

การประเมินและจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน:

บทบาทพยาบาลชุมชนในหน่วยบริการปฐมภูมิ

FALL RISK ASSESSMENT AND MANAGEMENT AMONG OLDER ADULTS IN THE COMMUNITY: THE ROLE OF THE PUBLIC HEALTH NURSE IN THE PRIMARY CARE

กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์ *

บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยมีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุถึงร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด การรายงานจำนวนผู้สูงอายุของประเทศไทยล่าสุด พบผู้สูงอายุทั้งสิ้น 10,014,699 คน คิดเป็นร้อยละ 14.9 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ คือ มีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2564 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2557) การหกล้มในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก และระดับประเทศ เนื่องจากอุบัติการณ์ของปัญหาที่เพิ่มขึ้นและผลกระทบที่เกิดขึ้นภายหลังการหกล้ม องค์การอนามัยโลก ได้รายงานการหกล้มของผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปพบประมาณร้อยละ 28 ถึงร้อยละ 35 และนำไปสู่การบาดเจ็บเล็กน้อยถึงรุนแรง (World Health Organization, 2007) โดยร้อยละ 5 พบการบาดเจ็บที่รุนแรง ได้แก่ การบาดเจ็บทางสมอง และกระดูกสะโพกหัก (Yoshida-Intern, 2007) ซึ่งเป็นสาเหตุของการพิการและเสียชีวิตในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับสถานการณ์ในประเทศไทย พบรายงานการหกล้มในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณร้อยละ 18.5

(สำนักงานสำรวจสุขภาพประชากรไทย, 2552) และมีความรุนแรงที่นำไปสู่การเสียชีวิต รายงานการเฝ้าระวังโรค พบว่า การหกล้มเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองในกลุ่มของการบาดเจ็บโดยไม่ได้ตั้งใจ และมากกว่าร้อยละ 50 พบในกลุ่มผู้สูงอายุ (สำนักโรคบาติวิทยา กรมควบคุมโรค, 2559) ดังนั้น การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุมีความสำคัญในการช่วยลดการบาดเจ็บ และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของผู้สูงอายุ การศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า วิธีการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ มาตรการในการลดความเสี่ยงหลายปัจจัย (Multi-factorial intervention) ซึ่งประกอบด้วย การประเมินปัจจัยเสี่ยงรายบุคคล (Individual assessment) ร่วมกับการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการหกล้ม โดยสามารถลดอัตราการหกล้มได้ถึงร้อยละ 24 (Gillespie et al., 2012) ซึ่งบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิมีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน

พยาบาลอนามัยชุมชนของหน่วยบริการปฐมภูมิมีบทบาทสำคัญในสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่เกิดภาวะพึ่งพิง

ผู้รับผิดชอบหลัก: อาจารย์ ดร.กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์

* อาจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

พิการ หรือเสียชีวิต การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลชุมชน พยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและวิธีการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เพื่อป้องกันการหกล้ม บทความนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน แนวทางการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มของหน่วยบริการปฐมภูมิ และนำเสนอแนวทางการดำเนินงานของพยาบาลอนามัยชุมชนเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน

การศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนที่ผ่านมา แบ่งปัจจัยเสี่ยงออกเป็น 2 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ปัจจัยภายใน (Intrinsic factors) และ ปัจจัยภายนอก (Extrinsic factors) ปัจจัยภายใน หมายถึง ลักษณะภายในร่างกายของแต่ละบุคคลที่ส่งผลให้เกิดการหกล้มได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น เพศหญิง การมีโรคประจำตัว กล้ามเนื้ออ่อนแรง ความผิดปกติด้านการเดินและการทรงตัว และ ความบกพร่องทางด้านสติปัญญา ด้านปัจจัยภายนอก หมายถึง พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมภายนอก ได้แก่ การไถ้ยา พฤติกรรมเสี่ยงต่อการหกล้ม และสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตราย (Deandrea et al., 2010) การหกล้มของผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัยที่มีความซับซ้อน เช่น การที่ผู้สูงอายุมีการทรงตัวและสายตาที่ไม่ดี ร่วมกับการไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยง เช่น พื้นลื่นภายในบ้าน จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการหกล้มได้ง่าย เนื่องจากผู้สูงอายุที่สายตาไม่ดีจะไม่สามารถมองเห็นบริเวณที่ลื่น กอปรกับการทรงตัวที่ไม่ดี ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ ลื่นล้มง่ายกว่าคนที่มีการทรงตัวที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการหกล้มในที่สุด ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงมากจะมีโอกาสเกิดการหกล้มได้สูงกว่าผู้สูงอายุที่มี

ปัจจัยเสี่ยงน้อย (World Health Organization, 2007) การสังเคราะห์งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนได้ดี ประกอบด้วย ประวัติการหกล้ม สมรรถภาพทางกาย ได้แก่ การเดิน การทรงตัว และการเคลื่อนไหว ภาวะกระดูกพรุน การกลืนการหกล้ม การมองเห็นบกพร่อง การกลืนปัสสาวะไม่ได้ และการมีสิ่งแวดล้อมที่บ้านเป็นอันตราย (Centre for Clinical Practice at NICE, 2013) การพัฒนาเครื่องมือประเมินความเสี่ยงหลายปัจจัย (Multifactorial assessment) พบว่า ประวัติการหกล้ม การเดินและการทรงตัวบกพร่อง และการไถ้ยา เป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนมากที่สุด (Ambrose, Paul & Hausdorff, 2013; Deandrea et al., 2010) ในประเทศไทยมีการพัฒนาเครื่องมือในการประเมินการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า เพศ ประวัติการหกล้ม การมองเห็นบกพร่อง การทรงตัวบกพร่อง การไถ้ยา และการอาศัยในบ้านทรงไทย เป็นปัจจัยในการทำนายการหกล้มของผู้สูงอายุไทย (Thiamwong, Thamarpirat, Manee-sriwongul & Jitapunkul, 2008)

แนวทางการประเมินและการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนของหน่วยบริการปฐมภูมิ

ความสำคัญของการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ทำให้มีการพัฒนาแนวทางการประเมินและจัดการกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ให้กับหน่วยงานเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถนำแนวทางต่างๆ ไปใช้ได้จริง ไม่ซับซ้อนยุ่งยาก และสามารถดูแลจัดการปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม จากการทบทวนวรรณกรรม พบแนวทางที่พัฒนาในระดับองค์กรสุขภาพในสหรัฐอเมริกา ได้แก่ American Geriatrics Society and British Geriatrics Society

(AGS) ในปี 2011 และ Center for Disease Control and Prevention (CDC) ซึ่งพัฒนาต่อยอดแนวทางของ AGS เข้ามาอยู่โปรแกรม Stopping Elderly Accidents Death Injuries (STEDI) ในปี 2015 (Phelan, Mahoney, Voit & Stevens, 2015) และ สองการศึกษาแนะนำเสนอแนวทางในการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มในหน่วยบริการปฐมภูมิ (Renfro & Fehrer, 2011; Soriano, DeCherrie & Thomas, 2007) นอกจากนี้ พบการศึกษาที่เกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางและศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้งานในบริบทของตนเอง (Milisen, Geeraerts & Dejaeger, 2009; Tiedemann, Lord & Sherrington, 2010) โดยแนวทางการประเมินและการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มของหน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม

การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มมีความสำคัญเท่ากับการจัดการปัจจัยเสี่ยง เนื่องจากการประเมินทำให้ทราบปัจจัยเสี่ยงของแต่ละบุคคล และเป็นแนวทางในการวางแผนจัดการกับปัจจัยเสี่ยงนั้นๆ ได้อย่างถูกต้อง การศึกษาที่ผ่านมาสนับสนุนให้มีการประเมินปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัย เพื่อนำไปสู่การป้องกันการหกล้มที่มีประสิทธิภาพ (American Geriatrics Society & British Geriatrics Society, 2011) โดยแบบประเมินดังกล่าว สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ส่วนใหญ่ๆ คือ 1) แบบประเมินคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้ม และ 2) แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มหลายปัจจัย ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1.1 แบบประเมินคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้ม (Fall screening) ใช้ในการคัดกรองผู้สูงอายุทุกคน เพื่อจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงให้ได้รับการประเมินความเสี่ยงแบบหลายปัจจัย ประกอบด้วย การซักประวัติการหกล้ม และการประเมินสมรรถภาพทางกาย (American

Geriatrics Society & British Geriatrics Society, 2011; Milisen et al., 2009; Phelan et al., 2015) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

- **การซักประวัติการหกล้ม** เป็นการซักถามผู้สูงอายุเกี่ยวกับประวัติการหกล้ม โดยถ้าผู้สูงอายุมีประวัติหกล้มภายใน 1 ปีที่ผ่านมา หรือได้รับบาดเจ็บจากการหกล้ม ถือว่ามีความเสี่ยง (American Geriatrics Society & British Geriatrics Society, 2011; Milisen et al., 2009; Phelan et al., 2015) และหากผู้สูงอายุมีความรู้สึกไม่มั่นคง หรือมีปัญหาเรื่องการเดิน หรือ ทำแบบประเมินความเสี่ยงด้วยตนเองได้มากกว่าหรือเท่ากับ 4 ข้อ (American Geriatrics Society & British Geriatrics Society, 2011; Milisen et al., 2009) ถือว่าบุคคลนั้นเสี่ยงต่อการหกล้มเช่นกัน โดยผู้สูงอายุดังกล่าวจะต้องได้รับการประเมินสมรรถภาพทางกายเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อไป

- **การทดสอบสมรรถภาพทางกาย** หลังจากซักประวัติเกี่ยวกับการหกล้ม ผู้ที่มีความเสี่ยงจะได้รับ การทดสอบสมรรถภาพทางกาย โดยการศึกษาส่วนใหญ่ ใช้การลุกนั่งจากเก้าอี้และลุกเดิน (Timed up and go test) เป็นเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงต่อการหกล้ม โดยเกณฑ์ในการวินิจฉัยว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูง คือ ผู้สูงอายุที่ใช้เวลาในการทดสอบ มากกว่าหรือเท่ากับ 12 วินาที (American Geriatrics Society & British Geriatrics Society, 2011; Phelan et al., 2015) และมากกว่าหรือเท่ากับ 14 วินาที (Milisen et al., 2009) ถือว่ามีความเสี่ยงสูง และต้องได้รับการประเมินความเสี่ยงหลายปัจจัยในขั้นต่อไป นอกจากนี้การทดสอบสมรรถภาพทางกายอื่นๆ ที่นำมาใช้ในการคัดกรองเพิ่มเติม ได้แก่ การลุกนั่งจากเก้าอี้ 30 วินาที (30-sec chair stand) และการยืนเพื่อทดสอบการทรงตัว 4 แบบ (4 Stage balance test) (Phelan et al., 2015)

1.2 แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการ หกล้มหลายปัจจัย (Multifactorial fall risk assessment)

การศึกษาที่ผ่านมายืนยันมาตรการในการลดความเสี่ยงหลายปัจจัย (Multifactorial intervention) ซึ่งให้ความสำคัญในการประเมินปัจจัยเสี่ยงก่อนการให้การแก้ไขหรือจัดการปัจจัยเสี่ยง (Gillespie et al., 2012) ดังนั้นแบบประเมินนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มทั้งหมด และนำไปสู่การให้คำแนะนำเพื่อการปรับเปลี่ยน หรือส่งต่อเพื่อจัดการกับปัจจัยเสี่ยงนั้นๆ ประกอบด้วย อายุ เพศ ประวัติการหกล้ม การกลั้วการหกล้ม การเคลื่อนไหวบกพร่อง การใช้ยา ความดันโลหิตต่ำ เมื่อเปลี่ยนท่า การตรวจสายตาและการมองเห็น บกพร่อง ลักษณะเท้าและรองเท้า สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรม การใช้เครื่องช่วยเดิน และปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยแนวทางการประเมินที่ผ่านมาจะกำหนดลักษณะของการประเมินที่เหมือนและแตกต่างกัน ซึ่งสามารถสรุปตามปัจจัยต่างๆ ได้ดังนี้

- **อายุและเพศ** อายุที่เพิ่มมากขึ้นจะส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการหกล้มเพิ่มมากขึ้น โดยมีการแบ่งความเสี่ยงตามช่วงอายุ ดังนี้ อายุต่ำกว่า 65 ปี เป็นผู้มีความเสี่ยงต่ำ อายุระหว่าง 65-75 ปี เป็นผู้มีความเสี่ยงปานกลาง และ อายุมากกว่า 75 ปี เป็นผู้มีความเสี่ยงสูง ด้านเพศ พบว่า เพศหญิงมีความเสี่ยงสูงกว่าเพศชาย (Renfro & Fehrer, 2011) ถึงแม้ว่าสองปัจจัยนี้เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้แต่เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้ม จึงนิยมนำมาประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม

- **ประวัติการหกล้ม** เป็นปัจจัยในการประเมินความเสี่ยงของผู้สูงอายุในทุกการศึกษาที่ผ่านมา โดยจะมีการซักประวัติการหกล้มใน 6 เดือน และ 12 เดือน ที่ผ่านมา ส่วนใหญ่นิยมใช้การมีประวัติการหกล้ม 1 ครั้งใน 12 เดือนที่ผ่านมา เป็นเกณฑ์วินิจฉัยความเสี่ยงต่อการหกล้ม (American Geriatrics Society & British Geriatrics

Society, 2011; Phelan et al., 2015; Soriano, Garbe & Shubert, 2007; Tiedemann, Lord & Sherrington, 2010) และ บางการศึกษา ใช้เกณฑ์การมีประวัติหกล้ม 2 ครั้งขึ้นไป ใน 12 เดือน (Milisen et al., 2009) และ 2 ครั้งขึ้นไป ใน 6 เดือน (Renfro & Fehrer, 2011)

- **การกลั้วการหกล้ม** การประเมินการกลั้วต่อการหกล้มเป็นอีกปัจจัยที่พบในผู้สูงอายุที่มีประวัติหกล้มมาก่อน โดยการประเมินส่วนใหญ่เป็นการซักถามความกังวลเกี่ยวกับการหกล้ม (Phelan et al., 2015) หรือ ความรู้สึกไม่กล้าทำกิจกรรมเนื่องจากกลัวการหกล้ม (Milisen et al., 2009) หากผู้สูงอายุมีความกังวลดังกล่าว ถือว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการหกล้ม นอกจากนี้มีการใช้แบบประเมิน Falls Efficacy Scale (FES) เพื่อแบ่งความเสี่ยงเป็น 3 ระดับ คือ คะแนน 8 ถึง 10 คะแนน มีความเสี่ยงต่ำ คะแนน 3 ถึง 7 คะแนน มีความเสี่ยงปานกลาง และ คะแนน 0 ถึง 2 คะแนน มีความเสี่ยงสูง (Renfro & Fehrer, 2011)

- **การเคลื่อนไหวบกพร่อง** การเคลื่อนไหวที่สัมพันธ์กับการหกล้มมากที่สุด ได้แก่ การเดินและการทรงตัว โดยวิธีการประเมินสามารถประเมินได้จากการสังเกตว่าลักษณะการเดินผิดปกติหรือไม่ (Milisen et al., 2009) และการทดสอบสมรรถภาพทางกายที่เกี่ยวข้อง สมรรถภาพทางกายที่นิยมนำมาทดสอบเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม ได้แก่

- **การลุกนั่งจากเก้าอี้แล้วลุกเดิน (Timed up and go test)** เป็นการทดสอบที่นิยมใช้ในการประเมินความสามารถในการทรงตัวและการเดิน เพื่อคัดกรองและประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการทดสอบนี้มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุ วิธีการทดสอบ คือ กำหนดให้ผู้สูงอายุนั่งอยู่ที่เก้าอี้และลุกขึ้นเดิน ไป-กลับเป็นระยะทาง 3 เมตร และ กลับมานั่งที่เดิม โดยผู้ทดสอบเริ่มจับเวลาตั้งแต่ลุกจากเก้าอี้ และหยุดเวลาเมื่อกัน

ผู้สูงอายุสัมผัสเก้าอี้ เกณฑ์ที่ใช้จำแนกกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้ม คือ ผู้สูงอายุที่ใช้เวลาในการทดสอบมากกว่าหรือเท่ากับ 12 วินาที ถือว่าเสี่ยงต่อการหกล้ม (American Geriatrics Society and British Geriatrics Society, 2011) อย่างไรก็ตาม บางการศึกษาใช้เกณฑ์ความเสี่ยงมากกว่า 13 วินาที และแบ่งความเสี่ยงเป็น 3 ระดับ (Renfro & Fehrer, 2011)

● *การลุกนั่งจากเก้าอี้ (Chair Stand)* เป็นการทดสอบที่นิยมใช้เพื่อประเมินความสามารถในการทรงตัว วิธีการประเมินแบ่งเป็น 2 รูปแบบ คือ 1) ลุกนั่งติดต่อกันภายใน 30 วินาที (30-sec chair stand) และนับจำนวนครั้งที่ทำได้ โดยเกณฑ์บ่งบอกความเสี่ยงต่อการหกล้มขึ้นกับเกณฑ์มาตรฐานตามอายุและเพศ โดยเฉลี่ยตั้งแต่ 7 ถึง 14 ครั้ง (Phelan et al., 2015) และ 2) ให้ลุกนั่งจากเก้าอี้ 5 ครั้งติดต่อกัน (Fived-timed Chair stand/ Fived-timed sit to stand) โดยหากใช้เวลาในการทำการทดสอบมากกว่า 12 วินาที (Tiedemann et al., 2010) หรือ มากกว่าหรือเท่ากับ 14 วินาที (Milisen et al., 2009) ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการหกล้ม

● *การยืนเพื่อทดสอบการทรงตัว 4 แบบ (4 Stage balance test)* คือ วิธีการทดสอบการทรงตัว ได้แก่ การยืนเท้าชิดกัน (Side by side stand) การยืนต่อเท้าทั้งหมด (Full tandem stand) การยืนต่อเท้าครึ่งหนึ่ง (Semi tandem stand) และ การยืนขาเดียว (One leg stand) โดยหากไม่สามารถยืนได้หรือยืนได้นานน้อยกว่า 10 วินาที ถือว่ามีปัญหาการทรงตัวและเสี่ยงต่อการหกล้ม การทดสอบนี้ใช้ทั้งเพื่อคัดกรอง (Phelan et al., 2015) และ ประเมินปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัย (Milisen et al., 2009) และบางการศึกษาใช้เพียงบางรูปแบบในการประเมิน เช่น การยืนต่อเท้าทั้งหมด (Full tandem stand) (Tiedemann et al., 2010) เพียงการทดสอบ

เดียว และ ทดสอบเพียง 3 วิธี ยกเว้น การยืนขาเดียว (One leg stand) (Soriano et al., 2007)

● *การก้าวขึ้นขั้นต่างระดับ (Alternative step test)* เป็นการประเมินความมั่นคงของร่างกาย (Stability) ความสามารถในการก้าวยกขาขึ้นของผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุก้าวขาซ้ายสลับขาขึ้นบนแท่นที่สูง 18 ซม.และหน้ากว้างประมาณ 40 ซม. จำนวน 8 ครั้ง โดยหากผู้สูงอายุใช้เวลามากกว่าหรือเท่ากับ 10 วินาที ถือว่ามีความเสี่ยง (Tiedemann et al., 2010)

● *ความสามารถในการเอื้อมจับขณะยืน (Functional reach test)* เป็นการทดสอบความสามารถในการเอื้อมหยิบของ โดยหากผู้สูงอายุทำได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 25 ซม. ถือว่ามีความเสี่ยง (Milisen et al., 2009)

- *การใช้ยา* เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการประเมินทุกการศึกษาโดยการประเมินการใช้ยาจะคำนึงถึงจำนวนของชนิดยาและกลุ่มยาที่ใช้ หากผู้สูงอายุใช้ยามากกว่าหรือเท่ากับ 4 ชนิดขึ้นไป หรือใช้ยาที่มีผลต่อจิตประสาท (Psychoactive medications) หรือยาอื่นๆที่ทำให้เกิด อาการง่วงซึม หรือ ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการหกล้ม โดยการศึกษาส่วนใหญ่ คำนึงถึงทั้ง 2 รูปแบบ (American Geriatrics Society and British Geriatrics Society, 2011; Milisen et al., 2009; Tiedemann et al., 2010) และบางการศึกษาประเมินแต่การใช้กลุ่มยาด้านโรคจิตและยาอื่นๆที่มีความสัมพันธ์ (Phelan et al., 2015; Soriano et al., 2007) และหนึ่ง การศึกษาที่คำนึงถึงเพียงจำนวนยาที่ใช้ (Renfro & Fehrer, 2011)

- *ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า* เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่สัมพันธ์กับการหกล้ม โดยมีการประเมินเป็นแบบคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกเวียนศีรษะเมื่อเปลี่ยนท่า และการทดสอบให้ผู้สูงอายุนอนประมาณ 5 นาที และ

เปลี่ยนมาโดยตรง โดยจะทำการวัดความดันโลหิตขณะนอน และขณะยืนในนาที่ที่ 1 และ นาที่ที่ 3 หากผู้สูงอายุรู้สึกเวียนศีรษะหรือความดันโลหิตซิสโตลิกห่างกันมากกว่า 20 มม.ปรอท และ ความดันโลหิตไดแอสโตลิกห่างกันมากกว่า 10 มม.ปรอท ถือว่า มีภาวะความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่าและเสี่ยงต่อการหกล้ม โดยการศึกษาที่ผ่านมามีการใช้ทั้งคำถามและการทดสอบ (American Geriatrics Society and British Geriatrics Society, 2011; Milisen et al., 2009) ใช้การทดสอบอย่างเดียว (Phelan et al., 2015; Soriano et al., 2007) และ ใช้เพียงคำถามในการประเมิน (Renfro & Fehrer, 2011)

- *การตรวจสายตาและความผิดปกติ* ความสามารถในการมองเห็นเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในผู้สูงอายุซึ่งควรได้รับการประเมินทุกๆ 1 ปี เพื่อประเมินความสามารถในการมองเห็น โดยจะประเมินการตรวจตาครั้งสุดท้ายหากมากกว่า 1 ปี ถือว่าเสี่ยงต่อการหกล้ม ถ้าความสามารถในการมองเห็น (Visual Acuity) น้อยกว่า 20/40 การใส่แว่นแบบหลายเลนส์ หรือมีปัญหาเรื่องการมองเห็นลดลง ถือว่ามีความเสี่ยง โดยส่วนใหญ่จะประเมินทั้งประวัติการตรวจตาและระดับสายตา (Milisen et al., 2009; Phelan et al., 2015; Soriano et al., 2007)

- *ลักษณะเท้า และรองเท้า และ การใช้* *เครื่องช่วยเดิน* การประเมินลักษณะเท้าและรองเท้า เป็นไปในแนวทางเดียวกัน คือ การประเมินลักษณะเท้าที่ผิดปกติ ได้แก่ เท้าแบน เท้าผิดรูป นิ้วเท้าผิดปกติ มีแผล เป็นต้น การใส่รองเท้าไม่เหมาะสม เช่น คับแน่นเกินไป รองเท้าส้นสูง หรือการเดินเท้าเปล่า (American Geriatrics Society & British Geriatrics Society, 2011; Milisen et al., 2009; Phelan et al., 2015) และ การใช้เครื่องช่วยเดินชนิดใดชนิดหนึ่งถือว่าเสี่ยงต่อการหกล้ม (Phelan et al., 2015; Renfro & Fehrer, 2011; Soriano et al., 2007)

- *สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรม* มีเพียงหนึ่งการศึกษาที่มีการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงและประเมินสิ่งแวดล้อมมาใช้ในการประเมินปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัย (Renfro & Fehrer, 2011) และ บางการศึกษาที่เลือกประเมินเพียงสิ่งแวดล้อม (American Geriatrics Society & British Geriatrics Society, 2011) หรือ ประเมินเพียงพฤติกรรมเสี่ยงโดยการซักถาม (Milisen et al., 2009)

- *ปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง* ปัจจัยเสี่ยงที่เฉพาะเจาะจง มีความหลากหลายในแต่ละการศึกษา ได้แก่ ระดับการรู้คิด (American Geriatrics Society & British Geriatrics Society, 2011; Phelan et al., 2015) ภาวะซึมเศร้า (Renfro & Fehrer, 2011) การดื่มแอลกอฮอล์ (Soriano et al., 2007) ระดับกิจกรรมทางกาย (Renfro & Fehrer, 2011) การประเมินระบบประสาท (American Geriatrics Society & British Geriatrics Society, 2011) และ การประเมินความรู้สึกส่วนปลาย (American Geriatrics Society & British Geriatrics Society, 2011; Tiedemann et al., 2010) เป็นต้น

แนวทางการจัดการปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการหกล้มในหน่วยบริการปฐมภูมิ

การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน มีเป้าหมายในการลดโอกาสในการหกล้ม ลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการหกล้ม และ คงสภาพให้สามารถเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวันได้ปกติมากที่สุด (Phelan et al., 2015) การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว เป็นมาตรการเดี่ยว (Single intervention) ที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ในขณะที่มาตรการการป้องกันหลายปัจจัย (Multifactorial intervention) แสดงให้เห็นถึงความมีประสิทธิภาพในการป้องกันการ

หกล้มที่ดีที่สุด เนื่องจากสามารถลดปัจจัยเสี่ยงที่มีในผู้สูงอายุในแต่ละคนได้มากที่สุด (Stevens & Burns, 2015) การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มที่มีประสิทธิภาพ สามารถสรุปได้ดังนี้

1. การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Strength and balance training) การออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มให้มีความสำคัญกับท่าออกกำลังกาย โดยการออกกำลังกายที่เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา และการทรงตัว (Otago exercise, Barnette's balance training) และการออกกำลังกายแบบไทชิ (Tai Chi exercise) (Stevens & Burns, 2015) เป็น 2 วิธี ที่สามารถเพิ่มความสามารถในการทรงตัวและลดการเกิดการหกล้มได้ โดยต้องมีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ จึงจะสามารถป้องกันการหกล้มได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้สูงอายุทุกคนที่มีความเสี่ยงต่ำและเสี่ยงปานกลางควรได้รับการส่งเสริมเรื่องการออกกำลังกาย โดยมีการดำเนินการหลายรูปแบบ ได้แก่ 1) การให้คำแนะนำและแผนพับเพื่อกลับให้ผู้สูงอายุนำไปปฏิบัติที่บ้าน 2) การส่งต่อนักกายภาพเพื่อฝึกฝนที่โรงพยาบาล และ 3) การส่งต่อไปฝึกปฏิบัติเป็นกลุ่มในชุมชนหรือเข้าโปรแกรมการป้องกันการหกล้มในชุมชน

2. มาตรการการป้องกันหลายปัจจัย (Multifactorial intervention) เป็นมาตรการในการป้องกันการหกล้มที่สำคัญภายหลังได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนยา การออกกำลังกาย การจัดการเรื่องสายตา การจัดการสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย การจัดการและติดตามภาวะความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า การแก้ไขปัญหาเรื่องเท้าและรองเท้า และการให้วิตามินดีและแคลเซียม (Phelan et al., 2015; Stevens & Burns, 2015) โดยเนื้อหาในการจัดการแต่ละปัจจัย สามารถสรุปได้ดังนี้

2.1 การให้ความรู้ เป็นการจัดการที่ให้กับผู้สูงอายุทุกคน ทั้งผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงน้อย เสี่ยงปานกลาง และ เสี่ยงสูง โดยเนื้อหาในการให้ความรู้จะประกอบด้วย ขนาดของปัญหาและผลกระทบของการหกล้มในผู้สูงอายุ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม วิธีการป้องกันการหกล้มทั้งตัวผู้สูงอายุ ยา และผู้ดูแล โดยการให้ความรู้สามารถทำได้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม อย่างไรก็ตาม มีการแนะนำให้มีการจัดการให้ความรู้แบบรายกลุ่มเนื่องจากสามารถเพิ่มแรงจูงใจ และ แลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ร่วมกันได้ดี (National Center for Injury Prevention and Control, 2015)

2.2 การปรับเปลี่ยนยา ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีการรับประทานยาที่สัมพันธ์กับการหกล้ม พยาบาลจะต้องให้คำแนะนำเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาที่ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้มเพื่อให้ผู้สูงอายุเพิ่มความระมัดระวัง การส่งต่อปรึกษาแพทย์ประจำตัวผู้สูงอายุเพื่อพิจารณาปรับเปลี่ยนหรือลดยาให้เหมาะสมต่อไป รวมทั้งติดตามผู้สูงอายุหลังการปรับเปลี่ยนยา

2.3 การออกกำลังกาย ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูง และ มีปัญหาการเดินและการทรงตัวผิดปกติ ควรส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดเพื่อออกแบบวิธีการออกกำลังกายที่เฉพาะเจาะจงกับผู้สูงอายุ และให้เข้ากลุ่มบำบัดที่โรงพยาบาล เพื่อฝึกฝนเรื่องการเดินและการทรงตัว รวมทั้งการให้คำแนะนำในการกลับไปปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน

2.4 การจัดการเรื่องสายตา ผู้สูงอายุทุกรายควรได้รับการตรวจสายตอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ในกรณีที่มีความสามารถในการมองเห็นน้อยกว่า 20/40 ผู้สูงอายุควรได้รับการส่งต่อให้จักษุแพทย์เพื่อตรวจหาสาเหตุและให้การรักษาต่อไป

2.5 การจัดการสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย สิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยเสี่ยงภายนอกที่สำคัญต่อ

การหกล้มในผู้สูงอายุ และเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนให้ปลอดภัยได้ โดยการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการใช้แบบประเมินด้วยตนเองในการประเมินและจัดการแก้ไข เช่น การติดตั้งราวจับทางเดิน ราวบันได ราวจับพุงตัวในห้องน้ำ การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่จะทำให้เกิดการสะดุดหรือลื่นหกล้มได้ง่าย เช่น พรมเช็ดเท้า สิ่งของหรือสายไฟที่กีดขวางทางเดิน บริเวณพื้นที่ไม่เรียบ พื้นลื่นมีน้ำขัง รวมทั้งการจัดแสงสว่างให้เพียงพอโดยเฉพาะทางเดิน เป็นต้น

2.6 การจัดการและติดตามภาวะความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า ควรให้คำแนะนำในการป้องกันความดันต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า เช่น การเคลื่อนไหวหรือเปลี่ยนท่าอย่างช้าๆ สังเกตอาการส่งต่อหรือปรึกษาแพทย์เพื่อหาสาเหตุและปรับลดยาที่ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า

2.7 การแก้ไขปัญหาร่องเท้าและรองเท้า ควรแนะนำให้ผู้สูงอายุสวมใส่รองเท้าที่พอดี ไม่สูง สันแข็งแรง หากมีปัญหาเรื่องเท้าส่งต่อพบผู้เชี่ยวชาญเพื่อแก้ไขปัญหาร่องเท้าหรือตัดรองเท้าให้เหมาะสม

2.8 การให้วิตามินดีและแคลเซียม เป็นวิธีการในการป้องกันการบาดเจ็บจากการหกล้ม และให้ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงและมีภาวะกระดูกพรุน เพื่อป้องกันกระดูกหักเมื่อเกิดการหกล้มในบางคำแนะนำอาจแนะนำให้ผู้สูงอายุใส่เครื่องป้องกันสะโพก (Hip protector)

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา แสดงให้เห็นว่า แนวทางในการประเมินความเสี่ยงและจัดการความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกัน และเป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยอาจมีการเพิ่มเติมปัจจัยเสี่ยงบางอย่างที่มีความเฉพาะเจาะจงกับบริบทนั้นๆ ซึ่งแนวทางในการประเมินและจัดการปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการหกล้มของ CDC ในโปรแกรม STEDI (Phelan et al., 2015) (แผนภูมิที่ 1) เป็นแนวทางตัวอย่างที่สามารถนำมา

ประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิ เนื่องจากแนวทางมีการคัดกรองความเสี่ยงต่อการหกล้มให้กับผู้สูงอายุทุกคน โดยการซักประวัติและทดสอบสมรรถภาพทางกาย ในรายที่มีความเสี่ยงสูงจะได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัยอย่างละเอียดเพิ่มเติม ด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงแบ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่ำ ปานกลาง และสูง ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่ำ จะได้รับการให้ความรู้ และ ส่งเสริมให้ออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัวในชุมชน ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงปานกลาง คือ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องสมรรถภาพทางกายบกพร่อง จะเพิ่มเติมเรื่องการส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดฝึกฝนการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มสมรรถภาพทางกาย และจัดการการใช้ยาที่ส่งผลต่อการทรงตัว ส่วนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูง จะมีการจัดการปัจจัยเสี่ยงของผู้สูงอายุทั้งหมด ได้แก่ การให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนยา การออกกำลังกาย การจัดการเรื่องสายตา การจัดการสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย การจัดการและติดตามภาวะความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า การแก้ไขปัญหาร่องเท้าและรองเท้า และ การให้วิตามินดีและแคลเซียม รวมทั้งติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

แนวทางการดำเนินงานของพยาบาลอนามัยชุมชนเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

พยาบาลอนามัยชุมชนมีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ การคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม และการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน จึงเป็นอีกบทบาทหนึ่งที่พยาบาลอนามัยชุมชนจะต้องเตรียมพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยแนวทางการดำเนินงานเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุตามบทบาทพยาบาลอนามัยชุมชน สามารถสรุปได้ดังนี้

1. การคัดกรองความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ พยาบาลควรมีการคัดกรองความเสี่ยงต่อการหกล้มให้กับผู้สูงอายุทุกราย โดยเพิ่มเติมเข้ากับการตรวจสุขภาพประจำปีของผู้สูงอายุในชุมชน โดยเป็นคำถามสั้นๆ ได้แก่ ประวัติการหกล้ม และ ปัญหาเรื่องการทรงตัว รวมทั้งประเมินสมรรถภาพทางกาย ได้แก่ การทดสอบการลุกนั่งจากเก้าอี้และลุกเดิน (Timed up and go test) เพื่อประเมินความสามารถในการทรงตัวและการเดิน อย่างไรก็ตาม การประเมินสมรรถภาพทางกาย พยาบาลควรได้รับการฝึกฝนเกี่ยวกับวิธีการประเมิน และควรมีสถานที่ที่เหมาะสมกับการทดสอบเพื่อความปลอดภัยและป้องกันอุบัติเหตุขณะทำการทดสอบ

2. การประเมินปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัย หลังจากการคัดกรองความเสี่ยงประจำปี พยาบาลควรติดตามและประเมินปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัยในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูง และดำเนินการจัดการปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวในชุมชน หรือส่งต่อผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงไปรับการประเมินแบบหลายปัจจัยที่โรงพยาบาลชุมชน โดยแพทย์ทางด้านสูงอายุ หรือ พยาบาลชุมชนที่ได้รับการฝึกฝน ได้แก่ การซักประวัติการหกล้ม การประเมินสมรรถภาพทางกาย การตรวจระดับสายตา การใช้ยา การประเมินความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

3. การจัดการปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการหกล้ม พยาบาลควรมีความรู้ในการจัดการปัจจัยเสี่ยง และการติดตามส่งต่อแต่ละรายอย่างเหมาะสม ซึ่งกิจกรรมในการจัดการปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการหกล้ม ควรมีแนวทางในการดำเนินงานดังนี้

3.1 การให้ความรู้ พยาบาลควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาการหกล้มในผู้สูงอายุและการป้องกันการหกล้ม ทั้งผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่ำ เสี่ยงปานกลาง และเสี่ยงสูง โดยแนะนำให้ทำเป็นกลุ่มแบบไม่เป็นทางการจะช่วยให้กลุ่มมีการ

แลกเปลี่ยนประสบการณ์ลดความกังวลและสามารถเพิ่มแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (National Center for Injury Prevention & Control, 2015) ซึ่งสามารถดำเนินการภายหลังกิจกรรมการตรวจสุขภาพประจำปีของผู้สูงอายุ ด้านผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงอาจให้คำแนะนำเป็นรายบุคคลในการจัดการแต่ละปัจจัยเสี่ยงของตนเอง รวมทั้งการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม โดยเฉพาะปัญหาเรื่องสิ่งแวดล้อมไม่ปลอดภัยภายในบ้าน (Kittipimpanon, Amnatsatsue, Kerdmongkol, Maruo, & Nityasuddhi, 2013)

3.2 การออกกำลังกาย พยาบาลควรส่งเสริมการออกกำลังกายในชุมชน ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่ำและปานกลาง โดยเริ่มจากกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุให้มีแกนนำออกกำลังกายในชุมชน เน้นการออกกำลังกายที่เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว โดยพยาบาลเป็นผู้ฝึกฝน ติดตาม และให้คำปรึกษา โดยการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุสามารถนำออกกำลังกายด้วยตนเองในชุมชนได้ เมื่อได้รับการฝึกฝนจากพยาบาลอนามัยชุมชน ซึ่งผลของการออกกำลังกายดังกล่าวสามารถเพิ่มความสามารถในการทรงตัวและการเดินได้ (Kittipimpanon et al, 2013) รวมทั้งกิจกรรมดังกล่าวยังเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในชุมชน (กมลรัตน์ กิตติพิพานนท์ และ ผจจจิต ไกรถาวร, 2558) ในรายที่มีความเสี่ยงสูง ควรมีการส่งต่อนักกายภาพบำบัดหรือแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการหาสาเหตุความผิดปกติ และให้คำแนะนำในการออกกำลังกายที่เหมาะสม รวมถึงติดตามเยี่ยมบ้าน

3.3 การจัดการสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่ำและปานกลาง อาจใช้แบบประเมินสิ่งแวดล้อมด้วยตนเอง รวมถึงคู่มือในการจัดการความเสี่ยงให้กับผู้สูงอายุ เพื่อนำกลับไปประเมินที่บ้านและปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมทางด้านผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูง พยาบาลควรติดตามประเมินสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อป้องกันการหกล้ม รวมทั้งให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยน

ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุมากที่สุด โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมทางด้านสิ่งแวดล้อมในชุมชน การติดป้ายเตือนให้ระวัง การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่อันตราย เป็นอีกวิธีที่จะสามารถป้องกันการหกล้มในชุมชนได้ (Kittipimpanon et al., 2013)

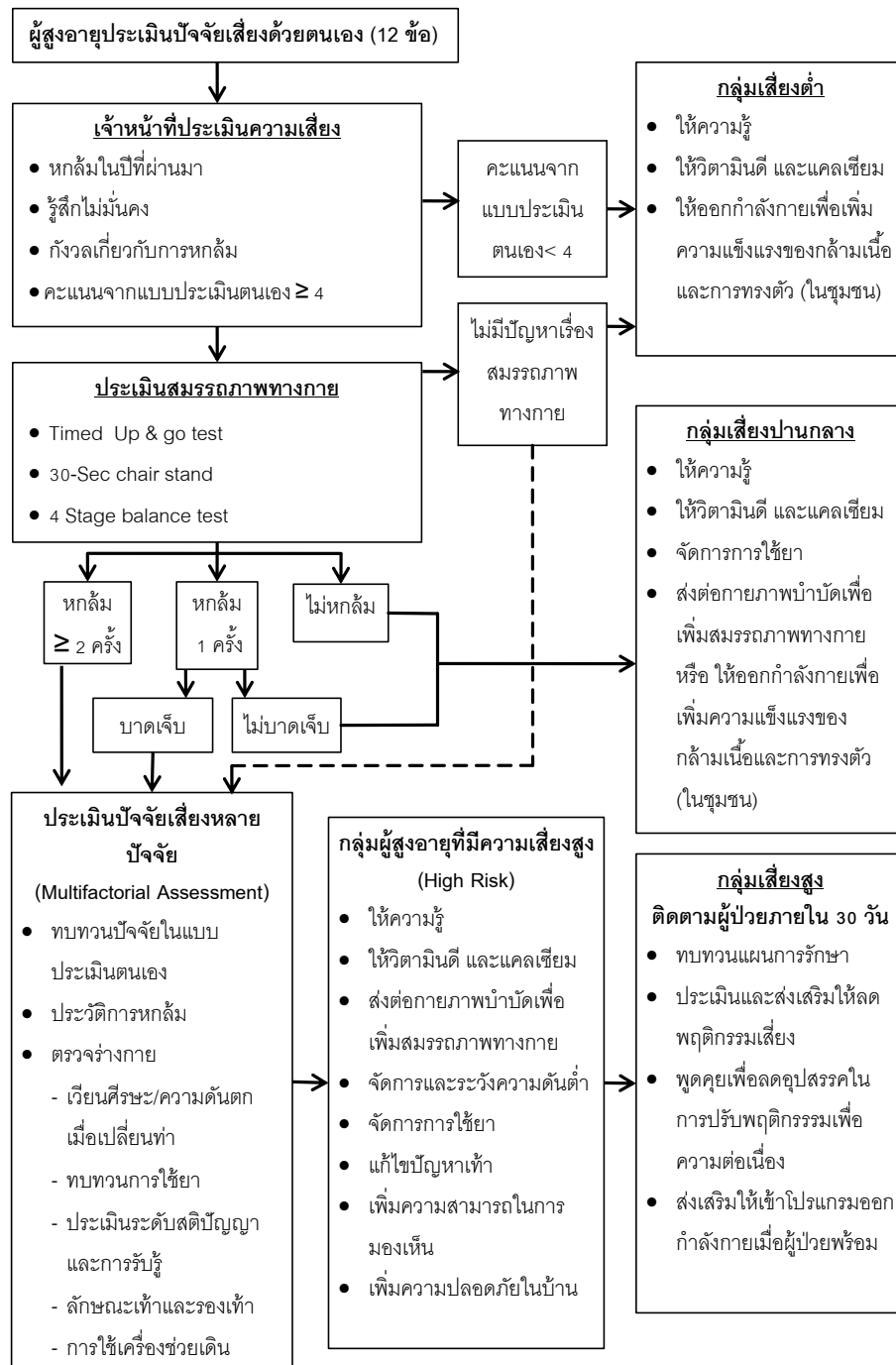
3.4 การจัดการปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ได้แก่ ปัญหาสายตา ภาวะความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า การจัดการเรื่องยา และ ปัญหาเรื่องเท้าและรองเท้า อาจต้องใช้ความร่วมมือจากทีมสุขภาพในการส่งต่อเพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ โดยต้องมีการพัฒนาแนวทางการส่งต่อเพื่อวินิจฉัยและให้การรักษาที่ชัดเจน บทบาทพยาบาลเบื้องต้น ควรสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจสายตา และการรักษาเมื่อพบระดับสายตาที่ผิดปกติ การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวและจัดสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันการหกล้มให้กับผู้สูงอายุและญาติ เช่น การเคลื่อนไหวอย่างระมัดระวัง การใส่รองเท้าที่เหมาะสม การมีแสงสว่างที่เพียงพอ บริเวณทางเดิน การทำสัญลักษณ์บริเวณพื้นต่างระดับให้ชัดเจน การดูแลพื้นให้แห้งอยู่เสมอ และไม่มีสิ่งกีดขวางในบริเวณบ้าน รวมทั้งการให้คำแนะนำในการป้องกันความดันต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า เช่น การเคลื่อนไหวหรือเปลี่ยนท่าอย่างช้าๆ การสังเกตอาการ และ ปรีกษาแพทย์เพื่อหาสาเหตุ และปรับลดยา เป็นต้น

การพัฒนาแนวทางในการประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อการหกล้มให้กับพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิมีความสำคัญในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน จากการศึกษาที่ผ่านมา พบประเด็นสำคัญที่เป็นปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานตามแนวทางที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ เวลาที่จำกัดหรือไม่มีความ (Goboreau et al., 2016; Milisen et al., 2009) ขาดแรงจูงใจในการประเมิน (Milisen et al., 2009) และบางส่วนล้มที่จะประเมิน ความไม่เหมาะสมกับบริบทการทำงาน (Goboreau et al., 2016) รวมทั้งขาดความร่วมมือและประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (Milisen et al., 2009) ดังนั้นการ

พัฒนาแนวทางและการดำเนินงานควรกระตุ้นให้เห็นถึงความสำคัญในการดำเนินงาน สร้างแรงจูงใจ และคำนึงถึงความเหมาะสมกับบริบทของแต่ละหน่วยงาน รวมถึงระบบการส่งต่อเพื่อวินิจฉัยและให้การรักษาที่ชัดเจนจะทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ การสร้างความตระหนัก การอบรมเกี่ยวกับแนวทางที่พัฒนาขึ้น และการใช้เครื่องมือหรือแบบประเมินต่างๆ ให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องถือเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินงาน ซึ่งจะสามารถเพิ่มสมรรถนะและความมั่นใจในการประเมินได้มากขึ้น (Schrodt, Garbe, & Shubert, 2014)

สรุป

การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของการดำเนินงานในระบบบริการปฐมภูมิ โดยพยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานต่างๆ การประเมินความเสี่ยงหรือการคัดกรองโรคจะช่วยให้เจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ สามารถดูแลและป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพนั้นได้มีประสิทธิภาพ เพื่อเป้าหมายที่จะให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลตนเอง มีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่เกิดการบาดเจ็บ ความพิการ หรือเสียชีวิต แนวทางการประเมินและจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนเป็นแนวทางหนึ่งในการสร้างเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุในชุมชน โดยพยาบาลอนามัยชุมชนควรได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งการประเมินและจัดการกับปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการหกล้ม รวมถึงการพัฒนากระบวนการส่งต่อให้ครอบคลุมสหสาขาวิชาชีพเพื่อแก้ไขปัญหาหรือปัจจัยเสี่ยงของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงให้ได้รับการจัดการเพื่อป้องกันการหกล้มได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป



แผนภูมิที่ 1 แนวทางการประเมินการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม (Phelan, et al, 2015)

เอกสารอ้างอิง

กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์ และ ผจงจิต ไกรถาวร .

(2558). ประสิทธิภาพของรูปแบบการป้องกันการหกล้มที่ใช้ชุมชนเป็นฐานต่อสมรรถภาพทางกายและการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร: การศึกษาติดตามผล. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 29(1), 98-113.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2557).

รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557. เข้าถึงเมื่อ 20 กรกฎาคม 2559, จาก <http://thaitgri.org/?p=36746#>

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). รายงานผล

เบื้องต้น สํารวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2557. เข้าถึงเมื่อ 20 กรกฎาคม 2559, จาก https://www.m-society.go.th/article_attach/14494/18145.pdf

สำนักงานสำรวจสุขภาพประชากรไทย. (2552).

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2. เข้าถึงเมื่อ 20 กรกฎาคม 2559, จาก <http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report/report1.pdf>

สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค. (2559). สรุป

รายงานการเฝ้าระวังโรค 2559: การเฝ้าระวังการบาดเจ็บรุนแรงระดับชาติ. เข้าถึงเมื่อ 20 กรกฎาคม 2559, จาก http://www.boe.moph.go.th/Annual/Annual49/Part1/59_National.doc

Ambrose, A. F., Paul, G., & Hausdorff, J. M.

(2013). Risk factors for falls among older adults: a review of the literature. *Maturitas*, 75(1), 51-61. doi: 10.1016/j.maturitas.2013.02.009

American Geriatrics Society and British

Geriatrics Society. (2011). Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. *J Am Geriatr Soc*, 59(1), 148-157. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.03234.x

Centre for Clinical Practice at NICE (UK).

(2013). *Falls: Assessment and prevention of fall in older people*. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK). Retrieved July 2016, from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg161/resources/falls-in-older-people-assessing-risk-and-prevention-35109686728645>

Deandrea, S., Lucenteforte, E., Bravi, F.,

Foschi, R., La Vecchia, C., & Negri, E. (2010). Risk factors for falls in community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology*, 21(5), 658-668.

Gaboreau, Y., Imbert, P., Jacquet, J. P.,

Royer De Vericourt, G., Couturier, P., & Gavazzi, G. (2016). Barriers to and promoters of screening for falls in elderly community-dwelling patients by general practitioners: a large cross-sectional survey in two areas of France. *Arch Gerontol Geriatr*, 65, 85-91.

Gillespie, L. D., Robertson, M. C., Gillespie,

W. J., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L. M., & Lamb, S. E. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the

- community. *Cochrane Database Syst Rev*, 9, CD007146.
- Kittipimpanon, K., Amnatsatsue, K., Kerdmongkol, P., Maruo, S. J., & Nityasuddhi, D. (2013). Development and Evaluation of a Community-based Fall Prevention Program for Elderly Thais. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 16(3), 222-235.
- Milisen, K., Geeraerts, A., & Dejaeger, E. (2009). Use of a fall prevention practice guideline for community-dwelling older persons at risk for falling: a feasibility study. *Gerontology*, 55(2), 169-178.
- National Center for Injury Prevention and Control. (2015). *Preventing Falls: A Guide to Implementing Effective Community-based Fall Prevention Programs*. Retrieved from <http://www.cdc.gov/homeandrecreationsafety/pdf/falls/fallpreventionguide-2015-a.pdf>
- Phelan, E. A., Mahoney, J. E., Voit, J. C., & Stevens, J. A. (2015). Assessment and management of fall risk in primary care settings. *Med Clin North Am*, 99(2), 281-293.
- Renfro, M. O., & Fehrer, S. (2011). Multifactorial screening for fall risk in community-dwelling older adults in the primary care office: development of the fall risk assessment & screening tool. *J Geriatr Phys Ther*, 34(4), 174-183.
- Schrodt, L. A., Garbe, K. C., & Shubert, T. E. (2014). Trained community providers conduct fall risk screenings with fidelity: an effective model for expanding reach. *Health Promot Pract*, 15(4), 599-607.
- Soriano, T. A., DeCherrie, L. V., & Thomas, D. C. (2007). Falls in the community-dwelling older adult: a review for primary-care providers. *Clin Interv Aging*, 2(4), 545-554.
- Stevens, J. A., & Burns, E. R. (2015). *A CDC Compendium of Effective Fall Interventions: What Works for Community-Dwelling Older Adults*. Retrieved from http://www.cdc.gov/homeandrecreationsafety/pdf/falls/cdc_falls_compendium-2015-a.pdf
- Thiamwong, L., Thamarpirat, J., Maneesriwongul, W., & Jitapunkul, S. (2008). Thai falls risk assessment test (Thai-FRAT) developed for community-dwelling Thai elderly. *J Med Assoc Thai*, 91(12), 1823-1831.
- Tiedemann, A., Lord, S. R., & Sherrington, C. (2010). The development and validation of a brief performance-based fall risk assessment tool for use in primary care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 65(8), 896-903.
- World Health Organization. (2007). *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age*. Retrieved from http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf
- Yoshida-Intern, S. (2007). *A global report on falls prevention epidemiology of falls*. WHO. Geneva.