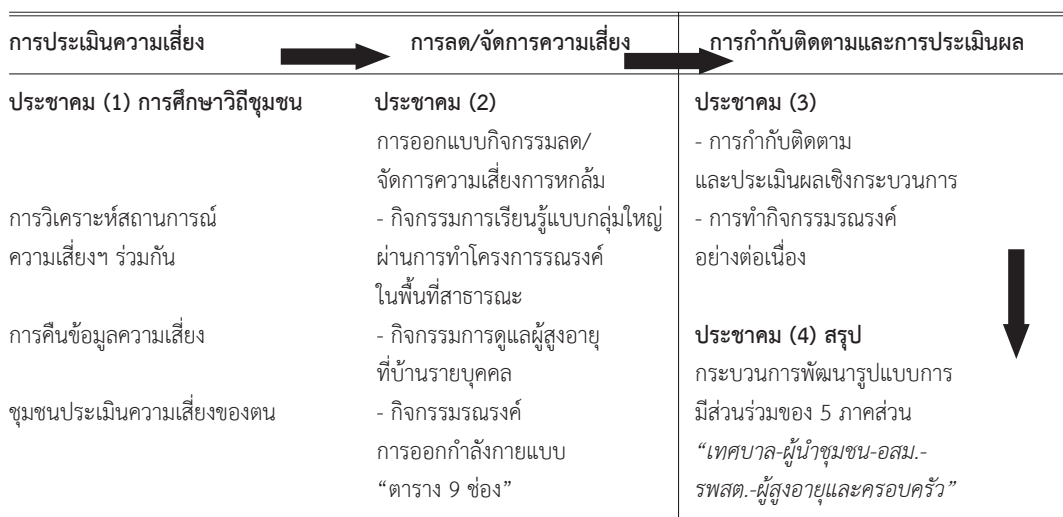
ประเด็นที่ 4: การมีส่วนร่วมในการสร้างความยั่งยืน ของชุมชน ซึ่งได้รับความร่วมมือกันจากทุกฝ่าย ทั้งจากเทศบาล ในเรื่องงบประมาณ เจ้าหน้าที่ รพสต. และ อสม. เรื่องการ ประชาสัมพันธ์ การผลักดันและการให้ข้อมูลความรู้ทางสุขภาพ ที่ถูกต้อง ที่สำคัญคือการมีส่วนร่วมจากผู้สูงอายุเองและคนใน ครอบครัว กลุ่มคนทั้ง 5 ส่วนนี้ที่ต้องเป็นช่วยกันผลักดันการ ผนึกเรื่องนี้ต่อไปให้ยั่งยืน เพื่อผลลัพธ์ที่ดีคือ ผู้สูงอายุมีความ ปลอดภัยจากการหกล้ม

“ก็ต้องช่วยประชาสัมพันธ์กันทุกฝ่าย คนที่มาทำ กิจกรรมก็ต้องมาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นต้นแบบให้กับคนที่ สนใจและยังไม่เคยเข้าร่วม” (ผู้ใหญ่บ้าน)

“เทศบาลฯ ก็น่าจะจัดงบประมาณสนับสนุนได้ เพียง ส่งเสนองบประมาณประจำปีไปยังฝ่ายแผนฯ” (เทศบาล)

“ทางอนามัยกับ อสม.ช่วยกันติดตาม ไปกระตุ้น... ดูแลที่บ้าน ขอให้ลูกหลานช่วยกันดูแล” (รพสต.)

รูปแบบการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ



แผนภาพที่ 1 แสดงกระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม

ตอนที่ 2 ผลของการใช้รูปแบบการป้องกันการหกล้มฯ เป็นการศึกษาด้วยรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 1 กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อน-หลังการทดลอง ในกลุ่มตัวอย่าง 30 คน

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นหญิง จบชั้นประถมศึกษา ค่าเฉลี่ยอายุ 71.84 ปี สถานภาพสมรสคู่ ไม่มีอาชีพ/ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้ระหว่าง 1,000 - 4,999 บาท ทุกคนป่วยมีโรคประจำตัวโดยเฉพาะกลุ่มโรคเรื้อรัง และมียาที่รับประทานเป็นประจำ (ใช้ที่บ้าน) ร้อยละ 63.33 มีปัญหาสายตาและได้รับการตัดแว่นตาและการผ่าตัดตา ร้อยละ 53.33 มีปัญหาเกี่ยวกับการเดินและการทรงตัว ทุกคนมีการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น ไม้เท้า ไม้ค้ำยัน Walker สำหรับประวัตการหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่ามีประวัตการหกล้มร้อยละ 23.33 ในจำนวนนี้พบประวัตการหกล้มภายในบ้านร้อยละ 16.67 ได้แก่ ห้องน้ำ ห้องนอน และบันได ร้อยละ 6.66 เป็นการหกล้มภายนอกบ้าน

ความเสี่ยงของสภาพแวดล้อมต่อการหกล้ม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงการหกล้มหลายประการ อาทิ บ้านพักเป็นบ้านสองชั้น (ร้อยละ 33.33) มีห้องนอนอยู่ชั้นบนของตัวบ้าน (ร้อยละ 33.33) เป็นบ้านที่มีบันได (ร้อยละ 53.33) เป็นบันไดที่ไม่มีราวจับ/ราวบันไดไม่แข็งแรง และมีการวางสิ่งของไว้ตามขั้นบันได (ร้อยละ 16.67) ภายในบ้านมีขอบธรณีประตู (ร้อยละ 40.62) แสงสว่างภายในบ้านไม่เพียงพอ/เห็นไม่ชัดเจน (ร้อยละ 33.33) โถส้วมเป็นแบบนั่งยอง (ร้อยละ 66.67) ไม่มีราวยึดจับในห้องน้ำ (ร้อยละ 70.00) พื้นห้องน้ำเปียกชื้น (ร้อยละ 56.67) มีแสงสว่างภายในห้องน้ำไม่เพียงพอ (ร้อยละ 16.67) แสงสว่างทางเดินไปห้องน้ำไม่เพียงพอ (ร้อยละ 33.33) เลี้ยงสุนัขและแมวภายในบ้าน (ร้อยละ 26.67) และภายนอกบ้าน (ร้อยละ 20.00) บริเวณรอบๆ บ้านเป็นพื้นขรุขระ เป็นหลุม-บ่อ เปียกชื้น (ร้อยละ 43.33) ชั้นวางของใช้อยู่ในระดับที่ไม่สามารถหยิบจับได้ง่าย (ร้อยละ 16.67) พรมเช็ดเท้าทำจากเศษผ้าหรือเสื่อผ้าเก่า (ร้อยละ 50.00)

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยระยะเวลาการทรงตัว ด้วยแบบประเมิน TUG-test ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 30)

ระยะเวลาการทรงตัว	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม	
	(n = 30)	ร้อยละ	(n = 30)	ร้อยละ
น้อยกว่า 13.50 วินาที	0	0.00	11	36.67
13.50 – 19.99 วินาที	20	66.67	12	40.00
มากกว่า 20 วินาที	10	33.33	7	23.33
รวม	30	100.00	30	100.00

จากตารางที่ 1 พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการทรงตัวเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เวลาในการทรงตัวอยู่ในเวลาน้อยกว่า 13.50 วินาที 11 คน (ร้อยละ 36.67) ซึ่งก่อนการทดลอง

ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่สามารถทรงตัวอยู่ในระยะนี้ได้ ช่วงเวลา 13.50-19.99 วินาที และช่วงเวลามากกว่า 20 วินาที ลดลงเหลือ 12 คน (ร้อยละ 40.00) และ 7 คน (ร้อยละ 23.33) ตามลำดับ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระยะเวลาการทรงตัว พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มจากปัจจัยเสี่ยงภายใน และปัจจัยเสี่ยงภายนอก ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 30)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ		หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ		t	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
1. ระยะเวลาการทรงตัว	20.15	1.30	17.36	1.40	5.06	.000
2. พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม	2.91	0.42	3.35	0.33	8.32	.000
2.1 ปัจจัยเสี่ยงภายใน	2.98	0.43	3.37	0.36	6.97	.000
2.2 ปัจจัยเสี่ยงภายนอก	2.63	0.28	3.27	0.08	5.48	.000

***p-value < .05

จากตารางที่ 2 จากการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยตัวแปร ระยะเวลาการทรงตัว พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มจากปัจจัยเสี่ยงภายในและจากปัจจัยเสี่ยงภายนอก ระหว่างก่อน-หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของทั้ง 3 ตัวแปรมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value <.05

การอภิปรายผลการวิจัย

ประเด็นที่ 1. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ในการศึกษาครั้งนี้ได้บูรณาการแนวคิดการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ (Health risk communication) และแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation) มาพัฒนาในกระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันการหกล้มฯ ซึ่งประกอบด้วย 1) การประเมินความเสี่ยงผ่านการทำประชาคม การสำรวจปัจจัยเสี่ยง การให้ข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง และผลกระทบการหกล้ม เพื่อให้ชุมชนและผู้สูงอายุสามารถประเมินความเสี่ยงด้วยตนเองได้ มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสาเหตุและอันตรายของการหกล้ม นำไปสู่การปรับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม และเกิดความร่วมมือต่อโครงการ/กิจกรรมการป้องกันในระดับชุมชนที่ดี 2) การจัดการเพื่อลดความเสี่ยง ผู้วิจัยให้ข้อมูลความรู้ทางสุขภาพผ่านการจัดทำโครงการรณรงค์ฯ 2 โครงการ มีใช้สื่อสุขภาพที่หลากหลายและเข้าใจ ความสนใจ เน้นข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงจากสภาพแวดล้อมและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และ 3) การกำกับติดตามและการประเมินผล กระบวนการสื่อสารความเสี่ยงนี้ เน้นการสื่อสารแบบสองทาง จากผู้วิจัยกับกลุ่มผู้สูงอายุเสี่ยงและผู้มีส่วนได้-ส่วนเสีย ในการแลกเปลี่ยนข้อมูล

ข่าวสารทางสุขภาพและสื่อสุขภาพภายใต้บรรยากาศที่เป็นมิตรและให้เกียรติซึ่งกันและกัน

ในการประยุกต์องค์ประกอบหลักของการสื่อสารความเสี่ยง ได้แก่ ผู้ส่งสาร ผู้รับสาร และข้อความ¹² องค์ประกอบทั้งสามนี้มีความสัมพันธ์กันในการอธิบายปรากฏการณ์ในชุมชนว่า ประชาชนเผชิญหน้ากับ “สิ่งคุกคาม” อย่างไร ประชาชนมีการสื่อสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ “ความเสี่ยง” อย่างไร และประชาชนมีการประเมินข้อมูล “ความเสี่ยง” อย่างไร อนึ่ง กิจกรรมการรณรงค์ฯ ในชุมชนนี้ เป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเรื่องการหกล้มในผู้สูงอายุ ระหว่างผู้วิจัยกับประชาชน/ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยใช้สัญลักษณ์ภาพ สื่อบุคคล การสาธิตและทดลองปฏิบัติตามจนมั่นใจ ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์กระบวนการการถ่ายทอดสาร (Message/content) จากผู้วิจัย (ผู้ส่งสาร) ไปยังผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (ผู้รับสาร) โดยผ่านช่องทางและสื่อ (Channel & media) ที่หลากหลาย กระบวนการนี้มีความเคลื่อนไหวและเป็นกิจกรรมที่ดำเนินไปอย่างต่อเนื่องตามวิถีชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน อย่างไรก็ตามอุปสรรคประการหนึ่งในการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพ ได้แก่ ผู้สูงอายุยังขาดความเชื่อมั่นว่าตนจะทำได้ โดยเฉพาะการออกกำลังกายแบบตาราง 9 ช่อง ปัจจัยที่ส่งเสริมความสำเร็จ ได้แก่ ความไว้วางใจ ความประทับใจในการรับข้อมูลหรือแหล่งของข่าวสารที่น่าเชื่อถือ ทั้งนี้ต้องไม่กระทบวิถีการดำเนินชีวิตของชุมชน สอดคล้องกับการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนไทยทรงดำแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม ผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้นำชุมชน ประชาชนชาวบ้าน อสม. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและญาติผู้ดูแล รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงฯ ที่พัฒนาได้ ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของชุมชน

การออกแบบช่องทางการสื่อสารและสื่อพื้นบ้านที่เน้น “อาการเตือน” (Warning signs) และความเป็นเอกลักษณ์ของชุมชนไทยทรงดำ การบูรณาการองค์ประกอบดังกล่าวทำให้เกิดความสำเร็จของการลดความเสี่ยงของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถแก้ปัญหาสุขภาพอย่างยั่งยืนด้วยการใช้ทุนทางวัฒนธรรมของชุมชนเป็นฐาน¹⁹ และสอดคล้องกับการศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสมุทรสาครที่พบว่ากระบวนการเรียนรู้แบบกลุ่มและการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เป็นวิธีการกำกับติดตามประเมินความเสี่ยงอย่างต่อเนื่องทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁰

ประเด็นที่ 2. ผลของการใช้รูปแบบการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมฯ

ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับกระบวนการประชาคม (Public forum) โดยใช้เป็นตัวนำในการวางแผนโครงการฯ เป็นการรวมตัวของชาวบ้านและผู้นำชุมชนที่เข้ามาร่วมกันพูดคุย ถกแถลง ปรึกษาหารือและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีเป้าหมายคือเพื่อให้ได้มาตรการ/วิธีการป้องกันการเกิดการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนนี้ เทคนิคสำคัญคือการใช้ชุดคำถามปลายเปิดและการตั้งคำถาม เพื่อนำไปสู่การแสวงหาคำตอบร่วมกัน การนำเสนอข้อมูลสุขภาพอย่างเป็นระบบระเบียบ เข้าใจง่าย ตามกระบวนการวินิจฉัยชุมชน อาทิ ผลการสำรวจคัดกรองที่สะท้อนถึงขนาดของปัญหา การนำเสนอข้อมูลความรู้เกี่ยวกับอันตรายของการหกล้ม การใช้เทคนิคการสรุปความ การจัดการความขัดแย้ง การประนีประนอม การเป็นกลางและการไม่ชี้หน้า เพื่อให้ผู้ร่วมประชาคมมีโอกาสวิเคราะห์และอธิบายสาเหตุที่แท้จริงของการหกล้มในมุมมองของตนเองอย่างทั่วถึง ทั้งนี้ อยู่ภายใต้บรรยากาศความเป็นประชาธิปไตย กล่าวคือ สมาชิกประชาคมทุกคนสามารถแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่างๆ ได้อย่างเท่าเทียม การรับฟัง ให้เกียรติซึ่งกันและกัน ยอมรับนับถือและไว้วางใจกัน เพื่อทำให้เกิดความร่วมมือรับผิดชอบ มีความเป็นเจ้าของและได้ข้อตกลงในการดำเนินกิจกรรมขึ้นไป

ความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการป้องกันการหกล้มฯ โดยการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้มีส่วนได้-ส่วนเสียในชุมชนนี้ (แผนภาพที่ 1) อธิบายตามแนวคิดการสร้างพลังของกลุ่มคน/ชุมชน¹¹ ได้ว่าเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกของการเป็นชุมชน และการมีส่วนร่วมทำกิจกรรม

ในชุมชนทั้งระดับบุคคลและชุมชน โดยมีองค์ประกอบสำคัญของการสร้างพลัง คือ การคิดวิเคราะห์ของกลุ่ม การริเริ่มความตระหนักรู้ต่อปัญหา การฟัง และการสนทนาถกแถลง อันนำไปสู่การพัฒนาต่อไป กลุ่มคนเหล่านี้ได้เริ่มเรียนรู้วิธีคิดวิเคราะห์จากชุดคำถามปลายเปิดที่ผู้วิจัยใช้ตั้งคำถามในเวทีประชาคม ก่อนที่จะมีการพัฒนาทักษะการนำเสนอความคิดเห็น การตัดสินใจ การวางแผนและลงมือกระทำกิจกรรมต่างๆ รวมถึงการคิดสะท้อนกลับเพื่อประเมินว่าผลการดำเนินงานที่ผ่านมาได้ทำให้ความเสี่ยงการหกล้มลดลงหรือไม่ และจะอย่างไรให้ชาวบ้านและภาคส่วนอื่นๆ ให้ความร่วมมืออย่างจริงจังมากขึ้น กระบวนการดังกล่าวสะท้อนถึงการเสริมพลังระหว่างผู้วิจัย-ชุมชน และสมาชิกในชุมชนด้วยกันเอง ทั้งนี้ โดยมีกลุ่มอสม.และพยาบาลเวชปฏิบัติประจำ รพสต. เป็นกลไกการขับเคลื่อนที่ทำงานร่วมกันอย่างกระตือรือร้น กอปรกับสัมพันธภาพที่ดี และการทำงานแบบเครือข่ายที่ทำงานร่วมกันมาช้านาน จึงนับเป็นปัจจัยเกื้อหนุนให้ชุมชนสามารถพัฒนารูปแบบการป้องกันฯ นี้ได้ สอดคล้องกับการศึกษากระบวนการพัฒนาสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนแบบพหุปัจจัยใช้กิจกรรมหลายหลาย อาทิ การจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผ่านโครงการรณรงค์ฯ และการเยี่ยมบ้านเพื่อชี้แนะการปรับลดความเสี่ยงของสภาพแวดล้อมและฝึกทักษะการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการสร้างระบบการดูแลสุขภาพของชุมชนเอง^{5-7,9-10} กิจกรรมดังกล่าวส่งผลที่ดีต่อผู้สูงอายุ/กลุ่มตัวอย่าง โดยพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลที่บ้านฯ กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการทรงตัวและพฤติกรรมป้องกันการหกล้มฯ ดีกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อนึ่ง การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีกล้ามเนื้อต้นขาแข็งแรงขึ้น มีการทรงตัวดีขึ้นจึงทำให้ใช้ระยะเวลาการทรงตัวน้อยลง สอดคล้องกับแนวปฏิบัติที่ดีและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง^{8-10,13-14,16-17}

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

พยาบาลเวชปฏิบัติผู้รับผิดชอบบริการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ควรนำรูปแบบการทำงานแบบหุ้นส่วนสุขภาพไปใช้ในการจัดการปัญหาการหกล้มรวมทั้งกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มคุณภาพบริการและเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาติดตามประเมินผลของการพัฒนา รูปแบบฯ ในระยะยาวอย่างน้อย 1-3 ปี เพื่อการสนับสนุน ให้เกิดการพัฒนา “หมู่บ้านต้นแบบ” ที่ยั่งยืนและเป็นแบบ อย่างแก่ชุมชนอื่นได้

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ สำนักงานคณะกรรมการ การอุดมศึกษา (สกอ.) ที่สนับสนุนทุนอุดหนุนโครงการวิจัย และนวัตกรรมเพื่อถ่ายทอดเทคโนโลยีสู่ชุมชนฐานราก ปีงบประมาณ 2562

References

1. Foundation of Thai gerontology research and development Institute (TGRI). Situation of the Thai elderly 2018. Bangkok: Print Terry ltd.; 2019. (in Thai)
2. World Health Organization. WHO global report on falls prevention in older age. WHO Regional Office in France: Ann Field/Didyk Illustration; 2007.
3. Jin J. Prevention of falls in older adults. JAMA. 2018;319(16):1734.
4. Rubenstein LZ. Falls in older people. Geriatrics. Merck Manuals Professional Edition. Merck Sharp & Dohme Corp; 2019.
5. Kittipimpon K, Amnatsatsue K, Kerdmongkol P. Development and evaluation of a community-based fall prevention program for elderly Thais. Pacific Rim Int J Nurs Res.2012;16(3): 222-35. (in Thai)
6. Jitramontree N, Chatchaisucha S, Thaweeboon T, Kutintara B, Intanasak S. Action research development of a fall prevention program for Thai community-dwelling older persons. Pacific Rim Int J Nurs Res. 2015;19(1):69-79. (in Thai)
7. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Systematic Review-Intervention.12 September 2012.
8. Moncada LV, Mile LG. Preventing falls in older persons. AM FAM PHYSICIAN. 2017;96(4): 240-7.
9. Vieira ER, Palmer RC, Chaves PHM. Prevention of falls in older people living in the community. BMJ.2016;353:i1419.
10. Lovarini M, Clemson L, Dean C. Sustainability of community-based fall prevention programs:A systematic review. J SAFE RES.2013;47:9-17.
11. Wallerstein N. Empowerment and health: the theory and practice of community change. COMMUNITY DEV J.1993;28(3):218-27.
12. Rothman AJ, Kiviniemi MT. Treating people with information: an analysis and review of approaches to communicating health risk information. Monogr Natl Cancer Inst. 1999; 25(1):44-51.
13. Nokham R, Kitisr C. Effect of square-stepping exercise on balance in older adults: A systematic review and meta-analysis. J Phys Fitness Sports Med.2017;6(3):183-90.
14. Fisseha B, Janakiraman B, Yitayeh A, Ravichandran H. Effect of square stepping exercise for older adults to prevent fall and injury related to fall: systematic review and meta-analysis of current evidences. J EXERC REH.2017;13(1) :23-9.
15. Podsiadlo D, Richardson S. The time “up and go”: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. J AM GERIATR SOC.1991; 39(2):142-8.

16. Pongaumpai P, Hoontrakul S, Roojanaveth S. The effects of family empowerment program on fall prevention capabilities of the elderly. ROYAL THAI NAVY MED J. 2018; 45(2):311-27. (in Thai)
17. Suebsoontorn W, Nimit-arnun N, Chatdokmaiprai K. The effects of self-efficacy enhancement program on fall prevention behaviors and physical capabilities of older persons in community. CHONBURI HOS J.2019;44(2): 119-28. (in Thai)
18. Yoddumnern-Attig B. et al.(Eds).Qualitative methods for population and health research. Publication Number127. IPSResearch,Mahidol University,Thailand.2001. (in Thai)
19. Nimit-arnun N,Roojanaveth S,Poopitukkul J. The health risk communication pattern of stroke diseases towards cultural perspectives of Tai Song Dam ethnic group: the case study in a community in Nakorn Pathom. J FAC NURS BURAPHA U.2019; 27(2): 80-92. (in Thai)
20. Duangjinda M, Nimit-arnun N, Roojanavech, S. The outcomes of health risk communication program amongst high risk stroke patients at sub-district health promoting hospitals in Samut Sakhon province. J. Royal Thai Army N. 2016;17(2):59-67. (in Thai)