



การพัฒนาแบบการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง
อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

วิทยานิพนธ์

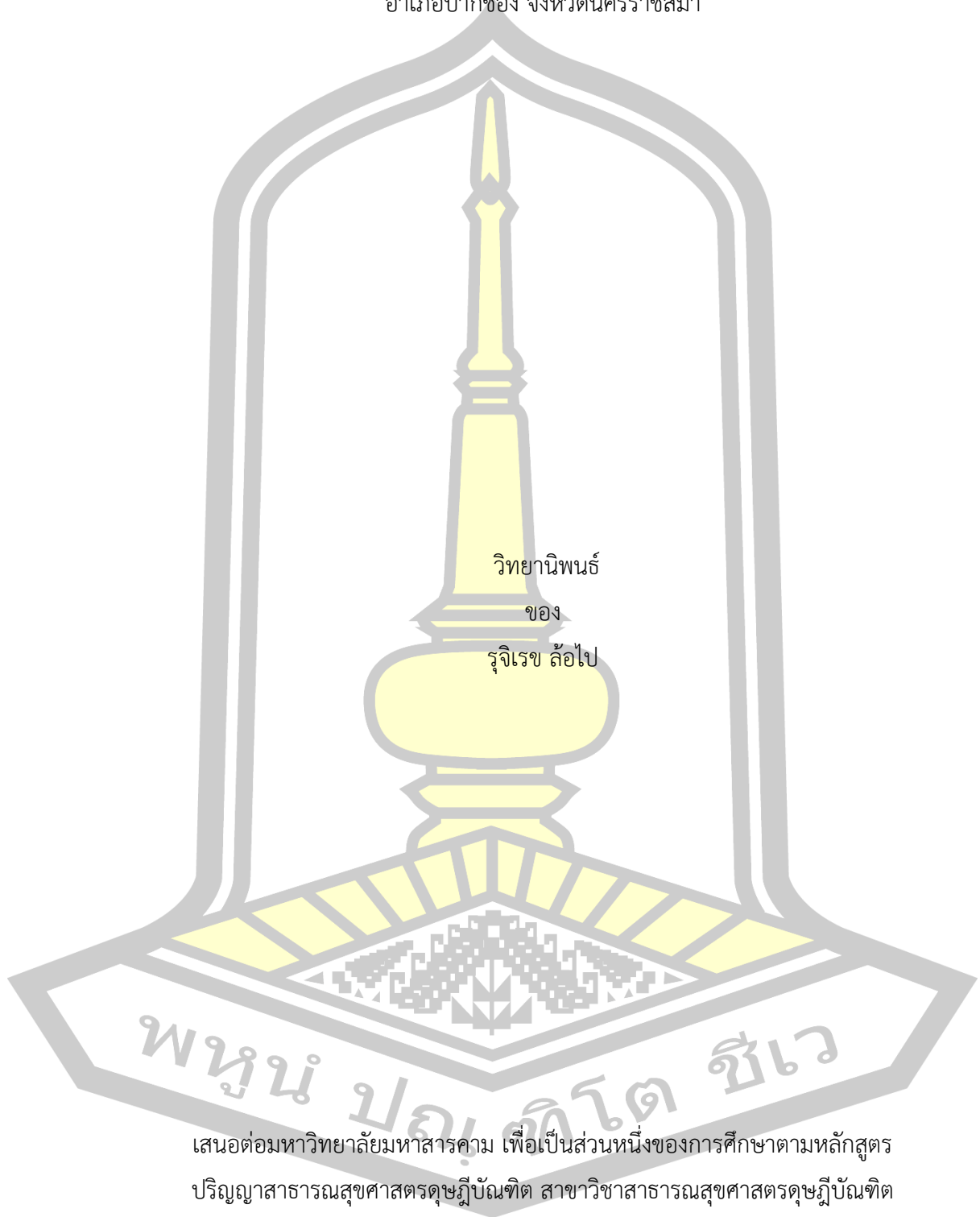
ของ

รุจิเรข ล้อไป

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
มกราคม 2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การพัฒนารูปแบบการป้องกันปลัดทกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง
อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา



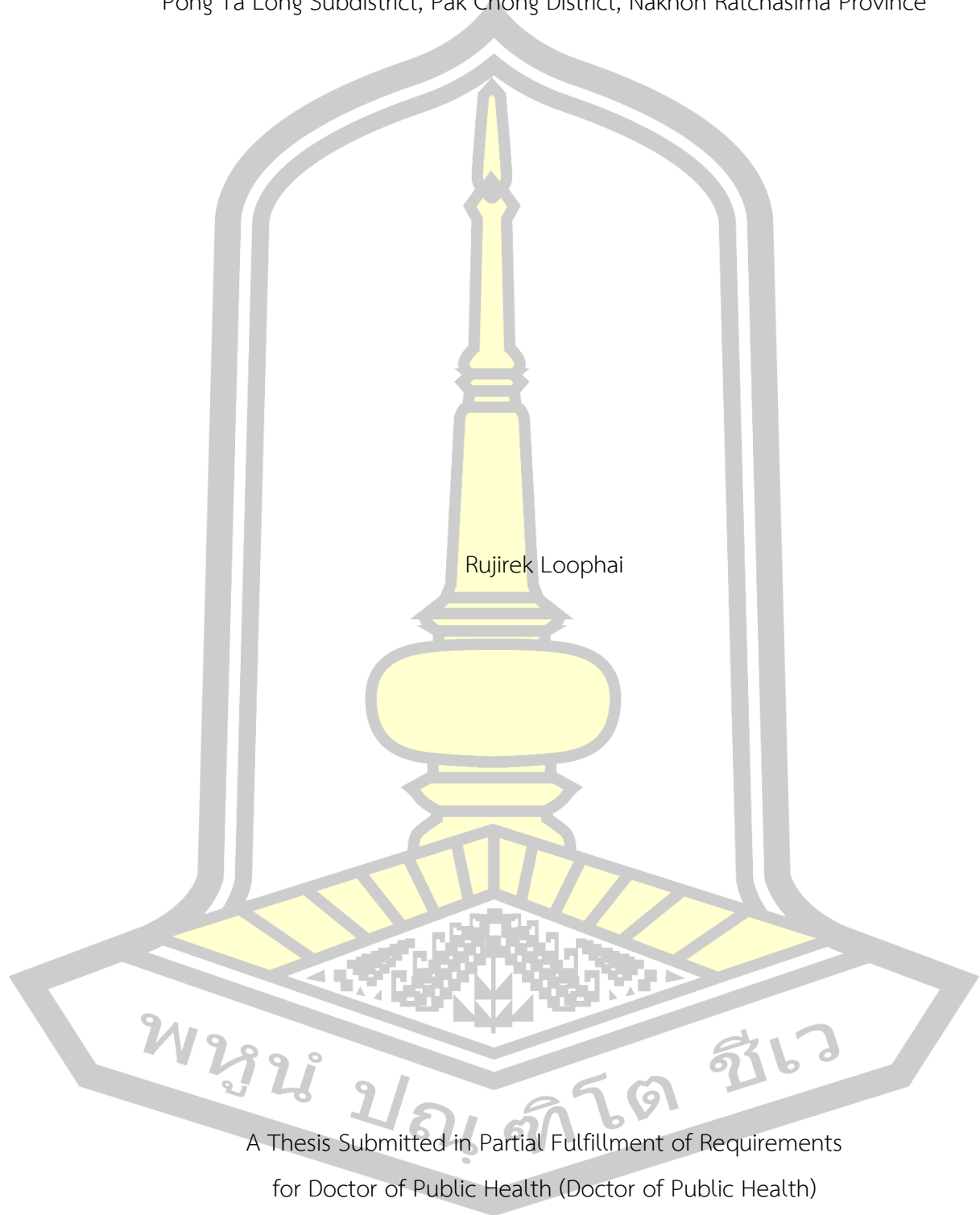
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

มกราคม 2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Developing a Fall Prevention Model for the Elderly Through Community Participation.

Pong Ta Long Subdistrict, Pak Chong District, Nakhon Ratchasima Province



Rujirek Loophai

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Doctor of Public Health (Doctor of Public Health)

January 2025

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางรุจิเรข ล้อไป แล้วเห็นสมควร
รับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาขารัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาขารัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. วรางคณา จันทรวงศ์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รศ. ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(รศ. ดร. สุเมธนา กลางคาร)

กรรมการ

(ผศ. ดร. สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์)

กรรมการ

(อ. ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์)

กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(ผศ. ดร. รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญา สาขารัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาขารัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต ของมหาวิทยาลัย
มหาสารคาม

(รศ. ดร. สุเมธนา กลางคาร)

คณบดีคณะสาขารัฐศาสตร

(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	การพัฒนารูปแบบการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา		
ผู้วิจัย	รุจิเรข ล้อไป		
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต รองศาสตราจารย์ ดร. สุเมธนา กลางคาร		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2568

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา แบ่งระยะการวิจัยเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาบริบท สถานการณ์ปัญหาการเกิดพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบและการประเมินผลการพัฒนารูปแบบ และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บข้อมูลแบบผสมผสานจากผู้มีส่วนได้-ส่วนเสียจำนวน 85 คน และกลุ่มเป้าหมาย 64 คน รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม การประเมินและสังเกตอย่างมีส่วนร่วม และข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบทดสอบความเสี่ยงภาวะหกล้ม แบบประเมินการประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ แบบประเมิน Thai FRAT แบบประเมินสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน

ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 6.29 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ขาดความรู้ความเข้าใจและแนวทางในการป้องกันการหกล้ม และการจัดสิ่งแวดล้อมที่พิกัดภัยที่ไม่เหมาะสม 2) กระบวนการในการพัฒนาเน้นการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ได้แก่ การศึกษาสถานการณ์ จัดลำดับความสำคัญของปัญหา วางแผนและปรับปรุงแผน ลงมือปฏิบัติ และ ประเมินผล 3) ผลของการใช้รูปแบบการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง พบว่า มีการดำเนินงานการป้องกันการพลัดตกหกล้มระดับตำบล กำหนดบทบาทหน้าที่และมีการมอบหมายงานแต่ละฝ่ายเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ ได้เกิดการตัดสินใจ การออกแบบ วางแผน ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และ กำหนดแนวทางการปฏิบัติที่เป็นประโยชน์ใน

การแก้ไขปัญหการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน มีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามกิจกรรมต่างๆ ในกระบวนการแก้ไขปัญหการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุทุกครั้ง มากกว่าร้อยละ 50 ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและการทรงตัวระหว่างก่อนและหลังมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี โดยความสมดุลร่างกายด้วยการนั่งลุกยืนเดิน ผ่าน จำนวน 62 คน ร้อยละ 96.87 ยืนบนขาข้างเดียว ขาขวา ผ่าน จำนวน 64 คน ร้อยละ 100 ขาซ้าย ผ่าน จำนวน 62 คน ร้อยละ 96.87 ทรงตัวอยู่ได้นาน 10 วินาที จำนวน 61 คน ร้อยละ 95.31 ความเร็วของการเดิน ผ่าน จำนวน 64 คน ร้อยละ 100 นอกจากนั้น ผู้ร่วมวิจัยเกิดการเรียนรู้ร่วมกันในการแสวงหาวิธีการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ 4) การศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในเขตตำบลโป่งตาลอง พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญ คือการจัดเวที่ถอดบทเรียน สะท้อนผลการเรียนรู้ การได้รับความร่วมมือ และการสนับสนุนจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง จึงทำให้เกิดกระบวนการพัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลโป่งตาลอง มีการดำเนินงานอย่างชัดเจน เป็นรูปธรรมอย่างต่อเนื่อง เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้ม, การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน



TITLE	Developing a Fall Prevention Model for the Elderly Through Community Participation. Pong Ta Long Subdistrict, Pak Chong District, Nakhon Ratchasima Province		
AUTHOR	Rujirek Loophai		
ADVISORS	Associate Professor Vorapoj Promasatayaprot , Ph.D. Associate Professor Sumattana Glangkarn , Ph.D.		
DEGREE	Doctor of Public Health	MAJOR	Doctor of Public Health
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2025

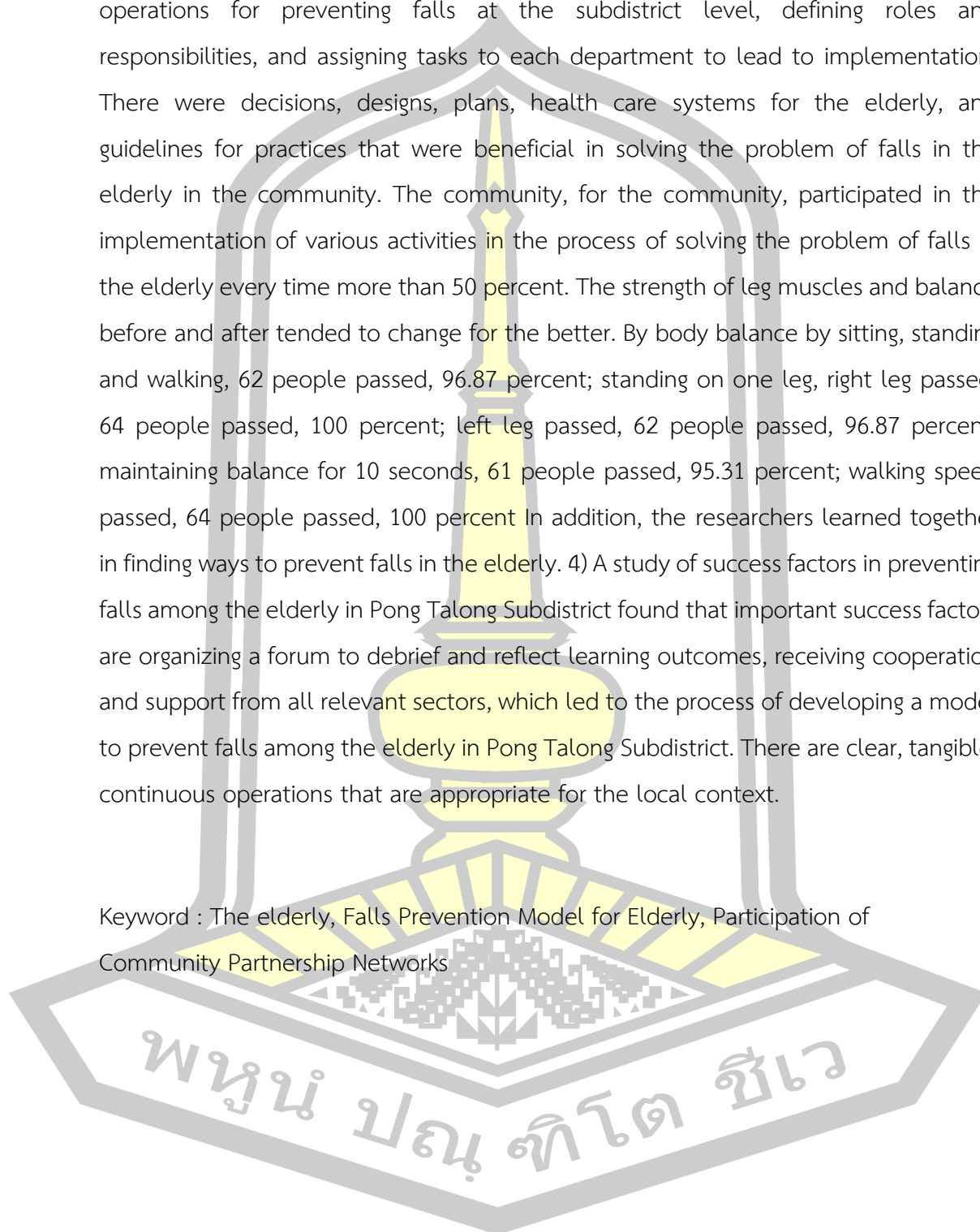
ABSTRACT

This is a mixed methods research. The purpose was to develop a model for preventing falls in the elderly with community participation in Pong Talong Sub-district, Pak Chong District, Nakhon Ratchasima Province. The research is divided into 2 phases: Phase 1: Study of the context and situation of the problem of falls in the elderly; Phase 2: Model development and evaluation, and success factors in developing a model for preventing falls in the elderly with community participation. Purposive sampling was used to collect data from 85 stakeholders and 64 target groups. Qualitative data were collected using questionnaires, group discussions, participatory assessment and observation, and quantitative data were collected using a fall risk test, a fall risk assessment form for the elderly, the Thai FRAT assessment form, and an assessment form for the environment of the elderly. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics.

The results of found that 1) the elderly are at risk of falling at 6.29 percent. Most of them have underlying diseases, lack knowledge, understanding and guidelines for preventing falls, and arrange an inappropriate living environment. 2) The development process emphasizes participation at every step, including studying the situation, prioritizing problems, planning and improving the plan, implementing and evaluating results. 3) The results of using the model for preventing falls in the elderly

with community participation in Pong Talong Subdistrict found that there were operations for preventing falls at the subdistrict level, defining roles and responsibilities, and assigning tasks to each department to lead to implementation. There were decisions, designs, plans, health care systems for the elderly, and guidelines for practices that were beneficial in solving the problem of falls in the elderly in the community. The community, for the community, participated in the implementation of various activities in the process of solving the problem of falls in the elderly every time more than 50 percent. The strength of leg muscles and balance before and after tended to change for the better. By body balance by sitting, standing and walking, 62 people passed, 96.87 percent; standing on one leg, right leg passed, 64 people passed, 100 percent; left leg passed, 62 people passed, 96.87 percent; maintaining balance for 10 seconds, 61 people passed, 95.31 percent; walking speed passed, 64 people passed, 100 percent. In addition, the researchers learned together in finding ways to prevent falls in the elderly. 4) A study of success factors in preventing falls among the elderly in Pong Talong Subdistrict found that important success factors are organizing a forum to debrief and reflect learning outcomes, receiving cooperation and support from all relevant sectors, which led to the process of developing a model to prevent falls among the elderly in Pong Talong Subdistrict. There are clear, tangible, continuous operations that are appropriate for the local context.

Keyword : The elderly, Falls Prevention Model for Elderly, Participation of Community Partnership Networks



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ และประสบความสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างสูงจาก รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.สุ่มัทนา กลางคาร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาช่วยชี้แนะให้คำปรึกษาแนวทางที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น รวมทั้งได้รับความกรุณาจากประธานและคณะกรรมการสอบเค้าโครงและคณะกรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ทุกท่าน

ขอขอบพระคุณ ดร.พญ.รัตนา ยอดอานนท์ นายแพทย์เชี่ยวชาญโรงพยาบาลปากช่องนานา ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทุกท่าน ที่กรุณาได้ให้ข้อเสนอแนะ คำแนะนำ และเป็นທີ່ปรึกษาด้านงานวิชาการและการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ สาธารณสุขอำเภอปากช่อง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคุ้ม คณะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกท่าน ภาควิชาช่วยสุขภาพชุมชนทุกคนที่เกี่ยวข้อง และกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ที่ให้ความร่วมมือสนับสนุนการดำเนินงานและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล อนุเคราะห์ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมในกิจกรรมตลอดกระบวนการวิจัยในครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณ บิดา มารดาและครอบครัวที่ให้ความรัก ความห่วงใย ให้กำลังใจ ผู้วิจัยในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ขอขอบคุณ คณาจารย์ เจ้าหน้าที่ กลุ่มเพื่อนนิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต รุ่นที่ 12 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และกัลยาณมิตรทุกท่าน ที่ให้กำลังใจ คอบช่วยเหลือและให้การสนับสนุนในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง คุณค่า คุณงามความดี คุณประโยชน์ทั้งหลาย ทั้งปวงที่เกิดจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ขอมอบบูชาพระคุณบุพการี บุรพจารย์และผู้มีพระคุณทุกท่านที่ได้ได้ให้การช่วยเหลือในการดำเนินงานวิจัยตลอดมา

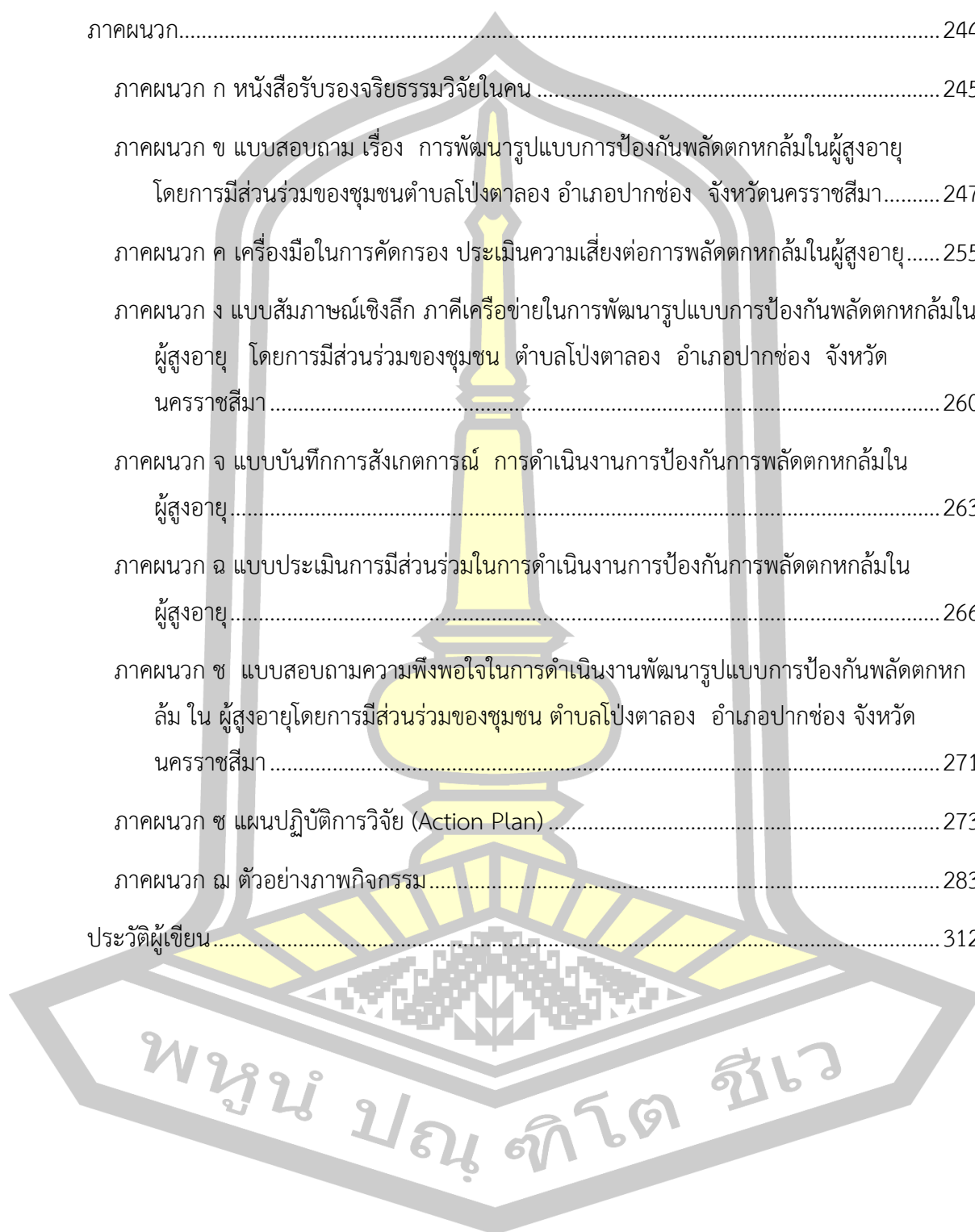
รุจิเรข ล้อไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฌ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพประกอบ.....	๗
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ภูมิหลัง.....	1
1.2 คำถามงานวิจัย.....	7
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	7
1.4 ขอบเขตของการวิจัย	8
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ	8
1.6 ประโยชน์ที่ได้รับ	10
บทที่ 2 ปรีทัศน์เอกสารข้อมูล	11
2.1 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ.....	11
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น.....	59
2.3 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการผลิตทกกลมในผู้สูงอายุ.....	71
2.4 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบ	90
2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพ	98
2.6 แนวคิดเรื่องการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research).....	123
2.7 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research).....	129

2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	132
2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	139
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	140
3.1 รูปแบบการวิจัย	140
3.2 พื้นที่ในการวิจัย.....	140
3.3 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย	141
3.4 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย.....	143
3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	145
3.6 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	148
3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล	149
3.8 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้	150
3.9 จริยธรรมงานวิจัย.....	151
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	153
4.1 ผลการศึกษาบริบท สถานการณ์ การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปาก ช่อง จังหวัดนครราชสีมา	153
4.2 ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุตำบลโป่งตาลอง อำเภอ ปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา.....	163
4.3 ผลการศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการมี ส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา.....	169
4.4 ผลการศึกษารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา	207
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	213
5.1 สรุปผล.....	213
5.2 อภิปรายผล	222
5.3 ข้อเสนอแนะ	229

บรรณานุกรม.....	231
ภาคผนวก.....	244
ภาคผนวก ก หนังสือรับรองจริยธรรมวิจัยในคน	245
ภาคผนวก ข แบบสอบถาม เรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา.....	247
ภาคผนวก ค เครื่องมือในการคัดกรอง ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ.....	255
ภาคผนวก ง แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ภาคีเครือข่ายในการพัฒนารูปแบบการป้องกันพลัดตกหกล้มใน ผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัด นครราชสีมา	260
ภาคผนวก จ แบบบันทึกการสังเกตการณ์ การดำเนินงานการป้องกันการพลัดตกหกล้มใน ผู้สูงอายุ.....	263
ภาคผนวก ฉ แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการป้องกันการพลัดตกหกล้มใน ผู้สูงอายุ.....	266
ภาคผนวก ช แบบสอบถามความพึงพอใจในการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการป้องกันพลัดตกหกล้ม ใน ผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัด นครราชสีมา	271
ภาคผนวก ซ แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)	273
ภาคผนวก ฌ ตัวอย่างภาพกิจกรรม.....	283
ประวัติผู้เขียน.....	312

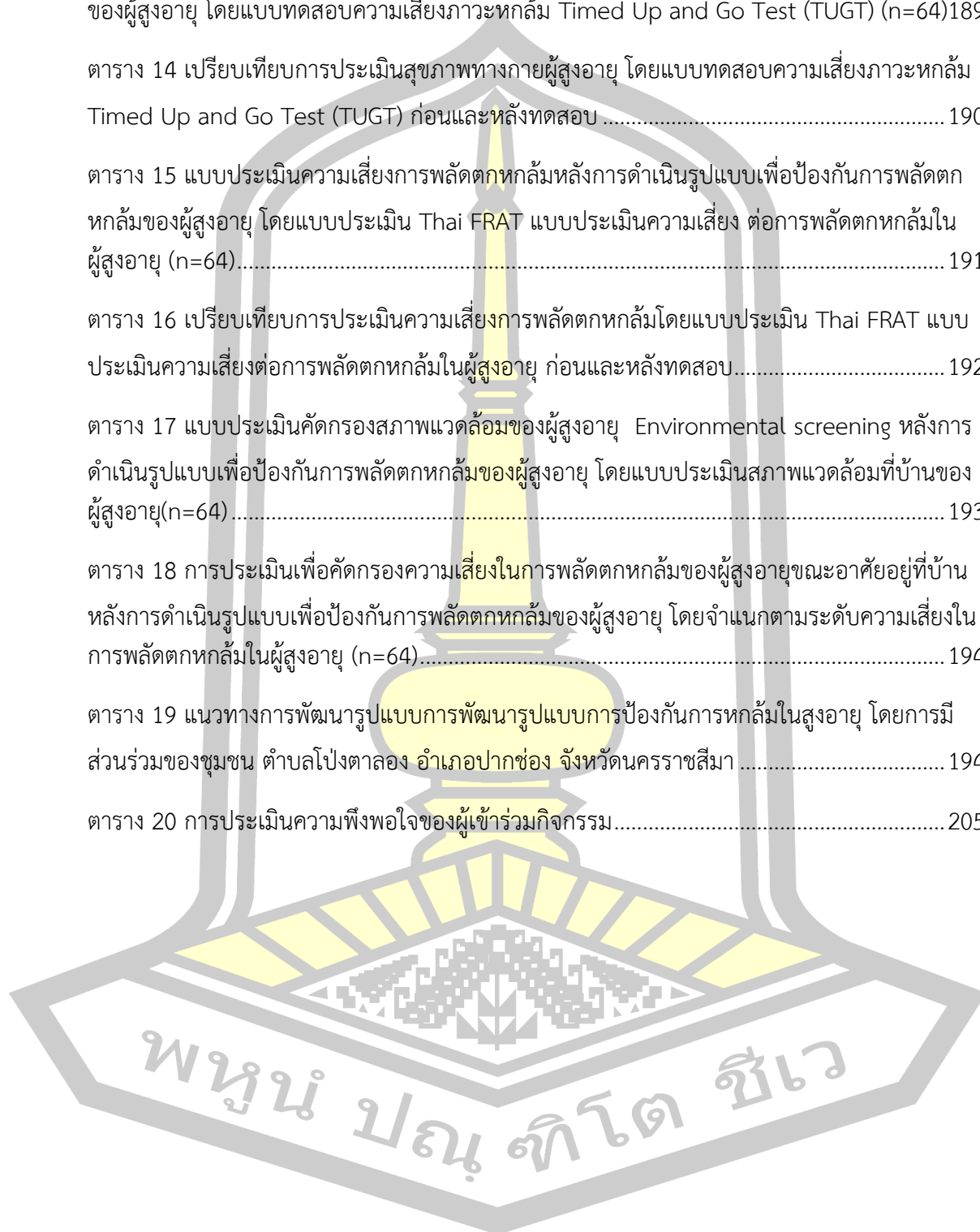


สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามลักษณะข้อมูลทางประชากรของผู้สูงอายุ (n=64).....	155
ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของภาคีเครือข่ายสุขภาพ จำแนกตามลักษณะข้อมูลทางประชากร (n=85).....	157
ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ (n=64).....	164
ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตาม ระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ (n=64).....	164
ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (n=64).....	166
ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ (n=64).....	168
ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยภาพรวม (n=64).....	169
ตาราง 8 การประเมินสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ โดยแบบทดสอบความเสี่ยงภาวะหกล้ม Timed Up and Go Test (TUGT) (n=64).....	175
ตาราง 9 แบบประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มโดยแบบประเมิน Thai FRAT แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (n=64).....	176
ตาราง 10 แบบประเมินคัดกรองสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ Environmental screening แบบประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้านของผู้สูงอายุ (n=64).....	178
ตาราง 11 การประเมินเพื่อคัดกรองความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุขณะอาศัยอยู่ที่บ้าน โดยแบบประเมินคัดกรองสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ (Environmental screening) จำแนกตามระดับความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (n=64)	179
ตาราง 12 จำนวนและร้อยละของการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (n=85).....	184

ตาราง 13 การประเมินสุขภาพทางกายผู้สูงอายุหลังการดำเนินรูปแบบเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยแบบทดสอบความเสี่ยงภาวะหกล้ม Timed Up and Go Test (TUGT) (n=64)	189
ตาราง 14 เปรียบเทียบการประเมินสุขภาพทางกายผู้สูงอายุ โดยแบบทดสอบความเสี่ยงภาวะหกล้ม Timed Up and Go Test (TUGT) ก่อนและหลังทดสอบ	190
ตาราง 15 แบบประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มหลังการดำเนินรูปแบบเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยแบบประเมิน Thai FRAT แบบประเมินความเสี่ยง ต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (n=64).....	191
ตาราง 16 เปรียบเทียบการประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มโดยแบบประเมิน Thai FRAT แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ก่อนและหลังทดสอบ.....	192
ตาราง 17 แบบประเมินคัดกรองสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ Environmental screening หลังการดำเนินรูปแบบเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยแบบประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้านของผู้สูงอายุ(n=64)	193
ตาราง 18 การประเมินเพื่อคัดกรองความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุขณะอาศัยอยู่ที่บ้าน หลังการดำเนินรูปแบบเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามระดับความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (n=64).....	194
ตาราง 19 แนวทางการพัฒนารูปแบบการพัฒนารูปแบบการป้องกันการหกล้มในสูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา	194
ตาราง 20 การประเมินความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม.....	205



สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 ข้อความและสัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิจัยผสมผสานในแต่ละแบบแผน	127
ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย	139
ภาพประกอบ 3 แผนผังขั้นตอนการดำเนินงานเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลโป่ง ตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา.....	211
ภาพประกอบ 4 รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา.....	212



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลัง

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) คาดว่าประชากรสูงอายุในวันนี้เพิ่มขึ้นกว่าเดิมอย่างรวดเร็ว โดยระหว่างปี พ.ศ.2558 ถึงปี พ.ศ. 2567 พบว่าสัดส่วนของประชากรโลกที่มีอายุมากกว่า 60 ปีเกือบสองเท่าจากร้อยละ 12.0 ถึง 22.0 และยังสามารถคาดการณ์การดำเนินการเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีบนแนวคิดใหม่โดยการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพจากรูปแบบการรักษาโรคไปสู่การดูแลผู้สูงอายุที่มีคนเป็นศูนย์กลางและบูรณาการ มีการลงทุนกับผู้สูงอายุซึ่งจะมีผลให้ภาวะสังคมและเศรษฐกิจที่ดี ส่งผลทั้งในแง่ของสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ และทำให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในสังคมอย่างต่อเนื่อง (พัทธ์พิมล โต๊ะบุรินทร์, 2567) องค์การอนามัยโลกยังได้กำหนดกลยุทธ์ระดับโลกและแผนปฏิบัติการเกี่ยวกับผู้สูงอายุและสุขภาพ ที่สำคัญไว้ 5 ประการคือ 1) ประเทศ ภูมิภาคและสถาบันต่าง ๆ ต้องยึดเป็นผู้นำและความมุ่งมั่นที่จะดำเนินการตามนโยบายที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ 2) จัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ 3) มีระบบสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ 4) พัฒนาระบบการดูแลระยะยาวที่เชื่อมโยงประเทศอื่น และ 5) มีข้อมูลที่เป็นประโยชน์และการวิจัยเพื่อพัฒนา นอกจากนี้รายงานขององค์การอนามัยโลกยังได้กำหนดกรอบการดำเนินการเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี โดยจัดทำขึ้นบนแนวคิดใหม่ตามความเป็นไปได้ที่แท้จริงจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพออกไปจากรูปแบบการรักษาโรคไปสู่การดูแลผู้สูงอายุที่มีคนเป็นศูนย์กลางและบูรณาการมีการลงทุนกับผู้สูงอายุจะมีผลทางสังคมและเศรษฐกิจที่มีคุณค่าทั้งในแง่ของสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ และทำให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในสังคมอย่างต่อเนื่อง ประเทศไทยตั้งอยู่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่เศรษฐกิจการเมืองและสังคมมีพลวัตสูงไปสู่การเป็นประชาคมอาเซียนตั้งแต่ พ.ศ.2558 โดยประเทศสมาชิกอาเซียนได้หารือกันถึงความร่วมมือด้านสาธารณสุขในภูมิภาคภายหลัง ค.ศ. 2015 ซึ่งประกอบด้วย 20 ประเด็นสำคัญ ภายใต้กลุ่มการพัฒนาสุขภาพ 4 กลุ่ม ได้แก่ (1) การส่งเสริมวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ (2) การตอบสนองต่อภัยคุกคามด้านสุขภาพ (3) การเสริมสร้างระบบสุขภาพและการเข้าถึงบริการ และ (4) การสร้างความมั่นใจด้านความปลอดภัยทางอาหาร ซึ่งการดำเนินงานในประเด็นสำคัญดังกล่าวให้ได้ผลสำเร็จจำเป็นต้องอาศัยศักยภาพความพร้อมและความร่วมมือของภาคส่วนต่าง ๆ ภายในประเทศที่เข้มแข็ง (กรมควบคุมโรค, 2560)

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) ตั้งแต่ พ.ศ.2548 และเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged society) ใน พ.ศ.2564 การเพิ่มขึ้นของประชากรกลุ่มนี้ทำให้สังคมต้องเผชิญปัญหาสุขภาพจากกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric syndromes) หลายประการ ทำให้อัตราส่วนภาระพึ่งพิง หรือภาระโดยรวมที่ประชากรวัยทำงานจะต้องเลี้ยงดูประชากรวัยเด็กและวัยสูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นโดยที่ยังมิได้คำนึงถึงเรื่องค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูซึ่งสูงขึ้นตามอายุ ซึ่งขณะที่อัตราส่วนภาระพึ่งพิงของประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นอาจนำไปสู่ปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคม รวมถึงปัญหาในด้านสุขภาพของผู้สูงอายุด้วย เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยบั้นปลายของชีวิต เป็นวัยที่ต้องพึ่งพาบุตร

หลาน เพราะมีภาวะด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงมีความเสี่ยงร่างกาย อวัยวะต่าง ๆ ทั่วไปเริ่มอ่อนแอ และเกิดโรคง่าย ปัญหาด้านสุขภาพที่พบได้บ่อย ๆ ในผู้สูงอายุ ได้แก่ เกิดภาวะ กระดูกหักง่าย สายตาไม่ดี หูตึง ฟันไม่ดี เป็นลมบ่อย ท้องผูก เบาหวาน หลงลืมบ่อย หัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะปัญหาการหกล้ม องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในแต่ละปีผู้สูงอายุ 65 ปี ขึ้นไปจะมีการหกล้มประมาณร้อยละ 28.0 – 30.0 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 32.0 – 42.0 ในกลุ่มผู้ที่มีอายุมากกว่า 70 ปี ความถี่ของการหกล้มเพิ่มขึ้นตามอายุและระดับความอ่อนแอของร่างกาย (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) และปัญหาทางอารมณ์ ผู้สูงอายุเป็นวัยที่พึ่งพาตนเองได้น้อยลงมีภาวะร่างกายที่เสื่อมถอยลง รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและสังคม สาเหตุเนื่องจากผู้สูงอายุและครอบครัวให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพน้อยลง เช่น เรื่องการบริโภคอาหาร การขาดการออกกำลังกาย การไม่ได้อยู่ร่วมกันในครอบครัวก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ขึ้นได้ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพและสังคม ระบบการชุมชน ให้เป็นรูปธรรมต่อเนื่องและยั่งยืน อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในสังคม: อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy : HALE) กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุและผู้อยู่ในภาวะพึ่งพิง เป็นนโยบายสำคัญเร่งด่วน โดยกำหนดกิจกรรมการคัดกรองเพื่อจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามภาวะพึ่งพิงและการผลิตผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ให้สามารถดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดสังคม รวมถึงผู้อยู่ในภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผ่านกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานในชุมชนแบบมีส่วนร่วม (กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์สำนักผู้สูงอายุ, 2561)

ภาวะการหกล้ม เป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วย การพิการ และอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ อีกทั้งยังส่งผลกระทบหลายด้าน กล่าวคือ ด้านร่างกาย ได้แก่ กระดูกสะโพกหักหรือเลือดออกในสมอง เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและเกิดภาวะทุพพลภาพ ด้านจิตใจและสังคม ได้แก่ ความกลัวการหกล้ม (Fear of falling) จึงหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมประจำวัน พึ่งพาคนในครอบครัว หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมนอกบ้าน สูญเสียความมั่นใจในการดำรงชีวิต ถือว่าเป็นภาวะคุกคามทางด้านจิตใจจนอาจเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2562) การหกล้มทำให้เกิดภาระค่ารักษาพยาบาลและภาระการดูแลทั้งในระบบบริการสุขภาพและภาระการพึ่งพาจากครอบครัวสาเหตุของการหกล้มเกิดจาก 2 กลุ่มปัจจัยเสี่ยง 1) ปัจจัยภายในร่างกาย (Intrinsic factor) ได้แก่ ภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง ความเสื่อมถอยของร่างกายตามวัย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัวลดลง ความบกพร่องในการมองเห็น การขาดความรู้ความเข้าใจในสาเหตุการหกล้มและข้อพึงระวังต่าง ๆ 2) ปัจจัยภายนอกในร่างกาย (Extrinsic factor) ได้แก่ สิ่งแวดล้อมภายในบ้านและภายนอกบ้าน (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) จากสาเหตุการหกล้มในผู้สูงอายุสองกลุ่มปัจจัยดังกล่าวทำให้บุคลากรสาธารณสุขต้องคำนึงถึงพหุปัจจัยในการปฏิบัติการเพื่อการป้องกัน (Multifactorial intervention) ด้วยเช่นกัน

จากสถานการณ์ปัจจุบัน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขปี 2566 รายงานสถานการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มในผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่าโดยเฉลี่ยผู้สูงอายุไทยเสียชีวิตจากการหกล้มประมาณ 3 คนต่อวันและอัตราการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

สูงกว่าทุกกลุ่มอายุถึง 3 เท่าและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ซึ่งจากการคาดการณ์ระหว่างปี 2560 – 2564 จะมีผู้สูงอายุพลัดตกหกล้มถึง 5.5 ล้านคนต่อปี ในปี 2562 สถิติจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ระบุว่าในรอบ 3 ปี ตั้งแต่ปี 2564-2566 มีจำนวนผู้สูงอายุที่บาดเจ็บด้วยสาเหตุการพลัดตกหกล้มมาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งหมด 141,895 ราย หรือเพิ่มมากขึ้น คิดเป็นร้อยละ 29.5 จากปี 2565 โดยกลุ่มที่เข้ารับบริการทางในระบบการแพทย์ฉุกเฉินมากที่สุด คือ กลุ่มที่มีอายุ 60-64 รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 65-69 ปี และ กลุ่มอายุ 70-74 ปี ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่า เพศหญิง แต่เมื่ออายุมากขึ้น ตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป จะพบว่าเป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย มีจำนวนผู้สูงอายุที่บาดเจ็บด้วยสาเหตุพลัดตกหกล้มมาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งหมด 24,364 ราย เป็นเพศชาย 10,745 ราย และเพศหญิง 10,981 ราย ส่วน 5 จังหวัดที่มีสถิติสูงสุด คือ ขอนแก่น, นครราชสีมา, เชียงใหม่, อุบลราชธานี และร้อยเอ็ด ผลการสำรวจสุขภาพของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 7 พ.ศ.2564-2565 ในประเด็นเกี่ยวกับปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุการหกล้มบริเวณนอกบ้านร้อยละ 59.80 สาเหตุมาจากการสะดุดวัตถุสิ่งของการลื่นหกล้มและเสียการทรงตัวตามลำดับ จำนวนครั้งการหกล้มใน 6 เดือนที่ผ่านมาโดยเฉลี่ย 2.40 ครั้ง และการฟกช้ำ ถลอกหรือเป็นแผลพบได้ประมาณครึ่งหนึ่งภายหลังการหกล้ม (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2564) การบาดเจ็บที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่พลัดตกหกล้มส่วนมากคือกระดูกสะโพกหักหรือแตก ศีรษะได้รับความกระทบกระเทือน ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้พิการและมีอัตราการเสียชีวิตค่อนข้างสูง เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีภาวะกระดูกบางหรือกระดูกพรุน เมื่อหกล้มกระดูกจึงเกิดการแตกหรือหักได้ง่าย นอกจากนี้ยังอาจมีอาการบาดเจ็บร่วมกันในหลายอวัยวะ ประกอบกับผู้สูงวัย มักมีโรคประจำตัว เช่น ความดัน เบาหวาน โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง จึงยิ่งทำให้มีความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสาเหตุสำคัญของการซึ่งสาเหตุสำคัญของการพลัดตกหกล้ม คือความเสื่อมและการถดถอยของร่างกาย ทำให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ ของผู้สูงอายุลดลง เช่น การมองเห็นไม่ชัด การทรงตัวไม่ดี แขนขาอ่อนแรง และเกิดจาก สิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม เช่น พื้นและบันไดลื่น พื้นต่างระดับ แสงสว่างไม่เพียงพอ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2560) รวมถึงการมีพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ ดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ รวมทั้งปัจจัยสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย อาทิ ห้องน้ำที่อยู่นอกตัวบ้าน (จิราพร เกศพิชญวัฒนา และภัทรพร คงบุญ, 2563) และสถานที่เกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดในบ้านร้อยละ 65.0 และในห้องน้ำ ร้อยละ 30.0 ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการลื่น สะดุด หรือก้าวพลาดบนพื้นระดับเดียวกันมากถึงร้อยละ 61.0 และยังพบว่าสูงถึงร้อยละ 80 พักอาศัยอยู่ในบ้านที่ไม่เหมาะสม เช่น ไม่มีราวเกาะในห้องน้ำและใช้ส้วมนั่งยอง เป็นต้น (กรมควบคุมโรค, 2560) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อาการเวียนศีรษะบ้านหมุน โรคพาร์กินสัน โรคข้อเข่าเสื่อม โรคกระดูกพรุน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมอง โรคความดันโลหิต หรือมีปัญหากลั้นปัสสาวะไม่อยู่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดการพลัดตกหกล้ม ปัจจัยจากกระบวนการสูงอายุประกอบด้วย ปัญหาที่เกิดจากการเดินและทรงตัว โดยผู้สูงอายุที่มีปัญหาของการทรงตัวมีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มได้ถึง 3.11 เท่าและปัญหาที่เกิดจากการเสื่อมของสายตาส่งผลให้การมองเห็น มองไม่ชัด ตามัว โดยผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องสายตามีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มได้ถึง 1.85 เท่า (Dhargave & Sendhilkumar, 2016) นอกจากนี้ การที่ผู้สูงอายุรับประทานยา 1 – 2 เม็ดต่อมื้อ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มถึง 1.72 เท่า และ

ผู้สูงอายุที่รับประทานยามากกว่าหรือเท่ากับ 3 มื้อ ต่อวัน มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มได้ถึง 1.62 เท่า ปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการพลัดตกหกล้มได้เช่นกัน นอกจากปัจจัยสิ่งแวดล้อมแล้วปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ เช่น ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย มีการศึกษาไม่สูง มีข้อจำกัดในการเข้ารับบริการสุขภาพ ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมภายนอก เป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การพลัดตกหกล้ม โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย การอยู่อาศัยในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมมีแนวโน้มที่จะเกิดการเจ็บป่วยทำให้เกิดโรค เกิดอุบัติเหตุ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) ไม่สามารถรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และมีข้อจำกัดในการเข้ารับบริการในระบบบริการสุขภาพที่ดีเพื่อเข้าไปรับบริการการรักษาทั้งโรคเรื้อรังและเมื่อเกิดอุบัติเหตุฉุกเฉิน ดังนั้น ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มสูงส่งผลกระทบต่อร่างกาย ได้แก่ กระดูกสะโพกหัก หรือ เลือดออกในสมอง เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและเกิดภาวะทุพพลภาพ ด้านจิตใจและสังคม ได้แก่ ความกลัวการหกล้ม (Fear of falling) จึงหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมประจำวัน พังพาดคนในครอบครัว หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมนอกบ้าน สูญเสียความมั่นใจในการดำรงชีวิต ถือว่าเป็นภาวะคุกคามทางด้านจิตใจจนอาจเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

ข้อมูลจังหวัดนครราชสีมา มีประชากรทั้งหมดจำนวน 2,634,154 คน เทียบกับจำนวนผู้สูงอายุจำนวน 441,828 คน (ร้อยละ 16.77) ของประชากรทั้งหมด ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจะเห็นได้จากในปี 2565 จำนวน 424,586 คน (ร้อยละ 16.13) ปี 2564 จำนวน 409,235 คน (ร้อยละ 15.57) ปี 2563 จำนวน 392,660 คน (ร้อยละ 15.22) (ที่มา : ฐานทะเบียนราษฎร 30มค. 66) นอกจากนี้การประเมินศักยภาพผู้สูงอายุตามความสามารถ ในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living) พบว่า ปี 2563 - 2565 กลุ่มติดสังคม ร้อยละ 98.04, 97.73 และ 97.70 ตามลำดับ กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 1.48, 1.72 และ 1.78 ตามลำดับ กลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.48, 0.56 และ 0.52 ตามลำดับ จากข้อมูลคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center ; HDC) กระทรวงสาธารณสุข พบว่าจำนวนและอัตราการพลัดตกหกล้มผู้ป่วยนอกในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ต่อประชากรผู้สูงอายุแสนคนจังหวัดนครราชสีมาผู้สูงอายุมีการเกิดการพลัดตกหกล้มมากที่สุดในเขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 11,771 คน คิดเป็นอัตรา 2,343.05 ต่อประชากรผู้สูงอายุแสนคน ข้อมูลจำนวนและอัตราผู้ป่วยจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปต่อประชากรผู้สูงอายุแสนคนจังหวัดนครราชสีมาผู้สูงอายุมีการเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลจากการพลัดตกหกล้มมากที่สุดในเขตสุขภาพที่ 9 มีจำนวน 4,460 คน หรืออัตรา 887.77 ต่อประชากรผู้สูงอายุแสนคน ข้อมูลจำนวนการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 15 คน หรืออัตรา 3 ต่อประชากรผู้สูงอายุแสนคน เป็นอันดับที่ 3 ในเขตสุขภาพที่ 9 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ที่มีการเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ช่วงอายุที่เกิดการพลัดตกหกล้มมากที่สุด คือช่วงอายุ 65-75 ปี สาเหตุการบาดเจ็บที่พบบ่อยในผู้สูงที่เกิดการพลัดตกหกล้มสาเหตุส่วนมากคือเกิดจากการลื่น ก้าวพลาด สะดุดการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ส่งผลให้มีการบาดเจ็บ ฟกช้ำ กระดูกสะโพกหักหรือ ศีรษะได้รับความกระทบกระเทือน (ข้อมูลรับการตรวจราชการสรุปตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 9 กรณีปิดรอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2566 จังหวัดนครราชสีมา) ซึ่งการจัดบริการการดูแลสุขภาพกำหนดให้เป็นนโยบายระดับจังหวัด และมีตัวชี้วัดด้านสาธารณสุข ซึ่งการดำเนินงานที่ผ่านมาเป็นการเน้นในส่วนการจัดบริการทางด้านสุขภาพเพื่อดูแลผู้สูงอายุในสถานพยาบาล หน่วยงาน

บริการสาธารณสุข การจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพ (Wellness Plan) การจัดให้บริการคลินิกผู้สูงอายุ ส่งต่อผู้สูงอายุที่มีเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มเข้าได้รับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ยังขาดการดำเนินงานในด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้มเชิงรุก หรือการจัดการลดปัจจัยเสี่ยงทั้งทางด้านบุคคล ด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมยังทำได้ไม่ครอบคลุม

ข้อมูลอำเภอปากช่อง มีผู้สูงอายุ ปี 2566 ทั้งหมด 28,891 คน (ร้อยละ 14.7) ของประชากรทั้งหมด การประเมินศักยภาพผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) พบว่า ปี 2566 กลุ่มติดสังคม จำนวน 28,026 คน (ร้อยละ 97) กลุ่มติดบ้าน จำนวน 505 คน (ร้อยละ 1.75) กลุ่มติดเตียง จำนวน 360 คน (ร้อยละ 1.25) และจากผลการคัดกรองสุขภาพความถดถอย 9 ด้านในผู้สูงอายุ พ.ศ. 2566 ผลรายงานข้อมูลผู้สูงอายุพบที่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อม จำนวน 761 คน (ร้อยละ 2.63) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพลัดตกหกล้มและเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลปากช่อง นานา/ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 65 คน (ร้อยละ 0.22) เข้ารับการรักษาพยาบาล ฟันผุสภาพร่างกาย ดีขึ้น จำนวน 50 คน (ร้อยละ 76.92) ส่งผลให้เกิด ความพิการ/ ติดบ้าน/ ติดเตียง จำนวน 12 คน (ร้อยละ 18.46) เสียชีวิตจำนวน 3 คน (ร้อยละ 4.61) สำหรับปัจจัยที่ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยเสี่ยงภายในต่อการพลัดตกหกล้ม ได้แก่ การเดินและการทรงตัว ผิดปกติ การขยับถ่ายผิดปกตือาการวิ่งเวียนบ้านหมุน ส่วนปัจจัยเสี่ยงภายนอก ได้แก่ ไม่มีราวจับในห้องน้ำ พื้นบ้านและสภาพแวดล้อมของบ้านที่พิกอาศัยไม่เรียบ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติการพลัดตกหกล้ม อาการเวียนบ้านหมุน ความถี่ในการขยับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ สาเหตุการบาดเจ็บที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่เกิดการพลัดตกหกล้มสาเหตุส่วนมากคือเกิดจากการลื่น สะดุด ก้าวพลาด ส่งผลให้กระดูกสะโพกหักหรือศีรษะได้รับความกระทบกระเทือน ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดความพิการและมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่สำคัญ เนื่องจากเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บและเกิดภาวะแทรกซ้อน ต้องให้การรักษาเพิ่มขึ้นนอนโรงพยาบาลนานขึ้นและอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

จากรายงานข้อมูลประชากรตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา มีประชากรทั้งสิ้น 3,875 คน มีพื้นที่รับผิดชอบจำนวน 13 หมู่บ้าน จำนวนผู้สูงอายุเชตรับผิดชอบตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมาปี 2566 มีจำนวน 699 คน หมู่บ้านที่พบความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ลำดับ 1.บ้านสระน้ำใส หมู่ที่ 7 ลำดับ 2 บ้านตะเคียนงาม หมู่ที่ 8 ลำดับ 3.บ้านมอตะเคียน หมู่ที่ 9 ลำดับ 4. บ้านหนองซ่อม หมู่ที่ 5 ลำดับ 5.บ้านเทพนิมิตร หมู่ที่ 12 และ ปี 2564 – 2566 มีผู้สูงอายุเคยหกล้ม จำนวน 4 คน, 3 คน, และ 5 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 0.57, 0.42, 0.71, เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 และ เพศชาย ร้อยละ 20.00 จากการประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (ADL) พบว่า กลุ่มติดสังคม จำนวน 678 คน (ร้อยละ 96.99) กลุ่มติดบ้าน จำนวน 17 คน (ร้อยละ 2.43) กลุ่มติดเตียง จำนวน 4 คน (ร้อยละ 0.57) ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด และ ผลรายงานข้อมูลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยส่วนใหญ่มีปัญหาน้ำหนักเกินมาตรฐาน ร้อยละ 21.87 ส่งผลให้มีปัญหาเรื่องกระดูกและข้อเข่า ร้อยละ 62.33 ข้อมูลการประเมินด้วยแบบทดสอบ Timed Up and Go Test (TUGT) ข้อมูลการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ Thai falls risk assessment test (Thai FRAT) ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ปี 2566 พบ

ผู้สูงอายุที่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อมและมีภาวะเสี่ยงพลัดตกหกล้ม จำนวน 44 คน (ร้อยละ 6.29) พบว่ามีผู้สูงอายุที่หกล้ม จำนวน 5 คน (ร้อยละ 0.71) และจากข้อมูล 3 ปีที่ผ่านมา (2563-2565) พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุจากการหกล้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 0.14, 0.28, 0.55 ตามลำดับ ในปี 2566 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพลัดตกหกล้มและเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลปากช่องนานา/ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 5 คน (ร้อยละ 100.00) หายดีปกติจำนวน 3 คน (ร้อยละ 60.00) ส่งผลให้มีความพิการ/ ติดบ้าน/ ติดเตียง จำนวน 2 คน (ร้อยละ 40.00) ไม่มีผู้เสียชีวิต ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพในด้านต่าง ๆ เช่น มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว โรคเรื้อรัง ข้อเข่าเสื่อม สมอเสื่อม หลงลืม สายตามองไม่ชัดเจนจากต้อกระจก เป็นต้น สาเหตุที่พบว่าให้เกิดการล้ม ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในบริเวณบ้าน สาเหตุที่พบบ่อยคือทรงตัวผิดปกติ การอ่อนแรงของขาทำให้สะดุด ลื่นล้ม หกล้ม จากสภาพแวดล้อมของบ้านที่พิกัดภัยไม่เรียบ พื้นลื่น พื้นบ้านไม่เสมอกัน เป็นต้น จึงทำให้จำนวนผู้สูงอายุที่เกิดการพลัดตกหกล้มมีมากขึ้นในแต่ละปี และผู้ดูแลและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มไม่เพียงพอ โดยส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม

การทบทวนการจัดบริการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ โดยการดำเนินการป้องกันการพลัดตกหกล้มในระดับพื้นที่ ในการจัดบริการผู้สูงอายุและรูปแบบสำหรับแนวทางในการส่งเสริมป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ในตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมาแต่เดิมนั้น เน้นกิจกรรมการดำเนินงาน เช่น การคัดกรองภาวะถดถอย 9 ด้านในผู้สูงอายุ การคัดกรองข้อเข่าเสื่อม กิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย กิจกรรมการให้ความรู้ในชมรมผู้สูงอายุตำบลโป่งตาลอง กิจกรรมการปรับปรุงบ้านให้มีความปลอดภัย มีรูปแบบที่เน้นการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ตามบริบทของผู้สูงอายุรายบุคคลและรายกลุ่มแต่ยังขาดการประเมินความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม และ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อช่วยในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ในส่วนการดำเนินงานตามนโยบายของภาครัฐในการจัดการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบบูรณาการ ตำบลต้นแบบของอำเภอปากช่องในปี 2565 ตามนโยบายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ในประเด็นการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้มีการดำเนินงานร่วมกันในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของทั้งชุมชนและของครอบครัว พบปัญหาการดำเนินงานของการบูรณาการในเครือข่ายพบว่า ที่ผ่านมาเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนยังขาดความชัดเจนของการบูรณาการความร่วมมือในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของระบบการติดต่อประสานงาน จัดสรรงบประมาณ ความรู้ ความเข้าใจของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หน่วยงานภาครัฐและภาคีเครือข่ายสุขภาพยังส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุโดยรวม จึงควรจะได้รับส่งเสริมด้านสุขภาพ สร้างรูปแบบการทำงานอย่างมีส่วนร่วมเพื่อลดรอยต่อในการส่งเสริมและดูแลผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกันมากขึ้น ก่อให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของชุมชน มองเห็นประโยชน์ของผู้สูงอายุในชุมชนที่จะได้รับร่วมกัน ในส่วนงบประมาณการดำเนินงานมีการเสนอของงบประมาณสนับสนุนการจัดกิจกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มและ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลโป่งตาลอง และได้รับงบประมาณสนับสนุนการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม บ้านที่พิกัดภัยให้กับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงพลัดตกหกล้มในบางรายจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ ทำราวจับทางเดินไปห้องน้ำ ปรับปรุงที่จับราวบันไดให้แข็งแรง ปรับระดับพื้นให้เรียบ เป็นต้น นอกจากนี้ ปัญหาทาง

เศรษฐกิจที่ทำให้บุตรหลานในครอบครัวต้องออกไปทำงานนอกบ้าน จึงทำให้ผู้สูงอายุถูกละทิ้งอยู่ที่บ้านตามลำพัง โดยผู้สูงอายุที่ถูกละทิ้งนั้น ส่วนหนึ่งอาจต้องการการพึ่งพาในการดำเนินชีวิตประจำวัน จึงมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดการพลัดตกหกล้มสูงขึ้นด้วย

จากความสำคัญดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาวิจัยการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ขึ้น ซึ่งได้ประยุกต์มาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ให้มีความครอบคลุมในแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน มีมาตรการการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุ ตลอดจนครอบครัวและชุมชนอันจะส่งผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health Outcomes) ในการป้องกันความเสี่ยงพลัดตกหกล้มโดย การบูรณาการการทำงานอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการจัดการปัญหาร่วมกัน ผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภาคีเครือข่ายสุขภาพในการดูแลตนเองและป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ มีสมรรถนะในการปฏิบัติกิจกรรมที่ป้องกันการพลัดตกหกล้มได้ด้วยตนเอง ทั้งยังเพิ่มสมรรถภาพทางกายและความสามารถในการทรงตัวให้ดีขึ้นทั้งนี้ผู้วิจัยมีความคาดหวังว่าผู้สูงอายุ คนในครอบครัวและภาคีเครือข่ายสุขภาพ จะได้ร่วมมือกันในกระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ การจัดรูปแบบกิจกรรมต่างๆ ที่เหมาะสมกับปัญหาความต้องการและบริบทของพื้นที่ เน้นการแก้ไขปัญหาที่แท้จริงของชุมชน การมองปัญหาแบบองค์รวม สามารถบูรณาการความรู้มาใช้แก้ปัญหา การทำงานแบบมีส่วนร่วมของชุมชน มีทางเลือก สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูล ชุมชนมีการช่วยเหลือกัน มีการเสริมพลังบุคคลและสามารถพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชนในการดูแลเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม เพื่อเป็นการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ลดอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้ม และเป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดีและได้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นในที่สุด ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมาต่อไป

1.2 คำถามงานวิจัย

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา เป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1) เพื่อศึกษาบริบท สถานการณ์และปัจจัยที่ทำให้เกิดการเกิดพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

2) เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

3) เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

4) เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จการดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

1.4.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบผสมผสาน แบ่งเป็น 2 ระยะ เพื่อศึกษารูปแบบการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

1.4.2 ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

1.4.3.1 ประชากรในการศึกษาคือ ประชากรที่มีภูมิลำเนา อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ในพื้นที่เป้าหมาย จำนวน 149 คนแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนารูปแบบการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในพื้นที่เป้าหมาย จำนวน 85 คน

1) กลุ่มผู้นำชุมชน ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโป่งตาลอง ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลโป่งตาลอง จนท.กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล 24 คน

2) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 13 คน

3) กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และโรงพยาบาลมกุฏคีรีวัน 3 คน

4) กลุ่มญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 44 คน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้สูงอายุเป้าหมาย จำนวน 44 คน คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุมกุฏคีรีวันและคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุตำบลโป่งตาลอง จำนวน 20 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 64 คน

1.4.3 ขอบเขตด้านพื้นที่ในการศึกษา

การศึกษานี้จะศึกษาในพื้นที่ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 13 หมู่บ้าน

1.4.4 ขอบเขตด้านระยะเวลาการศึกษา

ระยะเวลาในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ดำเนินการศึกษาระหว่าง มีนาคม 2567 ถึง ตุลาคม 2567

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.5.1 ผู้สูงอายุ คือบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง ที่อาศัยอยู่ในตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมาไม่เคยประสบอุบัติเหตุร้ายแรง หรือการบาดเจ็บที่ต้องได้รับการผ่าตัดใดๆ

1.5.2 ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม หมายถึง ผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงที่มีปัญหาอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้

- การมองเห็นบกพร่อง ไม่สามารถอ่านตัวเลขที่ระยะ 6/12 ได้มากกว่าครึ่ง
- การทรงตัวบกพร่อง ไม่สามารถยืนต่อเท้าเป็นเส้นตรงได้นาน 10 วินาที
- มีประวัติการหกล้มตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา
- การใช้ยา ตั้งแต่ 1 ชนิดขึ้นไป ได้แก่ ยานอนหลับ ยาแก้ปวดประสาท ยาลดความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะ หรือกินยาชนิดใดก็ได้ ตั้งแต่ 4 ชนิดขึ้นไป (ไม่รวมยาวิตามิน)
- ลักษณะที่อยู่อาศัยมีการยกพื้นสูง หรือพื้นมีลักษณะต่างระดับหรือบันได 2 ขั้นต้องขึ้น-ลง โดยใช้บันได

1.5.3 การหกล้ม คือ การสูญเสียการทรงตัว โดยส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายมีการสัมผัสกับพื้น หรือเป็นภาวะที่ล้มไปกระทบกับวัตถุอุปกรณ์ที่อยู่ในบริเวณนั้น เช่น แก้ว เคาน์เตอร์ แล้วต้องพยายามดึงตัวกลับมาเพื่อการทรงตัว ซึ่งอาจทำให้ได้รับการบาดเจ็บหรืออาจไม่ได้รับการบาดเจ็บ

1.5.4 การพลัดตกหกล้ม (Fall) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงท่าทางโดยไม่ตั้งใจ การล้มลง การทรุดตัวลงเนื่องจากการทรงตัวไม่สมดุล ทำให้ได้รับบาดเจ็บทั้งด้านร่างกายและจิตใจหรือทำให้เกิดการเสียชีวิตได้

1.5.5 ความสามารถในการเดินและทรงตัว หมายถึง ความสามารถด้านร่างกายของผู้สูงอายุในการรักษาสสมดุลร่างกายให้คงอยู่บนฐานที่รองรับร่างกาย ประเมินโดยการทดสอบการก้าวเดินของผู้สูงอายุ (Timed Up & Go Test, TUG)

1.5.6 พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม หมายถึง การกระทำกิจกรรมหรือวิธีการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ ในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ที่สามารถใช้ลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่เป็นสาเหตุหรือการชักนำให้เกิดการหกล้มหรืออาจทำให้หกล้มประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยประยุกต์แนวคิดมาจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การออกกำลังกาย หมายถึง การทำกิจกรรมหรือปฏิบัติตัวในการบริหารกล้ามเนื้อเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความยืดหยุ่น และเสริมสร้างความสามารถในการทรงตัว เช่น การรำไท่เก๊ก การรำมวยจีนไทชิ การเดินออกกำลังกาย 20-30 นาทีต่อครั้ง 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์

2. การจัดการสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและนอกบ้าน หมายถึง การจัดวางเฟอร์นิเจอร์ วัสดุสิ่งของ หรือการจัดสภาพแวดล้อมทั้งภายในที่อยู่อาศัยและนอกที่อยู่อาศัย ให้มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ และไม่ก่อให้เกิดอันตราย หรือเกิดโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายแก่ผู้สูงอายุแล้วทำให้เกิดการหกล้มขึ้นมา

3. การปฏิบัติตัวต่อสุขภาพของตนเอง หมายถึง การปฏิบัติตัวในการจัดการต่อสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่ดี เพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดการหกล้ม เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี การไปพบแพทย์ตามนัด การเข้ารับการคัดกรองหรือประเมินทางสุขภาพต่างๆ การปรับเปลี่ยนอริยาบทที่เหมาะสม หรือพฤติกรรมหรือการหลีกเลี่ยงสถานที่ที่อาจส่งเสริมให้เกิดการหกล้มได้ เช่น การเดินขึ้นบันไดที่ไม่มีราวจับ และรวมถึงการเลือกการแต่งกายที่เหมาะสมตามวัยของผู้สูงอายุ

1.5.7 การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม หมายถึง ความรู้ ความเชื่อ ทักษะคติ ประสพการณ์การหกล้ม และการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

1.5.8 รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำต่าง ๆ ของผู้สูงอายุและครอบครัว ตลอดทั้งการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมีเป้าหมายในการลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่มีผลต่อการเกิดพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ทั้งปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยภายนอกบุคคล เช่น การให้ความรู้ตรวจประเมินสายตา การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการทรงตัว การเปลี่ยนอิริยาบถอย่างช้า ๆ การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอและการเฝ้าระวังฤทธิ์ข้างเคียงจากการรับประทานยา ตลอดจนการปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยซึ่งพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มสามารถประเมินโดยใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

1.5.9 เครือข่ายสุขภาพในชุมชน หมายถึง นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน แพทย์ประจำตำบล) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมองค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ คือกลุ่มคนที่มีการติดต่อประสานงานเกี่ยวกับการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

1.6 ประโยชน์ที่ได้รับ

1.6.1. ความสามารถในการเดินและการทรงตัวของผู้สูงอายุ ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมาดีขึ้น

1.6.2 ลดอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

1.6.3 มีการบูรณาความร่วมมือโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

1.6.4 มีรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่

1.6.5 นำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทคล้ายกัน

พูน ปณ จิต ชีเว

บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็นดังต่อไปนี้

- 2.1 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น
- 2.3 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ
- 2.4 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบ
- 2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพ
- 2.6 แนวคิดเรื่องการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research)
- 2.7 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)
- 2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีสัญชาติไทยและมีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งนี้ผู้สูงอายุไม่ได้มีลักษณะเหมือนกันหมด แต่จะมีความแตกต่างกันไปตามช่วงอายุโดยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุไว้ 3 กลุ่ม ดังนี้ (กลุ่มการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2553)

1. ผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60-69 ปี เป็นผู้สูงอายุที่ยังมีกำลังช่วยเหลือตนเองได้
2. ผู้สูงอายุตอนกลาง อายุ 70-79 ปี เป็นผู้สูงอายุที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย ร่างกายเริ่มอ่อนแอ มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง
3. ผู้สูงอายุตอนปลาย อายุ 80 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยบ่อยขึ้น อวัยวะเสื่อมสภาพ และอาจมีภาวะทุพพลภาพ

การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามศักยภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ประยุกต์เกณฑ์การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ดังนี้ (อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง และภักดี โพธิ์สิงห์, 2560: 238)

กลุ่มที่ 1 ติดสังคม ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นและสังคม ชุมชนสามารถเดินขึ้นบันไดเองโดยไม่ต้องช่วยเหลือ เดินออกนอกบ้านได้ เดินตามลำพังบนทางเรียบได้ รับประทานอาหารด้วยตนเองได้ดี ใช้สื่งด้วยตนเองได้อย่างเรียบร้อย

กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ไม่สามารถเดินตามลำพังบนทางเรียบได้ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ ต้องการความช่วยเหลือขณะรับประทานอาหาร ต้องการความช่วยเหลือพาไปห้อง

กลุ่มที่ 3 ติดเตียง ผู้สูงอายุที่ป่วยและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ/ทุพพลภาพไม่สามารถย้ายตนเองขณะนั่งได้ ไม่สามารถขยับได้ในท่านอน การรับประทานอาหารกลืนลำบาก แม้ว่าผู้ดูแลจะป้อนอาหารให้ ต้องขยับภายในท่านอนหรืออยู่บนเตียง สวมใส่ผ้าอ้อมตลอดเวลาต้องเปลี่ยนผ้าอ้อมประจำ

เจมส์และเรนเนอร์ (อ้างถึงใน เพ็ญผกา กาญจนภาส, 2541: 8-9) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุ ว่า หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นธรรมดาในสิ่งมีชีวิตและได้แบ่งระดับของความสูงอายุออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. การสูงอายุตามวัย (Chronological Aging) หมายถึง การสูงอายุตามปฏิทินโดยนับจากปีที่เกิดเป็นต้นไป
2. การสูงอายุตามสภาพร่างกาย (Biological Aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและกระบวนการหน้าที่ที่ปรากฏขณะที่มีอายุเพิ่มขึ้น
3. การสูงอายุตามสภาพจิตใจ (Psychological Aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของการรับรู้ แนวความคิด ความจำ การเรียนรู้ เซวณปัญญาและลักษณะที่ปรากฏในระยะต่างๆ ของแต่ละคนที่มีอายุเพิ่มขึ้น
4. การสูงอายุตามสภาพสังคม (Sociological Aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ สถานภาพของบุคคลในระบบสังคม เช่น ครอบครัว หน้าที่การงาน รวมถึงความสำคัญในฐานะผู้ที่มีประสบการณ์

การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

มนุษย์ทุกคนย่อมมีการเปลี่ยนแปลงไปตามวัยในวัยสูงอายุร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปทางที่เสื่อมโทรมมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายของแต่ละคนจะเกิดขึ้นไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างที่สำคัญ คือกรรมพันธุ์ โรคหรือความเจ็บป่วย สิ่งแวดล้อมหรือสิ่งที่ปฏิบัติอยู่ เช่น ดิน ฟ้า อากาศอาหาร อาชีพ ความเครียด การออกกำลังกายการพักผ่อน ฯลฯ ซึ่งปัจจัย 2 ประการหลังถ้าหากผู้สูงอายุดูแลรักษาสุขภาพร่างกาย และปฏิบัติตนอย่างถูกต้องแล้วก็จะสามารถลดปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้เพื่อช่วยชะลอความเสื่อมของร่างกายได้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ที่เกิดขึ้นในทุกกระบวนการหน้าที่ของร่างกาย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและระบบต่าง ๆ รวมทั้งปัญหาทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ มีดังนี้

1.1 ระบบผิวหนังผิวหนังบางลง เซลล์ผิวหนังลดลงความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดีผิวหนังเหี่ยว และมีรอยย่น ไขมันใต้ผิวหนังลดลงทำให้ร่างกายทนต่อความหนาวเย็นได้น้อยลง ต่อมเหงื่อเสียหน้าที่ไม่สามารถขับเหงื่อได้จึงเกิดการเป็นลมแดดได้ภายในเวลาที่อากาศร้อนจัด ต่อมไขมันทำงานน้อยลงผิวหนังแห้งและแตกง่าย สีของผิวหนังจางลงเพราะเซลล์สร้างสีทำงานลดลงแต่มีสารสีสะสมเป็นแห่ง ๆ ทำให้เป็นจุดสีน้ำตาลทั่วไป ผมหงอกขาวไปมีสีจางลง หรือเป็นสีขาวและจำนวนลดลงการรับรู้สัมผัสต่ออุณหภูมิการสัมผัสเย็น และความเจ็บปวดที่ผิวหนังลดลง เล็บแข็งและหนาขึ้น สีเล็บเข้มขึ้น (กนกวรรณ เมืองศิริ และคณะ, 2560)

1.2 ระบบประสาทและประสาทสัมผัสขนาดของสมองลดลง น้ำหนักสมองลดลงจำนวนเซลล์สมองและเซลล์ประสาทลดลงประสิทธิภาพการทำงานของสมองน้อยลง ปฏิกริยา

การตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ ลดลง การเคลื่อนไหวและความคิดเชิงซ้ำ ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ความจำเสื่อมโดยเฉพาะเรื่องราวใหม่ ๆ แต่สามารถจำเรื่องราวเก่าได้ดี ความกระตือรือร้นน้อยลง ความคิดอาจสับสนได้แบบแผน การนอนเปลี่ยนแปลง เวลานอนน้อยลง เวลาตื่นมากขึ้น

การมองเห็นไม่ดีขึ้นตามตาเล็กลง ปฏิบัติการตอบสนองของรูม่านตาต่อแสงลดลง หนึ่งตาตกแก้วตาเริ่มขุ่นมัวเกิดต้อกระจกรอบ ๆ กระจกตาจะมีไขมันมาสะสมเห็นเป็นวงสีขาวหรือเทาตามสายตาแคบ กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อม ความไวในการมองภาพลดลง สายตายาวขึ้น มองภาพใกล้ไม่ชัด การมองเห็นในที่มืดหรือเวลากลางคืนไม่ดีต้องอาศัยแสงช่วยจึงจะมองเห็นได้ชัดขึ้น ความสามารถในการเทียบสีลดลงการผลิตน้ำตาลดลง ทำให้ตาเกิดภาวะระคายเคืองต่อเยื่อぶตาได้ง่าย การได้ยินลดลง หูตึงมากขึ้น เนื่องจากการเสื่อมของอวัยวะในหูชั้นในมากขึ้น แก้วหูตึงมากขึ้นระดับเสียงสูงจะเสียการได้ยินมากกว่าระดับเสียงต่ำ เสียงพูดของผู้สูงอายุเปลี่ยนไป เพราะมีการเสื่อมของกล้ามเนื้อกล่องเสียงและสายเสียงบางลง หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหูชั้นในเกิดภาวะแข็งตัวมีผลทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะและการเคลื่อนไหวไม่คล่องตัว

การดมกลิ่นไม่ดีเพราะมีการเสื่อมของเยื่อบุโพรงจมูกการรับรสของลิ้นเสียไป ต่อมรับรสทำหน้าที่ลดลงโดยทั่วไปการรับรสหวานจะสูญเสียก่อนรสเปรี้ยวหรือรสเค็ม เป็นผลให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารไม่อร่อยเกิดภาวะเบื่ออาหาร

1.3 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก จำนวนและขนาดเส้นใยของกล้ามเนื้อลดลง มีเนื้อเยื่อเกี่ยวพันเข้ามาแทนที่มากขึ้น มีผลทำให้ความแข็งแรงและความว่องไวในการเคลื่อนที่ของร่างกายลดลง ประสิทธิภาพการทำงานของเอนไซม์ในกล้ามเนื้อลดลง เซลล์กระดูกลดลง แคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้นและไปเกาะบริเวณกระดูกอ่อน เช่น ชายโครง ทำให้การเคลื่อนไหวของทรวงอกลดลง ทำให้กระดูกผู้สูงอายุเปราะและหักง่าย แม้ว่าจะไม่ได้รับอุบัติเหตุ ความยาวของกระดูกสันหลังลดลงและพุงมากขึ้น เพราะหมอนรองกระดูกบางลง ทำให้เกิดหลังค่อมและเอียงมากขึ้น ความสูงลดลง 2 นิ้วจากอายุ 20-70 ปี (1.2 เซนติเมตร ทุก 20 ปี) ความยาวของกระดูกยาวคงที่ แต่ภายในจะกลวงมากขึ้น การทรงตัวไม่ดี ไม่กระฉับกระเฉง ความสามารถในการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจึงลดลง กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่อต่าง ๆ เสื่อมมากขึ้นตามอายุ น้ำไขข้อลดลง เป็นสาเหตุทำให้กระดูกเคลื่อนที่มาสัมผัสกัน เกิดข้ออักเสบและติดข้อได้ง่าย (สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม และคณะ, 2563)

1.4 ระบบหัวใจและหลอดเลือด ในกล้ามเนื้อหัวใจฝ่อลีบ มีเนื้อเยื่อพังผืดไขมัน และสารไลโปฟอสซิน มาสะสมภายในเซลล์มากขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ลิ้นหัวใจแข็งและหนาขึ้น มีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น ทำให้การปิดเปิดของลิ้นหัวใจไม่ดี เกิดภาวะลิ้นหัวใจรั่วและตีบได้ ผ่น้ำหลอดเลือดหนาและมีความยืดหยุ่นน้อยลงเพราะมีเส้นใยคอลลาเจนมากขึ้น เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว ความแรงของชีพจรลดลง กล้ามเนื้อหัวใจทำงานเพิ่มขึ้น และต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น

1.5 ระบบทางเดินหายใจ หลอดลมและหลอดลมมีขนาดใหญ่ขึ้น ความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อปอดลดลงเพราะมีเส้นใยอีลาสตินลดลง ความแข็งแรงและการหดตัวของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้าออกลดลง เนื้อหุ้มปอดแห้งทึบ ทำให้ปอดขยายและหดตัวได้น้อยลง การระบายอากาศ

หายใจลดลง ไขมันมีจำนวนลดลง ไขมันที่เหลือนั้นจะมีขนาดใหญ่ขึ้น ผนังหลอดเลือดง่าย เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ หลอดลมแข็งขาดความยืดหยุ่น ทำให้หายใจหอบเหนื่อยได้ง่าย

1.6 ระบบทางเดินอาหาร การผลิตเอนไซม์ และลดลง 1 ใน 3 ทำให้การย่อยแป้ง และน้ำตาลในปากลดลง ความรู้สึกหิวอาหารน้อยลงเนื่องจากการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารลดลง การผลิตน้ำย่อย กรดเกลือและเอนไซม์ต่าง ๆ ในกระเพาะอาหารลดลง การดูดซึมแคลเซียม และธาตุเหล็ก วิตามินบี 2 ลดลง ผู้สูงอายุเกิดโรคกระดูกพรุนและโลหิตจางได้ง่าย การเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ลดลง ประกอบกับการหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องลดลง และผู้สูงอายุชอบรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่ายที่ไม่มีกาก จึงเป็นเหตุให้เกิดภาวะท้องผูก ทำให้เบื่อกินอาหาร ท้องอืดง่าย ตับมีความสามารถในการทำลายพิษลดลง จึงเกิดพิษของยาได้ง่ายในผู้สูงอายุ ปริมาณน้ำตาลลดลงรวมทั้งมีความหนืดเพิ่มขึ้นตามอายุ มีผลทำให้เกิดนิ่วในถุงน้ำดีได้ง่าย ตับอ่อนทำหน้าที่เสื่อมลง ผลิตอินซูลินได้น้อย และ ที่ผลิตมานั้น มีประสิทธิภาพในการนำน้ำตาลเข้าสู่เนื้อเยื่อต่ำ ทำให้น้ำตาลที่เหลือถูกสะสมเป็นไขมันส่วนหนึ่ง อีกส่วนหนึ่งจะคงอยู่ในกระแสเลือด และมีบางส่วนเท่านั้นที่ถูกขับออก ผู้สูงอายุจึงเป็นเบาหวานอย่างอ่อนได้ หรือมีแนวโน้มที่จะเป็นเบาหวานได้ง่ายกว่าวัยหนุ่ม – สาว

1.7 ระบบทางเดินปัสสาวะ อัตราการกรองของไตลดลง ทำให้การดูดกลับของสารต่าง ๆ น้อยลง ทำให้ปัสสาวะเจือจางมากขึ้น ความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะลดลงทำให้การถ่ายปัสสาวะไม่ดี กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลง จึงมีปัสสาวะตกค้างอยู่มากมายหลังถ่าย ปัสสาวะแต่ละครั้งมีผลทำให้ผู้สูงอายุปัสสาวะบ่อย นอกจากนี้ผู้สูงอายุชายมีต่อมลูกหมากโต ทำให้ปัสสาวะได้ลำบาก ผู้หญิงกลับปัสสาวะไม่บ่อย เพราะกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อน โดยเฉพาะในหญิงที่คลอดบุตรมาแล้วหลายคน

1.8 ระบบสืบพันธุ์ ผู้สูงอายุชายลูกอัณฑะเหี่ยวเล็กลงและผลิตเชื้ออสุจิได้น้อยลง ขนาดและรูปร่างของเชื้ออสุจิเปลี่ยนแปลง มีความสามารถในการผสมกับไข่ลดลง ความหนืดของน้ำเชื้อลดลง ไขมันบริเวณใต้ผิวหนังและขนลดลง ผู้สูงอายุหญิงรังไข่จะฝ่อเล็ก มดลูกมีขนาดเล็กลง เยื่อบุภายในมดลูกบางลง มีเนื้อพังผืดมากขึ้น ปากมดลูกเหี่ยวและมีขนาดเล็กลง รอยย่นและความยืดหยุ่นทางช่องคลอดเล็กน้อย ทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บในระหว่างร่วมเพศและความรู้สึกทางเพศลดลง ช่องคลอดสีขาวซีด เพราะมีเลือดมาเลี้ยงน้อยลง ภายในช่องคลอดมีความเป็นด่างมากขึ้น ทำให้เกิดการอักเสบและติดเชื้อได้ง่าย (สุพิตร สมานิต, 2566)

1.9 ระบบต่อมไร้ท่อ น้ำหนักของต่อมใต้สมองลดลงร้อยละ 20 มีเนื้อเยื่อเกี่ยวพันเข้ามาแทนที่มากขึ้น การไหลเวียนเลือดที่ต่อมใต้สมองลดลง การผลิตฮอร์โมนเพิ่มขึ้นในผู้หญิงแต่คงที่และเพิ่มขึ้นอย่างช้า ๆ ในผู้ชาย ส่วนการผลิตฮอร์โมนอื่นอาจคงที่หรือลดลง

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ สภาวะทางจิตใจเกี่ยวข้องกับผูกพันกับสภาวะทางร่างกายอย่างใกล้ชิดเมื่อร่างกายเปลี่ยนแปลงไปตามวัยที่เพิ่มขึ้นอารมณ์และจิตใจย่อมมีการเปลี่ยนแปลงตามไปด้วยประกอบกับวัยสูงอายุที่เป็นวัยที่ต้องพบกับความสูญเสียในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น คู่ครอง บุตรหลาน ญาติสนิท เพื่อน การสูญเสียสภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ การสูญเสียสัมพันธภาพภายในครอบครัวเนื่องจากบุตรมีครอบครัวและแยก

ครอบครัวออกไปจึงมีผลต่อพัฒนาการทางจิตของผู้สูงอายุโดยทั่วไปที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงจนสังเกตได้ดังนี้

บุคลิกภาพในผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพแวดล้อมและภาวะวิกฤตที่แต่ละบุคคลได้เผชิญแตกต่างกันออกไปทำให้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ในนิสัยดั้งเดิมของตนจนเกิดการล้มเหลวในโครงสร้างบุคลิกภาพบุคลิกภาพจึงเสียไปจนอยู่ร่วมกับผู้อื่นไม่ได้

การเรียนรู้และความจำของผู้สูงอายุจะลดลงและมีความยากลำบากในเรื่องความจำระยะสั้นหรือระยะหนึ่งถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบันได้น้อยกว่าผู้ที่อายุน้อยแต่การเรียกกลับและการตระหนักถึงเหตุการณ์ที่ผ่านมาแล้วยังคงสูงอยู่ซึ่งความจำที่เสื่อมลงในวัยผู้สูงอายุมักมีผลกระทบจากการมีพยาธิสภาพในสมองความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ผู้สูงอายุมักมีความมั่นคง ทางความคิดจนดูเหมือนจะเป็นความคิดที่กล้าแข็งต่อร้านและระมัดระวังรอบคอบต่อการตัดสินใจต่าง ๆ ผู้สูงอายุไม่ตัดสินใจรวดเร็วเพราะต้องการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงหรือเพราะกลัวความล้มเหลวจากสิ่งที่เคยเรียนรู้จากประสบการณ์ต่าง ๆ ในอดีตจึงทำให้ผู้สูงอายุถูกบอกว่าเป็นไม่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์แต่โดยความจริงแล้วความสูงอายุไม่ได้เป็นขีดจำกัดในเรื่องความคิดสร้างสรรค์ของผู้สูงอายุซึ่งมักมีความคิดริเริ่มใหม่โดยใช้ประสบการณ์ต่าง ๆ มาเรียบเรียงและฟังขึ้นใหม่จริงตามความคิดของตนเองสติปัญญาจะประกอบด้วยความสามารถหลายด้านเช่นความสามารถในการพูดการคำนวณ การรับรู้การนำเหตุผลมาใช้เป็นต้นในวัยสูงอายุนั้นระดับสติปัญญาอาจเสื่อมถอยลงเพียงเล็กน้อยหรืออาจไม่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมถ้าบุคคลนั้นไม่มีอาการเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจรวมทั้งสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมได้แต่ในรายที่มีอาการผิดปกติทางด้านร่างกายและจิตใจจะทำให้ระดับสติปัญญาลดลงจะทำให้เกิดปัญหาในการดำเนินชีวิตการลดความสัมพันธ์กับชุมชนบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนจะเปลี่ยนไปหน้าที่ความรับผิดชอบที่ได้รับมอบหมายจากชุมชนลดลงทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่นที่จะเข้ากลุ่มไม่กล้าแสดงออกความสัมพันธ์กับชุมชนที่คุ้นเคยลดลงต้องเปลี่ยนไปสู่สภาพทางสังคมใหม่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดได้ (สุรินทร์รัตน์ บัวเร่งเทียนทอง และคณะ, 2564)

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมในที่นี้ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคมและบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุเช่นการเกษียณอายุของผู้ที่ทำงานราชการเมื่ออายุ 60 ปีเป็นการสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงานและรวมทั้งเกียรติและสิทธิต่าง ๆ ด้วยปัญหาผู้สูงอายุที่เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมอาจจะสรุปได้ดังนี้ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562)

3.1 ปัญหาการปรับตัวให้เข้ากับสมาชิกในครอบครัวสำหรับผู้ที่ได้รับราชการตลอดเวลา ก่อนเกษียณอายุเวลาของผู้สูงอายุมักจะใช้เวลาในการทำงานนอกบ้าน เวลาที่จะอยู่กับครอบครัวมีน้อยเกือบจะไม่มีเวลาพูดคุยกันแต่พอหลังเกษียณอายุจะมีเวลาอยู่ที่บ้าน จึงเกิดปัญหาความขัดแย้งความไม่เข้าใจกันจนทำให้เกิดการเบียดเบียน ไม่ต้องการที่จะอยู่บ้าน ส่วนผู้สูงอายุที่ประกอบธุรกิจส่วนตัวไม่ค่อยจะมีปัญหาเรื่องเวลาการพบปะตอบลูกหลานมากนัก เพราะการประกอบธุรกิจส่วนตัวอาจจะกระทำที่บ้าน เมื่อถึงวัยสูงอายุมักมอบให้ลูกหลานดำเนินกิจการต่อไปลูกหลานก็ได้ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุเรื่อยมาจึงไม่เกิดปัญหา

3.2 ปัญหาการขาดความสัมพันธ์จากเพื่อนและผู้ร่วมงานปัญหานี้จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่รับราชการเมื่อเกษียณอายุแล้วจะทำให้ขาดความสัมพันธ์กับเพื่อนและผู้ร่วมงานเพราะผู้ที่

ยังไม่เกษียณอายุมักจะยุ่งอยู่กับงานและมีภาระส่วนตัวจนไม่มีเวลาจึงทำให้ผู้สูงอายุเหนื่อยใจและคิดว่าเมื่อหมดอำนาจก็ไม่มีคนมาเคารพนับถือเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่ไม่มีความรู้สึกว่ามีคุณค่าและซึมเศร้าเหตุการณ์ดังกล่าวนี้ทำให้มีผลต่อสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจส่วนผู้สูงอายุที่ประกอบธุรกิจส่วนตัวอาจจะพบปัญหาดังกล่าวได้จากนักธุรกิจที่ทำการใหญ่ ๆ มีอำนาจในการสั่งการ การควบคุมเพราะมนุษย์เรารู้จักปล่อยวางยังมีความยึดมั่นถือมั่นอยู่เสมอโดยเฉพาะผู้สูงอายุจะมีผลต่อสุขภาพมากทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

3.3 ปัญหาเศรษฐกิจจากการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับผู้สูงอายุของไทยพบว่าปัญหาเศรษฐกิจเป็นปัญหาหลักในกลุ่มผู้สูงอายุทั้งนี้จะได้จากผู้ทำงานราชการเมื่อเกษียณอายุรายได้จะลดลงในขณะที่ค่าของชีพสูงขึ้นเรื่อย ๆ สำหรับผู้สูงอายุที่ยากจนไม่มีเงินสะสมไว้ในขณะที่ทำงานได้ปัญหาเศรษฐกิจเป็นปัญหาที่ทำให้ผู้สูงอายุประสบความสับสนในเรื่องที่อยู่อาศัยเรื่องอาหารการกินและทำให้ส่งผลถึงปัญหาสุขภาพส่วนผู้สูงอายุที่ทำงานส่วนตัวเมื่อแก่แล้วลูกหลานจะให้หยุดการทำงานถ้าเป็นงานที่ลูกหลานดำเนินกิจการต่อไปรายได้ก็จะแบ่งกันให้ผู้สูงอายุเหล่านี้จะไม่มีปัญหาเรื่องเศรษฐกิจแต่ถ้าผู้สูงอายุทำงานส่วนตัวและไม่มีลูกหลานดำเนินกิจการสืบทอดไปเมื่ออายุมากแล้วจะทำงานไม่ไหวเช่นชาวนาชาวสวนชาวไร่ เป็นต้น อีกรายเหล่านี้จะต้องใช้พลังงานมากและผู้สูงอายุก็จะประสบปัญหาไม่มี ใครเลี้ยงดูลูกหลานก็จะจากไปอยู่ในเมืองเพื่อประกอบอาชีพอื่นทั้งผู้สูงอายุให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว

3.4 ปัญหาการใช้เวลาว่างปัญหานี้จะเกิดกับผู้สูงอายุที่เคยทำงานนอกบ้านเช่นข้าราชการหรือผู้ที่ทำงานบริษัทเอกชนมักจะพบว่าหลังจากเกษียณอายุแล้วมีเวลามาก เพราะไม่ต้องออกจากบ้านจึงไม่ทราบว่าใช้เวลาทำอะไรทำให้เกิดความเบื่อหน่ายและรู้สึกตนเองว่าเป็นบุคคลที่ไม่มีประโยชน์จากการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับปัญหาผู้สูงอายุไทยพบว่าปัญหาการใช้เวลาว่างเป็นปัญหาสำคัญอันหนึ่งของผู้สูงอายุซึ่งเป็นสาเหตุของความเครียดและมีผลต่อสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ

จากสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุแสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุอันได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านสังคมและด้านเศรษฐกิจ ได้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในสังคมและด้านเศรษฐกิจได้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในสังคมเพราะว่าผู้สูงอายุต้องการการดูแลเอาใจใส่ที่แตกต่างไปจากคนในวัยอื่น ๆ ผู้สูงอายุควรจะได้รับ การตอบสนองตามสภาพปัญหาและความต้องการของแต่ละบุคคลซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดังกล่าวจะมีลักษณะแตกต่างกันในแต่ละคนซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดังกล่าวจะมีลักษณะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับ การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุแต่ละคนและสภาพแวดล้อมในสังคมที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ ดังนั้นถ้าผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้าใจและสามารถแก้ไข ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่เกิดการเปลี่ยนแปลงได้จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข (เบญจลักษณ์ อัครพสุชาติ, 2550: 16-18)

สมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ

การที่ผู้สูงอายุจะมีร่างกายแข็งแรงนั้น สามารถวัดได้จากการมีสมรรถภาพทางกายที่ดี เมื่อผู้สูงอายุมีสมรรถภาพทางกายดี ก็จะส่งผลให้ร่างกายแข็งแรงและสามารถลดความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มได้

ความหมายของสมรรถภาพทางกาย

สมรรถภาพทางกาย (Physical fitness) หมายถึง สภาวะของร่างกายที่อยู่ในสภาพที่ดี เพื่อที่จะช่วยให้บุคคลสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดอัตราความเสี่ยงของปัญหาทางสุขภาพที่เป็นสาเหตุมาจากขาดการออกกำลังกาย สร้างความสมบูรณ์และแข็งแรงของร่างกายในการที่จะเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายได้อย่างหลากหลาย บุคคลที่มีสมรรถภาพทางกายดี ก็จะสามารถปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน การออกกำลังกาย การเล่นกีฬา และการแก้ไขสถานการณ์ต่างๆ ได้เป็นอย่างดี สมรรถภาพทางกายแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด คือ สมรรถภาพทางกายที่สัมพันธ์กับสุขภาพ (Health-related physical fitness) และสมรรถภาพทางกายที่สัมพันธ์กับทักษะ (Skill-related physical fitness) (สุพิตร สมาหิโต, 2556)

วาสนา พาหิระ (2550) ได้ให้ความหมาย สมรรถภาพทางกายหมายถึง ความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย ความสามารถของร่างกายในการประกอบกิจวัตรประจำวันหรือการเล่นกีฬาได้ยาวนาน มีประสิทธิภาพไม่เหนื่อยล้าง่าย หรือหมายถึง ความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งกิจกรรมนั้นจะต้องใช้ความสามารถในการทำงานของอวัยวะของระบบต่าง ๆ ในร่างกายเป็นสำคัญ และร่างกายยังมีพลังงานเหลือพอที่จะประกอบกิจกรรมในเวลาว่างได้สรุปได้ว่า สมรรถภาพทางกาย หมายถึง สภาพของร่างกายที่มีความสมบูรณ์แข็งแรง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต่อเนื่อง โดยไม่แสดงอาการเหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้าจนเกินไป และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

องค์ประกอบและลักษณะของสมรรถภาพทางกาย

สุพิตร สมาหิโต (2556) จำแนกองค์ประกอบและลักษณะของสมรรถภาพทางกายออกเป็น 2 กลุ่มหลัก ได้แก่

1. สมรรถภาพทางกายที่สัมพันธ์กับสุขภาพ (Health-related physical fitness) สมรรถภาพทางกายที่สัมพันธ์กับสุขภาพ หมายถึง สมรรถภาพทางกายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพและเพิ่มความสามารถในการทำงานของร่างกาย ซึ่งจะมีส่วนช่วยในการลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคต่าง ๆ ได้ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดหลังตลอดจนปัญหาต่าง ๆ ที่เกิด จากการขาดการออกกำลังกาย ซึ่งประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้

1.1 ความอดทนของระบบหายใจและไหลเวียนโลหิต (Cardiorespiratory endurance) หรือสมรรถภาพทางแอโรบิก (Aerobic fitness) ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดเกี่ยวกับสุขภาพทางกาย จะเกิดจากประสิทธิภาพของหัวใจในการสูบฉีดโลหิตที่เต็มไปด้วยออกซิเจนให้แก่กล้ามเนื้อทำงานในระหว่างการออกกำลังกาย นอกจากนี้ สมรรถภาพทางกายด้านนี้ ยังเป็นเครื่องแสดงถึงความสามารถของกล้ามเนื้อในการรับปริมาณโลหิตและออกซิเจนออกมาใช้ ในการสร้างพลังงานที่จำเป็นต่อการออกกำลังกายได้เป็นเวลานานต่อไป สมรรถภาพทางกายด้านนี้จึงเป็นความสามารถของระบบหายใจและการไหลเวียนโลหิต (รัตติพร พาณิษฐ์กุล, 2562)

ดังนั้น การออกกำลังกายที่เพิ่มความอดทนของระบบหายใจและไหลเวียนโลหิต ควรเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก คือการออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหวช้า ๆ เป็นจังหวะ มีความต่อเนื่อง เป็นการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ๆ กล้ามเนื้อแขน ขา เช่น การวิ่ง เดินเร็วด้วยความเร็วประมาณ 3 ไมล์ต่อชั่วโมง การเดินในน้ำ เดินขึ้นบันได การเต้นแอโรบิก หรือ การขี่จักรยาน

ด้วยความเร็ว 10 mph เป็นต้น ที่มีระดับความหนักปานกลางขึ้นไปไม่น้อยกว่า 30 นาที ต่อครั้ง หรือ 150 นาทีต่อสัปดาห์ โดยทำอย่างน้อย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือการออกกำลังกายที่มีความหนักมาก อย่างน้อย 15 นาที หรือ 75 นาทีต่อสัปดาห์ ความแรงสำหรับการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มระบบหายใจ และระบบไหลเวียนเลือด สามารถวัดได้โดยอัตราการเต้นของหัวใจที่เหมาะสมขณะออกกำลังกายคือ ร้อยละ 65.0-80.0 ของอัตราการเต้นของหัวใจ หรืออาจพิจารณาจากความรู้สึกเหนื่อยของแต่ละบุคคล โดยอาจเหนื่อยหรือยังรู้สึกเหนื่อยแต่สามารถสื่อสารได้รู้เรื่อง

1.2 ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Muscle strength) คือความสามารถสูงสุดของ กล้ามเนื้อในการพยายามออกแรงโดยวัดหาค่าว่ากล้ามเนื้อหรือกลุ่มกลุ่มนั้นจะสามารถหดตัว ทำงาน 1 ครั้งได้แรงสูงสุดมากเท่าใด ซึ่งความหมายในทางปฏิบัติก็คือกล้ามเนื้อแต่ละแห่งจะสามารถ ยกน้ำหนักได้มากที่สุดเท่าใดจากการพยายามใช้แรงในการยกขึ้นได้เพียง 1 ครั้งเท่านั้น บุคคลทั่วไปก็ จำเป็นจะต้องมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ อยู่ในระดับหนึ่งที่เหมาะสมสำหรับการปฏิบัติงานใน ชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ธีรศักดิ์ อาภาวัฒนาสกุล, 2552) การออกกำลังกาย วิธีที่จะทำ ให้เกิดความแข็งแรงได้นั้น จะต้องฝึกให้กล้ามเนื้อทำงานต่อสู้กับแรงต้านทานหรือน้ำหนักที่สูงขึ้น โดยวิธีที่เพิ่มแรงต้านทานทีละน้อยเป็นระยะเวลานานวิธีการฝึกเพื่อพัฒนาความแข็งแรง ซึ่งแต่ละแบบ ต่างก็ยึดเอาแรงต้านทาน เป็นสำคัญการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อนั้น ควรทำ อย่างน้อย 2 วันต่อสัปดาห์ และ 27 กล้ามเนื้อที่ควรออกกำลังกายคือกล้ามเนื้อขา สะโพก หลัง กล้ามเนื้อหน้าท้อง หน้าอก ไหล่และแขน และการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ นี้ควรออกกำลังกาย โดยเริ่มจากท่าง่าย ๆ ก่อนอย่างน้อย 8-12 ครั้งต่อเซตและเพิ่มความหนักขึ้น ซ้ำ ๆ การออกกำลังกายประเภทนี้ ได้แก่ การยกน้ำหนักด้วยดัมเบล การฝึกแรงต้านด้วยยางยืด เป็นต้น

1.3 ความอดทนของกล้ามเนื้อ (Muscle endurance) คือ ความสามารถของ กล้ามเนื้อในการออกแรงพยายามที่กระทำได้อย่างซ้ำ ๆ กัน แม้ว่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและ ความอดทนของกล้ามเนื้อจะมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันก็ตาม แต่สมรรถภาพทางกายทั้งสองด้านนี้ จะไม่เหมือนกัน ยกตัวอย่างให้เห็นความแตกต่างคือ บุคคลที่ใช้แรงพยายามในการยกน้ำหนักที่สามารถ กระทำได้เพียงครั้งเดียวด้วยปริมาณน้ำหนักที่มากที่สุด นั่นคือความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในบุคคลนั้น แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลนั้นสามารถยกน้ำหนักได้เป็นจำนวนหลาย ๆ ครั้ง หรือยกซ้ำ ๆ กันได้ เป็นจำนวนมากครั้ง ด้วยจำนวนน้ำหนักที่เบากว่า ก็คือ ความอดทนของกล้ามเนื้อที่มีอยู่ในบุคคลนั้น ซึ่งบุคคลทั่วไปจะต้องการ

การมีสมรรถภาพทางกายด้านนี้อยู่ในระดับที่เพียงพอต่อความสามารถในการปฏิบัติ กิจกรรมการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวัน ต่าง ๆ ซ้ำ ๆ กันได้เป็นระยะเวลานานโดยไม่เกิดอาการล้า มากจนเกินไป (พรพนทิพ แสงสว่าง และคณะ, 2559) ลักษณะการออกกำลังกายที่ทำให้เกิดความ ทนทานของกล้ามเนื้อ แบ่งเป็น 2 ลักษณะดังนี้ การใช้น้ำหนักหรือแรงต้านของตนเองเป็นการใช้แรง ต้านทานของตนเอง สามารถทำได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือใด ๆ ไม่ต้องมีสถานที่การออก กำลังกายมีประโยชน์มาก

สำหรับผู้ที่ไม่มีความเฉพาะในการออกกำลังกาย ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับข้อต่อ เช่น ข้ออักเสบ ข้อเสื่อม ผู้ที่รับบาดเจ็บที่ข้อ หรือหลังการผ่าตัดข้อ การออกกำลังกายได้แก่ การดึงข้อ งอ ตัว ลูกนั่ง หรือเกร็งกล้ามเนื้อมัดต่าง ๆ โดยเกร็งกล้ามเนื้อเต็มที่และคงไว้เป็นเวลา 6-10 นาที จึงผ่อน

แรง ควรทำวันละ 5 ครั้ง ไม่จำเป็นต้องต่อเนื่อง ถ้าทำต่อเนื่องควรมีระยะพักระหว่างการเกร็งแต่ละครั้งต่อทำไม่เกิน 1 นาที ควรกำหนดลมหายใจปกติไม่ควรเบ่งลมหายใจขณะออกแรง เพราะการเบ่งลมหายใจจะทำให้แรงดันเลือดและอัตราการเต้นของหัวใจสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว อาจเกิดอันตรายได้ การใช้หน้าหนักภายนอก เป็นการฝึกออกกำลังกายเพื่อสร้างความทนทานของกล้ามเนื้อด้วยการใช้น้ำหนักภายนอก เช่น ดัมเบลล์หรือเครื่องยก น้ำหนักชนิดต่าง ๆ สิ่งสำคัญคือ ความหนักของการออกแรงต้องมากพอ และการจำนวนครั้งขึ้นอยู่กับความแข็งแรงของแต่ละบุคคล สำหรับผู้ที่เพิ่งเริ่มต้น อาจเริ่มต้นด้วยการยกน้ำหนักเบาแล้วค่อย ๆ เพิ่มน้ำหนักปานกลางควรกำหนดลมหายใจปกติไม่ควรเบ่งลมหายใจขณะออกแรง เพราะการเบ่งลมหายใจจะทำให้แรงดันเลือดและอัตราการเต้นของหัวใจสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว อาจเกิดอันตรายได้ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551) ในการเสริมสร้างความอดทนหรือทนทานของกล้ามเนื้อ เท่ากับเป็นการเสริมสร้างการทำงานของระบบไหลเวียนเลือดระบบหายใจ และระบบกล้ามเนื้อ ให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.4 ความอ่อนตัว (Flexibility) คือความสามารถในการเคลื่อนไหวของข้อต่อได้อย่างอิสระเต็ม ตลอดระยะเวลาการเคลื่อนไหวตามธรรมชาติของข้อต่อ นั้นได้อย่างสมบูรณ์ สามารถงอหรือบิดข้อต่อส่วนนั้นได้อย่างง่ายดายสะดวก ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการมีระยะการเคลื่อนไหวของข้อต่อได้มากหรือน้อยนั้นเกิดจากความยาวของกล้ามเนื้อ โครงสร้างของข้อต่อแต่ละแห่ง และปัจจัยด้านอื่น ๆ หากผู้ที่ขาดการยืดเหยียดกล้ามเนื้อเป็นประจำจะทำให้กล้ามเนื้อเส้นเอ็นสั้นเข้าและกลายเป็นมีอาการแข็งตึงเกิดขึ้น ซึ่งทำให้เป็นอุปสรรคขัดขวางการเคลื่อนไหวบริเวณรอบข้อต่อและเป็นผลทำให้มีความอ่อนตัวลดลง (สายจิตา ลาภอนันตสิน, 2558) ลักษณะการฝึกความอ่อนตัวมีหลายรูปแบบ เช่น การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ในการยืดเหยียดกล้ามเนื้อต้องค่อย ๆ ทำอย่างช้า ๆ จนถึงจุดที่รู้สึกตึงค้างไว้ประมาณ 10-30 วินาที

1.5 องค์ประกอบของร่างกาย (Body composition) คือความสัมพันธ์ระหว่างเนื้อเยื่อไขมันและเนื้อเยื่อชนิดปราศจากไขมัน (กล้ามเนื้อ กระดูก และอวัยวะอื่น ๆ) ที่มีอยู่ในร่างกาย เหตุที่ได้จัดให้มีองค์ประกอบของร่างกายเป็นองค์ประกอบหนึ่งของสมรรถภาพทางกายเกี่ยวกับสุขภาพคือ การมีเปอร์เซ็นต์ไขมันอยู่ในร่างกายอยู่ในปริมาณสูง (สภาวะที่เรียกว่า ความอ้วน) จะก่อให้เกิดอัตราเสี่ยงของโรคต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายต่อชีวิต เช่นภาวะหัวใจขาดเลือดและหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นต้น ความอ้วนยังมีผลทำให้โรคเบาหวานมีอาการลุกลามมากขึ้น และทำให้ข้อต่อได้รับอันตรายง่ายจากการมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวต่าง ๆ การขาดการออกกำลังกายคือสาเหตุสำคัญที่ทำให้มีไขมันในร่างกายมากขึ้น แต่การออกกำลังกายเป็นประจำคือปัจจัยที่สำคัญที่จะช่วยลดไขมันในร่างกาย ผู้ที่มีสมรรถภาพทางกายในด้านนี้จะเป็นผู้ที่มีเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายอยู่ในระดับต่ำแต่จะไม่ต่ำจนเกินไป (พรณทิพ แสงสว่าง และคณะ, 2559)

ลักษณะการออกกำลังกายจะเป็นการออกกำลังกายเพื่อความทนทานและสมรรถภาพของหัวใจปอด ความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อ จะทำให้เกิดการเผาผลาญพลังงานจากไขมัน ส่งผลให้สัดส่วนของร่างกายดีขึ้น (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551)

2. สมรรถภาพทางกายที่สัมพันธ์กับทักษะ (Skill-related physical fitness) สมรรถภาพทางกายที่สัมพันธ์กับทักษะ (Skill-related physical fitness) เป็นสมรรถภาพทางกายที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนให้เกิดระดับความสามารถและทักษะในการแสดงออกของการเคลื่อนไหว

และการเล่นกีฬามีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งนอกจากจะประกอบด้วยสมรรถภาพทางกายที่สัมพันธ์กับสุขภาพซึ่งได้แก่ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความอดทนของกล้ามเนื้อ ความอ่อนตัว ความอดทนของระบบหัวใจและไหลเวียนเลือด และองค์ประกอบของร่างกายแล้ว ยังประกอบด้วย สมรรถภาพทางกายในด้านต่อไปนี้ คือ (สุพิตร สมาหิโต, 2556)

2.1 ความเร็ว (Speed) หมายถึง หมายถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวไปสู่เป้าหมายที่ต้องการโดยใช้ระยะเวลาอันสั้นที่สุด ซึ่งกล้ามเนื้อจะต้องออกแรงและหดตัวด้วยความเร็วสูงสุด

2.2 กำลังของกล้ามเนื้อ (Muscle power) หมายถึง ความสามารถของกล้ามเนื้อในการทำงานโดยการออกแรงสูงสุด ในช่วงเวลาที่สั้นที่สุด ซึ่งจะต้องมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความเร็วเป็นองค์ประกอบหลัก

2.3 ความคล่องแคล่วว่องไว (Agility) หมายถึง ความสามารถในการเปลี่ยนทิศทางและตำแหน่งของร่างกายในขณะที่กำลังเคลื่อนไหวโดยใช้ความเร็วได้อย่างเต็มที่ จัดเป็นสมรรถภาพทางกายที่จำเป็นในการนำไปสู่การเคลื่อนไหวขั้นพื้นฐาน สำหรับทักษะในการเล่นกีฬาประเภทต่าง ๆ ให้มีประสิทธิภาพ

2.4 การทรงตัว (Balance) หมายถึง ความสามารถในการควบคุมรักษาตำแหน่งและท่าทางของร่างกายให้อยู่ในลักษณะตามที่ต้องการได้ ทั้งขณะที่อยู่กับที่หรือในขณะที่มีการเคลื่อนไหว

2.5 เวลาปฏิกิริยา (Reaction time) หมายถึง ระยะเวลาที่เร็วที่สุดที่ร่างกายเริ่มมีการตอบสนองหลังจากที่ได้รับการกระตุ้น ซึ่งเป็นความสามารถของระบบประสาทเมื่อรับรู้การถูกกระตุ้นแล้วสามารถสั่งการให้อวัยวะที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวให้มีการตอบสนองอย่างรวดเร็วได้

2.6 การทำงานที่ประสานกัน (Coordination) หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานของระบบประสาทและระบบกล้ามเนื้อ ในการที่จะปฏิบัติกิจกรรมทางกลไกที่สลับซับซ้อนในเวลาเดียวกันอย่างราบรื่นและแม่นยำความสำคัญของสมรรถภาพทางกาย สมรรถภาพทางกายเป็นสิ่งสำคัญ ในการช่วยเสริมสร้างให้บุคคลสามารถประกอบภารกิจและดำรงชีวิตอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งทำให้บุคคลปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ และมีความแข็งแรง ทนทาน มีความคล่องแคล่วว่องไวที่จะประกอบภารกิจประจำวันให้ลุล่วงไปด้วยดีนอกจากนี้ ยังก่อให้เกิดการพัฒนาทั้งทางด้านจิตใจและอารมณ์ควบคู่กันไปด้วย ในเรื่องของสุขภาพส่วนบุคคลนั้น ความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดกับสมรรถภาพทางกาย หรืออาจจะกล่าวว่า มีรากฐานจากการมีสุขภาพดี ถ้ามีร่างกายอ่อนแอ สุขภาพไม่สมบูรณ์ ความสามารถของร่างกายที่จะประกอบภารกิจ ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันก็ลดน้อยลงด้วย อย่างไรก็ตาม สมรรถภาพทางกายสามารถสร้างขึ้นได้ด้วยการทำให้ร่างกายได้ออกกำลังกายหรือมีการเคลื่อนไหวเท่านั้น การที่เราจะรักษาให้ร่างกายมีสมรรถภาพคงอยู่เสมอนั้น จำเป็นต้องมีการออกกำลังกายเป็นประจำเพื่อให้มีสมรรถภาพทางกายที่คงสภาพและเป็น การสร้างเสริมสมรรถภาพทางกายให้ดียิ่ง ๆ ขึ้นไป นอกจากนี้ยังเป็นประโยชน์ในการป้องกันโรคภัย เบียดเบียน โดยเฉพาะโรคที่เกิดจากการขาดการออกกำลังกายได้อีกด้วย เช่น การลดอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ การเพิ่มพูนประสิทธิภาพของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น ระบบหมุนเวียนโลหิต ระบบหายใจ ระบบการย่อยอาหาร การทำให้รูปร่างและสัดส่วนของร่างกายดีขึ้น สามารถช่วยควบคุม

มิให้น้ำหนักเกินหรือควบคุมไขมันในร่างกาย ช่วยลดความดันโลหิตสูงรวมทั้งช่วยเพิ่มความคล่องตัว เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน การวัดและการประเมินสมรรถภาพทางกายการวัดและการประเมินสมรรถภาพทางกาย การประเมินในแต่ละองค์ประกอบนั้นมีวิธีการที่หลากหลาย ทั้งแบบประเมินเครื่องมือ และกระบวนการโดยต้องพิจารณาถึงความตรงตามเนื้อหา มีค่าความเชื่อมั่น มีความเป็นปรนัย มีเทคนิคที่เป็นมาตรฐาน ไม่สูญเสียค่าใช้จ่ายมาก ง่ายต่อการบริหารจัดการ และจะต้องสามารถบอกถึงระดับสมรรถภาพทางกายของแต่ละบุคคลได้ (ศุภาพร รัตนศิริ, 2551) แบบทดสอบสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุของ สุพิตร สมาชิกโต (2556) ได้จัดทำแบบทดสอบและเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีอายุระหว่าง 60-89 ปี ประกอบด้วยรายการทดสอบจำนวน 6 รายการ ดังนี้

1.จ่อแขนยกน้ำหนัก 30 นาที (30 Seconds arm curl) เพื่อประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขน การประเมินโดย ผู้รับการทดสอบยืนตัวตรง หลังชิดกำแพง แยกเท้าออกจากกันประมาณช่วงไหล่ของผู้รับทำการทดสอบ มือทั้งสองข้างจับก้านบาร์เบลล์ในท่าหงายมือ โดยมือห่างกันประมาณช่วงไหล่ ปล่อยแขนเหยียดตรง แขนข้างลำตัว วางบาร์เบลล์ในท่าหงายมือ เมื่อได้ยินสัญญาณเริ่ม ให้ผู้รับการทดสอบงอข้อศอกยกบาร์เบลล์ขึ้นสูงจนแขนงอขึ้นมาเต็มช่วงการเคลื่อนไหวของการงอศอก สลับลงขึ้น นับ 1 ครั้ง ปฏิบัติต่อเนื่องกันจนครบ 30 วินาที โดยเริ่มพยายามยกให้ได้จำนวนครั้งมากที่สุด การบันทึกคะแนน บันทึกจำนวนครั้งที่ทำได้อย่างถูกต้องภายในเวลา 30 วินาที โดยให้ผู้รับการทดสอบเพียงครั้งเดียว

2. ยืนนั่งบนเก้าอี้ (30 Seconds chair stand) เพื่อประเมินความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อขา อุปกรณ์ที่ใช้ในการทดสอบ เก้าอี้ที่มีพนักพิง สูง 17 นิ้ว (43.18 เซนติเมตร) นาฬิกาจับเวลา 1/100 วินาที วิธีการปฏิบัติ จัดเก้าอี้สำหรับการทดสอบให้ติดผนัง ที่เรียบและมีความทนทาน เพื่อป้องกันการเลื่อนไหลของเก้าอี้ ให้ผู้รับการทดสอบนั่งบริเวณตรงกลางของเก้าอี้ (ไม่ชิดพนักพิง เพื่อให้สะดวกต่อการลุกขึ้นยืน) เท้าสัมผัสพื้นทางกันประมาณช่วงไหล่ของผู้รับการทดสอบ เข่าทั้งสองข้างห่างกันเล็กน้อยและให้ชี้ตรงไปข้างหน้าขนานกับแนวลำตัว หลังตรง แขนไขว้ประสานบริเวณอก มือทั้งสองข้างแตะไหล่ไว้ เมื่อได้ยินสัญญาณ เริ่ม ให้ผู้รับการทดสอบลุกขึ้นยืนจากเก้าอี้ ขาเหยียดตรง แล้วกลับลง นั่งในท่าเริ่มต้น นับเป็น 1 ครั้ง ทำต่อเนื่องจนครบ 30 วินาที โดยปฏิบัติให้ได้จำนวนครั้งมากที่สุด การบันทึกคะแนน บันทึกจำนวนครั้งที่ทำได้ถูกต้องภายในเวลา 30 วินาที โดยให้ผู้รับการทดสอบเพียงครั้งเดียว

3. นั่งงอตัวไปข้างหน้า (Sit and reach) เพื่อประเมินความอ่อนตัวของหลัง สะโพก และกล้ามเนื้อขาด้านหลัง อุปกรณ์ที่ใช้ในการทดสอบ กล้องเครื่องมือวัดความอ่อนตัว ขนาดสูง 30 เซนติเมตร มีสเกลของระยะทางตั้งแต่ค่าลบถึงค่าบวกเป็นเซนติเมตร วิธีการปฏิบัติ ให้ผู้รับการทดสอบยืดเหยียดกล้ามเนื้อขา และหลัง ให้ผู้รับการทดสอบนั่งตัวตรง เหยียดขาตรงไปข้างหน้า เข่าตึง ให้ฝ่าเท้าทั้งสองข้างวางราบชิดกล้องวัดความอ่อนตัว ห่างกันเท่ากับความกว้างของช่วงสะโพกของผู้รับการทดสอบ ยกแขนทั้ง 2 ข้างขึ้นในท่าเหยียดข้อศอกและคว่ำให้ฝ่ามือทั้งสองข้างวางซ้อนทับกันพอดีแล้วยื่นตรงไปข้างหน้า แล้วให้ผู้รับการทดสอบค่อย ๆ ก้มลำตัวไปข้างหน้าพร้อมกับเหยียดแขนที่มีมือคว่ำ ซ้อนทับกันไปวางไว้บนกล้อง ก้มตัวลงจนไม่สามารถก้มได้อีก ค้างไว้ 3 วินาที แล้วกลับมาสู่ท่านั่งตัวตรง ทำการทดสอบ 2 ครั้งติดต่อกัน การบันทึกคะแนน บันทึกระยะทางที่ได้เป็น

เซนติเมตร โดยบันทึกค่าที่ดีที่สุดจากการทดสอบ 2 ครั้ง และมือด้านหลัง (Back scratch test) วัดอุปสงค์ เพื่อประเมินความตัวของหัวไหล่ อุปกรณ์ที่ใช้ในการทดสอบ ไม้บรรทัดหรือสายวัดที่แบ่งระยะเป็นเซนติเมตร วิธีการปฏิบัติ ให้ผู้รับการทดสอบทำการยืนเหยียดกล้ามเนื้อบริเวณไหล่ สะบัก หน้าอก และแขน ให้ผู้รับการทดสอบยืนตัวตรง ยกแขนขวาขึ้นเหนือไหล่ แล้วงอศอกลง ด้านหลังในท่าคว่ำมือ โดยฝ่ามือและนิ้วมือวางราบแต่ละลงไปบนหลัง แล้วกดลงไปตามล่างให้ได้มากที่สุด จากนั้นยกแขนซ้ายไปด้านหลังในท่าบิดแขนเข้าด้านใน แล้วงอข้อศอกพับขึ้นให้หลังมีอว้างแนบกับลำตัวด้านหลัง แล้วกลับสู่ท่าแขนปล่อยข้างลำตัว ทำการทดสอบซ้ำ 2 ครั้ง ให้ผู้รับการทดสอบปฏิบัติซ้ำในข้อ 2 แต่ให้มือซ้ายอยู่ด้านบนแทน การบันทึกคะแนน บันทึกระยะทางที่ทำได้เป็นเซนติเมตร โดยบันทึกค่าที่ดีที่สุดจากการทดสอบ 2 ครั้ง โดยบันทึกค่ามือขวาอยู่บนค่าหนึ่ง และมือซ้ายอยู่บนอีกค่าหนึ่ง

5. เดินเร็วอ้อมหลัก (Agility course) เพื่อประเมินความคล่องแคล่วว่องไวและความสามารถในการทรงตัวแบบเคลื่อนที่ อุปกรณ์ที่ใช้ในการทดสอบ นาฬิกาจับเวลา 1/100 วินาที เทปวัดระยะทาง มีหน่วยเป็นฟุต เสาหลักสูง 120 เซนติเมตร จำนวน 2 หลัก เก้าอี้ที่มีพนักพิงและมีที่พักแขน จำนวน 1 ตัว วิธีการปฏิบัติ ให้ผู้รับการทดสอบนั่งตัวตรงบนเก้าอี้ที่มีพนักพิง ฝ่าเท้าทั้งสองข้างวางราบกับพื้นห่างกันประมาณช่วงไหล่ เข่าทั้งสองข้างห่างกันเล็กน้อยและให้ชี้ตรงไปด้านหน้า ขนานกับแนวลำตัว แขนท่อนล่างทั้งสองข้างวางบนที่พักแขน เมื่อได้ยินสัญญาณ เริ่มให้ผู้รับการทดสอบยกขาทั้งสองข้างลอยขึ้น ให้เท้าพื้นพื้นแล้ววางลงพร้อมกับลุกขึ้นยืนทันทีแล้วหมุนตัวไปทางด้านซ้ายของมือตนเอง เดินเร็วไปอ้อมเสาหลักที่กำหนดไว้แล้วเดินวนกลับมานั่งที่เดิมอีกครั้งหนึ่ง จากนั้นให้ผู้รับการทดสอบพัก 30 วินาที แล้วทำการทดสอบอีกครั้ง การบันทึกคะแนนบันทึกเวลาที่ทำได้เป็นวินาที โดยใช้ค่าที่ดีที่สุด

6. ยืนยกเข่าขึ้น-ลง 2 นาที (2 Minutes step) เพื่อประเมินความอดทนของระบบไหลเวียนเลือด อุปกรณ์ที่ใช้ในการทดสอบ นาฬิกาจับเวลา ยางหรือเชือกยาว สำหรับกำหนดระยะความสูงของการยกเข่า วิธีการปฏิบัติ กำหนดความสูงของการยกเข่า ของผู้รับการทดสอบแต่ละคน โดยกำหนดให้ผู้รับการทดสอบยกเข่าขึ้นสูง งอเข่า 90 องศา (กระดุกต้นขาขนานกับพื้น) ใช้ยางยืดหรือเชือกขึงไว้กับหลักเพื่อเป็นจุดอ้างอิงระดับความสูงสำหรับการยกเข่า ให้ผู้รับการทดสอบยืนตัวตรงหันหน้าเข้าหาแนวเชือกที่กำหนดไว้ เท้าทั้งสองข้างแยกห่างจากกัน ประมาณความกว้างช่วงสะโพกของผู้รับการทดสอบ มือทั้งสองข้างจับไว้ เมื่อได้ยินสัญญาณ เริ่มให้ยกเข่าขาขึ้นและแนวเชือกที่กำหนดไว้แล้ววางลงโดยเร็ว แล้วสลับยกเข่าซ้ายและขวาแล้ววางลงสัมผัสกับพื้น นับเป็น 1 ครั้ง ขึ้น-ลง ขวา-ซ้าย อยู่กับที่(ห้ามวิ่ง) เข่าแต่ละข้างยกสูงระดับแนวเชือกที่กำหนดไว้ ผู้รับการทดสอบต้องพยายามยกให้ได้จำนวนครั้งมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ปฏิบัติต่อเนื่องกัน 2 นาที การบันทึกคะแนน บันทึกจำนวนครั้งที่สามารถยกเข่าถึงระดับความสูงที่กำหนดภายในเวลา 2 นาที โดยนับจำนวนครั้งจากการที่ยกขาที่ยกสัมผัสพื้น ให้ผู้รับการทดสอบปฏิบัติเพียงครั้งเดียว หากผู้เข้ารับการทดสอบเหนื่อยมาก อนุญาตให้หยุดพักได้ แล้วกลับมาทำต่อจนสิ้นสุดเวลาการทดสอบการประเมินสมรรถภาพทางกายสำหรับผู้สูงอายุโดยใช้เครื่องมือ “Senior Fitness Test”(SFT) ของ Rikli & Jones, (1990) เป็นแบบประเมินที่ได้รับความนิยมในการนำมาใช้ในการประเมินสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ ซึ่ง Rikli & Jones (1999; 2001) พัฒนาเกณฑ์การประเมินสมรรถภาพ การทำหน้าที่

ทางกายของผู้สูงอายุในปัจจุบันขึ้นเพื่อใช้ในการประเมินสมรรถภาพในการทำหน้าที่ ของระบบใน ร่างกายของผู้สูงอายุทุกช่วงวัย การประเมินมีทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ ความแข็งแรงกล้ามเนื้อร่างกาย ส่วนล่าง (Lower body strength) ความแข็งแรงกล้ามเนื้อส่วนบน (Upper body strength) ความ อึดทนหรือ สมรรถภาพตามแอโรบิก (Aerobic endurance) ความอ่อนตัวของร่างกายส่วนบน (Upper body flexibility) ความอ่อนตัวของร่างกายส่วนล่าง (Lower body flexibility) และความ ว่องไวและการทรงตัวของร่างกาย (Agility/dynamic balance) รายการประเมิน ดังนี้

1. ลูกยืนจากเก้าอี้ 30 วินาที (30 – Second chair stand) จุดประสงค์ : เพื่อ ประเมินความแข็งแรงกล้ามเนื้อร่างกายส่วนล่าง (Lower body strength) ซึ่งจำเป็นสำหรับการทำ กิจกรรมหลายอย่าง เช่น การเดินขึ้นบันได การเดินและลุกออกจากเก้าอี้ การออกจากเรือหรือรถ รวมถึงลดความเสี่ยงจากการหกล้มอุปกรณ์ : เก้าอี้และนาฬิกาจับเวลา

วิธีการ : ให้ผู้สูงอายุประสานมือทั้งสองข้างไว้ที่หน้าอก นั่งค่อนมาทาง ด้านหน้าเก้าอี้เมื่อสัญญาณ “เริ่ม” ให้ผู้สูงอายุลุกขึ้นยืนตรงจากท่านั่งเก้าอীনับจำนวนครั้งที่ลุก-นั่ง สมบูรณ์ในเวลา 30 วินาที (ด้านหลังเก้าอี้ต้องชิดผนัง หรือมีผู้ช่วยจับพนักเก้าอี้ เพื่อป้องกันเก้าอี้เลื่อน ไปข้างหลังขณะทำการทดสอบ)

2. งอแขนพับศอก (Arm curl test)

จุดประสงค์ : เพื่อประเมินความแข็งแรงกล้ามเนื้อส่วนบน (Upper body strength) ซึ่งจำเป็นสำหรับการทำงานบ้าน การเป็นแม่บ้าน และกิจกรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการยก แบก และถือหิ้ว เช่น ขອງใช้, กระจา, และอุมเด็ก

อุปกรณ์: ดัมเบล น้ำหนัก 5 ปอนด์ สำหรับผู้หญิง และ น้ำหนัก 8 ปอนด์ สำหรับผู้ชาย เก้าอี้และนาฬิกาจับเวลา

วิธีการ : ให้ผู้สูงอายุนั่งเก้าอี้ แขนท่อนบนข้างถนัดแนบข้างลำตัว แขนท่อน ล่างขนานพื้น หายฝ่ามือขึ้น มือกำดัมเบล เมื่อสัญญาณ “เริ่ม” ให้ผู้สูงอายุงอแขนข้างที่กำดัมเบลขึ้น โดยการพับข้อศอกอย่างสมบูรณ์ แล้วคลายออกจนแขนตึงนับจำนวนครั้งที่งอ-พับข้อศอกสมบูรณ์ ในเวลา 30 วินาที สำหรับผู้หญิงให้ใช้ดัมเบล น้ำหนัก 5 ปอนด์ หรือ 2.3 กิโลกรัม และผู้ชายใช้ดัมเบล น้ำหนัก 8 ปอนด์ หรือ 3.6 กิโลกรัม ผู้ทดสอบควรใช้มืออีกข้างหนึ่งช่วยประคองข้อศอกข้างที่ทำการ ทดสอบเพื่อป้องกันการบาดเจ็บ

3. นั่งเก้าอี้ยื่นปลายแขนแตะที่เท้า (Chair sit-and-reach test)

จุดประสงค์ : เพื่อประเมินความอ่อนตัวของร่างกายส่วนล่าง (Lower body flexibility) ซึ่งสำคัญมากต่อการมีท่วงท่าที่ดี แบบแผนการเดินที่ปกติและการเคลื่อนไหวต่างๆ เช่น การลุกเข้าออกจากห้องน้ำ การขึ้นรถ และลงเรือ

วิธีการ : ให้ผู้สูงอายุนั่งเก้าอี้ค่อนไปด้านหน้า ขาเหยียด กระดกปลายเท้าขึ้น แขนและมือเหยียดตรง มือข้างหนึ่งทับอยู่บนอีกข้างหนึ่ง ค่อย ๆ ก้มเหยียดปลายนิ้วมือที่ยาวที่สุดไป แตะปลายนิ้วเท้า วัดระยะห่างจากปลายนิ้วมือถึงปลายนิ้วเท้า ถ้าระยะห่างจากปลายนิ้วมือ ไม่ถึงนิ้ว เท้าค่าที่ได้จะเป็นลบถ้าปลายนิ้วมือ ยื่นเลยปลายนิ้วเท้า ค่าที่ได้จะเป็นบวก ให้ผู้สูงอายุก้มมากที่สุด เท้าที่จะทำได้ โดยไม่ให้ ขย่มตัวผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการบาดเจ็บ

อุปกรณ์ : เก้าอี้ และ ไม้บรรทัด

การประเมินผล : วัดระยะห่างจากปลายนิ้วมือถึงปลายนิ้วเท้า ถ้าระยะห่างจากปลายนิ้วมือไม่ถึงนิ้วเท้าค่าที่ได้จะเป็นลบ ถ้าปลายนิ้วมียื่นเลยปลายนิ้วเท้าค่าที่ได้จะเป็นบวก ถ้าปลายนิ้วมือเสมอลายนิ้วเท้าค่าที่ได้จะ เป็นศูนย์

4. เอ้อมแขนแตะมือด้านหลัง (Back scratch test)

จุดประสงค์ : เพื่อประเมินความอ่อนตัวของร่างกายส่วนบน (Upper body flexibility) ซึ่งสำคัญมากต่อการทำหน้าที่ของเคลื่อนไหวต่าง ๆ และการป้องกันอุบัติเหตุ

วิธีการ : ให้ผู้สูงอายุยืนในท่าปกติยกแขนข้างที่ถนัดขึ้นเหนือศีรษะแล้วพับข้อศอกมาด้านหลังข้ามบ่าข้างเดียวกัน ฝ่ามือเหยียดคว่ำข้าง พยายามเหยียดมาที่กลางหลังให้มากที่สุดเท่าที่ทำได้ แขนอีกข้างข้อศอกจากเอวขึ้นมาด้านหลัง ฝ่ามือเหยียดหางชี้ขึ้น เหยียดแขนและนิ้วไปที่กลางหลังพยายามเหยียดปลายนิ้วมือทั้งสองข้างเข้าหากัน หรือให้ซ้อนกันให้มากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ทดลองฝึกปฏิบัติ 2 ครั้ง ก่อนการปฏิบัติจริง และให้ทำการทดสอบได้ 2 ครั้ง บันทึกค่าที่วัดได้ทั้ง 2 ครั้ง และเลือกค่าที่ดีที่สุด

อุปกรณ์ : ไม้บรรทัด หรือ เทปวัด

การประเมินผล : การวัดให้วัดระยะทางระหว่างปลายนิ้วกลางที่ห่างหรือซ้อนทับมือกัน โดยวัดในแนวตรงที่ดีที่สุด ถ้าปลายนิ้วกลางไม่สัมผัสกัน ค่าที่วัดได้จะเป็นลบ และปลายนิ้วกลางซ้อนพอดีค่าที่วัดได้กับ 0 และปลายนิ้วกลางซ้อนทับกัน ค่าที่วัดได้เป็นบวก และนำมาเทียบกับเกณฑ์

5. ลูกเดินจากเก้าอี้ ไปและกลับ (8-feet up-and-go test)

จุดประสงค์ : เพื่อประเมินการทรงตัวและความว่องไวร่างกาย (Balance and agility) ซึ่งสำคัญมากต่อการเคลื่อนไหวท่าต่าง ๆ การทรงตัว และการป้องกันอุบัติเหตุ

วิธีการ : วางเก้าอี้ชิดฝาผนัง หันหน้าไปทางกรวยที่วางบนพื้นระยะห่างจากด้านหลังของกรวยถึงจุดแนวตั้งที่อยู่ใต้ขอบที่นั่งด้านหน้าของเก้าอี้เท่ากับ 8 ฟุต ผู้สูงอายุนั่งบนเก้าอี้เท้าวางราบกับพื้น มือวางบนต้นขา เท้าข้างหนึ่งวางเหลื่อมไปข้างหน้าเท้าอีกข้างหนึ่งเล็กน้อยลำตัวโน้มมาด้านหน้าเล็กน้อย

เมื่อสัญญาณ “เริ่ม” ให้ผู้สูงอายุลุกจากเก้าอี้เดินอย่างรวดเร็วเท่าที่เป็นไปได้ตรงไปอ้อมกรวยแล้วกลับมานั่งที่เก้าอี้อย่างรวดเร็ว ผู้ทดสอบจับเวลาเมื่อให้สัญญาณเริ่ม และกดหยุดเวลาที่บันทึกเวลาที่ผู้สูงอายุทำการทดสอบ 2 ครั้ง และบันทึกเวลาที่ทำได้ 2 ครั้ง เลือกค่าที่ดีที่สุด

อุปกรณ์ : เก้าอี้ นาฬิกาจับเวลา และ กรวยพลาสติก

การประเมินผล : หลังจากบันทึกเวลาที่ผู้สูงอายุทำการทดสอบเสร็จแล้ว และให้เลือกค่าเวลาที่ที่ดีที่สุด และทำการประเมินผลตามเกณฑ์

6. เดิน 6 นาที (6-Minute walking test)

จุดประสงค์ : เพื่อประเมินความอดทนหรือสมรรถภาพด้านแอโรบิก (Aerobic endurance) ของร่างกาย เป็นการประยุกต์จากการวิ่ง 12 นาที ของคูเปอร์ (Cooper run 12 minute) เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหา ด้านการเดินและการทรงตัว ซึ่งเป็นส่วนสำคัญมากต่อ

ความสามารถในการเดินให้ได้ระยะทาง การขึ้นบันได การจับจ่ายซื้อของและการเดิน ควรจัดเป็นชุดทดสอบรายการสุดท้ายหรือมาร์คเกอร์

วิธีการ : ผู้สูงอายุจะเดินเป็นรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้า ระยะทาง 45 เมตร โดยมีความยาวระยะทาง 40 เมตร และความกว้างระยะทาง 5 เมตร (40x5 เมตร) ทำการทดสอบเป็นขั้นตอน

อุปกรณ์ : กรวยพลาสติก 4 อัน นาฬิกาจับเวลา เทปวัด และ แก้วน้ำ

การจัดสถานที่ทดสอบ วัดระยะทางเป็น รูปสี่เหลี่ยมผืนผ้า ความยาวโดยรอบ 45 เมตร (ยาว 40 เมตร และกว้าง 5 เมตร) วางกรวยไว้ด้านในตามมุมทั้ง 4 จุด ทำเครื่องหมายบอกระยะทางทุก ๆ 5 เมตร โดยใช้เทปขาวติดกับพื้น

การประเมินผล : นับระยะทางที่เดินได้จากจำนวนหนึ่งยางหรือมาร์คเกอร์ที่ได้รับในแต่ละรอบ และนำไปคูณด้วย 45 เมตร บวกกับระยะทางที่เดินได้ไม่ครบรอบ โดยดูจากเครื่องหมายแสดงระยะทุก ๆ 5 เมตรที่อยู่ใกล้ที่สุด และทำการประเมินผลตามเกณฑ์

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันการหกล้มต่อสมรรถภาพทางกายหลายการศึกษา ดังรายละเอียด Soon (2011) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันการหกล้มต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุในชุมชนจำนวน 32 คน โดยดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 20 สัปดาห์ โดยแบ่งเป็นการทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกัน 12 สัปดาห์ และ กิจกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุจำนวน 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีสมรรถภาพทางกายดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการศึกษาของกมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์ (2558) ทำการวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของรูปแบบการป้องกันการหกล้มที่ใช้ชุมชนเป็นฐานต่อสมรรถภาพทางกายและการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่ร่วมการออกกำลังกายเป็นประจำมีสมรรถภาพทางกายที่ดีขึ้นในด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา การทรงตัว การเดิน และการหมุนรอบตัวจากการศึกษาของอมรรรัตน์ เนียมสุวรรณ นงนุช โอปะ และสมบุญรณ์ ต้นสุกสวัสดิกุล (2555) ทำการศึกษา ผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิก โดยใช้ดนตรีโปงลางต่อสมรรถภาพทางกายและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 30 คน ทำการออกกำลังกายแบบแอโรบิกโดยใช้ดนตรีโปงลาง 40 นาทีต่อครั้ง 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์เป็นเวลา 12 สัปดาห์ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนและขา ความอดทนด้านแอโรบิก ความอ่อนตัวการทรงตัว และความว่องไว เพิ่มขึ้น

จากการศึกษาของสายธิดา ลาภอนันตสิน และคณะ (2558) ศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาสมรรถภาพการทรงตัวและความกลัวการล้มของผู้สูงอายุหญิงในตำบลองครักษ์ และบางลูกเสือ จังหวัดนครนายกด้วยการบริการวิชาการชุมชนกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 50 คน ทำการฝึกกิจกรรมทางกาย จำนวน 4 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่ทำกิจกรรมทางกายมีความสามารถในการทรงตัวได้ดีกว่าก่อนการทดลองจากการศึกษาของพรศิริ พฤกษ์ศรี และคณะ (2551) ทำการศึกษาวิจัย ผลของการออกกำลังกายด้วยลีลาศต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มจำนวน 25 คน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการออกกำลังกายด้วยลีลาศ 6 และ 8 สัปดาห์ ผู้สูงอายุมีการทรงตัวดีกว่าก่อนการทดลองกลุ่มควบคุม

จากการศึกษาของพรรณทิพ แสงสว่าง โรจน์จิตนาวัฒน์ และกนกพร สุควัง (2559) ทำการศึกษาวิจัย ผลของการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางต่อสมรรถภาพทางกาย ในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลหนองหอย และตำบลท่าศาลา อำเภอเมือง จังหวัด เชียงใหม่ จำนวน 23 ราย ผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองได้รับการออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง นานครั้ง ละ 55 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ต่อเนื่อง 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและ ข้อต่อ ความทนทานของปอดและหัวใจของผู้สูงอายุในกลุ่มที่ออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางมี มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ทั้ง ทางด้านร่างกายที่เกี่ยวข้องในทุกระบบหน้าที่ การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ การ เปลี่ยนแปลงด้านสังคม สมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุรวมถึงองค์ประกอบสมรรถภาพทางกายที่มี ผลโดยตรงเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายของผู้สูงอายุ ที่จะ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสามารถปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน หรือความเสี่ยงที่ทำให้ เกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุได้การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสรีระในผู้สูงอายุจะดำเนิน ต่อเนื่องกันไปอย่างช้า ๆ ตามกระบวนการสูงอายุ และจะมีผลให้เกิดการเสื่อมและสุขภาพของ อวัยวะภายในระบบต่าง ๆ มากขึ้นเรื่อย ๆ การเปลี่ยนแปลงนี้จะมีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ เมื่อพบว่ามี การเปลี่ยนแปลงด้านหนึ่งย่อมส่งผล กระทบหรือมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงในส่วนที่ เหลือ ซึ่งมีผลโดยตรงต่อสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่นับว่าเป็นปัญหาสำคัญที่สุดของผู้สูงอายุ ปัญหา สุขภาพเป็นส่วนที่สำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ด้อยลงไปและปัญหาที่สำคัญในผู้สูงอายุอีก หนึ่งประการคือ การเกิดการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ที่ส่งผลกระทบต่อกุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใน พื้นที่ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

2.1.1 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

1. ความหมายของการดูแล

นงเยาว์ ชัยทอง (2542: 8) กล่าวว่า การดูแล มีการนำมาใช้ในการให้การพยาบาล ผู้ป่วย โดยให้ความหมายว่า เป็นการช่วยเหลือชีวิตหรือการช่วยเหลือให้คงไว้ซึ่งร่างกาย และ สิ่งแวดล้อม การให้การดูแลซึ่งอยู่ในรูปแบบการรักษาความสะอาด มีอากาศสดชื่น มีอาหารดี มีการ พักผ่อนนอนหลับ มีการออกกำลังกาย โดยมีเป้าหมายเพื่อสุขภาพดี

การ์เรตต์ (Garrett, 1991 อ้างถึงในนงเยาว์ ชัยทอง, 2542: 8) ให้ความหมายของ การดูแล ว่าเป็นการให้ดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาในรูปแบบของการให้ความช่วยเหลือผู้ที่ต้องการการ พึ่งพาในลักษณะของการอยู่ด้วยกัน หรืออยู่กันคนละบ้าน แต่ให้การช่วยเหลือดูแลในรูปของการ ช่วยเหลือส่วนบุคคล เช่น การแต่งตัว การพุงเดิน การดูแลในด้านการรักษาพยาบาล เช่น การให้ยา การให้คำปรึกษา ตลอดจนการให้ความช่วยเหลือด้านอื่น ๆ

ไลนิงเกอร์ (Leininger, 1988 อ้างถึงในนงเยาว์ ชัยทอง, 2542: 8-9) ให้ความหมาย ของการดูแล ว่าเป็นการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนหรืออำนวยความสะดวกให้กับบุคคลหรือกลุ่มคน ตามต้องการ เพื่อพัฒนาและคงไว้ซึ่งชีวิตคุณค่าของความเป็นมนุษย์ การดูแลนั้นจะต้องประกอบด้วย ความสนใจ ความเอาใจใส่ ความรักหรืออาจมีพฤติกรรมอื่นตามแต่ละวัฒนธรรม เป็นการกระทำที่มุ่ง ให้ผู้รับและผู้ให้เกิดความพึงพอใจ

เดวิส (Davis, 1995 อ้างถึงใน นงเยาว์ ชัยทอง, 2542: 9) ได้ให้แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุไว้ว่า เป็นการสนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุยังคงมีกิจกรรมต่าง ๆ มีการพัฒนา และทำหน้าที่ในฐานะสมาชิกคนหนึ่งคนในสังคม การดูแลผู้สูงอายุเป็นการช่วยเหลือสนับสนุนเอาใจใส่ความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ เพื่อตอบสนองความต้องการที่ผู้ให้การดูแลคาดว่าเป็นการดูแลตามความต้องการของผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมป้องกันเพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ และการเห็นคุณค่าในตนเองและป้องกันภาวะซึมเศร้า

จากความหมายข้างต้นสรุปได้ว่า การดูแล คือ การให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนหรืออำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ เพื่อตอบสนองความต้องการที่เป็นความต้องการของผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยการกระทำที่แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลมีความรัก มีความสนใจเอาใจใส่ในการกระทำกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจ

2. ความหมายของผู้ดูแล

โดยทั่วไปแล้ว ครอบครัวจะมีหน้าที่รับผิดชอบช่วยเหลือและดูแลซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกแต่ละคน เช่น บิดามารดามีหน้าที่ที่จะต้องดูแลบุตรหลาน สามีภรรยาจะรับผิดชอบดูแลความสุขสบายซึ่งกันและกันปรึกษาหารือ และช่วยเหลือในทุก ๆ ด้าน เมื่อบิดามารดาแก่ชราลงลูกหลานก็จะมีหน้าที่คอยดูแลปรนนิบัติ ดังนั้น ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลโดยเฉพาะผู้ดูแลที่บ้าน ต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ซึ่งนับว่าเป็นภารกิจที่ยาวนานที่ไม่ว่าจะหลีกเลี่ยงได้ และยังเป็นสิ่งที่ต้องกระทำด้วยความเข้าใจ และตั้งใจ ต้องการทักษะ ความชำนาญในการให้การดูแลสามารถวางแผนให้การช่วยเหลืออย่างเป็นระบบซึ่งได้มีผู้ที่ให้คำนิยามเกี่ยวกับผู้ดูแล ดังนี้ ผู้ดูแลหมายถึง บุคคลที่ผู้สูงอายุให้ความเห็นว่าเป็นบุคคลสำคัญช่วยเหลือผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย และสนับสนุนทางด้านจิตใจ รวมทั้งเผชิญกับสภาวะการเจ็บป่วยด้วยกัน โดยบุคคลนั้นกลับให้การดูแลโดยไม่หวังผลตอบแทนใด ๆ และลักษณะการให้การดูแลดังกล่าวเรียกว่า Caretaker ในลักษณะที่ใกล้เคียงกันมีผู้ที่ให้ความหมายของผู้ดูแลหรือ Caretaker ว่า หมายถึง บุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุโดยจะเน้นที่สมาชิกในครอบครัว

เบญจลักษณ์ อัครพสุชาติ (2550: 38) กล่าวว่า ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือดหรือทางเครือญาติที่อาศัยอยู่ร่วมกันในครัวเรือนเดียวกันกับผู้สูงอายุ และได้ให้การช่วยเหลือในกิจกรรมการดูแลต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งให้การสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจเป็นประจำหรือมากที่สุด

จากความหมายข้างต้นสรุปได้ว่า ผู้ดูแล คือ บุคคลที่เป็นสมาชิกภายในครอบครัวหรือบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ให้ผู้สูงอายุมีความสุขมากที่สุด

3. รูปแบบของการดูแล

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในสังคมไทย เริ่มจากการดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (Informal Care) ที่ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากครอบครัว บุตรหลานหรือญาติพี่น้อง หลังจากที่มีผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนมากขึ้นจึงมีการดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal Care) ในรูปของสถานสงเคราะห์คนชรา ที่ดำเนินการโดยภาครัฐ ที่เน้นการสงเคราะห์ผู้สูงอายุเป็นหลักยังไม่สามารถสนองต่อความ

ต้องการของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยแบ่งรูปแบบการดูแลออกเป็น 8 รูปแบบ ดังนี้ (สุรพล ชยภพ, 2552: 64-85)

3.1 การดูแลผู้สูงอายุด้วยครอบครัว

การดูแลผู้สูงอายุด้วยครอบครัว เกิดจากความเชื่อที่ว่า ครอบครัวเป็นระบบเกื้อหนุนที่สำคัญของบุคคล เป็นสถาบันทางสังคมที่มีหน้าที่ดูแลปกป้องสมาชิก รวมทั้งเป็นตัวแทนเรียกร้อง และจัดทรัพยากรทางสังคมที่สำคัญในการตอบสนองความต้องการต่าง ๆ ของสมาชิกครอบครัว จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม 3 ประการ คือ

3.1.1 การดูแลทางด้านร่างกาย เช่น การดูแลเรื่องอาหาร เรื่องที่อยู่อาศัย สภาพแวดล้อม เครื่องนุ่งห่ม และดูแลเวลาเจ็บป่วย

3.1.2 ดูแลด้านจิตใจ เช่น ให้ความเคารพนับถือ ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ ให้เกียรติกับผู้สูงอายุ

3.1.3 ดูแลด้านสังคม เช่น การให้โอกาสแก่ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมกับกิจกรรมในครอบครัว ให้โอกาสผู้สูงอายุพบปะเพื่อนรุ่นราวคราวเดียวกัน

สรุปได้ว่า การได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างดีจากครอบครัวบุตรหลานในด้านต่างๆ ทั้งการดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแลสุขภาพกาย สุขภาพจิต ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความสุขอย่างแท้จริงผู้วิจัยเห็นว่าการดูแลผู้สูงอายุที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความกตัญญู เพื่อต้องการตอบแทนบุญคุณนั้นเป็นการแสดงความรักความผูกพันยังคงขาดเนื่องจากได้ดูแลตอนที่ ท่านยังมีชีวิตอยู่ และเป็นการเตรียมพร้อมสำหรับการดูแลตัวเอง เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุได้ดีอีกด้วย

3.2 การดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน

การดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน (Community Based Approach) มีแนวคิดพื้นฐานมาจากแรงจูงใจ และพัฒนาการมาจากแนวคิดลดการพึ่งพิงจากบริการภายนอก (Deinstitutionalization) โดยแนวคิดนี้ได้พยายามที่จะนำศักยภาพที่เด่นของปัจเจกบุคคล (Individual) ซึ่งได้แก่ความต้องการในการดูแลตนเองทั้งร่างกายและจิตใจ การให้ความสำคัญในคุณค่าของความเป็นมนุษย์ และศักยภาพ ในการแก้ปัญหาของแต่ละบุคคล ชุมชน มาเป็นแนวทาง ในการดำเนินการ การดูแลผู้สูงอายุโดย ชุมชน เน้นการปฏิบัติงานที่มุ่งใช้คุณลักษณะของชุมชนและทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนเป็นเครื่องมือ เพื่อสร้างจิตสำนึกการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน โดยชุมชนและเพื่อชุมชนอื่น โดยที่หน่วยงานภาครัฐ และเอกชนมีหน้าที่ เพื่อคอยกระตุ้นให้คำแนะนำ และสนับสนุนการดำเนินงาน จุดเด่นของแนวคิดนี้ ตั้งอยู่บนรากฐานประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม โดยประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์ปัญหา ร่วมลงมือปฏิบัติ ร่วมพิจารณาประเมินผล และตระหนักในกระบวนการแก้ปัญหาต่าง ๆ ด้วยตนเอง เพื่อเป็นการสนับสนุนให้เกิดความเข้มแข็งขึ้นภายในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของมาลินี วงษ์สิทธิ์ (2545: 45-48) ที่ชี้ให้เห็นว่า ชุมชนมีบทบาทสำคัญ คือ การสร้างจิตสำนึก พัฒนาศักยภาพของคนในชุมชนด้วยการดึงเอาทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่ในชุมชน เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน องค์กรชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และกิจกรรมอื่น ๆ เข้ามามีส่วนร่วมเพื่อเป็นพลังในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

จากการศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยชุมชนของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พ.ศ.2549 โดยศึกษากรณีตัวอย่างจากชุมชน 4 รูปแบบใน 4

จังหวัดคือ ชุมชนตำบลบ้านถ้ำ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา ชุมชนตำบลศรีฐาน อำเภอป่าตึง จังหวัดสุราษฎร์ธานี อำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี และชุมชนตำบลปากพูน อำเภอเมืองจังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการศึกษา พบว่าทั้ง 4 ชุมชนได้ให้การดูแลด้านสังคมเด่นชัดกว่า การดูแลด้านสุขภาพเฉพาะที่ ชุมชนในจังหวัดนครศรีธรรมราช นั้นจัดการดูแลด้านสุขภาพด้านสูงอายุได้ดี และเป็นการบริการค่อนข้างใหม่ นอกจากการดูแลในระดับปฐมภูมิ เช่น การออกกำลังกาย การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และยังมีดูแลที่บ้าน การดูแลฉุกเฉินและการส่งต่อ การให้ความรู้และตรวจสุขภาพเดือนละครั้ง กายภาพฟื้นฟู การออกกำลังกายเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยง และสายด่วนให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ การที่ชุมชน ในจังหวัดนครศรีธรรมราชสามารถจัดการดูแลได้ดีกว่าที่อื่น เพราะเป็นชุมชนขนาดใหญ่ มีงบประมาณมาก นักการเมืองท้องถิ่น มีบทบาทสูงและมีบุคลากรด้านอื่น ๆ พร้อมกว่าที่อื่น ๆ (ศรณี ศรีหาคะ และคณะ, 2562)

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จของการดูแลผู้สูงอายุ โดยชุมชนมีหลายประการ เช่น มีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง ประชาชนให้ความเชื่อถือศรัทธา มีทุนทางวัฒนธรรมในชุมชนที่ช่วยยึดมั่นในขนบธรรมเนียม จารีตประเพณีอย่างเหนียวแน่น มีงบประมาณหรือแหล่งเงินทุนในการสนับสนุน เช่น กองทุนหมู่บ้าน ธนาคารหมู่บ้าน กองทุนสวัสดิการหมู่บ้าน หรือการระดมทุนในรูปแบบต่าง ๆ มีความสัมพันธ์แบบเครือญาติเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน ภายในและภายนอกชุมชน ดังนั้นจึงควรปลูกฝังเยาวชนคนรุ่นใหม่ในชุมชนให้มีจิตสำนึก ในการดูแลเอาใจใส่ต่อผู้สูงอายุ

3.3 การดูแลผู้สูงอายุโดยองค์กรเอกชน

การดูแลผู้สูงอายุโดยองค์กรเอกชน ในปัจจุบันองค์กรเอกชนมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น เนื่องจากมีแนวโน้มว่าครอบครัวไม่สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะความจำเป็นต้องออกไปทำงานนอกบ้านในโรงงานอุตสาหกรรม ทำให้ไม่มีเวลาดูแล ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องแสวงหาผู้ดูแลช่วยเหลือจากองค์กรหรือหน่วยงานเอกชนสำหรับประเทศไทย องค์กรเอกชนมีบทบาทในการส่งเสริม และดูแลช่วยเหลือได้ ซึ่งองค์กรที่ให้การดูแลในลักษณะการส่งเสริมตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานคร 3 แห่ง คือมูลนิธิทราเวลแคร์ มูลนิธิหิมะทองคำ และมูลนิธิมิตรภาพสงเคราะห์ อยู่ในจังหวัดสมุทรปราการ 1 แห่ง คือมูลนิธิปากน้ำสุสาน และในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 1 แห่ง คือ มูลนิธิอบรมศีล สมาธิ ปัญญา ส่วนองค์กรเอกชนที่ให้การดูแลช่วยเหลือด้านอื่น ๆ มีประมาณสาม 10 แห่งทั่วประเทศทั้งในกรุงเทพมหานคร และภูมิภาคต่าง ๆ สรุปได้ว่า องค์กรเอกชนเริ่มมีบทบาทสำคัญในการเป็นทางเลือกสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ รูปแบบการดูแลเป็นลักษณะการส่งเสริมการจัดกิจกรรมโครงการ เพื่อส่งภาพ และการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุแต่การดำเนินงานยังขาดการสนับสนุนจากภาครัฐเท่าที่ควร ไม่มีการติดตามตรวจสอบการดำเนินงาน เพื่อคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ

3.4 การดูแลผู้สูงอายุโดยศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ สถานบริการทางสาธารณสุขสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งให้บริการด้านการรักษาพยาบาล งานควบคุมป้องกันโรค งานส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับประชาชนในเขตรับผิดชอบตั้งแต่เกิดจนตาย เดิมเรียกว่า สุขศาลา ปรับเปลี่ยนเป็นสถานีอนามัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และปัจจุบัน

เปลี่ยนเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนในบางตำบล หน้าที่และความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีประสิทธิภาพ สรุปได้ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ให้บริการ และผู้สูงอายุดูญาติมิตร ก่อให้เกิดความอุ่นใจ และวางใจ
2. ควรหาหนทางในการแก้ปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุ ในการดูแลเชิงรุก และเชิงรับควบคู่กันไป
3. การสร้างความพึงพอใจให้ผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเชื่อใจสบายใจ และมีความพึงพอใจในการดูแลด้านการบริการ
4. การดูแลสุขภาพร่างกายผู้สูงอายุ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย นอกจากนี้ควรมีการส่งเสริมกิจกรรมให้ผู้สูงอายุ เช่น การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น
5. การดูแลด้านจิตใจแก่ผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุแต่ละคนมีลักษณะของการแก้ปัญหาแตกต่างกัน
6. การดูแลด้านสังคมแก่ผู้สูงอายุ ด้วยการจัดกลุ่มกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าช่วยลดปัญหาผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง
7. การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Care) เป็นการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ช่วยสร้างขวัญ และกำลังใจให้แก่ผู้สูงอายุ
8. การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เป็นการดูแลสุขภาพใน 4 มิติ คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

3.5 การดูแลผู้สูงอายุโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านหรือ อพส. คือ ผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ขาดคนดูแล ถูกทอดทิ้งช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ถูกกลั่นแกล้ง ได้รับการดูแลไม่ถูกต้อง โดยให้การดูแลช่วยเหลือตามความจำเป็น และความต้องการของผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง เท่าเทียม เพียงพอ และสม่ำเสมอ ในความรู้เรื่องต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งการให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัว ประชาชนในชุมชน เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง และเหมาะสม เป็นสื่อกลางในการนำไปประสานต่อบริการสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ

อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน มีคุณลักษณะ คือ ต้องผ่านการคัดเลือกจากประชาคมในท้องถิ่นหรือหมู่บ้านต้องผ่านหลักสูตรในการดูแลผู้สูงอายุ และผ่านการรับสมัครการเป็นอาสาสมัครในการดูแลผู้สูงอายุต้องมีเวลาไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ 2 วัน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน 1 คน ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีความทุกข์ยาก และเดือดร้อนในความรับผิดชอบไม่น้อยกว่า 5 คน และควรให้การดูแลผู้สูงอายุอื่น ๆ ในกลุ่มเสี่ยงไม่น้อยกว่า 15 คน การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในทุกเรื่องต้องได้รับการเห็นชอบจากประชาคมในท้องถิ่น และผู้สูงอายุหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกับผู้นำชุมชนคณะกรรมการ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและผู้สูงอายุผู้เข้ามาเป็นอาสาสมัครใหม่ ต้องมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุการปฏิบัติหน้าที่ เช่น การเข้ารับการอบรมหลักสูตรพื้นฐานเพื่อเป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน หรือการอบรมความรู้ในการดูแลช่วยเหลือคุ้มครอง และพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุหรือรับการถ่ายทอดความรู้จากอาสาสมัครเดิม ประมาณ 40 ถึง 60 คนหรือกำหนดโดยคำนวณจากอัตราส่วนการดูแลผู้สูงอายุตามความเหมาะสม ผู้ที่จะเข้า

มาทำหน้าที่อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน จะต้องมีความรัก มีความเข้าใจในธรรมชาติของผู้สูงอายุ และมีความรู้ในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ มีเวลาเพื่อทำหน้าที่อย่างต่อเนื่อง มีวุฒิภาวะที่เหมาะสม มีความรู้สามารถสื่อสารได้ และต้องเป็นผู้สำเร็จการอบรมหลักสูตรพื้นฐาน

อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน มีหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแล ถูกทอดทิ้ง ดูแลตนเองไม่ได้ และความต้องการของผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง เท่าเทียม เพียงพอ และสม่ำเสมอกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุ คือ คอยและให้คำปรึกษา ดูแลเรื่องอาหารการกิน เรื่องการทำความสะอาดร่างกาย การแต่งตัว ดูแลที่พักอาศัย ช่วยจัดสถานที่อยู่ในบ้านให้เหมาะสม ช่วยเรื่องการออกกำลังกาย พาไปพบแพทย์ พาไปพักผ่อนนอกบ้าน พาไปลงกิจกรรมในชุมชน พาไปร่วมกิจกรรมศาสนา รวมทั้งกิจกรรมอื่นๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ

3.6 การดูแลผู้สูงอายุโดยกลุ่มพึ่งพา

แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการอายุโดยกลุ่มพึ่งพา (Group Home) เกิดขึ้นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2513 ในประเทศสหรัฐอเมริกา เนื่องจากสาเหตุมาจากการเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็ว ประกอบกับสังคมอเมริกาเป็นระบบครอบครัวเดี่ยว ไม่มีลูกหลานคอยดูแล และรูปแบบการบริการทางสังคมไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างทั่วถึง จึงมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบที่มุ่งเน้นในการดูแลพัฒนาศักยภาพให้ดำรงชีวิตมีความสุข และสมศักดิ์ศรี ประกอบด้วยรูปแบบการจัดที่พักอาศัยเป็นกลุ่มขนาดเล็กประมาณ 5 ถึง 15 คน ผู้สูงอายุต้องมีสุขภาพดี และสามารถดูแลตนเองได้ แต่ในกรณีที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมดจะมีการบริการดูแลเฉพาะบุคคลอย่างใกล้ชิดจากเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรม แต่อย่างไรก็ตามเน้นให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเอง และพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ตามความสามารถของแต่ละคน นอกจากนี้กิจกรรมนันทนาการ อาชีวะบำบัด การฝึกอบรมให้ความรู้ต่าง ๆ ซึ่งรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบนี้สามารถกระจายการดูแลได้อย่างกว้างขวาง แม้แต่ในชุมชนขนาดเล็ก และห่างไกลเนื่องจากต้นทุนในการดำเนินงาน และค่าใช้จ่ายค่อนข้างถูก สามารถดำเนินการได้ทั้งหน่วยงานภาครัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือองค์กรในชุมชน จะต้องมีความรู้หน่วยงานภาครัฐ ทำหน้าที่กำกับดูแลคุณภาพ และมาตรฐานการดำเนินงานสำหรับประเทศไทยได้นำแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุแบบพึ่งพาไปดำเนินการนำร่อง โดยร่วมมือกับองค์กรบริหารส่วนตำบลหลายแห่งในจังหวัด เชียงใหม่ ขอนแก่น ปทุมธานี ตรัง สมุทรปราการ และจังหวัดสงขลา

3.7 การดูแลผู้สูงอายุโดยสถานสงเคราะห์

สถานสงเคราะห์คนชราแห่งแรกของรัฐ คือ สถานสงเคราะห์คนชรabanบางแค ก่อตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2496 ในกรุงเทพมหานคร ต่อมาได้มีการทยอยจัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชราขึ้นในทุกภาคของประเทศไทยจนถึงปัจจุบันมีสถานสงเคราะห์คนชรารวม 20 แห่งใน 16 จังหวัด หน่วยงานที่รับผิดชอบ คือ กองสวัสดิการสงเคราะห์กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย รับผิดชอบการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านต่าง ๆ เช่น ผู้สูงอายุเร่ร่อน ไร้ที่พึ่ง ไม่มีที่อาศัยเป็นหลักแหล่ง ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในบ้านของตนเอง ผู้สูงอายุที่มีปัญหาไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้ และผู้สูงอายุที่ไม่มีญาติพี่น้องดูแล

3.8 การดูแลผู้สูงอายุโดยศูนย์บริการผู้สูงอายุ

การดูแลผู้สูงอายุโดยศูนย์บริการผู้สูงอายุภายในชุมชน เป็นบริการในระดับชุมชนที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัวได้เข้ามาร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือรับบริการจากศูนย์ประเภทเข้าไปเฝ้ากลับ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข และอบอุ่นในบ้านปลายชีวิต ภายในศูนย์มีบริการที่เหมาะสมกับสภาพความต้องการของผู้สูงอายุ และสภาพของชุมชน ประกอบด้วยบริการด้านสุขภาพอนามัย กิจกรรมเสริมรายได้ บริการด้านสังคมสงเคราะห์ ศาสนา และนันทนาการ ตามความสนใจของผู้สูงอายุ ปัจจุบันมีศูนย์บริการผู้สูงอายุ 18 แห่งใน 14 จังหวัด คือ กรุงเทพมหานคร ขอนแก่น จันทบุรี ชลบุรี ชุมพร เชียงใหม่ ตรัง นครปฐม นครราชสีมา บุรีรัมย์ พิษณุโลก ยะลา มหาสารคาม และลพบุรี

นอกจากนี้กรมประชาสงเคราะห์ ได้กล่าวถึงรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในลักษณะของศูนย์บริการผู้สูงอายุเพิ่มเติมว่า นอกจากเป็นบริการที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับครอบครัวได้เข้ามาใช้บริการแล้ว มีหน่วยเคลื่อนที่ออกบริการเยี่ยมเยียนดูแลผู้สูงอายุตามชุมชนต่างๆ โดยมีแพทย์นักสังคมสงเคราะห์ และพยาบาล ให้คำแนะนำปรึกษาบริการด้านข้อมูลข่าวสารต่างๆ และมีบ้านพักฉุกเฉินสำหรับผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อนด้านจิตใจกับครอบครัว ต้องการแยกมาอยู่ชั่วคราว และบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภารกิจในเมืองใหญ่ แต่ไม่มีที่พักอาศัยโดยให้บริการด้านปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต และด้านสังคมสงเคราะห์

จะเห็นได้ว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว ชุมชน องค์กรเอกชน ศูนย์สุขภาพชุมชนอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน แบบกลุ่มพึ่งพา การดูแลโดยสถานสงเคราะห์ และการดูแลโดยศูนย์บริการผู้สูงอายุ มีความเหมาะสมในสถานการณ์ปัจจุบันที่ต้องมีความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เดือดร้อน ที่ดูแลและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัว และชุมชนได้อย่างปกติ และมีความเชื่อมั่นว่าจะไม่ถูกทอดทิ้งในบ้านปลายชีวิต ที่สำคัญคือ การเสริมสร้างจิตสำนึกให้ครอบครัวชุมชนตระหนัก และให้ความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของตน รวมทั้งการสร้างอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านให้เป็นนักสังคมสงเคราะห์พื้นบ้าน ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนทางด้านสุขภาพอนามัย ด้านจิตใจ และสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า แนวคิดเกี่ยวกับดูแลผู้สูงอายุ เป็นแนวทางการให้ความช่วยเหลือ ดูแล สนับสนุนอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม โดยการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุจากครอบครัว การดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน การดูแลผู้สูงอายุโดยองค์กรเอกชน การดูแลผู้สูงอายุจากหน่วยบริการสาธารณสุขทั้งระดับปฐมภูมิทุติยภูมิ ตติยภูมิ การดูแลผู้สูงอายุโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุโดยสถานสงเคราะห์ รวมถึงการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งต้องมีความเหมาะสมกับสถานการณ์ผู้สูงอายุในปัจจุบัน ที่ต้องการความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ดูแลผู้สูงอายุที่มีความเปราะบาง หรือมีความเสี่ยงกับการเกิดการพลัดตกหกล้ม ที่ดูแลช่วยเหลือตนเองไม่ได้ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัว และชุมชนได้อย่างปกติ รวมถึงการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่มีมาตรฐาน ส่งผลให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุต่อไป ผู้วิจัยจะได้นำแนวคิดดังกล่าวเพื่อไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มในตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

2.1.2 มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ

1. กรอบแนวคิดและนโยบายการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

1.1 การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ภายใต้กรอบสหประชาชาติ : แผนปฏิบัติการระหว่างประเทศมาดริด ว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ (The Madrid International Plan of Action on Ageing)

องค์การสหประชาชาติ (United Nations) ได้จัดการประชุมสมัชชาระดับโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ ครั้งที่ 2 (the 2nd world Assembly on Ageing) ณ กรุงมาดริด ประเทศสเปน ใน พ.ศ. 2545 ผลจากการประชุมคราวนั้นได้ก่อให้เกิดพันธกรณีระหว่างประเทศในเรื่องของผู้สูงอายุที่เรียกว่า แผนปฏิบัติการระหว่างประเทศมาดริด ว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ (The Madrid International Plan of Action on Ageing) ที่ได้กำหนดเป้าหมายหลักของการพัฒนาผู้สูงอายุใน 3 ประเด็นต่อไปนี้ คือ

1.1.1 ผู้สูงอายุกับการพัฒนา (Older persons and development)

1.1.2 ส่งวัยอย่างสุขภาพดี และมีสุขภาวะ (Advancing health and well-being into old age)

1.1.3 การสร้างความมั่นใจว่าจะมีสภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุนและเหมาะสม (Ensuring enabling and supportive environment)

ซึ่งเป็นพันธกรณีที่ประเทศภาคีองค์การสหประชาชาติจะต้องร่วมยึดถือเป็นเป้าหมายการดำเนินงานผู้สูงอายุและร่วมกำหนดทิศทางกลยุทธ์ของการพัฒนาเพื่อมุ่งไปสู่เป้าหมายดังกล่าวร่วมกัน

1.2 ประเด็นท้าทายในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

1.2.1 การสร้างหลักประกันด้านรายได้เพื่อวัยสูงอายุ

การเตรียมความพร้อมเพื่อความมั่นคงในวัยสูงอายุ ด้วยการส่งเสริมระบบการออมแห่งชาติให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในวัยทำงานและยังไม่มีหลักประกันด้านรายได้ใดๆ จากรัฐให้มีบำนาญเพื่อการใช้จ่ายในวัยสูงอายุ

1.2.2 การส่งเสริมและขยายโอกาสในการทำงานของผู้สูงอายุ

โดยการส่งเสริมให้นำความสามารถและประสบการณ์ของผู้สูงอายุ มาเป็นส่วนหนึ่งของภาคการผลิต ภาคบริการ ภาควิชาการ การให้คำแนะนำปรึกษา ตลอดจนงานอาสาสมัคร และการถ่ายทอดภูมิปัญญา อีกทั้งยังเป็นแนวปฏิบัติที่สามารถลดปัญหาการขาดแคลนแรงงานทั้งในปัจจุบันและในอนาคตของประเทศไทยได้

1.2.3 การสร้างและพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

การสร้างและพัฒนาระบบเพื่อจัดบริการรองรับความต้องการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยมุ่งเน้นที่จะสร้างและพัฒนากลไกต่าง ๆ ที่มีอยู่ทั้งในระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติ ทั้งในเขตเมือง และในระดับท้องถิ่น โดยเฉพาะด้านบุคลากรและผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ร่วมกันทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุทั้งบุคลากรวิชาชีพ และอาสาสมัครด้วยการให้บริการแก่ผู้สูงอายุในชุมชน โดยเฉพาะบริการด้านการดูแลและการฟื้นฟูสุขภาพให้กับกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง และมีข้อจำกัดในเรื่องการเคลื่อนไหว นอกจากนี้ยังมีการเร่งขยายการฝึกอบรมบุคลากรเพื่อพัฒนาความรู้ และพัฒนาทักษะเฉพาะด้านการดูแลผู้สูงอายุ

1.2.4 การจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมและปลอดภัยในที่สาธารณะสำหรับผู้สูงอายุ

โดยมุ่งสร้างความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักแก่สาธารณชน และหน่วยงานทุกภาคส่วน ในเรื่องการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย เพื่อคนทุกวัยให้สามารถใช้ประโยชน์ร่วมกัน (Universal Design : UD)

1.2.5 การเสริมสร้างขีดความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลด้านคุณภาพชีวิตอย่างครอบคลุมทุกด้าน จึงจำเป็นต้องมีการเสริมสร้างขีดความสามารถของบุคลากรเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน โดยการสนับสนุนทรัพยากร การสนับสนุนความรู้ การนิเทศงาน หรือการฝึกอบรมเพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ผู้สูงอายุ และองค์ความรู้ด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ทั้งนี้ เพื่อให้บุคลากร และผู้ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุได้อย่างมืออาชีพ

กรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO's Active Ageing framework) Active Ageing เป็นกระบวนการที่สร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบสาธารณสุข การมีส่วนร่วมและได้รับความปลอดภัย เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในการวางแผนนโยบาย บริหารจัดการการให้บริการ การจัดสภาพแวดล้อมและโครงสร้างเมืองของเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุนั้นต้องคำนึงถึง

1. ความหลากหลายของความสามารถและการเป็นแหล่งทรัพยากรของผู้สูงอายุ
2. ความยืดหยุ่นในการตอบสนองและคาดการณ์ความต้องการและความชอบของผู้สูงอายุ

3. ความสำคัญของการตัดสินใจและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ
4. การคุ้มครองป้องกันกลุ่มเสี่ยงในผู้สูงอายุ
5. การสร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในเรื่องต่าง ๆ ในสังคม

โดยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ควรได้รับการส่งเสริมให้เป็นผู้ที่มีพหุศักยภาพ (Active Ageing) เริ่มจากผู้สูงอายุ ต้องส่งเสริมให้เกิดการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับโรคหรือความเจ็บป่วยที่มี ตลอดจนกระตุ้นให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องตามศักยภาพ และมีกลุ่มในสังคมโดยอาศัยเทคโนโลยีมาเชื่อมต่อสังคมให้กับผู้สูงอายุเหล่านี้

1.3 ปฏิญญาอาเซียนในเรื่องผู้สูงอายุ

1.3.1 ปฏิญญาบรูไนดารุสซาลาม ว่าด้วยการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว : การดูแลผู้สูงอายุ (Brunei Darussalam Declaration on Strengthening Family Institution : Caring for the Elderly) ได้รับการรับรองใน พ.ศ. 2553 ณ กรุงบันดาร์เสรีเบกาวัน ประเทศบรูไนดารุสซาลาม โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1.3.1.1 พัฒนาระบบการสนับสนุนทางสังคมและกระตุ้นให้มีแผนงานด้านการศึกษา เพื่อเพิ่มพูนความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ

1.3.1.2 ให้การดูแลและสนับสนุนที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งรวมถึงในรูปแบบของอาสาสมัครชุมชน และรูปแบบอื่น ๆ ของการดูแลแบบทางเลือกโดยครอบครัวและชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ

1.3.1.3 ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการสร้างเงื่อนไขที่เอื้อต่อการพึ่งพาตนเองและความสามารถในการทำงานเชิงเศรษฐกิจ

1.3.1.4 ส่งเสริมโอกาสในทุกช่วงวัยในการพัฒนาตนเอง การบรรลุเป้าหมายในชีวิตของตนเอง และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีผ่านทางช่องทางต่าง ๆ รวมถึงการเข้าถึงสวัสดิการ และบริการทางสังคม แหล่งทรัพยากร การฝึกอบรมเพื่อเพิ่มทักษะตลอดชีวิต และการมีส่วนร่วมในชุมชน

1.3.1.5 ให้ผู้สูงอายุมีรายได้มั่นคง กระตือรือร้น และมีสุขภาพดี ด้วยการลดอัตราความยากจนในผู้สูงอายุ

1.3.1.6 ส่งเสริมการให้บริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ การสนับสนุนและการคุ้มครองทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่รวมถึงการดูแลสุขภาพเชิงป้องกันและการบำบัดฟื้นฟู

1.3.1.7 สนับสนุนการเสริมสร้างศักยภาพแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมูลฐาน นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ดูแลและอาสาสมัครในการให้การดูแลผู้สูงอายุ

1.3.1.8 ส่งเสริมการตระหนักรู้และความสามารถของเยาวชนในการใช้ชีวิตอย่างถูกสุขลักษณะ และเตรียมสำหรับการก้าวสู่วัยผู้สูงอายุและสามารถรับมือกับประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสูงวัยได้

1.3.1.9 ส่งเสริมการดำเนินงานและการแลกเปลี่ยนงานวิจัยและการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยสูงอายุ

1.3.1.10 เสริมสร้างความร่วมมือกับองค์กรข้ามสาขาของอาเซียนที่เกี่ยวข้อง และส่งเสริมการเป็นหุ้นส่วนที่ใกล้ชิดยิ่งขึ้นกับภาคประชาสังคม ภาคเอกชน สมาคมผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ

1.3.2 ปฏิญญากัวลาลัมเปอร์ ว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ : การเพิ่มขีดความสามารถของผู้สูงอายุในอาเซียน (Kuala Lumpur Declaration on Ageing: Empowering Older Persons in ASEAN) ได้รับการรับรองโดยผู้นำอาเซียนในคราวการประชุมสุดยอดอาเซียน ครั้งที่ 27 ในเดือนพฤศจิกายน 2558 ณ กรุงกัวลาลัมเปอร์ ประเทศมาเลเซีย โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1.3.2.1 ส่งเสริมให้มีแนวปฏิบัติที่รับผิดชอบร่วมกันในการเตรียมการเพื่อให้ผู้สูงวัยมีสุขภาพดี แข็งแรง และทรงคุณค่าโดยให้การสนับสนุนครอบครัว ผู้ทำหน้าที่ดูแล และเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนมีบริการดูแลผู้สูงอายุ

1.3.2.2 ส่งเสริมความเป็นปึกแผ่นของคนระหว่างวัยเพื่อนำไปสู่สังคมของคนทุกช่วงวัย โดยสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของสิทธิ ประเด็น และความท้าทายของความสูงวัย และการก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ

1.3.2.3 ส่งเสริมการทำงานฐานสิทธิ/ความต้องการจำเป็นและตลอดทุกช่วงวัย และจัดการการกระทำหรือการละเว้นการกระทำด้วยประการใด ๆ ทุกรูปแบบบนพื้นฐานของอายุ และเพศ โดยให้ผู้สูงอายุได้รับโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณะ การเสริมสร้างรายได้ บริการสุขภาพ และ

สารสนเทศที่จำเป็น ตลอดจนมาตรการในการป้องกันการคุ้มครองทางกฎหมาย และระบบการสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ

1.3.2.4 บูรณาการเรื่องประชากรสูงอายุในนโยบายสาธารณะและแผนการพัฒนาระดับชาติ และแผนงาน ซึ่งอาจรวมถึงการกำหนดการเกษียณอายุและนโยบายการจ้างงานที่ยืดหยุ่น

1.3.2.5 ส่งเสริมการพัฒนาทุนมนุษย์และความเชี่ยวชาญในด้านพหุวิทยา เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และบุคลากรมีอาชีพและกึ่งมีอาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการในปัจจุบันและอนาคตด้านสุขภาพและบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

1.3.2.6 ส่งเสริมการพัฒนาสารสนเทศที่เชื่อถือได้ ข้อมูลเชิงประจักษ์และแยกประเภทตามเพศเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ซึ่งรวมถึงขีดความสามารถที่เพิ่มมากขึ้นเพื่อลดช่องว่างในด้านนโยบาย การวิจัย และการปฏิบัติ

1.3.2.7 พัฒนาขีดความสามารถของหน่วยงานภาครัฐ องค์กรนิบุคคัล องค์กรภาคประชาสังคม ซึ่งรวมทั้งองค์กรสวัสดิการภาคสมัครใจ ชุมชน และผู้มีส่วนได้เสียอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการประสานงานและประสิทธิภาพที่ดีขึ้นในการจัดบริการที่มีคุณภาพสำหรับผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่น ระดับชาติ และระดับภูมิภาค

1.3.2.8 สนับสนุนการพัฒนาสมาคมผู้สูงอายุ หรือรูปแบบอื่นๆ ของการเป็นเครือข่าย ซึ่งรวมถึงชมรมผู้สูงอายุและเครือข่ายอาสาสมัครในทุกประเทศสมาชิกอาเซียน โดยการเสริมสร้างขีดความสามารถและเปิดโอกาสให้มีเวทีการหารือแลกเปลี่ยนในลักษณะพหุสาขากับรัฐบาลในประเทศของผู้สูงอายุ

1.3.2.9 ส่งเสริมชุมชนและเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในภูมิภาคโดยการจัดให้มีระบบโครงสร้างพื้นฐานที่ยั่งยืนและเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้

1.3.2.10 สร้างและพัฒนาเครือข่ายและหุ้นส่วนความร่วมมือภายในและระหว่างประเทศสมาชิกอาเซียน รวมถึงประเทศคู่เจรจาและหุ้นส่วนการพัฒนา รวมถึงองค์กรของสหประชาชาติ องค์กรภาคประชาสังคม ภาคเอกชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น ๆ ในการสนับสนุนและจัดหาทรัพยากรที่เพียงพอและการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ

1.4 แนวทางการจัดสวัสดิการด้านผู้สูงอายุของต่างประเทศ

จากการทบทวนวรรณกรรมจากประเทศที่พัฒนาแล้ว ในทวีปยุโรป อาทิ สวิตเซอร์แลนด์ ทวีปออสเตรเลีย และทวีปเอเชีย พบว่า การจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจะครอบคลุมในเรื่องการมีกฎหมาย นโยบาย และมีคณะกรรมการคุ้มครองผู้สูงอายุ การมีระบบหลักประกันรายได้/บำนาญ รวมทั้งสวัสดิการ อาทิ ที่อยู่อาศัย บริการด้านสุขภาพ การดูแลในชีวิตประจำวัน การส่งเสริมการศึกษา การเรียนรู้ นันทนาการ การมีส่วนร่วม การจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวก รวมทั้งสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ เมื่อถึงวัยสูงอายุ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560

วรรคสี่ มาตรการที่รัฐกำหนดขึ้นเพื่อขจัดอุปสรรคหรือส่งเสริมให้บุคคลสามารถใช้สิทธิหรือเสรีภาพได้เช่นเดียวกับบุคคลอื่น หรือเพื่อคุ้มครองความสะดวกให้แก่ เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ หรือผู้ด้อยโอกาสย่อมไม่ถือว่าเป็นการเลือกปฏิบัติ

มาตรา 48 วรรคสอง บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีและไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ และบุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐตามที่กฎหมายบัญญัติ

หมวด 6 แผนนโยบายแห่งรัฐ

มาตรา 71 วรรคสาม รัฐพึงให้ความช่วยเหลือเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ยากไร้ และผู้ด้อยโอกาสให้สามารถดำรงชีพได้อย่างมีคุณภาพ และคุ้มครองป้องกันมิให้บุคคลดังกล่าวถูกใช้ความรุนแรงหรือปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม รวมตลอดทั้งให้การบำบัด พิณฑุและเยียวยา ผู้ถูกระทำการดังกล่าว(คณะกรรมการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2560)

1.5 ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี พ.ศ. 2561 - 2580 (ฉบับเสนอสถานิติบัญญัติแห่งชาติ)

1.5.1 ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม

มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญที่ให้ความสำคัญการดึงเอาพลังของภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาคเอกชน ประชาสังคม ชุมชนท้องถิ่น มาร่วมขับเคลื่อน โดยการสนับสนุนการรวมตัวของประชาชนในการร่วมคิดร่วมทำเพื่อส่วนรวม การกระจายอำนาจและความรับผิดชอบไปสู่กลไกบริหารราชการแผ่นดินในระดับท้องถิ่น การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการตนเอง และการเตรียมความพร้อมของประชากรไทยทั้งในมิติสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสภาพแวดล้อมให้เป็นประชากรที่มีคุณภาพสามารถพึ่งตนเองและทำประโยชน์แก่ครอบครัว ชุมชน และสังคมให้นานที่สุด โดยรัฐให้หลักประกันการเข้าถึงบริการและสวัสดิการที่มีคุณภาพอย่างเป็นธรรมและทั่วถึง

1.6 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 - 2570)

ความเชื่อมโยงของหมุดหมายกับเป้าหมายหลักของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 13 และยุทธศาสตร์ชาติ หมุดหมายที่ 9 มุ่งตอบสนองต่อเป้าหมายหลักของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 13 จำนวน 2 เป้าหมาย ได้แก่ เป้าหมายที่ 2) การพัฒนาคนสำหรับโลกยุคใหม่ ในด้านการสร้างหลักประกันและความคุ้มครองทางสังคม เพื่อให้คนไทยมีความมั่นคงในชีวิต และเป้าหมายที่ 3) การมุ่งสู่สังคมแห่งโอกาสและความเป็นธรรม โดยการสนับสนุนให้กลุ่มเปราะบางและผู้ด้อยโอกาสมีโอกาสในการเลื่อนขั้นทางเศรษฐกิจและสังคมสูงขึ้น นอกจากนี้ หมุดหมายที่ 9 ยังมีความสอดคล้องกับเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ชาติใน 2 ด้าน ได้แก่ ยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ในประเด็นเป้าหมาย สังคมไทยมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อและสนับสนุนต่อการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต และ ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคมใน 2 ประเด็นเป้าหมาย คือ สร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในทุกมิติ และกระจายศูนย์กลางความเจริญทางเศรษฐกิจและสังคม เพื่อเพิ่มโอกาสให้ทุกภาคส่วนเข้ามาเป็นกำลังของการพัฒนาประเทศในทุกระดับ

ความคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงวัย

(1) สัดส่วนผู้สูงอายุที่ยากจนลดลง เหลือไม่เกินร้อยละ 4

(2) สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าถึงบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพิ่มขึ้นเป็นไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70

กลยุทธ์ย่อยที่ 3.3 ยกระดับความคุ้มครองทางสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มุ่งสนับสนุนระบบสวัสดิการทางเลือกที่จัดโดย อปท. และภาคีการพัฒนาต่าง ๆ ควบคู่ไปกับการบูรณาการข้อมูล ด้านสวัสดิการและเงินช่วยเหลือทั้งหมดของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันความซ้ำซ้อน

และเอื้อต่อการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ยากจนแบบมุ่งเป้ามากยิ่งขึ้น พร้อมทั้งเพิ่มการเข้าถึงบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการเพิ่มศักยภาพของบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสนับสนุนบทบาทของ อปท. สถานบริการเอกชน ผู้ดูแลอิสระ และสมาชิกในครอบครัวที่ผ่านการฝึกอบรมทักษะที่จำเป็นและได้รับการรับรองมาตรฐานแล้ว ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่อาศัยในบ้านตนเอง ด้วยการสนับสนุนการปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ยากจน ควบคู่กับการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีทางเลือกของที่อยู่อาศัยที่หลากหลาย ทั้งบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ และที่อยู่อาศัยที่ออกแบบเพื่อผู้สูงอายุ อย่างเพียงพอต่อความต้องการ (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2565)

1.7 แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุระยะที่ 3 (พ.ศ.2566-2580)

แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ.2566-2580) ประกอบไปด้วยแผนปฏิบัติการย่อย 4 แผน ได้แก่ แผนปฏิบัติการย่อยที่ 1 เตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุ แผนปฏิบัติการย่อยที่ 2 ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทุกมิติอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม แผนปฏิบัติการย่อยที่ 3 ปฏิรูปและบูรณาการ ระบบบริหารเพื่อรองรับสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ และแผนปฏิบัติการย่อยที่ 4 เพิ่มศักยภาพการวิจัย การพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมรองรับสังคมสูงวัย โดยแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ.2566-2580) มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ทั้งเป้าหมายการพัฒนาและประเด็นภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติดังนี้ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2565)

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งกำหนดเป้าหมาย การพัฒนาที่สำคัญ ได้แก่ “คนไทยเป็นคนดี คนเก่ง มีคุณภาพ พร้อมสำหรับวิถีชีวิตในศตวรรษที่ 21” และ “สังคมไทยมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อและสนับสนุนต่อการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต”

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม กำหนดเป้าหมายการพัฒนา ที่สำคัญไว้สามประการ ได้แก่ “สร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในทุกมิติ” “กระจายศูนย์กลางความเจริญทางเศรษฐกิจและสังคม เพิ่มโอกาสให้ทุกภาคส่วนเข้ามาเป็นกำลังของการพัฒนาประเทศในทุกระดับ” และ “เพิ่มขีดความสามารถของชุมชนท้องถิ่นในการพัฒนา การพึ่งตนเอง และการจัดการตนเองเพื่อสร้างสังคมคุณภาพ”

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ชาติด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ ได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญประการหนึ่ง คือ “ภาครัฐมีขนาดที่เล็กลงพร้อมปรับตัวให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง”

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน มีเป้าหมายการพัฒนาที่เชื่อมโยง กับแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุระยะที่ 3

แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ.2566-2580) มีดังนี้

แผนปฏิบัติการย่อยที่ 1 เตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุ

มาตรการ 1. ส่งเสริมให้ประชากรอายุ 25-59 ปี เร่งเตรียมการก่อนวัยสูงอายุในมิติทางเศรษฐกิจ

1.1 ส่งเสริมการออมเงินเพื่อยามชราภาพ

1.2 เร่งพัฒนาระบบบำนาญแห่งชาติแบบหลายชั้น

1.3 ขยายอายุเกษียณและส่งเสริมการทำงานต่อเนื่องของประชากรวัยทำงาน

มาตรการ 2. สร้างเสริมความรู้ความเข้าใจถึงกระบวนการชราภาพ ตระหนักถึงคุณค่า ศักดิ์ศรี และมีความรับผิดชอบต่อผู้สูงอายุ

2.1 ส่งเสริมการให้ความรู้เรื่องกระบวนการชราภาพ

2.2 รณรงค์ให้สังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

2.3 รักษาค่านิยมของสังคมในการดูแลรับผิดชอบผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน

มาตรการ 3. ส่งเสริมการพัฒนาความรู้และศักยภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง รู้เท่าทันและสามารถเลือกใช้ประโยชน์ จากสื่อสารสนเทศและเทคโนโลยีดิจิทัล

3.1 ส่งเสริมประชากรวัยทำงานให้มีโอกาสเข้าถึงแหล่งเรียนรู้ต่อเนื่องตลอดชีวิตที่สอดคล้องกับความสนใจและวิถีชีวิตของตนเอง

3.2 ส่งเสริมการให้ความรู้และพัฒนาทักษะในการรู้เท่าทันสื่อและใช้สื่อสารสนเทศและเทคโนโลยีดิจิทัลอย่างสร้างสรรค์

มาตรการ 4. เร่งเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

4.1 สร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการมีสุขภาพดีและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

4.2 ส่งเสริมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ

4.3 สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในชุมชน

มาตรการ 5. ส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับวัยสูงอายุและเพิ่มโอกาสในการปรับสภาพที่อยู่อาศัย

5.1 เร่งสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

5.2 ส่งเสริมการปรับปรุงที่อยู่อาศัยโดยเฉพาะครัวเรือนที่มีบิดามารดาสูงอายุอาศัยอยู่ด้วย

5.3 ส่งเสริมการขยายตัวของธุรกิจและอุตสาหกรรมการผลิตวัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ

แผนปฏิบัติการย่อยที่ 2 ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทุกมิติอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

มาตรการ 1 ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านเศรษฐกิจ

1.1 ปฏิรูประบบหลักประกันยามชราภาพให้เป็นไปอย่างบูรณาการและยั่งยืนสามารถครอบคลุมผู้สูงอายุอย่างพอเพียง ทั่วถึง และเป็นธรรม

1.2 ส่งเสริมการทำงานของผู้สูงอายุทั้งภาคในระบบและนอกระบบ

1.3 เพิ่มพูนทักษะหรือโอกาสในการทำงานด้วยการเพิ่มช่องทางการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุวัยต้น

มาตรการ 2 ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสุขภาพ

2.1 เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2.2 พัฒนาระบบสุขภาพรองรับสังคมสูงวัยเชิงรุกที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ แต่ละกลุ่มและเหมาะกับบริบทของพื้นที่

มาตรการ 3 ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสังคม

3.1 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการเป็นพลังทางสังคม

3.2 ส่งเสริมการจัดการสื่อสารสนเทศสำหรับผู้สูงอายุ

3.3 ส่งเสริมศักยภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ

มาตรการ 4 ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสภาพแวดล้อม

4.1 ส่งเสริมการปรับสภาพที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุทั้งภายในบ้านและนอกบ้าน

4.2 ส่งเสริมการจัดการสภาพแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวก และบริการสาธารณะที่เอื้อต่อ คนทุกวัยให้เหมาะกับบริบทของสังคมเมืองและชนบท

4.3 สร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงที่อยู่อาศัย วัสดุอุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ให้แก่ผู้สูงอายุ

4.4 สร้างระบบทางสัญจรและการคมนาคมทางบกที่เอื้อต่อคนทุกวัย

แผนปฏิบัติการย่อยที่ 3 ปฏิรูปและบูรณาการระบบบริหารเพื่อรองรับสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ

มาตรการ 1 แปลงแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติและผลักดันให้ทุกภาคส่วนขับเคลื่อนแผน อย่างมีบูรณาการตั้งแต่ระดับชาติสู่ระดับท้องถิ่น

มาตรการ 2. ติดตามและประเมินผลนโยบายและแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุในแต่ละระดับ

มาตรการ 3 ปฏิรูประบบกฎหมายเพื่อรองรับการดำเนินงานของทุกภาคส่วนในการรองรับสังคมสูงวัยเชิงรุก

มาตรการ 4 วางระบบกำลังคนด้านผู้สูงอายุทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ในระดับชาติและระดับพื้นที่

มาตรการ 5 เพิ่มขีดความสามารถในการพัฒนาและการจัดการงานด้านผู้สูงอายุขององค์กรชุมชน/ท้องถิ่น และผู้นำชุมชน

มาตรการ 6 พัฒนาระบบการพิทักษ์และคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มที่เป็นกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเปราะบาง และกลุ่มที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ทั้งในฐานะผู้รับบริการ ผู้รับสวัสดิการ หรือผู้บริโภคร

มาตรการ 7 พัฒนาระบบปกป้องและฟื้นฟูผู้สูงอายุและครอบครัวในยามที่เกิดนานาวิฤติ

มาตรการ 8 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

แผนปฏิบัติการย่อยที่ 4 เพิ่มศักยภาพการวิจัย การพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมรองรับสังคมสูงวัย

มาตรการ 1 ส่งเสริมการผลิตงานวิจัยและนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเพื่อการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

1.1 ส่งเสริมการพัฒนางานวิจัย/ผลิตภัณฑ์ด้านผู้สูงอายุหรือบริการ/ระบบหรือกระบวนการใหม่ เพื่อเพิ่มศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

1.2 ส่งเสริมให้มีการนำผลงานวิจัย/ข้อเสนอเชิงนโยบาย/นวัตกรรมด้านผู้สูงอายุไปใช้ ประโยชน์ในการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

มาตรการ 2 ส่งเสริมการพัฒนาระบบข้อมูล งานวิจัย และนวัตกรรมด้านผู้สูงอายุที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย และเป็นประโยชน์ต่อภาครัฐในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

2.1 สร้างระบบข้อมูล งานวิจัย และนวัตกรรมด้านผู้สูงอายุของประเทศ

2.2 สร้างกลไกเชื่อมโยงฐานข้อมูลด้านผู้สูงอายุจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องในระดับประเทศ จังหวัด และท้องถิ่น

2.3 พัฒนาระบบสืบค้นที่ง่ายและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลมากขึ้น

2.4 พัฒนาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถาบันการศึกษาในระดับจังหวัด ในการจัดเก็บและสร้างฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือเพื่อเชื่อมโยงสู่ระบบฐานข้อมูลของประเทศ

1.8 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2553 และแก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560

เหตุผลความจำเป็นในการตรากฎหมายฉบับนี้ เพื่อให้การดำเนินงานเกี่ยวกับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนต่อสิทธิและประโยชน์ของผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และให้ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ โดยสรุปสาระสำคัญได้ ดังนี้

1.8.1. นิยามผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย

1.8.2. ให้มีคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (มาตรา 4) เป็นกลไกระดับชาติ เพื่อกำหนดนโยบาย และแผนหลัก แนวทางปฏิบัติ ตลอดจนประสานงาน ติดตาม และประเมินผลเกี่ยวกับการคุ้มครองการส่งเสริม และการสนับสนุนสถานภาพ บทบาท และกิจกรรมของผู้สูงอายุ

1.8.3. สิทธิผู้สูงอายุ (มาตรา 11) ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุน

1.10.3.1 การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ

1.8.3.2 การศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต

1.8.3.3 การประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพที่เหมาะสม

1.8.3.4 การพัฒนาตนเองและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน

1.8.3.5 การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุใน
อาคาร สถานที่ ยานพาหนะหรือการบริการสาธารณะอื่น

1.8.3.6 การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม

1.8.3.7 การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ

1.8.3.8 การช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรมหรือ
ถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง

1.8.3.9 การให้คำแนะนำ ปกป้องดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดีหรือใน
ทางการแก้ไขปัญหาคบครัว

1.8.3.10 การจัดที่พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่าง
ทั่วถึง

1.8.3.11 การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

1.8.3.12 การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี

1.8.3.13 การอื่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

1.9 นโยบายและมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้อง

1.9.1 นโยบายของรัฐบาลด้านผู้สูงอายุ

คณะรัฐมนตรีโดยนายกรัฐมนตรี (พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา) ได้แถลงนโยบาย
ต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ เมื่อวันศุกร์ที่ 12 กันยายน 2557 ได้กำหนดนโยบายการบริหารราชการ
แผ่นดิน 11 ด้าน โดยนโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ คือ นโยบายด้านที่ 3 การลดความเหลื่อมล้ำของ
สังคมและการสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐ ดังนี้

ข้อที่ 3 ในระยะต่อไป จะพัฒนาระบบการคุ้มครองทางสังคม ระบบการออม
และระบบสวัสดิการชุมชนให้มีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืนมากยิ่งขึ้น รวมทั้งการดูแลให้มีระบบ
การกักขังที่เป็นธรรมและการสงเคราะห์ผู้ยากไร้ตามอัตภาพ พัฒนาศักยภาพ คัดกรองและพิทักษ์สิทธิ
จัดสวัสดิการช่วยเหลือและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ด้อยโอกาสผู้พิการ ผู้สูงอายุ สตรี และเด็ก

ข้อที่ 4 เตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการ
มีงานหรือกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อสร้างสรรค์และไม่ก่อภาระต่อสังคมในอนาคต โดยจัดเตรียมระบบ
การดูแลในบ้าน สถานพักพิง และโรงพยาบาล ที่เป็นการร่วมมือของภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน และ
ครอบครัว รวมทั้งพัฒนาระบบการเงินการคลังสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ

1.9.2 นโยบายในการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต มอบให้ 4 กระทรวงหลัก คือ
กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ และ
กระทรวงสาธารณสุข บูรณาการการทำงานร่วมกัน โดยผู้บริหารระดับสูงของทั้ง 4 กระทรวงได้มีการ
ประชุมปรึกษาหารือเพื่อวางแผนการทำงานให้ครอบคลุมทุกมิติอย่างใกล้ชิด ขณะนี้มีความคืบหน้า ได้
มีคำสั่งคณะกรรมการอำนวยการการพัฒนาสุขภาพคนตลอดช่วงชีวิต แต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อน
การบูรณาการความร่วมมือ 4 กระทรวง การพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต ในช่วงวัยสูงอายุ กำหนด
เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ 3S ประกอบด้วย

1.9.2.1 Strong ส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง มีกระทรวงสาธารณสุขเป็น
ผู้รับผิดชอบ

1.9.2.2 Security ส่งเสริมความมั่นคงปลอดภัย กระทรวงมหาดไทยเป็นผู้รับผิดชอบ

1.9.2.3 Social Participation ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในสังคม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นผู้รับผิดชอบ

1.9.3 มติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้อง

1.9.3.1 คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 8 พฤศจิกายน 2559 เห็นชอบมาตรการรองรับสังคมผู้สูงอายุ 4 มาตรการ ดังนี้

1. การจ้างงานผู้สูงอายุ เพื่อสร้างหลักประกัน/ความมั่นคงในเรื่องรายได้ของผู้สูงอายุให้สามารถเลี้ยงดูตนเองได้ยาวนานขึ้น

2. การสร้างที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้มีการสร้างที่พักอาศัยทั้งในรูปแบบมีความเหมาะสม และมีสิ่งอำนวยความสะดวกเป็นการเฉพาะให้กับผู้สูงอายุ

3. สินเชื่อที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (Reverse mortgage) เป็นการให้เงินกู้แก่ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป แต่ไม่เกิน 80 ปี ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นข้าราชการบำนาญไม่มีเงินสำรองเพียงพอต่อการใช้ชีวิต และไม่มีลูกหลานไว้คอยดูแล มีวงเงินกู้ไม่เกินรายละ 10 ล้านบาท ใช้ที่อยู่อาศัยที่ปลอดภาระหนี้ของผู้สูงอายุเป็นหลักประกัน

4. การบูรณาการระบบบำนาญบำนาญ มาตรการนี้จะให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายบำนาญบำนาญแห่งชาติ ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและทิศทางการพัฒนาและกำกับดูแลระบบบำนาญบำนาญของประเทศและจัดตั้งกองทุนบำนาญบำนาญแห่งชาติ (กบช.)

1.9.3.2 มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 23 พฤษภาคม 2560 มีนโยบายให้ดำเนินการมาตรการให้เงินช่วยเหลือเพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย ตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ โดยกำหนดแหล่งที่มาของเงินเป็น 2 ส่วน คือ เงินภาษีสรรพสามิตในส่วนของสินค้าสุราและยาสูบ ในอัตราร้อยละ 2 แต่ไม่เกิน 4,000 ล้านบาทต่อปีและจากการบริจาคเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยจะนำส่งเงินดังกล่าวเข้ากองทุนผู้สูงอายุ และส่งต่อให้ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย ตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ โดยผ่านบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ

1.9.3.3 มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2561 มีมติดังนี้

1. เห็นชอบในหลักการมาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ และให้หน่วยงานรับผิดชอบดำเนินงานด้านผู้สูงอายุนำไปสู่การปฏิบัติต่อไป ตามที่กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เสนอ และให้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับความเห็นของกระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงยุติธรรม สำนักงานงบประมาณ สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และคณะกรรมการปฏิรูปประเทศ ด้านสังคม รวมทั้งข้อสังเกตของกระทรวงการคลัง กระทรวงคมนาคม และกระทรวงมหาดไทย ไปพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย

2. ให้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พิจารณาความเป็นไปได้ในการนำพื้นที่ของโรงเรียน

ขนาดเล็ก ซึ่งมีจำนวนนักเรียนน้อยและอาจถูกยุบรวมมาใช้ประโยชน์ในการจัดตั้งเป็นศูนย์การเรียนรู้ และดูแลผู้สูงอายุ ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ตามความเหมาะสมในแต่ละพื้นที่ โดยดำเนินการให้เป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบ และมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องอย่างเคร่งครัด

1.10 ข้อเสนอคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสังคม

1.10.1 วัตถุประสงค์รวม

ปฏิรูปสังคมในประเด็นสำคัญต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่สังคมคุณภาพ โดยการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม ผ่านการออม สวัสดิการ และการลงทุนเพื่อสังคม การสร้างโอกาสที่เป็นธรรมโดยไม่แบ่งแยก โดยการให้โอกาสแก่คนทุกกลุ่มตามศักยภาพที่มีและสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับคนทุกกลุ่ม การเสริมสร้างพลังทางสังคม โดยการพัฒนาความรู้และปัญญาในการแก้ปัญหา และใช้ศักยภาพในพื้นที่แก่คนและองค์กรฐานราก (ชุมชน/องค์กรในท้องถิ่น) และการสร้างความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของสังคม ผ่านการเสริมสร้างพลังแห่งการช่วยเหลืออย่างสร้างสรรค์ของคนในสังคมเพื่อนำไปสู่การสร้างสังคมคุณภาพในที่สุด

1.10.2 ประเด็นการปฏิรูป

1. การออม สวัสดิการ และการลงทุนเพื่อสังคม

ประเด็นการปฏิรูป ได้ให้ความสำคัญกับ 1.การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหาร กองทุนการออมแห่งชาติ (กอช.) เพื่อเป็นหลักประกันทางสังคมแก่ผู้ที่ไม่มียุติการอื่นรองรับ 2.การสร้างระบบให้คนไทยมีบำนาญหลังพ้นวัยทำงาน 3.การพัฒนาการออมภาคบังคับ 4.การปรับปรุงสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากสวัสดิการต่าง ๆ ให้เหมาะสมและเป็นธรรม

2. การช่วยเหลือและเพิ่มขีดความสามารถกลุ่มผู้เสียเปรียบในสังคม

ประเด็นการปฏิรูป ได้ให้ความสำคัญกับ 1.ปฏิรูประบบขนส่งสาธารณะไม่ให้เป็นอุปสรรคต่อคนทั้งมวล (Design for all) ที่ยึดหลักการออกแบบสากล (Universal Design) ต่อคนทุกกลุ่มทุกวัย 2.ปฏิรูปกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ 3.การเสริมสร้างศักยภาพผู้สูงอายุในการทำงาน 4.ปฏิรูประบบการคุ้มครองผู้บริโภค 5.ปฏิรูปการขึ้นทะเบียนกับผู้ไร้สถานะทางทะเบียนราษฎร 6.การเปลี่ยนแปลงนโยบายประชากรเพื่อเสริมสร้างดุลประชากรในอนาคต 7.การเสริมพลังสตรี

3. การจัดการข้อมูลและองค์ความรู้ทางสังคม

การสร้างโอกาสที่เป็นธรรมโดยไม่แบ่งแยก (Social Inclusion) นอกจากการให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือและเพิ่มขีดความสามารถให้กับกลุ่มผู้เสียเปรียบในสังคมแล้ว การจัดการข้อมูลและองค์ความรู้ด้านสังคมเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้สังคมมีความเสมอภาค ลดความเหลื่อมล้ำ โดยการจัดการข้อมูลให้มีความเหมาะสม ถูกต้อง และครอบคลุม

4. การพัฒนาระบบสร้างเสริมชุมชนเข้มแข็ง

ชุมชนถือเป็นรากฐานสำคัญที่จะนำไปสู่ผลสัมฤทธิ์ของการพัฒนาประเทศ ทั้งในเรื่องความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม ระบบการเมืองที่เข้มแข็ง ระดับศีลธรรมในสังคม รวมถึงระบบสวัสดิการสำหรับคนทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง ดังนั้น หากชุมชนมีความเข้มแข็ง จะเป็นเครื่องมือสำคัญที่นำพาประเทศไปสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน จึงจำเป็นต้องมีการปฏิรูปเพื่อจะ

นำไปสู่ความเข้มแข็งของชุมชนทั้งการปรับกระบวนการทัศน์ วิธีคิด และรูปแบบการทำงานให้อยู่ในสภาพที่เหมาะสมภายใต้ 3 เงื่อนไขสำคัญ ได้แก่ 1.การเพิ่มสิทธิ หน้าที่ อำนาจ ทรัพยากร 2.การจัดอุปสรรค ปกป้อง ค้ำครอง และ 3.การเพิ่มพลังความสามารถโดยพัฒนาเครื่องมือสำคัญในเรื่องการจัดกลไกการจัดการแบบมีส่วนร่วมและมาตรการทางกฎหมาย

5. การสร้างการมีส่วนร่วม การเรียนรู้ การรับรู้ และการส่งเสริมกิจกรรมทางสังคม

การสร้างความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของสังคม (Social Cohesion) สมาชิกในสังคมต้องรู้จักยอมรับความแตกต่างมีความเคารพซึ่งกันและกัน และมีความเอื้ออาทรต่อกันภายใต้สังคมแห่งความสมานฉันท์ โดยประเด็นการปฏิรูปการมีส่วนร่วมฯ ได้มุ่งเน้นการสร้างจิตสำนึกสาธารณะ การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนผ่านกิจกรรมทางสังคมบนพื้นที่สร้างสรรค์ในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญหนึ่งในการสร้างความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของสังคมประเด็นการปฏิรูปการมีส่วนร่วม การเรียนรู้ การรับรู้ และการส่งเสริมกิจกรรมทางสังคม ได้ให้ความสำคัญกับ 1. การสร้างพลังจิตอาสา เพื่อสร้างจิตสำนึกส่วนรวมของประชาชนผ่านการดำเนินกิจกรรมเพื่อสังคม 2.การสร้างพลังแผ่นดิน เพื่อพัฒนาศักยภาพและสร้างเอกภาพแก่กลุ่มอาสาสมัครรูปแบบต่าง ๆ 3.การสร้างพลังสร้างสรรค์เพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางสังคมของคนทุกวัยผ่านการสร้างพื้นที่สร้างสรรค์ในรูปแบบต่าง ๆ และ 4.การสร้างพลังภูมิคุ้มกัน เพื่อให้เกิดการใช้สื่อออนไลน์อย่างสร้างสรรค์ และประชาชนมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคม

1.11 รายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง “สังคมผู้สูงอายุ : ระเบียบวาระแห่งชาติ” ของคณะกรรมการการสังคม เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส สภานิติบัญญัติแห่งชาติ¹⁰

1. สาระสำคัญ

คณะกรรมการการสังคม เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส ได้ตระหนักเห็นความสำคัญของการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพื่อการเข้าสู่สังคมสูงวัย จึงได้พิจารณาศึกษาและจัดทำรายงานผลการพิจารณาศึกษาพร้อมทั้งข้อเสนอแนะ จำนวน 4 เรื่อง คือ 1.การส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย 2.การเตรียมความพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุ 3.บุคลากรในกระบวนการดูแลผู้สูงอายุ 4.มาตรฐานสถานดูแลผู้สูงอายุ จากรายงานดังกล่าว พบปัญหาหลายด้านซึ่งมีความซับซ้อน เกี่ยวกับสังคมผู้สูงอายุ จึงเห็นสมควรให้มีการพิจารณาสังคมผู้สูงอายุให้เป็นระเบียบวาระแห่งชาติ โดยการดำเนินการเพื่อให้ระเบียบวาระแห่งชาติสำเร็งนั้นต้องประกอบไปด้วย

1.1 การวิเคราะห์ความเสี่ยงของผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ เพื่อสร้างกลไก ระบบการติดตาม เฝ้าระวังการละเมิดสิทธิในชีวิต ร่างกาย ทรัพย์สินของผู้สูงอายุ

1.2 ปรับปรุงและพัฒนากฎหมายที่คุ้มครองผู้สูงอายุ และเพิ่มประสิทธิภาพของการบังคับใช้กฎหมาย

1.3 การสร้างความตระหนักวัฒนธรรมแห่งการเคารพผู้สูงวัย ปรับทัศนคติของคนทุกวัยถึงคุณค่า เพื่อลดปัญหาการเหยียดวัย

1.4 สร้างการพัฒนาเครือข่ายระดับชุมชนให้มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุทุกกลุ่ม

1.5 เสริมสร้างนวัตกรรมเพื่อสนับสนุนการบริการจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยครอบครัวและชุมชน

2. ประโยชน์ของการเป็นระเบียบวาระแห่งชาติของสังคมผู้สูงอายุ

2.1 เพื่อแสดงศักยภาพในการส่งเสริมการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ของประเทศไทย โดยการร่วมมือของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมในรูปแบบประชารัฐ เพื่อให้เกิดระบบที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน

2.2 คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ต้องผลักดันและให้ความสำคัญในการนำแผนและนโยบายของรัฐไปสู่การปฏิบัติ และเกิดนวัตกรรมสำหรับการบริหารจัดการที่ดีในผู้สูงอายุ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามอัตภาพ

2.3 ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญในการเตรียมความพร้อมของตนเองในทุกด้านเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพทั้งร่างกาย จิตใจ และสามารถดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนของตนเองได้อย่างมีคุณภาพ

3. ผลกระทบหากไม่ได้มีการดำเนินงานให้สังคมผู้สูงอายุเป็นระเบียบวาระแห่งชาติประเทศไทยต้องรับภาระงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุที่มากขึ้น และไม่มีระบบการดูแลช่วยเหลือ ค้ำครอง และพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ ขาดการบูรณาการ ทั้งด้านงบประมาณ บุคลากร และภารกิจของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะทำให้เกิดความร่วมมือในการทำงานร่วมกันทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมให้ขับเคลื่อนการทำงานด้านผู้สูงอายุด้วย ส่งผลให้รัฐไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างทั่วถึง ซึ่งกระทบต่อความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

4. ข้อเสนอแนะของคณะกรรมการสิทธิการ

4.1 เห็นควรเสนอรัฐบาลประกาศให้ “สังคมผู้สูงอายุเป็นระเบียบวาระแห่งชาติ”

4.2 ให้หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง นำระเบียบวาระแห่งชาติที่จะได้กำหนดขึ้นและผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้กระบวนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น เพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ใน พ.ศ. 2564 พร้อมทั้งให้รายงานผลการดำเนินงานตามระเบียบวาระแห่งชาติตามที่จะได้กำหนดไว้

4.3 ให้คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตามนโยบายและแผนหลักที่กำหนดมาจากระเบียบวาระแห่งชาติ

2. ความท้าทายการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

2.1 ด้านสังคม

ขนาดครัวเรือนของประชากรไทยมีขนาดลดลง จาก พ.ศ. 2523 มีขนาดครัวเรือน 5.2 คน ใน พ.ศ. 2533 ได้ลดลงเป็น 4.4 คน ปี พ.ศ. 2543 ได้ลดลง 3.8 คน และ พ.ศ. 2559 ลดลงเหลือเพียง 3 คน ในขณะที่ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจาก พ.ศ. 2545 มีจำนวนร้อยละ 6 จน พ.ศ. 2557 เพิ่มเป็นร้อยละ 9 ทั้งนี้ ความจำเป็นด้านการดูแล กำลังเป็นความท้าทายที่เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยต้องมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ควบคู่ไปกับส่งเสริมให้ครอบครัว ชุมชน เป็นกลไกในระดับพื้นที่ดูแลและเฝ้าระวังทางสังคม

2.2 ด้านสุขภาพ

จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพไทย พ.ศ. 2556 พบว่า ผู้สูงอายุไทยเป็นโรคความดันโลหิต ร้อยละ 41.4 โรคเบาหวาน ร้อยละ 18.2 และโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 8.6 และประมาณร้อยละ 6 มีภาวะสมองเสื่อม ในส่วนที่เป็นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังและอยู่ในภาวะพึ่งพิง (ติดบ้าน/ติดเตียง) ประมาณร้อยละ 20 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558) จึงจำเป็นต้องส่งเสริมป้องกัน ปั่นฟู และพัฒนาระบบสุขภาพ เพื่อรองรับสังคมสูงอายุ

2.3 ด้านเศรษฐกิจ

หนึ่งในสามของผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 34.3 มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน (รายได้ต่ำกว่า 2,667 บาท/เดือน) แหล่งรายได้หลักมาจากบุตรลดลง จากร้อยละ 52 ใน พ.ศ. 2550 เหลือร้อยละ 37 ใน พ.ศ. 2557 แต่ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 40 ยังคงทำงานอยู่และส่วนใหญ่เป็นแรงงานนอกระบบ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) แม้ว่าร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพ แต่เบี้ยยังชีพยังคงเป็นเพียงรายได้พื้นฐาน ซึ่งยังไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ ขณะที่แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่ยังขาดหลักประกันด้านรายได้ในวัยเกษียณ โดยพบว่าแรงงานนอกระบบที่เป็นสมาชิกกองทุนการออมแห่งชาติ มีเพียง 5 แสนคนเศษ ดังนั้น จำเป็นต้องมีการส่งเสริมเรื่องการออมเพื่อวัยเกษียณ รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรง มีสุขภาพดีได้รับโอกาสในการทำงานและประกอบอาชีพอิสระ เพื่อให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ และเป็นกำลังในการผลิตและพัฒนาประเทศได้ต่อไป

2.4 ด้านสภาพแวดล้อม

สภาพแวดล้อมภายในบ้าน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) พบว่าสภาพแวดล้อมในบ้านยังไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เกือบครึ่งของผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ใช้ส้วมแบบนั่งยอง และร้อยละ 6 - 7 เคยหกล้มภายในบ้านสถานที่สาธารณะจำนวนมากยังขาดอุปกรณ์อำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ และบางแห่งมีอุปกรณ์แต่ไม่อยู่ในสภาพที่พร้อมใช้งาน ดังนั้น จึงควรปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในบ้าน จัดสิ่งอำนวยความสะดวก บริการขนส่งสาธารณะและสภาพแวดล้อม เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสาธารณะได้อย่างสะดวกและปลอดภัย

2.5 ด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม

จากการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วของเทคโนโลยีและสารสนเทศสมัยใหม่ รวมถึงนวัตกรรม ควรมีการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีและนวัตกรรมที่ทันสมัย ให้เข้ามาอำนวยความสะดวกในการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ และเพื่อเป็นการตอบสนองการใช้ชีวิตในยุคปัจจุบัน รวมถึงส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่รวดเร็ว

3. กลไก มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ

3.1 ระดับนโยบาย

3.1.1 คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ เป็นกลไกในการบูรณาการภาพรวมระดับประเทศ โดยมีหน้าที่ กำกับ ติดตาม และพิจารณาให้การสนับสนุนหน่วยงานของรัฐ และเอกชน ในการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ

3.1.2 คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนนโยบายเตรียมความพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุ ภายใต้คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ เป็นกลไกในการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ โดยคณะอนุกรรมการดังกล่าว ปลดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นประธาน

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมาย เป็นรองประธาน และอธิบดีกรมกิจการผู้สูงอายุ เป็นอนุกรรมการและเลขานุการ

3.2 ระดับหน่วยงาน

3.2.1 หน่วยงานเจ้าภาพหลัก จำนวน 6 กระทรวง (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี) เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนมาตรการจัดทำแผนปฏิบัติการและสนับสนุนงบประมาณในการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ ติดตามผลการดำเนินงานในมาตรการที่รับผิดชอบ และประสานหน่วยงานร่วมในประเด็นที่รับผิดชอบ พร้อมทั้งรายงานผลการดำเนินงานต่อคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนนโยบายเตรียมความพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุ

3.2.2 หน่วยงานร่วมในแต่ละมาตรการฯ มีหน้าที่ขับเคลื่อนมาตรการระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ และรายงานผลการดำเนินงานกับหน่วยงานเจ้าภาพหลัก

3.3 ระดับจังหวัด

3.3.1 คณะกรรมการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมจังหวัด (กสจ.) เป็นกลไกในการขับเคลื่อนระดับจังหวัด จัดทำแผนขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เป็นศูนย์กลาง ประสานงาน เผยแพร่และประชาสัมพันธ์งาน หรือกิจกรรมเกี่ยวกับการขับเคลื่อนนโยบายเร่งด่วนด้านผู้สูงอายุ รวมทั้งร่วมมือและประสานงานกับราชการบริหารส่วนกลาง ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ราชการบริหารส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ และองค์การสวัสดิการสังคมในการขับเคลื่อนงานระดับจังหวัด

3.3.2 สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พมจ.) เป็นผู้ประสานงานหลักในการขับเคลื่อนงานในระดับจังหวัด

3.4 ระดับพื้นที่

3.4.1 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

3.4.2 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

3.4.3 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) 7,244 ตำบล

3.4.4 ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.) จำนวน 1,278 แห่ง

3.4.5 สถาบันการศึกษาที่สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ จำนวน 32,319 แห่ง

3.4.6 ชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นต้น เป็นกลไกในการขับเคลื่อนกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ เชื่อมต่อกันระหว่างคณะกรรมการระดับจังหวัด หน่วยงานภายในจังหวัดกับพื้นที่ และผู้สูงอายุ

นโยบายเกี่ยวกับการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยนั้นได้เริ่มต้นเมื่อ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประสพ รัตนากร ได้จัดให้มีโครงการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุตามพระราชดำริของ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ในปี พ.ศ.2505 และต่อมาได้จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุที่โรงพยาบาล ประสาทพญาไทเป็นครั้งแรก เพื่อให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ความตื่นตัวด้าน ผู้สูงอายุได้มีการขยายตัวออกไปเพิ่มมากขึ้น รัฐบาลได้มีนโยบายให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ ทำให้มี

การศึกษาวิจัยปัญหาด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ และหารูปแบบการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ในประเด็นต่าง ๆ ของผู้สูงอายุไทย ในปี พ.ศ. 2533 รัฐบาลได้สนับสนุนการจัดตั้งสถาบันพัฒนาสุขภาพและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุเป็นหน่วยงานสนับสนุนด้านวิชาการ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุขึ้นที่วัดญาณสังวราราม จังหวัดชลบุรี

จากการสำรวจความต้องการบริการและสวัสดิการต่าง ๆ ของประชากรผู้สูงอายุไทย พบว่า มีความต้องการบริการสุขภาพเป็นอันดับแรก (ร้อยละ 42. 1) โดยต้องการบริการการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าและหน่วยบริการเยี่ยมบ้าน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2538 อ้างถึงใน มุกประดับ ฟองสมุทร, 2551: 20-22) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพเป็นอย่างมาก แต่สิ่งที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุไทยคือ ปรากฏการณ์ “No Care Zone” ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ ต้องการการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับไม่มีระบบบริการชุมชนด้านสุขภาพอนามัยที่เข้มแข็งพอ จากข้อมูลดังกล่าว รัฐบาลจึงจัดทำแผนระยะยาวแห่งชาติสำหรับผู้สูงอายุ (พ.ศ. 2535 - 2554) ขึ้นมาในปี พ.ศ. 2535 มีนโยบายและมาตรการหลักเกี่ยวกับการบริการทางสุขภาพ ดังนี้

1. ออกกฎหมายและระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพและสุขภาพผู้สูงอายุ
2. สร้างหลักประกันสำหรับการบริการสุขภาพ และให้การสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุ
3. ดูแลความเป็นอยู่ให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข
4. สนับสนุนการสร้างระบบประกันสุขภาพเพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข
5. สนับสนุนการสร้างระบบประกันสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐโดยไม่ต้องเสียค่ารักษา
6. ส่งเสริมและให้บริการความรู้ โดยเน้นที่การส่งเสริมสุขภาพและการดำรงชีวิตในบั้นปลายอย่างมีคุณค่าและมีความสุข
7. ขยายบริการพื้นฐานและสวัสดิการด้านสุขภาพอนามัย
8. จัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม
9. สนับสนุนให้มีการผลิตและพัฒนาบุคลากรสำหรับดูแล รักษา และการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ

นอกจากมีการจัดทำแผนระยะยาวแห่งชาติสำหรับผู้สูงอายุ (พ.ศ. 2535-2554) แล้ว ยังได้มีการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ซึ่งกำหนดเป็นยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ มีมาตรการด้านหลักประกันสุขภาพสรุปได้ดังนี้

1. มีการพัฒนาและส่งเสริมระบบประกันสุขภาพที่มีคุณภาพเพื่อผู้สูงอายุทุกคน จัดตั้งและพัฒนาบริการทางสุขภาพและทางสังคมในชุมชนที่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุมากที่สุด เน้นการบริการถึงบ้าน และมีการสอดประสานกันระหว่างบริการทางสุขภาพและบริการทางสังคม โดยครอบคลุมบริการดังต่อไปนี้

- 1.1 ศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ (Multipurpose Senior Center)
- 1.2 ศูนย์ดูแลกลางวัน (Day Care Center)

- 1.3 บริการเยี่ยมบ้าน (Home Visit)
- 1.4 บริการดูแลที่บ้าน (Home Care)
- 1.5 บริการสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care)
- 1.6 บริการชุมชนเคลื่อนที่ไปในพื้นที่ห่างไกล
- 1.7 ส่งเสริมการจัดตั้งระบบเฝ้าระวังเกื้อกูลและดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน
- 1.8 สนับสนุนและส่งเสริมความรู้ความสามารถให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุและ

อาสาสมัครผู้ดูแล

2. เกื้อหนุนให้เอกชนจัดบริการด้านสุขภาพและสังคมให้กับผู้สูงอายุที่สามารถซื้อบริการได้ โดยมีการดูแลและกำกับมาตรฐานร่วมด้วย

2.1 มีการจัดบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่ให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ

2.2 จัดบริการแพทย์ทางเลือก เช่น แพทย์แผนไทย เพื่อเป็นทางเลือกในการดูแลรักษาปัญหาสุขภาพ

2.3 จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ หอผู้ป่วยสูงอายุ และสถานบริการสุขภาพเรื้อรังสำหรับผู้สูงอายุ ให้เพียงพอกับความต้องการและสามารถรองรับปัญหาของผู้สูงอายุได้

3. ส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และการผู้ดูแลเบื้องต้นดังต่อไปนี้

3.1 จัดบริการการอบรมในรูปแบบที่หลากหลายและเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ

3.2 จัดบริการให้คำปรึกษาทั่วไปในสถานบริการสุขภาพทั้งของรัฐและเอกชน

3.3 ดำเนินการให้มีการสื่อสารข้อมูลข่าวสารแก่ผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า ปัญหาการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของประเทศไทยที่ผ่านมา พบว่า การขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นการทำงานแบบแยกส่วน ขาดการบูรณาการ มีความซ้ำซ้อนทั้งในเชิงประเด็นและพื้นที่ มีหลายหน่วยงานที่ดำเนินการด้านผู้สูงอายุ เช่น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน เป็นต้น นอกจากนี้ปัญหาของกฎหมาย ระเบียบ หรือข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ไม่เอื้อต่อการดำเนินงานและขาดฐานข้อมูลผู้สูงอายุ ตั้งแต่ข้อมูลประชากรสูงอายุ ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการของภาครัฐ หรือความต้องการของผู้สูงอายุ จึงไม่สามารถแสดงให้เห็นผลการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ ส่งผลต่อการประเมินสถานการณ์และการกำหนดนโยบายในระดับต่าง ๆ ดังนั้น ทุกภาคส่วนจึงต้องทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการ เพื่อการปฏิบัติอย่างแท้จริง และผู้วิจัยจะได้นำแนวทางขับเคลื่อนดังกล่าวเพื่อไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มในตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

2.1.3 ทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

สามารถแบ่งออกเป็น 3 ทฤษฎีใหญ่ คือ ทฤษฎีทางชีววิทยาทฤษฎีทางจิตวิทยา และทฤษฎีทางสังคมวิทยา มีรายละเอียดดังนี้

2.1.3.1 ทฤษฎีทางชีววิทยา ประกอบด้วย 9 ทฤษฎี ดังนี้

1. ทฤษฎีว่าด้วยคอลลาเจน (Collagen) เชื่อว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุสารที่เป็นส่วนประกอบของคอลลาเจนและไฟบรัสโปรตีนจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและเกิดการจับตัวกันมากทำให้เส้นใยหดสั้นเข้าปรากฏรอยย่นมากขึ้นถ้าอยู่ตรงข้อต่อจะมองเห็นปุ่มกระดูกชัดเจนซึ่งการจับตัวของเส้นใยจะมีมากในช่วงอายุ 30-35 ปีบริเวณที่มีการจับตัวได้แก่ผิวหนังกระดูกกล้ามเนื้อหลอดเลือดและหัวใจ

2. ทฤษฎีว่าด้วยภูมิคุ้มกัน (Immunological Theory) เชื่อว่าเมื่อมีอายุมากขึ้นร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันตามปกติน้อยลงพร้อม ๆ กับสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตัวเองมากขึ้นทำให้ร่างกายต่อสู้กับเชื้อโรคได้ไม่ดีเจ็บป่วยง่ายและภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตัวเองจะไปทำลายเซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายโดยเฉพาะเข้าไปทำลายเซลล์ที่เจริญเต็มที่แล้วไม่มีการแบ่งตัวใหม่เช่นเซลล์สมองเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจทำให้หัวใจวายได้ง่าย

3. ทฤษฎีว่าด้วยยีน (Genetic Theory) เชื่อว่าการสูงอายุนั้นเป็นลักษณะที่เกิดตามกรรมพันธุ์ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอวัยวะบางส่วนของร่างกายคล้ายคลึงกับหลายช่วงคนเมื่อมีอายุมากขึ้นเช่นลักษณะศีรษะล้านผมหงอกเร็ว

4. ทฤษฎีว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงและความผิดพลาดของเซลล์ร่างกาย (Somatic Mutation And Error Theories) ทฤษฎีแรกกล่าวถึง ภาวะการแบ่งตัวผิดปกติ (Mutation) ทำให้เกิดการสูงวัยเร็วขึ้นเช่นการได้รับรังสีเล็กน้อยเป็นประจำหรือได้รับขนาดสูงทันทีจะมีผลทำให้เซลล์ชีวิตสั้นลงสำหรับทฤษฎีความผิดพลาดเชื่อว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง DNA และถูกส่งต่อไปยัง RNA เป็นเอนไซม์ที่เพ่งสังเคราะห์ใหม่เอนไซม์ที่ผิดปกติจะผลิตสารภายในเซลล์จะมีผลต่อกระบวนการเผาผลาญอาจเสื่อมหรือสูญเสียสมรรถภาพถ้าจำนวน RNA ลดลงมากจะมีผลทำให้เสียชีวิต

5. ทฤษฎีว่าด้วยการเสื่อมและถดถอย (Wear And Tear Theory) ทฤษฎีนี้เปรียบสิ่งมีชีวิตทั้งหลายเหมือนเครื่องจักรที่เชื่อว่าหลังใช้งานเสร็จแล้วมีการสึกหรอแต่มีสิ่งมีชีวิต เช่น ผิวหนังเยื่อบุทางเดินอาหารเม็ดเลือดแดงมีการสร้างเซลล์ใหม่มาทดแทนเซลล์เก่าที่หายไปอย่างต่อเนื่องเป็นการชะลอความเสื่อมและถดถอยแต่ในระบบเซลล์อื่น ๆ ส่วนเซลล์ประสาทและเซลล์กล้ามเนื้อจะไม่มีการเพิ่มเซลล์ใหม่เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุการเสริมสร้างจะต่างกับพวกแรกเสริมสร้างเซลล์ภายในทำให้ด้อยประสิทธิภาพชะลอความเสื่อมและถดถอยได้น้อยกว่าจะเห็นได้ว่าหน้าที่ของร่างกายทั้งโครงสร้างมีการใช้ตลอดเวลาทำให้เกิดการเสื่อมและหมดอายุถ้ามีการใช้มากมีผลทำให้เกิดการเสื่อมเร็วขึ้น

6. ทฤษฎีว่าด้วยการอดซึมบกพร่อง (Deprivation Theory) เมื่อคนมีอายุมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นเนื่องจากความเสื่อมที่เกิดขึ้นที่ผนังเซลล์ของระบบต่างๆภายในร่างกายเป็นผลทำให้การดูดซึมหรือการส่งผ่านออกซิเจนและสารอาหารต่าง ๆ ในเลือดไปสู่อวัยวะต่าง ๆ ได้รับออกซิเจนสารอาหารไม่เพียงพออวัยวะจึงเสื่อมลง

7. ทฤษฎีว่าด้วยการสะสม (Accumulation Theory) กล่าวว่าในน้ำเหลืองของคนหรือสัตว์ที่สูงอายุพบว่ามีสารบางอย่างซึ่งมีผลทำให้หยุดการเจริญเติบโตของเซลล์และสารนี้จะพบในน้ำเหลืองของคนหรือสัตว์ที่มีอายุน้อยสารที่สะสมนี้มีผลแทรกแซงกระบวนการเผา

ผลาญของเซลล์ทำให้ประสิทธิภาพของการซึมผ่านของผนังเซลล์ลดลงในที่สุดจะทำให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เริ่มเสื่อมลงและเสียไปในที่สุด

8. ทฤษฎีว่าด้วยสารอนุมูลอิสระที่เกิดจากการเผาผลาญ (Free Radical Theory) กล่าวถึงการให้ออกซิเจนของเซลล์และการเผาผลาญพวกโปรตีนคาร์โบไฮเดรตและอื่น ๆ ทำให้เกิดอนุมูลอิสระอันทำลายผนังเซลล์ให้เสื่อมสลายลงสารนี้ถูกเร่งให้เกิดมากขึ้นโดยการฉายรังสีแต่มีสารที่ป้องกันไม่ให้เกิดอนุมูลอิสระได้แก่วิตามินอีโดยไปลดการเผาผลาญวิตามินเอ วิตามินซีและไนอาซิน แอมยังช่วยจับสารอนุมูลอิสระอีกด้วย

9. ทฤษฎีความเครียดและการปรับตัว (Stress Adaptation Theory) กล่าวว่าความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันมีผลทำให้เซลล์ตายได้บุคคลต้องเผชิญความเครียดบ่อย ๆ จะทำให้บุคคลนั้นอย่างเข้าสู่วัยสูงอายุเร็ว

2.1.3.2 ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychoanalytic Theory) ประกอบด้วย 2 ทฤษฎีดังนี้

1. ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) กล่าวว่าผู้สูงอายุจะมีความสุขหรือความทุกข์ขึ้นอยู่กับภูมิหลังและการพัฒนาจิตของผู้นั้นถ้าผู้สูงอายุเติบโตด้วยความมั่นคงอบอุ่นมีความรักแบบถ้อยทีถ้อยอาศัยเห็นความสำคัญของคนอื่นทำงานร่วมกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดีมักจะเป็นผู้สูงอายุค่อนข้างจะมีความสุขสามารถอยู่ร่วมกับลูกหลานและผู้อื่นได้โดยไม่เดือดร้อนในทางกลับกันถ้าผู้สูงอายุเกิดมาอยู่ร่วมกับใครไม่เป็นไม่ยอมช่วยเหลือผู้อื่นจิตใจคับแคบผู้สูงอายุมักจะเป็นผู้ไม่ค่อยมีความสุข

2. ทฤษฎีความปรารถนา (Intelligence Theory) เชื่อว่าผู้สูงอายุที่ยังปรารถนาเรื่องและคงความเป็นปราชญ์อยู่ได้เพราะเป็นผู้ที่มีความสนใจในเรื่องต่าง ๆ อยู่เสมอมีการค้นคว้าและพยายามที่จะเรียนรู้อยู่ตลอดเวลาผู้ที่มีลักษณะเช่นนี้ต้องเป็นผู้มีสุขภาพดีมีฐานะเศรษฐกิจพอเป็นเครื่องเกื้อหนุน

2.1.3.3 ทฤษฎีสังคมวิทยาประกอบด้วย 5 ทฤษฎีดังนี้

1. ทฤษฎีบทบาท (Role Theory) มีแนวคิดว่าการปรับตัวการเป็นผู้สูงอายุน่าจะเกี่ยวกับทฤษฎีบทบาทคือบุคคลนั้นจะรับบทบาททางสังคมที่ต่างกันไปตลอดชีวิตเช่นบทบาทการเป็นพ่อแม่สามีภรรยาความเป็นคนถูกกำหนดโดยบทบาทหน้าที่ที่ตนกำลังรับผิดชอบบุคคลจะอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขได้ขึ้นอยู่กับปฏิบัติตนตามบทบาทหน้าที่ที่ตนกำลังเป็นอยู่ได้เหมาะสมเพียงใด โดยอายุจะเป็นองค์ประกอบในการกำหนดบทบาทของแต่ละคนในช่วงชีวิตที่ผ่านมา

2. ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมอยู่เสมอๆ จะมีบุคลิกภาพที่กระฉับกระเฉงมีภารกิจอย่างสม่ำเสมอทำให้มีความพึงพอใจในชีวิตปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ปราศจากกิจกรรมมีสภาพพจน์ในด้านบวกชอบเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุเป็นการทดแทนบทบาทที่เสียไปจากการที่ต้องเป็นหม้ายการเกษียณอายุจากการปฏิบัติงานซึ่งผู้สูงอายุจะมีความสุขได้ควรมีบทบาทหรือกิจกรรมทางสังคมตามสมควรเช่นมีงานอดิเรกการเป็นสมาชิกกลุ่มกิจกรรมสมาคมหรือชมรม

3. ทฤษฎีการแยกตนเอง (Ibis engagement Theory) เชื่อว่าการที่ผู้สูงอายุไม่เกี่ยวข้องกับบทบาททางสังคมเป็นเพราะการถอนสภาพบทบาทของตนเองตามปกติผู้สูงอายุจะลดกิจกรรมลงในขณะที่ปรับตนเองให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงตามปกติของกระบวนการผู้สูงอายุ

4. ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ผู้สูงอายุจะแสวงหาบทบาททางสังคมให้มาทดแทนทางสังคมเก่าที่สูญเสียไปยังคงปรับตัวเองให้เข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่อย่างต่อเนื่องอยู่เสมอ

5. ทฤษฎีระดับชั้นอายุ (Age Stratification Theory) อายุเป็นหลักเกณฑ์สากลที่จะกำหนดบทบาทสิทธิหน้าที่ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปตามชั้นอายุจากอายุหนึ่งไปสู่อีกอายุหนึ่ง

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสุขภาพมีลักษณะที่เสื่อมถอยตามสภาพและต้องการความช่วยเหลือ การยอมรับจากบุคคลในครอบครัว สังคม และชุมชน ดังนั้น สังคมควรให้ความช่วยเหลืออุปการะเพื่อให้ผู้สูงอายุมีชีวิตมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งทางด้านสุขภาพ ร่างกายและจิตใจ ทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุนี้เป็นทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กันซึ่งทฤษฎีกระบวนการสูงอายุมียุทธศาสตร์ของการเป็นผู้สูงอายุแต่ละทฤษฎีจะกล่าวถึงความสูงอายุแตกต่างกัน แต่ไม่มีทฤษฎีใดจะอธิบายได้ครอบคลุมทั้งหมด ทั้งความสามารถทางร่างกายที่ลดน้อยลง ความทรงจำ ความสามารถในการเรียนรู้ต่าง ๆ ความสามารถในการคงบทบาทของตนเองและทางสังคมจึงมีความสำคัญที่ต้องนำทฤษฎีที่มีความเกี่ยวข้องกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมในตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

2.1.4 สิทธิของผู้สูงอายุ ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ

สิทธิผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ปัจจุบันประเทศไทยมีกฎหมายที่ให้การรับรองสิทธิของผู้สูงอายุเป็นการเฉพาะซึ่งมีชื่อว่าพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 สาระของกฎหมายฉบับนี้ได้กำหนดความหมายของผู้สูงอายุว่า หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ได้รับรองให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์ที่กฎหมายรับรองและคุ้มครองให้แก่บุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย ซึ่งในกฎหมายใช้คำว่า สิทธิผู้สูงอายุ ให้มีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ดังนี้ ด้านที่ 1. สิทธิได้รับการบริการทางการแพทย์ และการสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นพิเศษ ด้านที่ 2. สิทธิได้รับการด้านการศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต ด้านที่ 3. สิทธิได้รับการด้านการประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพที่เหมาะสม ด้านที่ 4. สิทธิในการพัฒนาตนเองและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน ด้านที่ 5. สิทธิได้รับการอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะหรือการบริการสาธารณะอื่น ด้านที่ 6. สิทธิได้รับการช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม ด้านที่ 7. สิทธิได้รับการยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ ด้านที่ 8. สิทธิในการได้รับการช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกรังแกหรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง ด้านที่ 9. สิทธิในการได้รับคำแนะนำ ปกป้อง ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดี หรือในทางการแก้ไขปัญหาครอบครัว ด้านที่ 10. สิทธิได้รับการการจัดที่พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง ด้านที่ 11. สิทธิได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพตามความจำเป็นอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ด้านที่ 12. สิทธิได้รับการสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี ด้านที่ 13. สิทธิประการอื่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ในขณะที่จำนวนเด็กลดลง ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของบริบทของสังคมไทยที่จากเดิมผู้สูงอายุมีบุคคลในครอบครัวให้การดูแลช่วยเหลือ เลี้ยงดู ส่งเสียให้เงินทอง แต่ภาพดังกล่าวเริ่มลดลงเรื่อย ๆ จนปัจจุบันและจะทวีขึ้นในอนาคตกล่าวคือทุกคนในครอบครัวรวมถึงกลุ่มผู้สูงอายุต้องหันมาประกอบอาชีพหาเลี้ยงตนเองเพิ่มขึ้น

จากรายงานของ Olsen, T (2008) การวิจัยดังกล่าวส่งผลให้ประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศอื่น ๆ ทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยต้องมีการสำรวจและมีมาตรการรองรับที่เหมาะสมกับบริบทการเปลี่ยนแปลงของแต่ละประเทศ ปัจจุบันประเทศไทยได้มีการกำหนดสิทธิของผู้สูงอายุที่จะได้รับบริการด้านการประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพที่เหมาะสม ตามประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริมและสนับสนุนผู้สูงอายุในการประกอบอาชีพและฝึกอาชีพที่เหมาะสม ดังนี้

- 1) การขอรับคำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารตลาดแรงงานและบริการจัดการงานที่ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุจากสำนักงานจัดหางานทุกแห่ง
- 2) การขอรับบริการอบรมทักษะอาชีพและฝึกอาชีพตามอัธยาศัย
- 3) การไปใช้บริการจากศูนย์กลางข้อมูลทางการอาชีพ และตำแหน่งงานสำหรับผู้สูงอายุ ณ สำนักงานจัดหางานทุกแห่ง

- 4) การขอรับบริการจัดหาอาชีพที่เหมาะสมตามควรแก่อัตภาพ ตามประกาศทั้ง 4 ประการดังกล่าว สำนักงานจัดหางาน กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน ในแต่ละจังหวัดได้ดำเนินการ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยที่การไปขอรับคำปรึกษา แนะนำ หรือขอรับบริการ ณ สำนักงานจัดหางานดังกล่าว ผู้สูงอายุสามารถไปพบด้วยตนเองเพื่อขอรับคำแนะนำตามอัธยาศัย หรือจัดรวมกลุ่มกันเพื่อขอรับการอบรมอาชีพตามที่กลุ่มต้องการ ซึ่งทางสำนักงานจัดหางานจะรับดำเนินการ ให้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

- 5) สิทธิได้รับการอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคารสถานที่ ยานพาหนะหรือการบริการสาธารณะอื่น ผู้สูงอายุจะได้รับการอำนวยความสะดวกจากรัฐในลักษณะของการกำหนดลักษณะอาคารสถานที่ ยานพาหนะ หรือการบริการสาธารณะที่ต้องมีอุปกรณ์ที่อำนวยความสะดวกโดยตรงแก่ผู้สูงอายุ เช่น รวบันได ลิฟต์ ทางเดินเท้า รวมถึงการจัดมุมสุขภาพในสวนสาธารณะ ซึ่งหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบดำเนินการให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ด้านอาคาร สถานที่ ยานพาหนะหรือการบริการสาธารณะอื่น ได้แก่ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ การเคหะแห่งชาติ และกระทรวงการท่องเที่ยวและการกีฬา โดยมีรายละเอียดที่ผู้สูงอายุจะได้รับจากหน่วยงานต่างๆ ดังกล่าว มีดังนี้ 1. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ได้แก่ 1) การจัดสถานที่ โต๊ะ เก้าอี้ เพื่อให้บริการแก่ผู้สูงอายุไว้เป็นสัดส่วนในสำนักงาน 2) การให้บริการแก่ผู้สูงอายุเป็นลำดับต้นหรือเป็นกรณีพิเศษ โดยเน้นบริการแบบเบ็ดเสร็จ 3) การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุ เช่น รถเข็นนั่ง ไม้เท้า รวอุปกรณ์ในห้องน้ำ 4) การจัดทำแผนผังช่องทางการให้บริการที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ 5) การเป็นศูนย์กลางในการประสานความร่วมมือ และรณรงค์ประชาสัมพันธ์กับทุกภาคส่วน ในจังหวัดให้ตระหนักถึงความสำคัญเกี่ยวกับการอำนวยความสะดวก และความปลอดภัยในการให้บริการแก่

ผู้สูงอายุ 6) การจัดทำโครงการหรือกิจกรรมเชิงรุกเพื่ออำนวยความสะดวกและปลอดภัยในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ เช่น การออกหน่วยเคลื่อนที่

การเคหะแห่งชาติ คือ การจัดสถานที่และให้มีอุปกรณ์สำหรับบริการผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยในพื้นที่ของชุมชนการเคหะแห่งชาติ

กระทรวงการท่องเที่ยวและการกีฬา ได้ออกประกาศให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนส่งเสริมการจัดบริการเพื่ออำนวยความสะดวกและให้สิทธิสำหรับผู้สูงอายุทุกคนในสถานที่ท่องเที่ยว หรือสนามกีฬา หรือสถานออกกำลังกายอื่น ๆ ซึ่งรวมถึงการอำนวยความสะดวกและลดค่าเข้าชม หรือการเข้าร่วมกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุในสถานที่ดังกล่าวด้วย (ประกาศกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนผู้สูงอายุในการจัดบริการด้านการท่องเที่ยว กีฬา และนันทนาการ เมื่อวันที่ 20 กันยายน 2547) ในการนี้ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดำเนินการตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุพ.ศ.2546 ได้กำหนดแนวทางในการอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในการบริการสาธารณะอื่นที่อยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงานต่าง ๆ ในสังกัด ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริม และสนับสนุนการอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในการบริการสาธารณะอื่นวันที่ 23 ธันวาคม 2547

สิทธิผู้สูงอายุพึงได้รับการอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยในด้านการบริการสาธารณะที่จำเป็น ซึ่งต้องมุ่งเน้นด้านความปลอดภัย (Safety) มากที่สุด โดยในที่นี้ขอยกตัวอย่างให้เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจน ในเรื่องของห้องน้ำ ห้องส้วมซึ่งนับเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุและทุกคน ดังนั้นในการออกแบบต้องเป็นไปตามมาตรฐาน ดังผลการศึกษาพบว่ามาตรฐานและแนวทางในการออกแบบห้องน้ำ-ห้องส้วมสาธารณะที่สอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานส้วมสาธารณะระดับประเทศ ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุรวมถึงทุกกลุ่มจะต้องมุ่งเน้นด้านความปลอดภัย มากที่สุด โดยมีส่วนประกอบต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. ควรมีแสงสว่างที่เพียงพอโดยมีแสงสว่างอย่างต่ำ 150Lux
2. ห้องน้ำถือว่าเป็นส่วนสำคัญยิ่งของผู้สูงอายุ จึงควรมีลักษณะ ดังนี้ ใช้วัสดุปูพื้นที่ไม่ลื่น พื้นระหว่างห้องน้ำต้องมีระดับเสมอกัน ถ้าเป็นพื้นต่างระดับต้องมีลักษณะเป็นทางลาด และไม่มีธรณีประตู หรืออาจใช้พื้นกระเบื้องเคลือบชนิดกันลื่น พื้นห้องน้ำต้องมีความลาดเอียงเพียงพอไปยังช่องระบายน้ำทิ้ง เพื่อที่จะไม่ให้น้ำขังบนพื้น เพราะจะทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ควรมีราวจับยึดกันหกล้มและช่วยในการพยุงตัว ติดบริเวณด้านข้างผนังเป็นราวจับในแนวนอนและแนวตั้ง ราวจับในแนวนอนมีความสูงจากพื้นไม่น้อยกว่า 70 เซนติเมตร แต่ไม่เกิน 90 เซนติเมตร โดยราวจับที่ติดตั้งทำด้วยวัสดุผิวเรียบ มีความมั่นคงแข็งแรง ไม่เป็นอันตรายในการจับไม่ลื่น โดยมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 30-45 มิลลิเมตร ประตูของห้องที่ตั้งโถส้วมเป็นแบบบานเปิดออกสู่ภายนอก โดยต้องเปิดค้างได้ไม่น้อยกว่า 90 องศาหรือเป็นแบบบานเลื่อน ที่อาบน้ำควรใช้แบบฝักบัว จะปลอดภัยกว่าแบบอ่างอาบน้ำ หรือจะจัดไว้ทั้ง 2 แบบก็ได้โดยมีลักษณะดังต่อไปนี้ ที่อาบน้ำแบบฝักบัวมีขนาดความกว้างสุทธิไม่น้อยกว่า 110 เซนติเมตร และความยาวสุทธิไม่น้อยกว่า 120 เซนติเมตร มีที่นั่งสำหรับอาบน้ำที่มีความสูงจากพื้นไม่น้อยกว่า 45 เซนติเมตร แต่ไม่เกิน 50 เซนติเมตร ฝักบัวควรเป็นแบบที่ปรับ

ระดับและถอดได้ และติดตั้งไว้ที่ความสูงจากพื้นไม่เกิน 160 เซนติเมตร สิ่งของเครื่องใช้สูงจากพื้นไม่น้อยกว่า 30 เซนติเมตร แต่ไม่เกิน 120 เซนติเมตร มีอ่างล้างมือโดยมีลักษณะดังต่อไปนี้ คือใต้อ่างล้างมือไปจนถึงขอบอ่างเป็นที่ว่าง และขอบอ่างต้องอยู่ในตำแหน่งที่ผู้สูงอายุเข้าประชิดได้โดยไม่มีสิ่งกีดขวาง มีความสูงจากพื้นถึงขอบบนของอ่างไม่น้อยกว่า 75 เซนติเมตร แต่ไม่เกิน 80 เซนติเมตร และมีราวจับในแนวนอน ทั้งสองข้างของอ่าง ก๊อกน้ำเป็นชนิดก้านโยกหรือก้านกด หรือระบบอัตโนมัติ มีโถส้วมชนิดนั่งราบ สูงจากพื้นไม่น้อยกว่า 40 เซนติเมตร แต่ไม่เกิน 50 เซนติเมตร มีพนักพิงหลังและที่ปล่อยน้ำเป็นชนิดคันโยก ปุ่มกดขนาดใหญ่หรือชนิดอื่นที่ผู้สูงอายุสามารถใช้ได้อย่างสะดวก มีด้านข้างด้านหนึ่งของโถส้วมอยู่ชิดผนังโดยมีระยะห่างวัดจากกึ่งกลางโถส้วมถึงผนังไม่น้อยกว่า 45 เซนติเมตร แต่ไม่เกิน 50 เซนติเมตร ติดตั้งระบบสัญญาณแสงและสัญญาณเสียง ให้ผู้ที่อยู่ภายนอกแจ้งภัยแก่ผู้ทุพพลภาพ คนพิการและผู้สูงอายุ ระบบสัญญาณแสงและสัญญาณเสียง ให้ผู้สูงอายุแจ้งเหตุหรือเรียกหาผู้ช่วยในกรณีที่เกิดเหตุ อุกเขินไว้ในห้องน้ำ โดยมีปุ่มกดหรือปุ่มสัมผัสให้สัญญาณทำงาน ซึ่งติดตั้งอยู่ในตำแหน่งที่สามารถใช้งานได้สะดวก

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป รัฐมีการออกกฎหมายคุ้มครอง และจัดสวัสดิการผู้สูงอายุให้แก่เพราะสมรรถนะของร่างกายที่เสื่อมถอยลง ทำให้มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือเข้าไม่ถึงการมีส่วนร่วมของสังคม ขณะที่ผู้สูงอายุ ในตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง มีปัญหาด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปัญหาสุขภาพด้านอื่น ๆ จำนวนมาก ทำให้กฎหมายรัฐธรรมนูญ และกฎหมายผู้สูงอายุปี 2546 กำหนดให้รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายในด้านต่าง ๆ เพื่อดูแลด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านสิทธิผู้สูงอายุพึงได้รับการอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยในด้านการบริการสาธารณะที่จำเป็น ซึ่งต้องมุ่งเน้นด้านความปลอดภัย (Safety) มากที่สุดนับเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุและทุกคน ดังนั้นในการออกแบบต้องเป็นไปตามมาตรฐาน เพื่อลดปัญหาที่ทำให้เกิดความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

2.1.5 การสนับสนุนจากภาครัฐตามสิทธิผู้สูงอายุ

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มีเจตนารมณ์เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับสิทธิ โดยได้กำหนดไว้อย่างชัดเจนในมาตรา 11 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ รัฐวิสาหกิจ ท้องถิ่น มีหน้าที่จัดบริการให้ผู้สูงอายุได้รับการคุ้มครองสิทธิตามกฎหมายฉบับนี้ ดังนี้ (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2560)

1. ด้านการแพทย์และสาธารณสุข มีการบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วเป็นพิเศษ
2. ด้านการศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสาร มีการจัดศูนย์การเรียนรู้ในชุมชน และให้มีหลักสูตรการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ตั้งแต่การศึกษาขั้นพื้นฐาน ถึงขั้นอุดมศึกษาอย่างต่อเนื่องทั้งในระบบ นอกระบบ และตามอัธยาศัย และมีรายการต่าง ๆ เพื่อผู้สูงอายุ
3. ด้านการประกอบอาชีพ ฝึกอาชีพที่เหมาะสม ให้ข้อมูล คำปรึกษา ข่าวสาร ตลาดแรงงาน การจัดหางานรับสมัครงาน บริการข้อมูลทางอาชีพ ตำแหน่งว่างงาน การอบรมและฝึกอาชีพ โดยมีศูนย์กลางข้อมูลทางอาชีพ และตำแหน่งงานสำหรับผู้สูงอายุเป็นการเฉพาะที่สำนักงานจัดหางานทุกแห่ง

4. ด้านการพัฒนาตนเอง สนับสนุนให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมการรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่าย/ ชุมชนการส่งเสริมและสนับสนุนกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุ ให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมภายในชุมชน และ/หรือระหว่างชุมชนและส่งเสริมการให้ศักยภาพผู้สูงอายุ โดยเพิ่มการจัดกิจกรรมทางกีฬานันทนาการ การถ่ายทอดภูมิปัญญา และส่งเสริมการรวมกลุ่มออมทรัพย์ของผู้สูงอายุ

5. ด้านการอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยในอาคาร สถานที่ มีการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

6. ด้านการอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยในยานพาหนะ บริการสาธารณะอื่น จัดให้มีการดูแล ช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ บริการสะดวก รวดเร็วปลอดภัย จัดพาหนะอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ

7. ด้านการลดหย่อนค่าโดยสารและการอำนวยความสะดวกในการเดินทางรถไฟ ลดค่าโดยสารทุกชั้นตลอดทาง ทุกสาย (ไม่รวมค่าธรรมเนียม) เฉพาะเดือนมิถุนายน - กันยายน โดยผู้สูงอายุไม่ต้องเข้าแถวรอซื้อตั๋ว มีที่นั่งรอรับตัว พนักงานช่วยยกสัมภาระ ปฐมพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย แอร์พอร์ต ลิงค์ ลดค่าโดยสารให้ผู้สูงอายุครึ่งราคา และยกเว้นค่าโดยสารวันผู้สูงอายุแห่งชาติ 13 เมษายน ของทุกปี

รถไฟฟ้าใต้ดิน (MRT) ลดค่าโดยสารครึ่งราคา และยกเว้นค่าโดยสารในวันผู้สูงอายุแห่งชาติ 13 เมษายน ของทุกปี

รถไฟฟ้า BTS จัดลิฟต์บริการ ที่สถานีหมอชิต สยาม อโศก อ่อนนุช และช่องนนทรี

รถโดยสารประจำทาง ขสมก. ลดค่าโดยสารครึ่งราคา (ไม่รวมค่าธรรมเนียม) ตลอดวันและยกเว้นค่าโดยสารในวันผู้สูงอายุแห่งชาติ วันที่ 13 เมษายน ของทุกปีและจัดที่นั่งสำรองเฉพาะ

รถโดยสารบริษัทขนส่ง จำกัด (บขส.) ลดค่าโดยสารครึ่งราคา (ไม่รวมค่าธรรมเนียม) จัดที่นั่งพักผ่อน และห้องสุขา

เครื่องบินการบินไทยลดค่าโดยสาร 15 % ชั้นประหยัด เที่ยวบินภายในประเทศ อำนวยความสะดวกขึ้นเครื่องเป็นลำดับแรก

สายการบินบางกอกแอร์เวย์สลดค่าโดยสาร 5% ชั้นประหยัด เฉพาะเที่ยวบินภายในประเทศ ความสะดวกขึ้นเครื่องเป็นลำดับแรก

สายการบินนกแอร์ / แอร์เอเชีย ความสะดวกขึ้นเครื่องเป็นลำดับแรก ทำอากาศยานทุกแห่ง จัดบริการสิ่งอำนวยความสะดวก ได้แก่ ลิฟต์ โทรศัพท์ ทางลาด ห้องสุขา มุมพักผ่อน

เรือด่วนเจ้าพระยา เรือในคลองแสนแสบ และเรือข้ามฟาก ลดค่าโดยสารครึ่งราคาแก่ผู้สูงอายุที่ใช้บริการเรือโดยสารประจำทางในแม่น้ำเจ้าพระยา ได้แก่ เรือด่วนเจ้าพระยา (ยกเว้น เรือพิเศษธงเขียว และเรือทัวร์ธงฟ้า) เรือในคลองแสนแสบ และเรือข้ามฟาก

ทางด่วน จัดบริการห้องน้ำเฉพาะที่ด่านดินแดง ด่านสุขุมวิท 62 และด่านบางนา

8. ด้านการท่องเที่ยว กีฬา และนันทนาการ ด้านการท่องเที่ยว จัดกิจกรรม และโครงการสำหรับผู้สูงอายุ ด้านกีฬาและนันทนาการ บริการตรวจสุขภาพ ทดสอบสมรรถภาพทางร่างกาย ใช้บริการในสนามกีฬา สวนสุขภาพ ลานกีฬาแอโรบิค สนามเปตอง ห้องออกกำลังกาย เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ และรับสมัครเป็นสมาชิกชมรมสุขภาพ

9. ด้านศาสนา ศิลปะ และวัฒนธรรม อำนวยความสะดวก ความปลอดภัยในพิพิธภัณฑ์ โบราณสถาน หอจดหมายเหตุ หอศิลป์ สถานที่จัดกิจกรรม สนับสนุนการจัดกิจกรรม และลดอัตราค่าเข้าร่วมกิจกรรม

10. ด้านการช่วยเหลือในทางคดี ให้คำแนะนำ ปกป้อง ให้ความช่วยเหลือทางกฎหมายและประสานงานกับสภานายความในการจัดหาทนายความแก้ต่างคดีเผยแพร่และให้ความรู้เกี่ยวกับสิทธิและเสรีภาพ

11. ด้านการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม/การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย/การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาครอบครัว ช่วยเหลือเบื้องต้นเป็นเงินไม่เกิน 500 บาท

12. ด้านการช่วยเหลือด้านอาหารและเครื่องนุ่งห่ม ช่วยเหลือเป็นเงิน สิ่งของ ไม่เกิน ครั้งละ 2,000 บาท ไม่เกิน 3 ครั้ง ต่อคนต่อปี

13. ด้านการช่วยเหลือผู้สูงอายุเรื่องที่อยู่อาศัย ช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัยในกรณีชั่วคราว หรือตลอดไป

14. ด้านการช่วยเหลือเงินเบี้ยยังชีพ
กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย ช่วยเหลือเงินเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุซึ่งมีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ สัญชาติไทย ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่ได้จัดให้อย่างเป็นประจำ จะได้รับการช่วยเหลือเงินเบี้ยยังชีพ เป็นรายเดือนตลอดชีวิต โดยแบ่งตามช่วงอายุแบบขั้นบันได ดังนี้

อายุ 60 - 69 ปี จะได้รับเดือนละ 600 บาท

อายุ 70 - 79 ปี จะได้รับเดือนละ 700 บาท

อายุ 80 - 89 ปี จะได้รับเดือนละ 800 บาท

อายุ 90 ปีขึ้นไป จะได้รับเดือนละ 1,000 บาท

15. ด้านการช่วยเหลือเงินสงเคราะห์จัดการศพ ช่วยเหลือรายละ 2,000 บาท

16. ด้านการลดหย่อนภาษีเงินได้และการลดหย่อนภาษีให้แก่ผู้บริจาคทรัพย์สิน เงินให้แก่กองทุนผู้สูงอายุ

16.1 ผู้เลี้ยงดูบิดา มารดาได้รับการลดหย่อนภาษีเงินได้ จำนวน 30,000 บาท ต่อผู้สูงอายุ 1 คน

16.2 ลดหย่อนภาษีให้แก่ผู้บริจาคทรัพย์สิน เงินให้แก่กองทุนผู้สูงอายุ

17. หน่วยงานของรัฐทั่วประเทศให้การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ยกเว้นหรือลดค่าเข้าชมสถานที่ จำนวน 257 แห่ง เช่นพิพิธภัณฑ์สถานแห่งชาติ อุทยานแห่งชาติ อุทยานประวัติศาสตร์

สวนสัตว์ โครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริ และสถานที่ท่องเที่ยว ในความรับผิดชอบขององค์การอุตสาหกรรมป่าไม้ เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า การสนับสนุนจากภาครัฐตามสิทธิผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับสิทธิในด้านต่าง ๆ ทั้ง 17 ด้าน ได้แก่ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านการศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสาร ด้านการประกอบอาชีพ ฝึกอาชีพที่เหมาะสม ด้านการพัฒนาตนเอง สนับสนุนให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมการรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่าย/ชุมชนการส่งเสริมและสนับสนุนกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุ ด้านการอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยในยานพาหนะ ด้านการลดหย่อนค่าโดยสารและการอำนวยความสะดวกในการเดินทางรถไฟ ลดค่าโดยสารทุกชั้นตลอดทาง ทุกสาย ด้านการท่องเที่ยว กีฬา และนันทนาการ ด้านการท่องเที่ยว จัดกิจกรรม และโครงการสำหรับผู้สูงอายุ ด้านกีฬาและนันทนาการ บริการตรวจสุขภาพ ด้านศาสนา ศิลปะ และวัฒนธรรม อำนวยความสะดวก ด้านการช่วยเหลือในทางคดี ให้คำแนะนำ ปกป้อง ให้ความช่วยเหลือทางกฎหมายด้านการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม/การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย ด้านการช่วยเหลือด้านอาหารและเครื่องนุ่งห่ม ช่วยเหลือเป็นเงิน สิ่งของ ด้านการช่วยเหลือผู้สูงอายุเรื่องที่อยู่อาศัย ด้านการช่วยเหลือเงินเบี้ยยังชีพ ด้านการลดหย่อนภาษีเงินได้และการลดหย่อนภาษีให้แก่ผู้บริจาคทรัพย์สิน เงินให้แก่กองทุนผู้สูงอายุนั้นมีความสำคัญในการนำการสนับสนุนจากภาครัฐตามสิทธิผู้สูงอายุมาปรับใช้กับการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ ในพื้นที่ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา และเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้ดีขึ้น

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

นโยบายของรัฐทางด้านสาธารณสุข มุ่งที่จะให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับต้น ๆ เน้นการสร้างสิ่งก่อสร้างโครงสร้างพื้นฐานในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ รัฐบาลเลือกใช้แนวทางที่เน้นการจัดบริการเอง และสร้าง

ด้านการพัฒนาตนเอง สนับสนุนให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมการรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่าย/ชุมชนการส่งเสริมและสนับสนุนกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุ สถานพยาบาลให้มากตลอดจนเป็นผู้จัดหาบริการรูปแบบต่าง ๆ ไปให้บริการประชาชน มีการผลิตบุคลากรให้มากขึ้นและกระจายไปยังชนบท ต่อมาได้เพิ่มวิธีการที่เป็นการสร้างระบบประกันสุขภาพขึ้นมา กระทรวงสาธารณสุขเริ่มใช้ระบบประกันสุขภาพในโครงการบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อ พ.ศ. 2526 ภายใต้ระบบนี้ กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการ และต่อมาได้มีการใช้ระบบประกันสุขภาพสำหรับลูกจ้างเอกชน โดยการออกพระราชบัญญัติประกันสังคม พุทธศักราช 2533 ซึ่งโรงพยาบาลไม่ว่าจะเป็นของรัฐหรือเอกชนก็สามารถให้บริการผู้ประกันตนโดยเป็นโรงพยาบาลคู่สัญญาได้ และแนวโน้มในการปรับเปลี่ยนนโยบายไปในแนวทางประกันสุขภาพ เมื่อรัฐบาลประกาศใช้ “นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค” นโยบายแต่เดิมเป็นมาตรการในแนวทางการจัด ให้บริการทางสาธารณสุขโดยตรง โดยรัฐเป็นผู้จัดหาให้นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพทำให้มีการกระจายทรัพยากรออกไปสู่ชนบท ให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่าย ปัญหาเรื่องความสามารถในการจ่ายค่าบริการได้รับการจัดการโดยรัฐอุดหนุนในการจัดบริการผ่านโรงพยาบาลของรัฐ ความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐานมีมากขึ้น แต่ต้นทุนการ

ให้บริการสูงขึ้น ทำให้ต้องใช้งบประมาณของรัฐในการอุดหนุนมากขึ้นหากมีการเก็บค่าบริการที่สูงขึ้น ซึ่งอาจมีปัญหาในเรื่องการเข้าถึงบริการ เนื่องจากความสามารถในการจ่ายของประชากร บางกลุ่มไม่เพียงพอ จึงมีการนำนโยบายตามแนวทางใหม่ คือ การประกันสุขภาพมาใช้เพิ่มขึ้น

1. วัตถุประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1.1 ความเสมอภาค (Equity) นอกจากความเสมอภาคในแง่สิทธิตามกฎหมายแล้ว ความเสมอภาคยังรวมถึงการกระจายภาระด้านค่าใช้จ่าย ในลักษณะความก้าวหน้าและเป็นธรรม และการเข้าถึง

1.2 ประสิทธิภาพ (Efficiency) หมายถึง ระบบที่ใช้ทรัพยากรอย่างประหยัด และคุ้มค่าที่สุด โดยใช้ระบบการบริหารจัดการที่เคร่งครัด และเน้นการผ่านเครือข่ายสถานบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นบริการที่สร้างผลลัพธ์ด้านสุขภาพด้วยต้นทุนต่ำ

1.3 ทางเลือกในการรับบริการ (Choice) ประชาชนควรมีสิทธิเลือกใช้บริการที่หลากหลายจากผู้ให้บริการประเภทต่าง ๆ รวมถึงสถานบริการของเอกชนสามารถเข้าถึงง่าย และเลือกใช้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.4 การสร้างให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ามุ่งสู่การสร้างสุขภาพดีไม่เพียงคุ้มครองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเท่านั้น โดยเน้นส่วนที่เป็นบริการสุขภาพส่วนบุคคลที่เป็นบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภัยต่อสุขภาพ

2. องค์ประกอบของระบบประกันสุขภาพ

การจัดระบบให้มีการกระจายความเสี่ยงในการใช้บริการสุขภาพ ต้องดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบต่าง ๆ ของระบบสุขภาพ ทั้งในส่วนผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ใช้บริการและผู้ให้ประกันมีดังนี้

- 1) ขุดสิทธิประโยชน์ และสิทธิประโยชน์อื่นๆ ของผู้ใช้บริการ
- 2) การคลังของระบบ
- 3) องค์การประกันสุขภาพ
- 4) การจัดระบบบริการ

3. การเงินการคลังระบบประกันสุขภาพ (Health Insurance Financing)

การเงินการคลังในระบบประกันสุขภาพเป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับกระแสเงินสด ในระบบจากแหล่งเงินผ่านองค์กรประกันสุขภาพถึงผู้ให้บริการ ประกอบภารกิจหลัก ได้แก่ การจัดหา หรือการรวบรวมเงิน การจัดสรรเงินและจัดซื้อบริการสุขภาพต่าง ๆ ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ

1) การรวบรวมเงินทุน เพื่อนำมาสำรองไว้เป็นค่าใช้จ่าย สำหรับซื้อบริการสุขภาพ จัดเป็นภารกิจหลักอย่างแรกของการคลังระบบประกันสุขภาพ และประเด็นหลักที่ต้องพิจารณาในเรื่องการรวบรวมเงิน คือ แหล่งที่มาของเงินและมีวิธีในการจัดเก็บรวม

2) การจ่ายค่าบริการสุขภาพ กระแสเงินในระบบประกันสุขภาพ คือ การจ่ายค่าบริการรูปแบบและวิธีการจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการในการจัดบริการสุขภาพมีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพของระบบและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ การจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการอาจเป็นการจ่ายแก่บุคลากรที่ให้บริการโดยตรง หรือจ่ายให้แก่สถานพยาบาล

4. ระบบหลักประกันสุขภาพ

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2545 ทำให้มีคณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำหน้าที่กำหนดนโยบาย ควบคุมการบริหารจัดการของสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อจัดการให้ระบบบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพ และการดำรงชีวิต ให้มีการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง ให้แก่ประชาชนคนไทยทุกคน ระบบหลักประกันสุขภาพ เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนคนไทยทุกคนในการได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึง ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยภาระด้านค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่บุคคลจะได้รับสิทธินั้น ซึ่งมีแนวทางในการดำเนินงานภายใต้หลักการและแนวคิดที่สำคัญคือ

1) เน้นความครอบคลุมบุคคลที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ และการร่วมจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขผ่านระบบภาษี

2) เน้นความยั่งยืนของกลไกระบบ 3 ประการ ได้แก่ นโยบายยั่งยืน การเงินยั่งยืน และสถาบัน ยั่งยืน ความยั่งยืนของกลไกดังกล่าวมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อระบบ โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา เนื่องจากประเทศกำลังพัฒนาส่วนใหญ่มีปัจจัยเศรษฐกิจเนื่องจากมีแหล่งเงินจำกัด และระบบโครงสร้างพื้นฐานสาธารณสุขในการรองรับนั้นยังไม่เพียงพอ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านสังคมซึ่งมักมีปัญหาบุคลากรไม่เพียงพอ

3) เน้นการมีบทบาทของทุกฝ่าย รวมถึงภาคประชาชน โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือ สุขภาวะของคนไทย ทุกคนตามหลักการสุขภาพพอเพียง ดังเห็นได้ชัดเจนจากกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ กำหนดให้มีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วยภาคีที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย รวมถึงภาค ประชาชนด้วย

4) สนับสนุนให้ประชาชนมีและใช้บริการที่หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้าน เป็นบริการด่านหน้า ที่ให้บริการผสมผสานทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

5) การบริหารระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเน้นการกระจายอำนาจให้พื้นที่คือเขตและจังหวัด ได้มีบทบาทและมีอำนาจในการตัดสินใจดำเนินการภายใต้หลักเกณฑ์ แนวทาง และมาตรฐานที่กำหนด โดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการแยกบทบาทผู้ซื้อและผู้ให้บริการสาธารณสุข ซึ่งทำให้ระบบมีการตรวจสอบควบคุมกำกับ ติดตาม และประเมินผลได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

6) ระบบต้องควบคุมการขยายตัวของค่าใช้จ่ายให้ได้ โดยเน้นการจ่ายเงินแบบปลายปิด รวมทั้งการ จ่ายเงินตามผลการปฏิบัติงาน ดังนั้นการที่จะขับเคลื่อนหลักการของหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมกลุ่มประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ วิธีการหนึ่งคือ การส่งเสริมให้ประชาชนมีองค์ความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องของหลักประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ภายใต้กรอบกฎหมายว่าด้วยการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2545 ในการดำเนินการให้เป็นไปตามแผนการกระจายอำนาจและแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ ฉบับที่ 2

กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาแนวทาง ในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข โดยกระบวนการมีส่วนร่วมและมีการรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกระดับอย่างกว้างขวางโดยยึดหลักการและวัตถุประสงค์ที่สอดคล้องกับกฎหมายว่าด้วยการกระจายอำนาจให้แก่ อบท. นำเสนอต่อ กกค. และใช้เป็นแนวทางดำเนินการนับแต่ที่ประชุม กกค. มีมติเห็นชอบเมื่อวันที่ 15 มีนาคม 2549 เป็นต้นมา ทั้งนี้ การดำเนินงานในด้านสาธารณสุข โดยส่วนใหญ่จะอยู่ใน 4 ประเด็นหลัก คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ กล่าวคือ

(1) งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในที่นี้จะนำมากล่าวร่วมกัน ซึ่งทุกหน่วยบริการได้ดำเนินการ ตั้งแต่หน่วยบริการปฐมภูมิ จนถึงตติยภูมิ ซึ่งกำหนดอยู่ในบทบาทหน้าที่ จากการตรวจเยี่ยมพื้นที่ พบว่า กองทุน อบต./เทศบาล กำหนดหน้าที่หลัก คือ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อที่จะให้ประชาชนในพื้นที่มีสุขภาพที่สมบูรณ์ และนำไปปฏิบัติงานได้เข้มแข็งตามวัตถุประสงค์ ก็จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน

(2) งานรักษาพยาบาล การรักษาพยาบาลเริ่มตั้งแต่หน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งดำเนินการป้องกันและรักษาเป็นบริการเชิงรุก โดยสถานอนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในการให้บริการรักษาพยาบาลปัญหาที่พบคือ ความแออัดของผู้ป่วยมารับบริการ มีหลายโรงพยาบาลมีโครงการลดความแออัดได้ผลดีมาก โดยแย่งงานปฐมภูมิจากโรงพยาบาล มีคลินิกชุมชนอบอุ่น สี่มุมเมือง รวมทั้งของเทศบาลด้วย มีห้องตรวจปฏิบัติการ (ห้อง Lab) รับให้บริการเจาะเลือด ตรวจจูงจาะผู้ป่วย อยู่กลางใจเมือง และผู้ป่วยสามารถเบิกต้นสังกัดได้ด้วย เป็นบริการที่ดี นอกจากนี้ยังมีร้านยาคุณภาพ เข้าร่วมโครงการตรวจ และจ่ายยาเบาหวานให้ผู้ป่วยตามคำสั่งของแพทย์โรงพยาบาลอีกด้วย

(3) การฟื้นฟูสุขภาพ จะมุ่งกลุ่มส่วนที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ ในกรณีคนพิการ งานเด่นอยู่ที่จังหวัดหนองบัวลำภู ซึ่งมีองค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นหลักในการทำงาน โดยตั้งกองทุนขึ้นร่วมกับเงินงบประมาณสนับสนุนจาก สปสช. ได้ดำเนินการช่วยเหลือคนพิการทุกประเภท

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า ระบบหลักประกันสุขภาพ เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนไทยทุกคนในการได้รับการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน อย่างทั่วถึง ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยภาระด้านค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่บุคคลจะได้รับสิทธินั้น และกระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ภายใต้กรอบกฎหมายว่าด้วยการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2552 ในการดำเนินการให้เป็นไปตามแผนการกระจายอำนาจและแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ ฉบับที่ 2 กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาแนวทางในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข โดยกระบวนการมีส่วนร่วมและมีการรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกระดับอย่างกว้างขวาง ทำให้ระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีความเข้มแข็งยิ่งขึ้น การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ การจัดบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานให้แก่ผู้สูงอายุ กิจกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุนั้นสามารถขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นในพื้นที่ ในที่นี้ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ในการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในกิจกรรม

ทางสังคมการรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่าย/ชุมชนการส่งเสริมและสนับสนุนกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุ หรือจัดกิจกรรมส่งเสริม ป้องกันการเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ได้โดยการบูรณาการการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน จึงจะเกิดความเข้มแข็งและยั่งยืนต่อไป

2.2.1 กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ตระหนักถึงความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับคนพิการว่าเป็นกลุ่มประชากรที่จำเป็นต้องส่งเสริมสนับสนุนให้ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในปี 2546-2552 ได้จัดสรรงบประมาณสำหรับคนพิการให้สามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์และได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการได้อย่างทั่วถึงในปี 2553 ถึงปัจจุบันได้ขยายขอบข่ายการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเพิ่มเติมให้ครอบคลุมการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์แก่คนพิการ ผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูหลังการเจ็บป่วยเฉียบพลันและได้มีนโยบายสนับสนุนการเข้าถึงบริการดังกล่าวโดยการกระจายอำนาจและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบไปยังส่วนภูมิภาคหรือพื้นที่ ด้วยการสนับสนุนงบประมาณฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ให้กับกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นด้านสุขภาพระดับจังหวัด เพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการและกิจกรรมบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์แก่คนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูหลังการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ในระบบบริการสาธารณสุขในชุมชน และการมีส่วนร่วมขององค์กรคนพิการ อีกทั้งภาคีอื่น ๆ ในพื้นที่มากขึ้น

วัตถุประสงค์

1. ให้คนพิการได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ และบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน
2. ให้ผู้ป่วย ผู้สูงอายุ ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้รับการบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน
3. ให้หน่วยบริการ พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการให้กับคนพิการ รวมทั้งจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในหน่วยบริการและในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. ให้องค์กรคนพิการ มีการพัฒนาศักยภาพด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ และรวมกลุ่มเกิดความเข้มแข็ง สามารถร่วมมือกับหน่วยบริการและมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพช่วยเหลือคนพิการด้วยตนเอง
5. ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการองค์กรคนพิการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชนในการพัฒนารูปแบบการดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุน และให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่คนพิการ ผู้ป่วย ผู้สูงอายุ ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกันในชุมชน
6. คู่มือการดำเนินงานภายใต้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ปี 2555

กลุ่มเป้าหมาย

กำหนดกลุ่มเป้าหมาย ผู้เข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ครอบคลุมประชากรผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 3 กลุ่ม คือ

- กลุ่มคนพิการ ที่ลงทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ท.74)

- กลุ่มผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

กรอบการบริหารค่าใช้จ่าย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีนโยบายการบริหารจัดการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ โดยมุ่งหวังให้เกิดการบูรณาการ การดำเนินงานและงบประมาณร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับท้องถิ่นหรือจังหวัดในลักษณะของกองทุนร่วม (Matching Fund) ระดับจังหวัด เพื่อให้คนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยระยะฟื้นฟูในชุมชนได้รับบริการการดูแลและช่วยเหลือครอบคลุมในทุกมิติ โดยกำหนดงบประมาณฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ในอัตรา 13.07 บาท ต่อผู้มีสิทธิจำนวน 48.333 ล้านคน ในวงเงิน 631.712 ล้านบาท โดยมีกรอบการบริหาร

โดยกำหนดสัดส่วนการบริหารจัดการเงินกองทุน ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

1 ส่วนที่ 1 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 ของค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ทั้งหมด เป็นเงินจำนวน 536.955 ล้านบาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ จ่ายตามเงื่อนไขบริการ หลักเกณฑ์ วิธีการและอัตราที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนด โดยครอบคลุม

1.1 ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ ค่าซ่อม/ผลิตกายอุปกรณ์/อุปกรณ์เครื่องช่วย/อุปกรณ์ประยุกต์ดัดแปลง เพื่อช่วยในการดำเนินชีวิตประจำวัน

1.2 ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์สำหรับกรณีบริการผู้ป่วยนอก

1.3 ค่าฝึกใช้อุปกรณ์ไม้เท้าสำหรับผู้พิการสำหรับคนตาบอดตามแผนการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการด้านการมองเห็น ด้านการฝึกทักษะการทำความเข้าใจกับสิ่งแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (Orientation & Mobility) สำหรับคนตาบอดและอุปกรณ์อื่นตามความจำเป็น

1.4 ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน

2 ส่วนที่ 2 ไม่เกินร้อยละ 15 ของค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ทั้งหมด เป็นเงินจำนวน 94.756 ล้านบาท เพื่อใช้ในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ของหน่วยบริการ องค์กรคนพิการและภาคอื่นๆ เพื่อเป็นต้นแบบในการขยายการดำเนินงานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเชิงรุก และการพัฒนาศักยภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพขององค์กรคนพิการ เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพตนเอง และเพิ่มการเข้าถึงบริการให้ทั่วถึงมากขึ้น การสนับสนุนเป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนด โดยครอบคลุม

2.1 การพัฒนาระบบหน่วยบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ตามความพร้อม

2.2 การพัฒนาศักยภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพขององค์กรคนพิการและผู้ดูแล ให้สามารถดูแลสุขภาพช่วยเหลือตนเองได้ รวมทั้งช่วยเหลือกันเองในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

2.3 การพัฒนาระบบบริการในชุมชนร่วมกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตามแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนเป็นฐาน (Community Base Rehabilitation)

2.4 การพัฒนากำลังคนด้านการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

2.5 การพัฒนาบริการรูปแบบใหม่ (Model Development) พัฒนานองค์ความรู้
ทั้งนี้ ให้มีการพัฒนาจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัดร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่มีความพร้อมอย่างน้อยเขตละ 1 จังหวัด จากงบประมาณฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ทั้ง 2 ส่วนข้างต้น และจากงบประมาณสมทบจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดในสัดส่วนที่เท่ากันตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด พ.ศ. 2554 ในปีงบประมาณ 2555 ให้มีการสนับสนุนและส่งเสริมการรับส่งผู้ทุพพลภาพไปกลับหน่วยบริการ โดยการบริหารจัดการภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตามความเหมาะสมและภายใต้ความร่วมมือกัน

แนวทางการสนับสนุน

กำหนดหลักเกณฑ์การจัดสรรเงินกองทุนให้กับหน่วยบริการในลักษณะจ่ายตามผลงานภายในกรอบวงเงิน (global budget) ที่ได้รับจัดสรร ดังนี้

1. ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

1.1 แนวทางการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ ของ สปสช.เขต ให้ สปสช.เขต พิจารณาจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ ภายใต้วงเงินที่ได้รับการจัดสรรในแต่ละด้าน โดยจัดสรรเป็นรายไตรมาสหรือ 6 เดือน ดังนี้

1) ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ

1.1) สนับสนุนงบประมาณให้กับหน่วยบริการ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการให้กับคนพิการ ภายในกรอบวงเงินที่ได้รับจัดสรร ตามรายการที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินราคากลางที่ สปสช.กำหนด (ภาคผนวก 1, 7) หรือรายการอื่นที่จำเป็นเพิ่มเติมภายใต้ความเห็นชอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับเขต/คณะกรรมการฟื้นฟูฯ เขต

1.2) การสนับสนุนการจัดบริการ ซ่อม/ผลิตกายอุปกรณ์/อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการและอุปกรณ์ประยุกต์ดัดแปลงสำหรับคนพิการ กำหนดให้มีการจัดสรรวงเงินจากอุปกรณ์เครื่องช่วยและบริการฟื้นฟูฯ เพื่อสนับสนุนให้หน่วยบริการองค์กรคนพิการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการจัดบริการซ่อม/ผลิตอุปกรณ์ ประยุกต์ดัดแปลง เพื่อช่วยในการดำเนินชีวิตประจำวันสำหรับคนพิการ ให้สอดคล้องเหมาะสมกับสภาพความพิการและการใช้ชีวิตในชุมชน ทั้งนี้ ตามความพร้อมของหน่วยบริการ องค์กรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยกำหนดเป้าหมายมีหน่วยงาน/องค์กร จัดบริการดังกล่าวอย่างน้อยเขตละ 1 แห่ง

2) ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับหน่วยบริการ กรณีให้บริการแบบผู้ป่วยนอกสนับสนุนงบประมาณให้หน่วยบริการเพื่อจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพให้คนพิการ ตามรายการที่กำหนดในภาคผนวก 2 (กรณีผู้ป่วยในรวมอยู่ในกองทุนผู้ป่วยในระดับเขตแล้ว) สำหรับ

การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ผู้สูงอายุ ที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ อยู่ในเงื่อนไขการให้บริการสาธารณสุขจากงบเหมาจ่ายรายหัวเดิม สปสช.เขต สามารถพิจารณาสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติม จากงบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ได้ ภายในกรอบวงเงินที่ได้รับจัดสรร (เฉพาะกรณีผู้ป่วยนอก)

3) ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนสนับสนุนงบประมาณให้กับหน่วยบริการ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน ตามรายการที่กำหนด

4) การสนับสนุนการฝึกใช้อุปกรณ์/การฝึกอบรมทักษะการทำความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (Orientation & Mobility) สำหรับคนตาบอด กำหนดให้มีการจัดสรรวงเงินจากค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ เพื่อสนับสนุนให้หน่วยบริการดำเนินการจัดบริการฝึกใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็นให้กับคนพิการ โดยระยะเริ่มแรกกำหนดการสนับสนุนงบการฝึกใช้อุปกรณ์ไม่เท่าๆกันสำหรับคนตาบอด โดยการสนับสนุนงบพัฒนาจัดตั้งศูนย์บริการฝึกอบรมทักษะการทำความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (O&M) สำหรับคนตาบอด (ระดับจังหวัด) เพื่อเป็นศูนย์กลางการให้บริการการฝึกใช้อุปกรณ์ไม่เท่าๆกันสำหรับคนตาบอดในพื้นที่ โดยกำหนดเป้าหมายมีศูนย์บริการที่พร้อมเพิ่มขึ้นจากปี 2554 ให้ได้ครบทุกจังหวัดที่เหลือ หรือในอำเภอใหญ่ที่มีความพร้อม งบสนับสนุนการจัดตั้งศูนย์ฯ เป็นค่าบริหารจัดการเฉพาะศูนย์ใหม่แห่งละ 100,000 บาท และค่าฝึกใช้อุปกรณ์และฝึกทักษะความคุ้นเคยฯ (O&M) รายละ 9,000 บาท รายละเอียดตาม ภาคผนวก 3 โดยกำหนดให้ สปสช.เขต สามารถพิจารณาสนับสนุนให้เกิดบริการการฝึกใช้อุปกรณ์ชนิดอื่นที่จำเป็นเพิ่มเติมได้ตามชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้การพิจารณาของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับเขตและคณะกรรมการฟื้นฟูฯ

ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดความคล่องตัวและเพื่อประสิทธิภาพในการสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการและบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของหน่วยบริการให้แก่งุ่มเป้าหมาย สปสช.เขตสามารถดำเนินการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการในลักษณะจัดสรรล่วงหน้าตามผลงานในรอบปีที่ผ่านมา(ภายในกรอบวงเงินและการพิจารณาจัดสรรของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต/คณะกรรมการฟื้นฟูเขต) ให้กับหน่วยบริการที่มีการพัฒนาระบบบริการหรือมีระบบการบริหารจัดการตามเงื่อนไข ดังนี้

ก. มีนโยบายสนับสนุนการพัฒนางานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในและนอกหน่วยบริการ

ข. มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู หรือนักกายภาพบำบัด หรือนักกิจกรรมบำบัดหรือนักวิชาชีพด้านงานฟื้นฟูอื่น ๆ ในหน่วยบริการ

ค. มีโครงสร้างและงานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่ชัดเจนโดยจัดตั้งเป็นคณะกรรมการบริหารและพัฒนากระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่ประกอบด้วย สหสาขาวิชาชีพ และผู้แทนคนพิการร่วมเป็นกรรมการและมีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นกรรมการและเลขานุการ

ง. มีผลงานให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการจัดสรรอุปกรณ์แก่คนพิการอย่างต่อเนื่องทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน

จ. มีการจัดทำบันทึกข้อมูลคนพิการและรายงานผลการจัดสรรอุปกรณ์และบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผ่านระบบรายงานที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

แนวทางการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ ของ สปสช. ส่วนกลางกำหนดให้ สปสช. ส่วนกลาง ดำเนินการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการดังนี้

1) จัดสรรเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ สำหรับหน่วยบริการตติยภูมิดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพ ตามผลงานในปีงบประมาณที่ผ่านมา และจัดสรรให้หน่วยบริการกรณีคนพิการเข้ารับบริการข้ามเขตพื้นที่ตามผลงานการให้บริการภายในกรอบวงเงินที่ได้รับจัดสรร

2) จัดสรรเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการผ่าตัดปากแหว่งเพดานโหว่และฟื้นฟูการพูด ตามหลักเกณฑ์ วิธีการเงื่อนไขและอัตราที่ สปสช. กำหนด

3) จัดสรรเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ (subacute) กรณีที่เป็นผู้ป่วยนอก และบริการในชุมชนในรอบปีที่ผ่านมาหากเงินค่าใช้จ่ายที่กำหนดไว้ในรายการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการไม่เพียงพอ เนื่องจากผลงานการให้บริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณให้ สปสช. ทั้งนี้ หน่วยบริการ/สถานพยาบาล ที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ในแต่ละประเภทของกิจกรรมนั้น ต้องให้บริการตามแนวทางปฏิบัติด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู ตามขอบเขตมาตรฐานของวิชาชีพ ตามประกาศ ระเบียบ และกฎข้อบังคับของกระทรวงสาธารณสุข และผู้ประกอบการวิชาชีพต้องมีใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพในแต่ละสาขาวิชาชีพนั้นๆ เช่น สาขากิจกรรมบำบัด สาขากายภาพบำบัด เป็นต้น

2. เงินสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์จะครอบคลุมกิจกรรมเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ อาทิเช่น การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การพัฒนารูปแบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ในชุมชน การจัดประชุม คณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ คณะทำงาน การประชุมสัมมนา การสนับสนุนหน่วยบริการ การสนับสนุนองค์กรคนพิการ การเผยแพร่ความรู้ เป็นต้น ทั้งนี้สำนักงาน (สปสช. ส่วนกลางหรือ สปสช. เขต) อาจดำเนินการบริหารจัดการเองหรือมอบหมายให้หน่วยงาน/องค์กรอื่นเป็นผู้ดำเนินการบริหารจัดการแทนได้

2.1 แนวทางการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการฟื้นฟู ของ สปสช.เขตให้ สปสช.เขต ดำเนินการสนับสนุนเงิน ให้กับหน่วยบริการ องค์กรคนพิการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ดังนี้

1) สนับสนุนการพัฒนากระบวนการของหน่วยบริการตามความพร้อม โดยเน้นความต่อเนื่องและพัฒนาต่อยอดจากฐานงานเดิม และนวัตกรรมบริการอื่น ๆ โดยกำหนดการสนับสนุนในรูปแบบการเสนอโครงการพัฒนาระบบบริการ เพื่อพิจารณาสนับสนุน ตามแนวทางที่กำหนด

2) สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพขององค์กรคนพิการ คนพิการและผู้ดูแลคนพิการและอาสาสมัคร ในรูปแบบการเสนอโครงการพัฒนาศักยภาพเพื่อพิจารณาสนับสนุนตามแนวทางที่กำหนด

3) สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการในชุมชนร่วมกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตามแนวความคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนเป็นฐาน (Community Base Rehabilitation) โดยบูรณาการการดำเนินงานและงบประมาณร่วมกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เพื่อเป็นต้นแบบหรือศูนย์เรียนรู้ในการขยายงานในพื้นที่อื่นต่อไป

4) สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการด้านงานฟื้นฟู โดยการสนับสนุนงบประมาณเพื่อพัฒนากำลังคนด้านงานฟื้นฟูฯ ตามความจำเป็น

2.2 แนวทางการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการฟื้นฟู ของ สปสช.ส่วนกลาง กำหนดการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการฟื้นฟู เพื่อดำเนินงานในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1) สนับสนุนการพัฒนารูปแบบ (model development) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ โดยหน่วยบริการ องค์กรคนพิการและภาคีอื่น ๆ เพื่อเป็นต้นแบบในการขยายการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น การพัฒนาศูนย์การดำรงชีวิตอิสระของคนพิการ การพัฒนารูปแบบบริการบุคคลออทิสติก ฯลฯ

2) สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพขององค์กรคนพิการระดับประเทศ เพื่อให้สามารถส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาทักษะ องค์ความรู้ขององค์กรในระดับลูกข่ายให้สามารถดำเนินกิจกรรมได้อย่างเข้มแข็งในพื้นที่

3) สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ให้บริการด้านการฝึกทักษะการดำรงชีวิตประจำวัน ของคนพิการทางการมองเห็น (Orientation & Mobility-O&M) และด้านอื่น ๆ ตามความจำเป็นของระบบบริการ

4) สนับสนุนการพัฒนา/เผยแพร่องค์ความรู้ด้านงานฟื้นฟูฯ ร่วมกับองค์กรหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3. การพัฒนาจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด

ให้ สปสช.เขตจัดสรรงบประมาณไม่เกินวงเงินที่จังหวัดได้รับจัดสรรต่อผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จากค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ และเงินสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการฟื้นฟูฯ เพื่อดำเนินการจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด โดยการสมทบงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่มีความพร้อมในสัดส่วนที่เท่ากัน เพื่อนำร่องพัฒนาระบบบริหารจัดการและการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด ให้ครบวงจรอย่างมีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของคนพิการผู้สูงอายุและผู้พิการที่ต้องได้รับการฟื้นฟู ในระบบหลักประกันสุขภาพ โดยการบูรณาการงบประมาณและการดำเนินงานร่วมกันตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1) เพื่อให้คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในเขตพื้นที่จังหวัด ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่จำเป็นต่อสุขภาพจากหน่วยบริการสถานบริการ หรือองค์กรอื่น ๆ รวมทั้งได้รับเครื่องช่วยกายอุปกรณ์และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ ในกรณีที่มีการตรวจวินิจฉัยหรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์และรายการ

ที่สำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกาศกำหนด หรือรายการอื่นที่ได้รับความเห็นชอบจาก คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่

2) เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของหน่วยบริการทุกระดับ ในจังหวัดนั้น ให้สามารถจัดบริการและอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการให้ครอบคลุมและตอบสนองต่อ ความจำเป็นของคนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพใน ท้องถิ่นชุมชนได้

3) เพื่อสนับสนุนการพัฒนารูปแบบการดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุนและฟื้นฟู สมรรถภาพคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับชุมชน และในครอบครัว ที่สามารถเชื่อมโยงกับระบบบริการของหน่วยบริการอย่างทั่วถึงในเขตจังหวัดนั้น

4) เพื่อสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพและความเข้มแข็งขององค์กรคนพิการ และ องค์กรผู้สูงอายุ และองค์กรอื่น ๆ ให้สามารถร่วมมือกับหน่วยบริการและมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพ ช่วยเหลือคนพิการ ผู้สูงอายุและผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเองได้ใน ระยะยาว

5) เพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการบริหารหรือพัฒนาบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้าน การแพทย์ให้มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ต้องไม่เกินร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดของบริการฟื้นฟู สมรรถภาพด้านการแพทย์ในรอบปีงบประมาณนั้นรายละเอียดตามประกาศคณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน ฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด

การกำกับ ติดตาม ประเมินผล

1. ให้หน่วยบริการที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟู สมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการจากกองทุนฟื้นฟูฯ รายงานผลการสนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการและบริการฟื้นฟูฯ โดยการบันทึกลงใน “โปรแกรมรายงานอุปกรณ์คนพิการ และการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ” ใน website สปสช. ที่ www.nhso.go.th และในระบบข้อมูล e-Claim กรณีอุปกรณ์เครื่องช่วยฯ 7 รายการเช่นเดิม

2. ให้หน่วยบริการและองค์กรฯ ที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณด้านการส่งเสริมการ พัฒนาระบบจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ในรูปแบบของการดำเนินงานโครงการ รายงานผลการดำเนินงานโครงการตามรูปแบบที่กำหนด ให้กับสปสช.เขต หรือ สปสช.ส่วนกลางที่ สนับสนุนงบประมาณโครงการภายในระยะเวลาที่กำหนด

3. ให้คณะกรรมการบริหารกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด รายงานผลการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ และรายงานการเบิกจ่ายเงินให้ สปสช.เขต ที่ สนับสนุนงบประมาณตามรูปแบบรายงาน และภายในระยะเวลาที่กำหนด

บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1 สปสช.ส่วนกลาง

1.1 ชี้แจงหลักเกณฑ์แนวทางการดำเนินงานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ให้ สปสช.เขต หน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องทราบ รวมทั้งให้คำปรึกษาแนะนำ

1.2 บริหารจัดการงบประมาณให้เกิดประสิทธิภาพประสิทธิผล และมุ่งให้เกิดการบูรณาการในระดับพื้นที่ ร่วมกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

1.3 พัฒนาระบบรายงาน กำกับ ติดตามผลการดำเนินงานให้บรรลุตามเป้าหมาย ตัวชี้วัด

1.4 รวบรวม วิเคราะห์ สรุปแผน/ผลการดำเนินงาน และงบประมาณ

1.5 ประสานงานและสนับสนุนคณะกรรมการคณะอนุกรรมการ และคณะทำงานชุดต่างๆ

1.6 ประสานงานองค์กรวิชาชีพ องค์กรผู้พิการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้ร่วมมือกันพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง

2 สปสช.เขต

2.1 ชี้แจงหลักเกณฑ์แนวทางการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ให้หน่วยบริการ หน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

2.2 บริหารจัดการงบประมาณให้เกิดประสิทธิภาพประสิทธิผล และมุ่งให้เกิดการบูรณาการในระดับพื้นที่

2.3 จัดสรรงบประมาณบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ตามแนวทางที่กำหนด

2.4 กำกับ ติดตามผลการดำเนินงานให้บรรลุตามเป้าหมาย ตัวชี้วัด

2.5 รวบรวม วิเคราะห์ สรุปแผน/ผลการดำเนินงาน และงบประมาณ

2.6 ประสานงานองค์กรวิชาชีพ องค์กรผู้พิการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อให้ร่วมมือกันพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง

3 หน่วยบริการ เครือข่ายบริการ สถานพยาบาล

3.1 ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์และจัดสรรอุปกรณ์เครื่องช่วย และรายงานข้อมูลการให้บริการและจัดสรรอุปกรณ์เครื่องช่วยตามแนวทางระบบรายงานและโปรแกรมข้อมูลที่ สปสช.กำหนด

3.2 พัฒนา/สนับสนุนศักยภาพเครือข่ายและองค์กรคนพิการเพื่อรองรับการจัดบริการฟื้นฟูแก่กลุ่มเป้าหมายในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับคนพิการและกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงว่าเป็นกลุ่มประชากรที่จำเป็นต้องส่งเสริมสนับสนุนให้ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ตระหนักถึงความสำคัญจัดสรรงบประมาณให้สามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์และได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการได้อย่างทั่วถึงปัจจุบัน ได้ขยายขอบข่ายการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเพิ่มเติมให้ครอบคลุมการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์แก่คนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูหลังการเจ็บป่วยเฉียบพลัน และได้มีนโยบายสนับสนุนการเข้าถึงบริการดังกล่าว โดยการกระจายอำนาจและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบไปยังส่วนภูมิภาคหรือพื้นที่ ด้วยการสนับสนุนงบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ให้กับกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นด้านสุขภาพระดับจังหวัด เพื่อให้เกิดการพัฒนาบริการและกิจกรรมบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์แก่คนพิการ

ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูหลังการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ในระบบบริการสาธารณสุข ในชุมชนและการมีส่วนร่วมขององค์กรคนพิการ อีกทั้งภาคีอื่น ๆ ในพื้นที่ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมาต่อไป

2.3 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ เป็นสาเหตุสำคัญชนิดหนึ่งต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ และทำให้ผู้สูงอายุมีสถานะการพึ่งพิงสูงขึ้น จากสถิติการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปมีมากกว่าล้านคนมีประวัติการพลัดตกหกล้ม โดยพบว่า 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุมีการพลัดตกหกล้ม และเมื่อมีประวัติของการหกล้มแล้ว ไม่สามารถคาดการณ์ว่าจะมีภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มครั้งต่อไปเมื่อใด (Centers for Disease Control and Prevention, 2019)

ความหมายของการพลัดตกหกล้มนั้นมีผู้ให้คำจำกัดความที่แตกต่างกันออกไปซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

การพลัดตกหกล้ม หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจากการที่บุคคลเสียหลักล้มลงไปที่พื้น หรือพื้นที่มีระดับต่ำกว่า ซึ่งไม่ได้เกิดจากการถูกทำร้าย หรือการหมดสติ หรือการเป็นอัมพาตฉับพลันทันที หรือเกิดจากการชัก

การพลัดตกหกล้ม หมายถึง เหตุการณ์ที่เป็นผลจากการที่บุคคลล้มลงไปได้โดยไม่ตั้งใจบนพื้น หรือ พื้นที่มีระดับต่ำกว่า และไม่ได้เกิดจากผลของการเกิดปัญหาภายในของบุคคลนั้น ๆ เช่น ผลจากการเกิด ภาวะ stroke หรืออันตรายอื่น ๆ

การพลัดตกหกล้ม หมายถึง อุบัติการณ์ที่บุคคลไม่สามารถทรงตัวในขณะที่เอนตัวลงนอน ขณะนั่ง หรือขณะยืนอยู่ ทำให้เสียหลัก หรือหกล้มกับพื้น (สมาคมการดูแลสุขภาพแห่งนิวเจอร์ซีย์ 2012 อ้างอิงใน อศนัย เล่งอี และพันธ์พัฒน์ บุญมา, 2564: 12)

การพลัดตกหกล้ม หมายถึง การที่ร่างกายลงไปอยู่กับพื้น หรือในระดับที่ต่ำกว่าตำแหน่งที่ยืน นั่งหรือนอน โดยไม่ได้ตั้งใจ

การพลัดตกหกล้ม หมายถึง เหตุการณ์ที่บุคคลใด บุคคลหนึ่งพลัดตกลงมาบนพื้นหรือบนพื้นผิว

ในระดับที่ต่ำกว่าโดยไม่ตั้งใจ ซึ่งอาจเกิดจากทั้งภาวะที่มีสติหรือภาวะหมดสติ หรือเกิดจากผลของการเกิดภาวะฉุกเฉินจากการเกิดอาการอ่อนแรงฉับพลัน การเกิดภาวะชัก หรือเกิดจากการได้รับการกระแทกอย่างรุนแรง

จากความหมายของการพลัดตกหกล้ม สามารถสรุปได้ว่า การพลัดตกหกล้ม หมายถึง การที่บุคคลไม่สามารถทรงตัวในขณะที่เปลี่ยนแปลงท่าทาง หรือปะทะสิ่งของต่าง ๆ เป็นผลให้ทำให้เกิดการเสียหลัก ทำให้ส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกายลงไปอยู่กับพื้นหรือในระดับที่ต่ำกว่า ซึ่งอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บหรือไม่ได้รับบาดเจ็บของร่างกาย

การพลัดตกหกล้มเป็นภาวะสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ มีนิยามที่มีผู้กำหนดไว้แตกต่างกันซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม มีผู้ให้นิยามความหมายของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุไว้ดังนี้

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) ได้ให้ความหมายของการพลัดตกหกล้มว่า หมายถึงการเปลี่ยนแปลงโดยไม่ได้ตั้งใจและเป็นผลให้ร่างกายทรุดหรือลงนอนกับพื้น หรือปะทะสิ่งของต่าง ๆ หรือโต๊ะ และไม่รวมกับการพลัดตกหกล้มที่เกิดจากอุบัติเหตุร้ายแรงเช่น ถูกรถชน

ลัดดา เกียมวงศ์ (2547) อธิบายว่าการพลัดตกหกล้ม หมายถึง การเสียการทรงตัวโดยไม่ได้ตั้งใจ และไม่ได้เกิดจากแรงกระทำภายนอก โดยทำให้ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย ได้แก่ มือ แขน เข่า ก้นหรือร่างกายทั้งตัวสัมผัสกับพื้น และต้องเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป

Lyons (2005) กล่าวว่า การพลัดตกหกล้ม หมายถึง การที่ร่างกายลงไปอยู่กับพื้น หรือในระดับที่ต่ำกว่าตำแหน่งที่ยืน นั่ง หรือนอนโดยไม่ได้ตั้งใจ

Prevention of Fall Network Europe (ProFaNE, 2001) (อ้างถึงใน ลัดดา เกียมวงศ์, 2547: 9) กล่าวว่า การพลัดตกหกล้มเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้คาดการณ์มาก่อนล่วงหน้า ซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นลงมาอยู่บนพื้นหรือในระดับที่ต่ำกว่า

จากความหมายการพลัดตกหกล้มดังกล่าว สรุปได้ว่าการพลัดตกหกล้ม หมายถึง การที่ร่างกายเสียการทรงตัวซึ่งอาจเกิดจากความสามารถในการทรงตัวของตนเอง หรืออาจเกิดจากการสะดุดสิ่งของต่าง ๆ ที่อยู่ใกล้ตัวที่กีดขวางทางเดินหรือการเคลื่อนไหว ทำให้ร่างกายหรืออวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งลดระดับต่ำลงไปอยู่ที่พื้น โดยไม่ได้ตั้งใจหรือไม่ได้คาดการณ์มาก่อน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ สามารถจำแนกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุได้เป็น 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยภายในบุคคล และปัจจัยภายนอกบุคคล

1. ปัจจัยภายในบุคคล (Intrinsic Factor) ที่สามารถทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม (ณัฐชา พวงทอง, 2564) ได้แก่

1.1 ปัจจัยที่เกิดจากกระบวนการสูงวัย (Aging Process) เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกาย เริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์จนเจริญเติบโต เมื่อพ้นวัยผู้ใหญ่แล้วจะมีผลการสลายเซลล์มากกว่าการสร้าง จึงพบว่า ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายที่เสื่อมลงเกิดพยาธิสภาพหลายระบบ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีพัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้เกิดประสิทธิภาพของการทำงานลดลง ได้แก่

1.1.1 สายตา พบว่า มีการเสื่อมของจอรับภาพอันเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงที่เสื่อมถอย ได้แก่ การหนาตัว การขุ่นของเลนส์และการปรับตัวต่อความมืด หรือมีปัญหาทางสายตา เช่น ต้อกระจก ต้อหิน และสายตาวาย ทำให้การมองเห็นไม่ชัดเจน การคาดคะเนในการก้าวเดินไม่ตรงกับความเป็นจริง ทำให้เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ก้าวพลาดได้

1.1.2 กล้ามเนื้ออ่อนแรง พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงในระบบโครงสร้างของร่างกายและกล้ามเนื้อ มีการเปลี่ยนแปลงของมวลกล้ามเนื้อ ความแข็งแรง และความสามารถในการประสานงานของกล้ามเนื้อลดลงร้อยละ 20.0 – 40.0 มีการเสื่อมถอยของข้อต่อและเอ็นรอบ ๆ ข้อ ส่งผลให้ท่าทางการเดินผิดปกติไปจากเดิม ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีการสะดุด พลัดตกหกล้มได้ง่าย ขณะเดินบนพื้นที่ไม่เรียบ หรือทางต่างระดับ

1.1.3 ท่าเดินและการทรงตัวที่ผิดปกติไปจากเดิม พบว่า ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงที่โครงสร้างของแกนกระดูกสันหลัง ทำให้หลังค่อม การเดินเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยผู้สูงอายุจะเดินก้าวเท้าอย่างช้า ๆ และสั้น ๆ ยกเท้าเหนือพื้นเพียงเล็กน้อย ขณะเดินตัวจะสั่น เวลาหมุนตัวก็จะหมุนช้า ๆ จากการที่ท่าทางการเดินผิดปกตินี้ส่งผลทำให้เกิดการสะดุด พลัดตกหกล้มได้ง่าย

1.1.4 การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทและสมอง พบว่าความไวในการรับรู้ต่าง ๆ ลดน้อยลงตามสภาพของร่างกายที่เสื่อมถอย ความจำต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ลดลง มีการเปลี่ยนแปลงของการทรงตัวขณะยืน ลูกจากการนั่งหรือนอนอย่างรวดเร็วทำให้เกิดอาการหน้ามืดเป็นลม ส่งผลให้ล้มได้ง่าย

1.1.5 การเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินปัสสาวะ พบว่า อายุที่มากขึ้น ทำให้การทำหน้าที่ของทางเดินปัสสาวะลดลง ความสามารถในการกลั้นปัสสาวะลดลง หูรดในอุ้งเชิงกรานทำงานอ่อนกำลังลง ซึ่งส่งผลทำให้ผู้สูงอายุปัสสาวะเล็ดได้ง่าย กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ผู้สูงอายุจึงต้องเข้าห้องน้ำบ่อย ๆ และรีบเข้าห้องน้ำ ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้ง่าย

1.2 ปัจจัยที่เกิดจากการเจ็บป่วยหรือพยาธิสภาพของโรค ได้แก่

1.2.1 ความผิดปกติของโรคระบบการไหลเวียนโลหิตและหัวใจ พบว่าผู้สูงอายุมีความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิตและหัวใจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการหกล้มในผู้สูงอายุ ได้แก่ การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง เกิดความดันโลหิตต่ำหรือหัวใจทำงานล้มเหลวได้ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุและเป็นอาการนำที่ทำให้ผู้สูงอายุมาโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังพบว่าโรคความดันโลหิตสูงยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการหกล้มในผู้สูงอายุจากการที่ต้องใช้ยาลดความดันโลหิต ส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการหน้ามืดวิงเวียนศีรษะจากการเปลี่ยนท่า และพบว่าเป็นสาเหตุของการเกิดพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

1.2.2 ความผิดปกติของระบบประสาท พบว่าความผิดปกติของระบบประสาทในผู้สูงอายุนั้นส่งผลให้เกิดโรคต่าง ๆ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน และสมองเสื่อม ซึ่งโรคต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียการทรงตัวได้ง่าย

1.2.3 ความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูก ได้แก่ โรคของกล้ามเนื้อและโรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis) สาเหตุของการหกล้มที่จากโรคข้อและกระดูกที่พบได้บ่อย ได้แก่ ข้อเข่าและข้อสะโพกโดยส่วนใหญ่เกิดจากโรคข้อเสื่อม นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มอาการ “Drop attacks” ยังเป็นอีกสาเหตุหนึ่งของการหกล้มในผู้สูงอายุได้ซึ่งเกิดจากการที่ผู้สูงอายุหกล้มหรือทรุดลงนั่งหรือนอนกับพื้นเนื่องจากขาไม่มีแรงและไม่สามารถลุกขึ้นยืนได้โดยผู้สูงอายุบางรายจะรู้สึกว้าวุ่นของตนเองทำงานไม่เป็นปกติอาจเป็นอยู่นานเป็นนาทีหรือหลายชั่วโมง ซึ่งอาการผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูกดังกล่าวเป็นสาเหตุของการเกิดพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

1.2.4 ความผิดปกติของเท้า ได้แก่ ตาปลา หนูดขนาดใหญ่ นิ้วคด หรือมีโครงสร้างของเท้าที่ผิดปกติทำให้เกิดความเจ็บปวดขณะเดินหรือเปลี่ยนท่า ส่งผลให้มีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มตามมาได้

1.2.5 การได้รับยาหลายชนิดพร้อมกัน เป็นสาเหตุสำคัญอีกสาเหตุหนึ่งที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุได้ง่าย เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีโรคเจ็บป่วยเรื้อรังหลายโรค เป็นผลให้ต้องรับประทานยาหลายชนิดพร้อมกันเพื่อรักษาโรคต่าง ๆ หลายระบบ ซึ่งจะทำให้เกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยา และผลข้างเคียงหรือเกิดพิษของยาได้ง่าย ส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางทำให้เกิดความผิดปกติหรือมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มได้ง่าย ได้แก่ ยานอนหลับ และยารักษาทางจิตเวชจะทำให้เกิดอาการง่วงซึม เต้นเซ กระวนกระวายและสับสน ยาลดความดันโลหิต ทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า (Postural hypotension) มีอาการหน้ามืด วิงเวียนศีรษะ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด อาจทำให้เกิดระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ มีอาการหน้ามืด เป็นลม หมดสติส่วนยาขับปัสสาวะ ทำให้เกิดความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรไลต์ สำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Urinary incontinence) ร่วมกับการใช้ยาขับปัสสาวะ ก็จะทำให้ต้องปัสสาวะบ่อยขึ้นและมีความเร่งรีบในการไปปัสสาวะ อาจทำให้เกิดการลื่นหรือสะดุดหกล้มตามมาได้

1.3 ปัจจัยที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพทางจิตใจ พบว่าในผู้สูงอายุ มีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมช้าลง ทำให้การตัดสินใจช้า สูญเสียความมั่นใจ เกิดความผิดปกติทางจิตใจเช่น มีอาการของโรคซึมเศร้า วิตกกังวล เหนง ว่าเหว ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้ง่าย

2. ปัจจัยภายนอกบุคคล (Extrinsic Factor) หมายถึง สิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยทั้งภายในและภายนอกบ้าน(กมลทิพย์ หลักมัน, 2558) ได้แก่

2.1 สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ที่พบบ่อย และเป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มมี 10 สาเหตุหลัก

2.1.1 พื้นบ้านมีความมันลื่น เช่น การปูพื้นด้วยกระเบื้องเคลือบ หินขัดมัน หินอ่อนเมื่อพื้นกระเบื้องเปียกน้ำ จะทำให้ลื่นได้ง่าย หรือพื้นไม้ที่ขัดมันหรือเช็ดทำความสะอาดด้วยน้ำยาที่มีความมันเงา เมื่อนำเศษผ้าหรือพรมเช็ดเท้าไปวางก็จะทำให้เกิดความลื่นได้เช่นกัน จากลักษณะดังกล่าวจึงทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้ง่ายในผู้สูงอายุ

2.1.2 พื้นบ้านต่างระดับที่สังเกตยาก เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการมองเห็นอยู่แล้วหรือมีปัญหาเรื่องการทรงตัวจากกล้ามเนื้อขาไม่แข็งแรงก็ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้ง่ายขึ้น

2.1.3 ประตูบ้านมีขอบธรณีประตู เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่ง เนื่องจากการก้าวเดินของผู้สูงอายุจะก้าวในลักษณะสั้น ๆ และยกเท้าต่ำ เมื่อมีสิ่งกีดขวาง เช่น ขอบธรณีประตูจึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดการสะดุดล้มได้ง่าย

2.1.4 แสงสว่างภายในบ้านไม่เพียงพอ เนื่องจากผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องสายตาเกี่ยวกับการมองเห็นไม่ชัดเจนอยู่แล้ว เมื่อแสงสว่างภายในบ้านมีความมืดสลัว ก็ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้ง่ายขึ้น

2.1.5 บันไดบ้าน ไม่มีราวจับยึด การพลัดตกบันได ส่วนใหญ่มาจากก้าวพลาดหรือการทรงตัวไม่ดีเนื่องจากกล้ามเนื้อบริเวณขาไม่แข็งแรงพอ หรือมีเศษผ้า หรือพรมเช็ดเท้าวางอยู่บริเวณบันได จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดการลื่นพลัดตกหกล้มได้

2.1.6 ห้องน้ำ ห้องส้วมไม่ถูกสุขลักษณะ เช่น พื้นลื่นจากการปูกระเบื้องมันลื่น พื้นห้องน้ำมีขี้ตะไคร่น้ำเกาะ มีคราบสบู่ ประกอบกับในห้องน้ำถูกสร้างขึ้นโดยไม่มีราวยึดจับ จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดการลื่นล้มได้

2.1.7 การวางตำแหน่งสิ่งของ หรือเฟอร์นิเจอร์ภายในบ้านมีการเปลี่ยนที่วางบ่อยๆ ทำให้ผู้สูงอายุ จดจำตำแหน่งเดิมไม่ได้ จึงทำให้เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้ง่าย

2.1.8 พรมเช็ดเท้าหรือผ้าเช็ดเท้า ขาดรุ่งริ่ง หรือการนำเอาเศษผ้าเก่า ๆ ที่ไม่ได้ใช้แล้วมาวางบนพื้นโดยไม่มีแผ่นยางยึดเกาะ ก็เป็นประเด็นสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดการลื่นล้มหรือสะดุดตกหกล้มได้ง่าย

2.1.9 ภายในบ้านวางสิ่งของเกะกะทางเดิน เช่น สายไฟ ปลั๊กไฟต่าง ๆ หรือสิ่งของอื่น ๆ ก็เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดการสะดุดล้มได้

2.1.10 การเลี้ยงสัตว์เลี้ยงภายในบ้าน เช่น สุนัข แมว ที่มีก้ามคลอเคลียผู้สูงอายุ ขณะก้าวเดิน ก็ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการพลัดตกหกล้มได้

2.2 สิ่งแวดล้อมภายนอกบ้าน ได้แก่ สถานที่ที่ผู้สูงอายุไปเป็นประจำในชุมชน ซึ่งพบบ่อยในสถานที่หลัก 4 แห่ง ได้แก่ถนนในชุมชน วัด ตลาด และทุ่งนา

2.2.1 ถนนในชุมชน พื้นผิวมีเศษก้อนหิน ทางเดินเป็นดินลูกรัง ทางเดินชำรุด

2.2.2 วัด รอบวัด โบสถ์ รอบ ๆ ทางเดินปูด้วยพื้นกระเบื้องมัน หรือราวบันไดไม่มีราวจับ พื้นบันได ปูด้วยกระเบื้องหรือหินอ่อน ซึ่งก็เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้

2.2.3 ตลาด หรือแผงลอยวางไม่เป็นระเบียบ รถเข็นผัก ผลไม้ อาหารต่าง ๆ ที่อาจจะมาชนปะทะผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้

2.2.4 ทุ่งนา มีคันนาลื่น หรือมีเถาวัลย์ห้อย ทางเดินไม่สม่ำเสมอ ก็ก่อให้เกิดการลื่นล้มหรือสะดุดขึ้นได้

การป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

การป้องกันการพลัดตกหกล้มมีหลักสำคัญ 3 ประการ คือ 1) การจำแนกผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม 2) การให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ 3) การดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูง (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การจำแนกผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบาดเจ็บที่มีสาเหตุจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ เช่น การเจ็บป่วย ภาวะกระดูกพรุน ภาวะสมองเสื่อม ความผิดปกติเกี่ยวกับความรู้สึกตัวหรือการรู้คิด ความบกพร่องเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การใช้ยา ประวัติการพลัดตกหกล้ม อายุมากกว่า 75 ปี สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย เป็นต้น การประเมินควรมีการประเมินซ้ำทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง สิ่งแวดล้อม หรือบทบาทของสมาชิกภายในบ้าน บันทึกความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มที่ประเมินพบ โดยให้ความสำคัญต่อปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มที่สามารถป้องกันและแก้ไขได้ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการแก้ไขโดยความร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพ

2. การให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ ในเรื่องการป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยให้คำแนะนำและจัดหาข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเอง สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล รวมทั้งให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดการพลัดตกหกล้ม ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับ

ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ติดโปสเตอร์หรือใช้แผ่นพับในการกระตุ้นญาติหรือผู้ดูแลให้ตระหนักต่อปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

3. การดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อการพลัดตกหกล้ม

3.1 ปรับปรุงสิ่งแวดล้อม โดยประสานงานในการดำเนินงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในการปรับปรุงที่พักอาศัย เช่น การจัดวางสิ่งของให้เป็นระเบียบ หลีกเลี่ยงการทำให้เกิดแสงเงาบริเวณทางเดิน การติดตั้งราวจับ สำหรับช่วยในการยึดจับ การตั้งฝักบัวสำหรับอาบน้ำการใช้แผ่นยางกันลื่นในห้องน้ำ การติดตั้งโถส้วมแบบชักโครกหรือที่อุจจาระที่มีความสูงในระดับที่สามารถลุกยืนหรือนั่งได้สะดวก การติดเทปสีสะท้อนแสงบริเวณที่เป็นขอบประตูหรือทางต่างระดับเพื่อให้สังเกตเห็นง่าย การติดหลอดไฟฟ้าชนิดส่องสว่างเวลากลางคืนบริเวณเพดานให้แสงสว่างทั่วถึง การจัดเตรียมอุปกรณ์ช่วยเหลือในการมองเห็นและการได้ยิน การสวมใส่เสื้อผ้าและรองเท้าที่เหมาะสม รวมถึงโทรศัพท์ในรายการที่ต้องการติดต่อหรือสนทนากับเพื่อนหรือญาติ เป็นต้น

3.2 ประเมินและพัฒนาความสามารถในการก้าวเดินและการทรงตัว โดยประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความสามารถในการทรงตัว รวมทั้งกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายเพื่อสามารถทรงตัวได้ดีและกล้ามเนื้อต่าง ๆ ทำงานประสานกันตามความชอบและศักยภาพของผู้สูงอายุแต่ละราย การออกกำลังกายของแขนขาหรือการยกน้ำหนักเพื่อให้กล้ามเนื้อแข็งแรง ในรายที่นอนอยู่กับเตียงควรแนะนำให้ตะแคงตัวและลุกนั่งอย่างถูกต้อง

3.3 ทบทวนการรักษาโดยแพทย์ หลักการทบทวนในเรื่องการรักษา คือ การลดจำนวนชนิดของยาที่ใช้ บางรายนอกจากยาแผนปัจจุบันแล้วยังรับประทานสมุนไพรร่วมด้วย การรับประทานยาหลายชนิดร่วมกันอาจมีผลต่อความสามารถในการทำงานของอวัยวะในร่างกาย และเป็นสาเหตุของการพลัดตกหกล้ม ควรแนะนำผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลแจ้งให้แพทย์ทราบเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังได้รับยา โดยเฉพาะอาการเป็นลมหน้ามืดเนื่องจากความดันโลหิตต่ำ

3.4 ปรับปรุงแผนการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ผู้สูงอายุบางรายมีความพิการมากขึ้น แต่แผนการดูแลไม่เปลี่ยนแปลง ผู้สูงอายุยังคงได้รับการดูแลในลักษณะเดิม ทำให้มีโอกาสพลัดตกหกล้มได้ง่ายขึ้น

3.5 หลีกเลี่ยงการผูกยึด การจำกัดการเคลื่อนไหว คือ การผูกยึดด้วยอุปกรณ์หรือวัสดุสำหรับใช้ในการผูกยึด และการใช้สารเคมีหรือยาซึ่งออกฤทธิ์ในการควบคุมการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ การผูกยึดอาจเป็นสาเหตุของการบาดเจ็บ โดยเฉพาะบริเวณที่ผูกยึด ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสูงขึ้น บางรายพบว่าความรุนแรงของการบาดเจ็บจากการผูกยึดเพิ่มมากขึ้น

3.6 สนทนาและให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุเกี่ยวกับสถานที่และบุคคลแก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งช่วยเหลือผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยให้ความช่วยเหลือก่อนที่ผู้สูงอายุร้องขอจัดให้มีอุปกรณ์สำหรับผู้สูงอายุที่ผู้ดูแลไว้บริเวณที่ผู้สูงอายุใช้ได้ง่าย และแนะนำผู้สูงอายุให้ขอความช่วยเหลือจากผู้ดูแลเมื่อต้องการ หากพบว่าไม่มีการร้องขอความช่วยเหลือ ผู้ดูแลควรเข้าดูแลและตรวจสอบสภาพทั่วไป

3.7 การส่งเสริมการรับประทานอาหารประเภทวิตามินดีเพื่อส่งเสริมความแข็งแรงของกระดูก

ผลกระทบของการปลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

การปลัดตกหกล้มทำให้ผู้สูงอายุได้รับบาดเจ็บและส่งผลทำให้เกิดพิการและเสียชีวิตได้ จากการศึกษาถึงผลกระทบของการปลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่า การปลัดตกหกล้มส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อทั้งครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจของประเทศชาติด้วย ดังรายละเอียด

ผลกระทบทางด้านร่างกาย การหกล้มส่งผลทำให้ร่างกายได้รับบาดเจ็บเล็กน้อยถึงรุนแรง เช่น อาการฟกช้ำ เคล็ดขัดยอก มีแผลฉีกขาด กระดูกหัก หรือสมองได้รับการกระทบกระเทือน ซึ่งอาจทำให้พิการและเสียชีวิตได้ (Aleksna, Stukas Tamulaityte-Morozoviene Šurkiene & Tamulaitiene, 2015; CDC, 2019) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุที่เกิดปลัดตกหกล้มต้องเข้ารับการรักษาลูกเข็นในโรงพยาบาลถึง 3 ล้านคนต่อปี โดยผู้สูงอายุจำนวน 8 แสนรายเข้ารับการรักษานี้เนื่องจากได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะและสะโพกหัก เมื่อเกิดการบาดเจ็บจากกระดูกสะโพกหักผลที่ตามมาคือ ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาดูแลและต้องเข้ารับการรักษานานขึ้น ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนระบบการย่อยอาหาร เช่น อาจเกิดภาวะปวดจุกท้อง การที่ลำไส้ไม่เคลื่อนไหวภายหลังจากการผ่าตัด หรือท้องแข็งตึง ในระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้สูงอายุอาจเกิดอาการการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และผู้สูงอายุอาจเกิดแผลกดทับจากการนอนนาน เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป หกล้มและมีกระดูกข้อสะโพกหัก พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีอัตราการเสียชีวิตสูงเฉลี่ยร้อยละ 14-36 (Carpintero, Caeiro, Carpintero, Morales, Silva, & Mesa, 2014)

ผลกระทบทางด้านจิตใจ การหกล้ม พบว่าส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุเป็นอย่างมากโดยเฉพาะในผู้ที่เคยมีประสบการณ์ของการหกล้มจะเกิดความกลัว วิตกกังวล ตลอดจนสูญเสียความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บางรายรู้สึกอับอาย เสียใจ และรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระให้กับบุตรหลานและทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ เกิดความเครียด จนถึงขั้นรุนแรงอาจก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า ภายหลังจากการปลัดตกหกล้ม พบว่า ผู้สูงอายุที่เคยมีประสบการณ์ของการปลัดตกหกล้ม (ร้อยละ 21) เกิดภาวะการสูญเสียความมั่นใจในตนเอง ผลจากการที่ผู้สูงอายุสูญเสียความมั่นใจ

จึงส่งผลทำให้ผู้สูงอายุไม่อยากออกไปทำกิจกรรมนอกบ้านเนื่องจากกังวลและกลัวเกิดการปลัดตกหกล้มซ้ำ จึงส่งผลต่อเนื่องทำให้ผู้สูงอายุเกิดความหวาดกลัวจากการขาดการติดต่อกับสังคมภายนอกและส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด (สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม, 2563)

ผลกระทบทางด้านสังคม การปลัดตกหกล้มนอกจากจะส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุแล้วยังส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสังคมกับผู้สูงอายุอีก โดยผู้สูงอายุที่เคยปลัดตกหกล้ม ส่วนใหญ่ลดการติดต่อกับสังคมหรือลดการทำกิจกรรมทางสังคม เช่น ลดการออกไปพบเพื่อนหรือ ครอบครัว นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อ เศรษฐกิจของครอบครัว และสังคมส่วนรวม ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาลขณะอยู่โรงพยาบาล การสูญเสียเวลาทำงานของญาติ การดูแลในระยะยาวเมื่อเกิดความพิการ จากการศึกษาที่ 19 ผ่านมาพบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้สูงอายุที่ปลัดตกหกล้มและต้องได้รับการผ่าตัดสะโพกในประเทศลิทัวเนียสูงถึง 1,286 ยูโร และค่าใช้จ่ายในการรักษากรณีบาดเจ็บเล็กน้อยเฉลี่ย 135 ยูโรต่อราย (Aleksna, Stukas Tamulaityte-Morozoviene Šurkiene &

Tamulaitiene, 2015; CDC, 2019) ในขณะที่ใช้จ่ายในการรักษาผู้สูงอายุที่พลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกาใน ปี 2015 พบว่าสูงถึง 50 ล้าน ดอลลาร์ และเมื่อแยกออกเป็นค่าใช้จ่ายภาพรวมสำหรับการรักษาอาการบาดเจ็บรุนแรงจากการ พลัดตกหกล้มเฉลี่ยประมาณ 754 ล้านดอลลาร์ต่อปี สำหรับในประเทศไทยนั้นพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 2,427.2 ดอลลาร์ในกรณีที่รักษาในหอผู้ป่วยทั่วไป กรณีที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษ พบว่า ค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้นถึง 3,739.1 ดอลลาร์ (Muangpaisan et al, 2015)

หลักการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

หลักการป้องกันการพลัดตกหกล้มมี 3 ประการ คือ 1) การจำแนกผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม 2) การให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ 3) ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูง (Miller, 2012) รายละเอียดดังนี้

1. การจำแนกผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบาดเจ็บที่มีสาเหตุจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ เช่น การเจ็บป่วย ภาวะกระดูกพรุน ภาวะสมองเสื่อม ความผิดปกติเกี่ยวกับความรู้สึกตัวหรือการรู้คิด ความบกพร่องเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การใช้ยา ประวัติการพลัดตกหกล้ม อายุมากกว่า 75 ปี สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย เป็นต้น การประเมินควรมีการประเมินซ้ำทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง สิ่งแวดล้อมหรือบทบาทของสมาชิกภายในบ้าน บันทึกความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มที่ประเมินพบ โดยให้ความสำคัญต่อปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มที่สามารถป้องกันและแก้ไขได้ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการแก้ไขโดยความร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพ

2. การให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ ในเรื่องการป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยให้คำแนะนำและจัดหาข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเอง สมาชิกในครอบครัว หรือผู้ดูแลรวมทั้งให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดการพลัดตกหกล้ม ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ติดโปสเตอร์หรือใช้แผ่นพับในการกระตุ้นญาติหรือผู้ดูแลให้ตระหนักต่อปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

การดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อการพลัดตกหกล้ม

1. ปรับปรุงสิ่งแวดล้อม โดยประสานงานในการดำเนินงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในการปรับปรุงที่พักอาศัย เช่น การจัดวางสิ่งของให้เป็นระเบียบ หลีกเลี่ยงการทำให้เกิดแสงเงาบริเวณทางเดิน การติดตั้งราวสำหรับช่วยในการยึดจับ การตั้งฝักบัวสำหรับอาบน้ำ การใช้แผ่นยางกันลื่นในห้องน้ำ การติดตั้งโถส้วมแบบชักโครกหรือที่อุจจาระที่มีความสูงในระดับที่สามารถลุกยืนหรือนั่งได้สะดวก การติดเทปสีสะท้อนแสงบริเวณที่เป็นขอบประตูหรือทางต่างระดับเพื่อให้เห็นได้ง่าย การติดหลอดไฟฟ้าชนิดส่องสว่างเวลากลางคืนบริเวณเพดานให้แสงสว่างทั่วถึง การจัดเตรียมอุปกรณ์ช่วยเหลือในการมองเห็นและการได้ยิน เสื้อผ้าและรองเท้าที่เหมาะสม รวมถึงโทรศัพท์ในรายที่ต้องการติดต่อหรือสนทนากับเพื่อนหรือญาติ เป็นต้น

2. ประเมินและพัฒนาความสามารถในการก้าวเดินและการทรงตัว โดยประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความสามารถในการทรงตัว รวมทั้งกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายเพื่อสามารถทรงตัวได้ดีและกล้ามเนื้อต่าง ๆ ทำงานประสานกัน ตามความชอบและศักยภาพของ

ผู้สูงอายุแต่ละราย การออกกำลังกายของแขนขาหรือการยกน้ำหนักเพื่อให้กล้ามเนื้อแข็งแรง ในรายที่นอนอยู่กับเตียงควรแนะนำให้ตะแคงตัวและลุกนั่งอย่างถูกต้อง

3. ทบทวนการรักษาโดยแพทย์ หลักการทบทวนในเรื่องการรักษาคือ การลดจำนวนชนิดของยาที่ใช้ บางรายนอกจากยาแผนปัจจุบันแล้วยังรับประทานสมุนไพรด้วย การรับประทานยาหลายชนิดร่วมกันอาจมีผลต่อความสามารถในการทำงานของอวัยวะในร่างกาย และเป็นสาเหตุของการพลัดตกหกล้ม และ แนะนำผู้สูงอายุหรือดูแลแจ้งให้แพทย์ทราบเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังได้รับยา โดยเฉพาะอาการเป็นลมหน้ามืดเนื่องจากความดันโลหิตต่ำ

4. ปรับปรุงแผนการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ผู้สูงอายุบางรายมีความพิการมากขึ้น แต่แผนการดูแลไม่เปลี่ยนแปลง ผู้สูงอายุยังคงได้รับการดูแลในลักษณะเดิม ทำให้มีโอกาสพลัดตกหกล้มได้ง่าย

5. หลีกเลี่ยงการผูกมัด การจำกัดการเคลื่อนไหว คือ การผูกมัดด้วยอุปกรณ์หรือวัสดุ สำหรับใช้ในการผูกมัด และการใช้สารเคมีหรือยาซึ่งออกฤทธิ์ในการควบคุมการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ การผูกมัดอาจเป็นสาเหตุของการบาดเจ็บ โดยเฉพาะบริเวณที่ผูกมัด ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสูงขึ้น บางรายพบว่าความรุนแรงของการบาดเจ็บจากการผูกมัดมากขึ้น

6. สนทนาและให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุเกี่ยวกับสถานที่และบุคคลแก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งช่วยเหลือผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยให้ความช่วยเหลือก่อนที่ผู้สูงอายุร้องขอ จัดให้มีอุปกรณ์

สำหรับผู้สูงอายุควรเรียกผู้ดูแลไว้บริเวณที่ผู้สูงอายุใช้ได้ง่ายและแนะนำผู้สูงอายุให้ขอความช่วยเหลือจากผู้ดูแลเมื่อต้องการ หากพบว่าไม่มีการร้องขอความช่วยเหลือ ควรเข้าดูแลและตรวจสอบสภาพทั่วไป

7. การส่งเสริมการรับประทานอาหารวิตามินดีเพื่อส่งเสริมความแข็งแรงของกระดูก

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า การป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุมีการป้องกันได้ในหลายด้าน เนื่องจากสาเหตุของการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุมีหลายปัจจัย การป้องกันการพลัดตกหกล้มจึงต้องมีการป้องกันหลายด้าน หลายระดับโดยการประสานความร่วมมือของหลายภาคส่วนในระดับพื้นที่ ตำบล อำเภอ เช่นการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุของคนในครอบครัว ชุมชน สังคม ส่วนการป้องกันการพลัดตกหกล้มมีหลักสำคัญในด้านต่าง ๆ ที่มีความจำเป็น เช่น การจำแนกการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบาดเจ็บที่มีสาเหตุจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ เช่นการเจ็บป่วย ภาวะกระดูกพรุน ภาวะสมองเสื่อม ความผิดปกติเกี่ยวกับความรู้สึกตัวหรือการรู้คิดความบกพร่องเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การใช้ยา ประวัติการพลัดตกหกล้ม อายุมากกว่า 75 ปี สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย โดยให้ความสำคัญต่อปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มที่สามารถป้องกันและแก้ไขได้ การให้คำแนะนำและจัดหาข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเอง สมาชิกในครอบครัว หรือผู้ดูแลรวมทั้งให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดการพลัดตกหกล้ม ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ปกป้องเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อรับคำแนะนำ สำรวจสิ่งแวดล้อมหรือจุดเสี่ยงภายในบ้าน รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนมีการกำหนดนโยบายสาธารณะ สำรวจสิ่งแวดล้อมหรือจุดเสี่ยงในชุมชน นำข้อมูลเข้าแผนพัฒนาขององค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อจัดทำแผนงาน โครงการ กิจกรรมที่ลดปัจจัยเสี่ยง กิจกรรมป้องกันการเกิด การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนและสามารถปรับปรุงบ้านของผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับการ ดำเนินชีวิตประจำวันเป็นต้นเพื่อป้องกันผลกระทบที่จะเกิดกับผู้สูงอายุ ผลกระทบทางด้านร่างกาย ผลกระทบทางด้านจิตใจ ผลกระทบทางด้านสังคมและเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจะได้นำ แนวคิดนี้ไปเพื่อดำเนินการในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมาต่อไป

2.3.1 โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

สำหรับโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่มีประสิทธิภาพ ที่สามารถช่วยป้องกัน การเกิดการหกล้มในชุมชน นั้น สามารถแบ่งออกเป็น โปรแกรมที่มีกิจกรรมเดียว หรือโปรแกรม ป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัย โดยโปรแกรมที่มีกิจกรรมเดียวที่ดำเนินการจะเป็นการเน้นทำ กิจกรรมเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ เช่นการออกกำลังกายเพิ่มการทรงตัว หรือ กล้ามเนื้อขาให้แข็งแรง หรือกิจกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อม กิจกรรมการแก้ปัญหาภาวะเสี่ยงด้าน สายตา เป็นต้น

โปรแกรมที่เป็นกิจกรรมเดียวนี้นิยมและมีประสิทธิภาพคือโปรแกรมการออกกำลังกาย จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Rimland และคณะ (2016)

การศึกษาที่พบว่า กิจกรรมการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายเพียงอย่างเดียว สามารถลดการเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนได้ โดยการออกกำลังกายสามารถ ทำได้หลายรูปแบบ อาทิเช่น โปรแกรมการออกกำลังกายเสริมการทรงตัวและความแข็งแรงของ กล้ามเนื้อของผู้สูงอายุรายบุคคลที่บ้าน เช่น Otago exercise program หรือ กิจกรรมกลุ่มเช่นการ ออกกำลังกายไทชิ เป็นต้น การออกกำลังกายแบบไทชิเป็นการออกกำลังกายที่นิยมแพร่หลายใน ประเทศจีนเป็นเวลานาน เป็นการออกกำลังกายที่ใช้เทคนิคการหายใจเข้าปอดอย่างเต็มที่และหายใจ ออกช้า ๆ นาน ๆ ด้วยความรู้สึกผ่อนคลาย ร่วมกับการเปลี่ยนท่าทางให้อยู่ในท่าพื้นฐานต่างๆ อย่าง ต่อเนื่องช้า ๆ นุ่มนวล และสง่างาม ทั้งนี้การปฏิบัติอยู่บนพื้นฐานของการทำสมาธิ การหายใจร่วมกับการ เคลื่อนไหว การประสานการทำงานของมือและตา รวมทั้งการทำให้รู้สึกตนเองว่างเปล่า

การออกกำลังกายแบบไทชิได้รับการประยุกต์ใช้ในหลายรูปแบบ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ส่งเสริมสุขภาพร่างกาย ความจำสมาธิ การย่อยอาหาร สมดุลและความยืดหยุ่นของร่างกาย รวมทั้ง ช่วยลดปัญหาด้านจิตอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และอาการเหนื่อยชาตามวัยใน ผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังคาดว่า การออกกำลังกายแบบไทชิอาจมีส่วนช่วยในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ผล การศึกษาพบว่า มีการรายงานผลการวิจัยว่า ผู้ที่ออกกำลังกายแบบไทชินั้น สามารถส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตอารมณ์ ประหยัดและปลอดภัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสามารถ ในการทรงตัว การยืดหยุ่นกล้ามเนื้อ และการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด ในผู้สูงอายุที่มี ปัญหาโรคเรื้อรัง Gillespie และคณะ (2012) ได้ทบทวนผลการวิจัยที่ศึกษาผลของการปฏิบัติเพื่อลด การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนอย่างเป็นระบบ จำนวน 159 เรื่อง พบว่า การปฏิบัติใน งานวิจัยส่วนใหญ่ เป็นการออกกำลังกายเพียงอย่างเดียว วิจัยบางเรื่องยังมีจุดอ่อนเกี่ยวกับการ ดำเนินงาน ซึ่งมีผลกระทบต่อการเกิดอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้ม สำหรับการออกกำลังกายแบบไทชิ ถึงแม้ยังไม่สามารถพิสูจน์ได้ชัดเจนว่า สามารถลดอัตราการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ แต่การออก

กำลังกายแบบไทชิสามารถลดอัตราเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้นอกจากนี้ มีการศึกษาผลของโปรแกรม A matter of balance and Un Asunto de Equilibrio เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกา จำนวน 562 คน โดย กิจกรรมประกอบด้วยการประเมินการทำกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การประเมินความสามารถในการมองเห็น และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกลัวการพลัดตกหกล้มลดลง และมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น

โปรแกรมที่ช่วยลดการเกิดการพลัดตกหกล้มอีกวิธีคือการพบทวนการใช้ยาของผู้สูงอายุ การพบทวนการใช้ยา หรือลดการใช้ยาที่ส่งผลต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มโดยเฉพาะยารักษาอาการทางจิตและอารมณ์ จะสามารถช่วยลดการเกิด การพลัดตกหกล้ม โดยจุดมุ่งหมายของการพบทวนการใช้ยา เพื่อต้องการระบุชนิดของยา และ ลดปริมาณยาที่อาจมีอาการข้างเคียงที่อาจทำให้ผู้สูงอายุหกล้มเช่นยาที่ทำให้เกิดอาการหน้ามืด หรือง่วงนอนเนื่องจากยากกลุ่มนี้สามารถเพิ่มโอกาสเสี่ยงที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการพลัดตกหกล้มได้ ซึ่งผลข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาจไม่ได้ตระหนักถึง โดยเฉพาะยาที่รับประทานเป็นประจำ อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดโอกาสพลัดตกหกล้มได้ทั้งนี้ เนื่องจาก กลไกการดูดซึมของยา และการกำจัดพิษยาที่ผู้สูงอายุรับประทาน เข้าไป อาจลดประสิทธิภาพการทำงานลง ดังนั้นผู้สูงอายุจึงอาจมีความไวต่ออาการข้างเคียงของยาที่รับประทานเข้าไป ประกอบกับผู้สูงอายุอาจได้รับยาหลายชนิดพร้อม ๆ กัน ซึ่งยาแต่ละชนิดที่ได้รับอาจเกิดปฏิกิริยาซึ่งกันและกันขึ้นได้ อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดโอกาสพลัดตกหกล้มได้

ยาที่ใช้รักษาทางด้านจิตใจ หรือยากกลุ่มที่ใช้รักษาอาการทางสมอง เป็นอีกชนิดหนึ่งที่สามารถส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการหกล้มได้ ซึ่งครอบคลุม ยานอนหลับ ยาลดอาการวิตกกังวล ยากล่อมประสาท นอกจากนี้ ยากลุ่มที่ใช้รักษาโรคซึมเศร้า หรือยากันชัก ยาลดความดันโลหิต ยาลดไขมันในเลือด ยารักษาโรคหัวใจ หรือกลุ่มยาแก้ปวด กรณีที่ผู้สูงอายุได้รับผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยา อาจมีอาการมองเห็นไม่ชัด ความดันโลหิตต่ำ ซึ่งอาจส่งผลทำให้เกิดอาการ เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ ง่วงนอน สับสน และทำให้เกิดการตัดสินใจไม่ได้ดี เกิดภาวะวิตกกังวล เป็นต้น

แนวทางในการพบทวนการใช้ยาในผู้สูงอายุ

Centers for Disease Control and Prevention (2008) ได้แนะนำแนวทางในการพบทวนการใช้ยาในผู้สูงอายุซึ่งควรมีการดำเนินการดังนี้

- 1) ควรดำเนินการพบทวนการใช้ยาในผู้สูงอายุทุกรายที่ได้รับยารับประทานตั้งแต่ 4 ชนิดขึ้นไป และผู้สูงอายุทุกรายที่ได้รับยารักษาอาการทางจิต
- 2) ควรดำเนินการพบทวนการใช้ยาทั้งใน โรงพยาบาล หน่วยบริการตรวจสุขภาพ ระหว่างการเยี่ยมบ้าน โดยผู้ที่ดำเนินการควรเป็นผู้ให้บริการสุขภาพ อาทิเช่น พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร รวมทั้งแพทย์
- 3) การพบทวนการใช้ยาในผู้สูงอายุควรดำเนินการโดยผู้ให้บริการสุขภาพ อาทิเช่น พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร รวมทั้งแพทย์ ในขณะที่ผู้ประสานงานในการบริหารจัดการยา เช่น การเปลี่ยนชนิดยา การลดปริมาณของยา หรืองดการใช้ยาควรให้ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลหลักเข้ามามีส่วนร่วมในการพิจารณาร่วมกัน

4) การทบทวนการใช้ยาในผู้สูงอายุและการบริหารจัดการยา ควรครอบคลุมการประเมินความจำเป็นการได้รับ vitamin D and calcium รวมทั้งวิตามินเสริมกลุ่มที่ใช้ในการรักษาโรคกระดูกพรุนด้วย

5) การประเมินปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ควรดำเนินการในระหว่างการทบทวนการใช้ยาในผู้สูงอายุด้วย

โปรแกรมที่สำคัญอีกหนึ่งโปรแกรมที่เป็นโปรแกรมเดี่ยวและสามารถลดอัตราการเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ คือโปรแกรมการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในบ้านและนอกบ้านให้ปลอดภัย เนื่องจากปัจจัยสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในบ้าน ซึ่งอาจหกล้มจากการลื่นไถล สะดุด หรือแสงสว่างไม่เพียงพอ ไม่มีราวยึดเกาะในห้องน้ำ ไม่มีราวบันได รวมทั้งไม่มีทางลาด ดังนั้น การประเมินความปลอดภัยในบ้านและนอกบ้านจะทำให้เกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ เพื่อใช้ในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในบ้านให้เกิดความปลอดภัย สำหรับผู้สูงอายุที่เคยบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม ควรได้รับการประเมินความปลอดภัยในบ้านและนอกบ้านทุกราย นอกจากนี้เมื่อปรับปรุงบ้านให้เกิดความปลอดภัย ควรมีการให้คำแนะนำการใช้งาน สำหรับผู้สูงอายุด้วย เนื่องจากผู้สูงอายุอาจไม่มีความคุ้นเคยกับอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่นำมาติดตั้ง ดังนั้น กิจกรรมการปรับปรุงบ้านให้มีความปลอดภัยเป็นกิจกรรมหนึ่งที่สามารถลดการเกิดโอกาสเสี่ยงการเกิดพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุได้

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Gillespie และคณะ (2012) พบว่าการปรับปรุงบ้านให้มีความปลอดภัยนั้นส่งผลให้ลดอัตราการเกิดการหกล้มของผู้สูงอายุได้ถึง (0.81, 95% CI 0.68-0.97; I² = 64 %) และจากการทบทวนการศึกษาวิจัยของ Gschwind et al (2011) ที่ทำการศึกษางานวิจัย 6 ฉบับ พบว่างานวิจัย ผลการประเมินภายหลังจากที่ได้ดำเนินการประเมินสภาพแวดล้อมของบ้านและทำการปรับปรุงบ้านให้มีความปลอดภัยพบว่า สถิติการพลัดตกหกล้มในสูงอายุที่อาศัยในชุมชนมีจำนวนลดลง

โปรแกรมหรือกิจกรรมเดี่ยวที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีการมองเห็นชัดเจนขึ้นเป็นอีกโปรแกรมที่สามารถช่วยลดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนได้ เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของสายตา ความคมชัดของสายตา ทำให้การมองเห็นไม่ชัด ส่งผลทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้ ทั้งนี้เนื่องจากการที่สายตามองเห็นไม่ชัด จึงทำให้ผู้สูงอายุเดินสะดุด และลื่นล้มได้ รวมทั้งส่งผลให้การทรงตัวได้ไม่ดี นอกจากนี้ ผู้สูงอายุบางรายอาจมีปัญหาเรื่องต่อกระดูก ต้อเนื้อ และ กล้ามเนื้อตาอ่อนแรง ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นอาจเกิดขึ้นซ้ำ ๆ แบบค่อยเป็นค่อยไป จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่ทันระวัง กรณีที่สามารถประเมินปัญหาการมองเห็นลดลงของผู้สูงอายุได้เร็ว ก็จะสามารถลดการเกิดการหกล้มได้ จากการศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบของ Gillespie และคณะ (2012) จำนวนทั้งหมด 10 เรื่อง พบว่าผลการศึกษาไม่สามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุมีการมองเห็นที่ดีขึ้น สามารถลดอัตราการเกิดการพลัดตกหกล้ม ในผู้สูงอายุ เนื่องจากภายหลังการทดลอง งานวิจัย 1 เรื่องที่พบว่าอัตราการหกล้มสูงขึ้น ระหว่างที่มีการเปลี่ยนแว่นสายตาใหม่สำหรับ โปรแกรมการป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยเป็นอีกโปรแกรมหนึ่ง ที่พบว่าสามารถลดอัตราการเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุได้ เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการพลัดตกหกล้มนั้นเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ดังนั้นจึงมีการพัฒนาแนวทางหรือกิจกรรมที่สามารถป้องกันการเกิดการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุโดยให้

ครอบคลุมทุก ๆ ปัจจัยเสี่ยง หรือเรียกว่า โปรแกรมการป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัย ซึ่ง CDC (2008) ได้แนะนำให้ดำเนินการให้ครอบคลุม กิจกรรมการให้ความรู้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแล กิจกรรมการส่งเสริมการออกกำลังกาย กิจกรรมการทบทวนยา กิจกรรมการประเมินการมองเห็น กิจกรรมการประเมินความปลอดภัยของบ้าน และการปรับปรุงบ้าน รวมทั้งสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับ ประสิทธิภาพของโปรแกรมแบบสหปัจจัยที่ช่วยลดการเกิดการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนของ Gillespie และคณะ (2012) พบว่า อัตราการเกิดการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุลดลงภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม แบบสหปัจจัย (RaR 0.76, 95% CI 0.67–0.86; $I^2 = 85\%$, $p < 0.00001$; 19 trials, 9503 participants) และการทบทวนการศึกษา งานวิจัยเชิงทดลองของ Simek และคณะ (2012) จำนวน 23 เรื่อง ที่ทำการประเมิน ความต่อเนื่อง และประสิทธิภาพของ โปรแกรม แบบสหปัจจัย(การออกกำลังกาย การให้ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม การประเมินอันตราย การสวมใส่รองเท้า และการให้วิตามิน D) และ โปรแกรมการออกกำลังกายที่บ้านเพื่อป้องกันการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมแบบสหปัจจัย จำนวน 7 การศึกษา และ การออกกำลังกายอย่างเดียวไม่มีผลต่อจำนวนผู้สูงอายุที่หกล้ม นอกจากนี้ Lee และคณะ (2014) ได้ศึกษางานวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับผลของโปรแกรมแบบสหปัจจัย จำนวน 3 เรื่อง ที่เน้นการให้ความรู้ระหว่างที่ผู้สูงอายุอยู่ในโรงพยาบาลและหลังจากที่กลับบ้าน ผลการศึกษาพบว่าอัตราการเกิดการพลัดตกหกล้มมีจำนวนลดลง นอกจากนี้มีโปรแกรมแบบสหปัจจัย ที่ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ในกิจกรรม โดยกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นเป็นรูปแบบสหปัจจัยประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยงครอบคลุมหลาย ๆ ปัจจัย การให้ความรู้ การออกกำลังกายเพิ่มการทรงตัว การจัดแคมเปญ การทบทวนการใช้ยา การจัดการความเสี่ยงหรืออันตรายของสิ่งแวดล้อมในบ้าน การจัดระบบการจัดการการหกล้มในชุมชน รวมทั้งการติดตามเยี่ยมบ้าน ผลการศึกษาหลังจากดำเนินการทดลองพบว่า อัตราการเกิดการหกล้มลดลง ร้อยละ 24.86 และผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มเพิ่มขึ้น (Kittipimpon et al., 2012) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาผู้วิจัยจึงได้สรุปสาระสำคัญที่นำไปใช้การพัฒนาโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มแบบสหปัจจัย ที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุของพื้นที่ดังนี้

- 1) กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหา สาเหตุผลกระทบและวิธีการป้องกันการพลัดตกหกล้มแก่ผู้สูงอายุ
- 2) กิจกรรมการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและการทรงตัวโดยการพัฒนา กิจกรรมการออกกำลังกายด้วยเชือกฮีสานประกอบท่าทางและเสียงดนตรีเพื่อเกิดความสนุกสนานและเพิ่มความสามารถในการทรงตัว ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ รวมทั้งการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุดีขึ้น
- 3) กิจกรรมการทบทวนการใช้ยา และลดการใช้ยาที่ไม่จำเป็น เพื่อป้องกันผลข้างเคียงจากการใช้ยา รวมทั้งการได้รับยาที่ออกฤทธิ์ซ้ำซ้อนกันทำให้ผลข้างเคียงจากการใช้ยารุนแรงขึ้น
- 4) กิจกรรมการประเมินและการจัดการสิ่งแวดล้อมที่พกอาศัยของผู้สูงอายุให้
- 5) กิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้าน

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า โปรแกรมการออกกำลังกายที่บ้านเพื่อป้องกันการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุกิจกรรมการออกกำลังกายเป็นกิจกรรมที่นิยมนำมาใช้ในการ

เสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และ เพื่อเพิ่มความสามารถในการทรงตัว ซึ่งเป็นกิจกรรมทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่มในผู้สูงอายุ นั้น พบว่าสามารถช่วยป้องกันการเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุได้ โดยกลยุทธ์ที่ช่วยทำให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องนั้นมีความสำคัญโดยเฉพาะการเสริมแรงกล้ามเนื้อให้มีความแข็งแรง การให้กำลังใจ โดยการติดตามเยี่ยม รวมทั้ง ให้คำปรึกษาสำหรับเป้าหมายในการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุทั้งที่ยังไม่เคยมีประวัติการหกล้ม และมีภาวะเสี่ยงต่อการการหกล้ม ดังนั้น การพัฒนานักกิจกรรมการออกกำลังกายสำหรับป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจึงควรพิจารณาให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุอีกด้วย

โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ จากการทบทวนการใช้ยาโดยผู้ให้บริการสุขภาพสามารถลดการเกิดผลกระทบจากผลข้างเคียงของยาที่ผู้สูงอายุรับประทาน ซึ่งในทางปฏิบัติการทบทวนการใช้ยาที่ผู้สูงอายุรับประทานจึงเป็นกิจกรรมที่ควรดำเนินการในการป้องกันการเกิดการหกล้มในผู้สูงอายุ

โปรแกรมเดียวที่สามารถลดอัตราการเกิดการ พลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุคือ คือโปรแกรมการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในบ้านและนอกบ้านให้ปลอดภัย เนื่องจากปัจจัยสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในบ้าน ซึ่ง อาจหกล้มจากการลื่นไถล สะดุด หรือแสงสว่างไม่เพียงพอ ไม่มีราวยึดเกาะในห้องน้ำ ไม่มีราวบันได รวมทั้งไม่มีทางลาดและโปรแกรมหรือกิจกรรมเดียวที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมองเห็นชัดเจนขึ้นเป็นอีกโปรแกรมที่สามารถช่วยลดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนได้ เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของสายตา ความคมชัดของสายตา ทำให้การมองเห็นไม่ชัด ส่งผลทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้ โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุสามารถนำมาปรับใช้ในกระบวนการศึกษาวิจัยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมาได้

2.3.2 มาตรการในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

มาตรการการป้องกันการหกล้มที่ไม่ใช้ยาแบ่งออกได้เป็นกลุ่มต่าง ๆ ดังนี้

1. การออกกำลังกาย (exercise) เพื่อป้องกันการหกล้มสามารถจำแนกได้เป็น 6 ประเภทดังนี้

1.1. การฝึกเดิน การทรงตัว และการใช้งาน การฝึกเดิน คือการฝึกเกี่ยวกับการเดินที่ถูกต้อง (ท่าทาง ความยาวก้าว และจังหวะการก้าว) ความเร็วและทิศทางที่เหมาะสมเวลาก้าวเดิน (การเปลี่ยนแปลงของก้าว ระดับ และทิศทาง) ตัวอย่างการออกกำลังกายที่เป็นการฝึกเดินคือ ยกส้นเท้า, ยกนิ้วเท้า, เดินบนนิ้วเท้า/ส้นเท้า, เดินส้นเท้าจรดเท้า, เดินถอยหลัง, ไปข้างหน้า, ไปด้านข้าง, เลี้ยว, งอ, ก้าว, ก้าวข้าง

การฝึกสมดุล เป็นการออกกำลังกายเพื่อฝึกระบบการทรงตัวของร่างกายเช่น ระบบการทรงตัว การประสานสายตาของเท้า การยืนบนพื้นที่ยื่น การยืนบนขาข้างเดียวหรือยืนติดคู่

การฝึกอบรมการใช้งาน เป็นการฝึกการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่อาศัยระบบการทรงตัวและการเดินที่เหมาะสม เช่น การเดินเข้าแถว สิ่งกีดขวาง เกมปฏิกิริยา

1.2 การฝึกความแข็งแรง/ความต้านทาน เป็นการฝึกความแข็งแรงและความคงทนของกล้ามเนื้อ โดยให้กล้ามเนื้อออกแรงต้านกับแรงที่มากระทำโดยแรงที่มากระทำอาจจะเป็นแรงที่มาจากตัวผู้ฝึกเอง (internal force) เช่น การออกกำลังกายด้วยการนอนคว่ำแล้วยกลำตัวช่วงบนขึ้น

(prone back extension) หรือแรงที่มาจากภายนอก (external force) เช่น การใช้ น้ำหนัก ตัวอย่างของการฝึกความแข็งแรง/ความต้านทาน มีดังต่อไปนี้

1.3 การฝึกน้ำหนัก คือการออกกำลังกายเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อบริเวณต่าง ๆ โดยมีการใช้อุปกรณ์ที่มีน้ำหนักร่วมด้วย เช่น ดัมเบล ลูกเหล็ก เป็นต้น

1.3.1 การฝึกฟังก์ชันที่มีน้ำหนักเพิ่ม คือ ชุดออกกำลังกายสำหรับการฝึกการใช้งานของกล้ามเนื้อหลายมัดและข้อต่าง ๆ ในขณะเดียวกันโดยมีการใช้ลูกตุ้มน้ำหนักร่วมด้วย ซึ่งหวังผลเพิ่มความแข็งแรงและคงทนรวมทั้งการทำงานประสานกันส่งผลให้สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น เช่น ท่าเดินย่ำเท้ายกขาสูงสลับกันร่วมกับเหยียดอแขนทั้งสองข้างที่ถือดัมเบลไว้

1.3.2 การฝึกขับเคลื่อน (explosive movement) เพื่อเพิ่มพลัง คือการฝึกฝนความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพื่อการใช้กำลังมากที่สุดในระยะเวลาสั้น เช่น การกระโดด

1.3.3 การออกกำลังกายแบบพิลาทิส คือชุดการออกกำลังกายที่ส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อบริเวณลำตัว แผ่นหลัง และสะโพกเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นความสามารถในการทรงตัวและการมีสมาธิตระหนักรู้การเคลื่อนไหวทุกท่วงท่าของร่างกาย

1.3.4 การยกน้ำหนักด้วยน้ำหนักฟรี คือ การฝึกฝนกล้ามเนื้อมัดต่าง ๆ โดยการยกน้ำหนักด้วยลูกตุ้มเหล็กหรือดัมเบล

1.3.5 ออกกำลังกายบนเครื่อง คือการออกกำลังกายโดยใช้เครื่องมือต่าง ๆ ที่ออกแบบมาช่วยฝึกฝนความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเฉพาะส่วน

1.3.6 รอกสาย คือการฝึกฝนความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมัดต่าง ๆ โดยใช้เครื่องมือที่ประกอบด้วยลูกรอกและสายพานสำหรับการยกน้ำหนักแท่งเหล็กในขนาดต่าง ๆ ที่ออกแบบให้มีการใช้งานได้หลากหลาย

1.4 การฝึกความยืดหยุ่น คือการฝึกเพื่อคงความยืดหยุ่นของกระดูกและข้อ ทำให้ข้อสามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ (optimal range of movement) ตัวอย่างของการออกกำลังกายเพื่อฝึก flexibility มีดังต่อไปนี้

1.4.1 การยืดแบบคงที่ คือ ทำการบริหารร่างกายเพื่อยืดเหยียดกล้ามเนื้อมัดต่างๆ จนสุดและค้างไว้อย่างน้อย 30 วินาที เช่น เอ็นร้อยหวาย น่อง หน้าอก ยึดด้านข้าง

1.4.2 การฝึกความยืดหยุ่นของพิลาทิส คือการออกกำลังกายแบบพิลาทิสที่เน้นท่าออกกำลังกายที่มีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ

1.4.3 โยคะ ประกอบด้วยท่วงท่าการเคลื่อนไหวร่างกายต่อเนื่องกันเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อร่วมกับการฝึกการควบคุมการหายใจ

1.5 การฝึกอบรมสามมิติ (3D) เป็นการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายใน 3 ระนาบ คือ ไปข้างหน้าและข้างหลัง จากด้านหนึ่งไปอีกด้านหนึ่ง และขึ้นและลง ตัวอย่างของการออกกำลังกายแบบ 3D มีดังต่อไปนี้

1.5.1 Tai chi และ Qi Gong คือ ชุดการออกกำลังกายต่อเนื่องที่เน้นการเคลื่อนไหวเปลี่ยนถ่ายน้ำหนักตัวระหว่างขาทั้งสองข้างอย่างช้า ๆ ร่วมกับการฝึกสมาธิผ่อนคลาย การควบคุมการหายใจ และการทำงานประสานกันระหว่างการเคลื่อนไหวของศีรษะและการใช้สายตา

1.5.2 Dance การเต้นรำในจังหวะต่าง ๆ ส่งผลดีต่อคุณภาพและความรวดเร็วของการเคลื่อนไหว

1.5.3 Square stepping exercise คือ การออกกำลังกายโดยการย่อเท้าทั้งสองข้างเข้าออกบนตารางที่มีตัวเลขกำกับไว้บนพื้นตามลำดับตัวเลขที่กำหนดให้ซึ่งมีระดับความยากและซับซ้อนแตกต่างกัน

1.6 General physical activity คือการออกกำลังกายเพื่อให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวและมีการเผาผลาญพลังงานโดยไม่ได้เป็นการฝึกส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกายโดยเฉพาะอาจจะเป็นการทาสวนปลูกต้นไม้ว่ายน้ำ เล่นเทนนิส การเดิน หรือตีกอล์ฟ

1.7 Endurance training คือการออกกำลังกายเพื่อฝึกความคงทนของระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular system) มักจะเป็นการออกกำลังกายแบบaerobic เพื่อเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ ตัวอย่างของการออกกำลังกายแบบ Endurance training มีดังต่อไปนี้

1.7.1 Cycle ergometer คือ การออกกำลังกายด้วยเครื่องจักรยานวัดงานที่ปั่นอยู่กับที่

1.7.2 Treadmill walking คือ การออกกำลังกายด้วยการเดินหรือวิ่งบนเครื่องออกกำลังกายลู่วิ่งสายพาน

1.7.3 Rowing machine คือ การออกกำลังกายด้วยเครื่องกรรเชียงบกซึ่งเลียนแบบการพายเรือกรรเชียงอยู่กับที่

1.7.4 Jogging หรือ การวิ่งเหยาะ ๆ

1.7.5 เดินเร็ว

2. การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายในบ้าน (environmental modification) คือ

2.1 การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน (adaptation and modification of physical environment) เพื่อลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ยกตัวอย่างเช่น

- ควรจะตั้งพรม เสื่อ ผ้ายางให้ติดกับพื้นบ้านเพื่อป้องกันผู้สูงอายุสะดุดหกล้ม
- ห้องน้ำควรแยกส่วนเปียกและแห้ง ควรติดผ้ายางกันลื่นไว้ในส่วนของที่อาบน้ำ

ผนังควรมีราวจับกันหกล้ม ทางเดินไปเข้าห้องน้ำควรมีแสงสว่างเพียงพอ

- Light fixtures: การเพิ่มแสงสว่างในตัวบ้านเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถมองเห็นได้ชัดเจนมากขึ้น

- Sitting furniture: การปรับเปลี่ยนเฟอร์นิเจอร์บ้านให้เหมาะสมกับสรีระของผู้สูงอายุ เช่น การใช้เก้าอี้ที่มีระดับความสูงเหมาะกับผู้ใช้

- Support device: การมีราวจับหรือที่ยึดเหนี่ยวในสถานที่ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการหกล้มเช่น บันได ห้องน้ำ

- ความสูงของเตียงนอนควรจะพอดีกับความสูงของผู้สูงอายุ

- วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในบ้านควรมีความปลอดภัย เช่น พื้นผิวในห้องน้ำไม่ควรเป็นพื้นลื่นหรือการจัดวางข้าวของให้เป็นระเบียบ ไม่ควรมีพื้นต่างระดับ

2.2 การใช้เครื่องช่วยเหลือเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่ทำงานเกี่ยวกับการทรงตัวและการเคลื่อนไหวทำงานดีขึ้นเช่น

- Aids for personal mobility: การใช้เครื่องช่วยในการเดิน(walking aids) เช่น ไม้เท้าwalker หรือ wheelchairs

- Optical aids: แว่นตา คอนแทคเลนส์, Hearing aids หรือเครื่องช่วยฟัง

2.3 การใช้รองเท้าและอุปกรณ์เสริมเพื่อป้องกันการหกล้มเช่น

- Anti-slip devices for shoes เช่น การติดอุปกรณ์กันลื่นที่พื้นรองเท้าเพื่อเพิ่มแรงเสียดทานบนพื้นที่เปียกชื้น หรือ พื้นที่มีน้ำแข็งเกาะ

- รองเท้าที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ควรมีลักษณะดังต่อไปนี้

- ควรเป็นรองเท้าสันเตี้ยและขอบมน พื้นรองเท้าควรมีดอกยาง เพื่อให้พื้นรองเท้าสามารถเกาะติดกับพื้นได้ดีขึ้น ป้องกันการลื่นหกล้ม

- ควรเป็นรองเท้าหุ้มส้น โดยส่วนที่หุ้มควรมีความแข็งแรงพอสมควร เพื่อเป็นการพยุงข้อเท้า ทำให้ผู้สูงอายุทรงตัวได้ดีขึ้น

- ควรเป็นรองเท้าหน้ากว้าง เพื่อทำให้นิ้วเท้าสามารถเคลื่อนไหวได้สะดวก

- พื้นรองเท้าด้านหน้าควรเชิดขึ้นจากพื้นเล็กน้อย เพื่อให้ผู้สูงอายุเดินได้มั่นคง และป้องกันการสะดุดเท้าตัวเอง

- ควรเป็นรองเท้าที่มีการปรับขนาดได้เช่นรองเท้าผ้าใบเนื่องจากขนาดของเท้าของคนเราในแต่ละช่วงเวลาของวันจะมีขนาดไม่เท่ากัน การที่รองเท้าสามารถปรับขนาดได้ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเดินได้อย่างคล่องแคล่วมากขึ้น

- Orthopedic footwear คือ รองเท้าที่ออกแบบพิเศษสำหรับผู้ป่วยที่มีรูปร่างเท้าหรือการลงน้ำหนักของเท้าผิดปกติ

2.4 Cognitive (behavioral) intervention เป็นการรักษาแบบจิตบำบัด

2.5 การลดละเลิกยาที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มโดยเฉพาะยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (psychotropic drugs withdrawal)

2.6 Multiple interventions คือการให้มาตรการป้องกันการหกล้มหลายมาตรการร่วมกันอย่างน้อย 2 มาตรการขึ้นไป โดยผู้สูงอายุทุกคนจะได้รับมาตรการป้องกันการหกล้มแบบเดียวกัน

2.7 Multifactorial intervention คือการให้มาตรการป้องกันการหกล้มหลายมาตรการร่วมกัน โดยจะต้องมีการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุแต่ละคน และให้มาตรการป้องกันการหกล้มตามความเสี่ยงที่ผู้สูงอายุแต่ละคนมี เพราะฉะนั้นมาตรการที่ผู้สูงอายุแต่ละคนจะได้รับจะไม่เหมือนกันขึ้นกับปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มของบุคคลนั้น

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า มาตรการในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในต่าง ๆ นั้น ได้แก่มาตรการการป้องกันการหกล้มที่ไม่ใช้ยา เช่น การออกกำลังกาย (exercise) เพื่อฝึกกระบวนการทรงตัวของร่างกาย การฝึกฝนความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพื่อการใช้กำลังมากที่สุดในระยะเวลานั้น เช่น การกระโดด จำเป็นต้องมีการเลือกห้วงผลเพิ่มความแข็งแรงและคงทนรวมทั้งการทำงานประสานกันส่งผลให้สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นและมาตรการการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายในบ้าน เพื่อลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ยกตัวอย่างเช่น ควรจะตั้งพรมเสื่อ ผ้ายางให้ติดกับพื้นบ้านเพื่อป้องกันผู้สูงอายุสะดุดหกล้ม ห้องน้ำควรแยกส่วนเปียกและแห้ง ควร

ติดฝ้ายกันลื่นไว้ในส่วนของที่อาบน้ำ ผนังควรมีราวจับกันหกล้ม ทางเดินไปเข้าห้องน้ำควรมีแสงสว่างเพียงพอ การเพิ่มแสงสว่างในตัวบ้านเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถมองเห็นได้ชัดเจนมากขึ้น ผู้วิจัยต้องมีการเลือกนำมาใช้ให้เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายในตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมาต่อไป

2.3.3 แนวทางการปรับสภาพแวดล้อมทางกายภาพ

ในสภาวะที่ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัวในปี 2568 ดังนั้นการวางนโยบายและเตรียมความพร้อมรับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ ให้เหมาะสมจึงเป็นเรื่องสำคัญ เพื่อส่งเสริมให้การจัดสถานที่พำนักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุให้มีคุณภาพ มาตรฐานและพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ด้านสภาพแวดล้อม ปรับสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกภายในบ้านหรือที่สาธารณะหรือสถานที่ที่ผู้สูงอายุทำกิจกรรมร่วมกันให้มีความเหมาะสมปลอดภัยต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ และด้านนวัตกรรม พัฒนานวัตกรรมการปรับสภาพแวดล้อม และสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

การปรับสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทุกฝ่ายควรมีส่วนร่วมในการปรับสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมทำให้สมรรถนะของผู้สูงอายุ และครอบครัวควรมีส่วนร่วม ในการปรับสภาพทุกขั้นตอน ตั้งแต่การออกแบบ การสมทบทุนการก่อสร้าง การเลือกวัสดุและการควบคุมงานก่อสร้างด้วย การปรับสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยเป็นเพียง “เครื่องมือ” หนึ่งที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และเอื้อต่อการใช้งานของทุกคนช่วยลดการเกิดอุบัติเหตุของคนในบ้าน สภาพแวดล้อมจึงมีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับมนุษย์ เพราะสภาพแวดล้อมเป็นปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลและกระทบต่อการดำเนินชีวิตมนุษย์ทุกคน ต้องผูกพันอยู่กับสภาพแวดล้อมตลอดเวลา ไม่ว่าจะเป็นสภาพแวดล้อมในการทำงาน ประกอบอาชีพ หรือสภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิตทั่ว ๆ ไป ซึ่งแนวทางการออกแบบสภาพแวดล้อมและที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ (กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักผู้สูงอายุ, 2561) มีหลักการ ดังนี้

1. มีความปลอดภัยทางกายภาพ คือจัดให้มีแสงสว่างเพียงพอบริเวณบันไดและทางเข้ามีราวจับในห้องน้ำ พื้นกระเบื้องไม่ลื่น อุปกรณ์ปิดเปิดน้ำ และเปิดประตูที่ไม่ต้องออกแรงมาก มีสัญญาณฉุกเฉินจากหัวเตียง หรือห้องน้ำ สำหรับเรียกขอความช่วยเหลือ มีอุปกรณ์อำนวยความสะดวก คือ อุปกรณ์ที่ช่วยให้การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเป็นไปอย่างปกติลดการพึ่งพาบุคคลอื่นและลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุกับผู้สูงอายุ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้จะมุ่งเน้นในเรื่องของการจัดรูปแบบของอุปกรณ์อำนวยความสะดวกในบ้าน และพื้นที่สาธารณะในชุมชน

2. สามารถเข้าถึงได้ง่าย คือ การมีทางลาดสำหรับรถเข็น ความสูงของตู้ที่ผู้สูงอายุสามารถหยิบของได้สะดวก อยู่ใกล้แหล่งบริการต่าง ๆ ใกล้แหล่งชุมชนเดิม เพื่อให้ญาติ มิตรสามารถมาเยี่ยมเยียนได้สะดวก

3. สามารถสร้างแรงกระตุ้น คือ การเลือกใช้สีที่เหมาะสม มีความสว่างและชัดเจน จะทำให้การใช้ชีวิตดูกระชุ่มกระชวย ไม่ซึมเศร้า และการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ กระตุ้นให้เกิดการนำความสามารถต่าง ๆ ของผู้สูงอายุมาใช้อย่างเต็มที่ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ใช้ความสามารถก่อนประโยชน์กับชุมชน

4. ดูแลรักษาง่าย ควรจะออกแบบให้ดูแลรักษาง่ายเท่าที่จะเป็นไปได้ ด้วยเหตุนี้ บ้านทั่ว ๆ ไป ควรจะเล็ก ถ้าเป็นหลังใหญ่ควรจะมีห้องซึ่งง่ายต่อการปิดเอาไว้เพื่อสะดวกสบายในการดูแลบ้าน อาจจะมีบานเลื่อนอะลูมิเนียมป้องกันฝนและสนามหญ้าที่มีพุ่มไม้เตี้ยเพื่อลดงานสนาม

เยาวลักษณ์ กุลพานิชย์ (2533; อ้างถึงใน เพ็ญผกา กาญจนภาส, 2545: 16) ให้ความหมายสภาพแวดล้อมไว้ว่า สภาพแวดล้อมทางกายภาพได้แก่ แสง สถานที่ในที่ทำงาน เสียง อุณหภูมิ วัสดุอุปกรณ์ในการปฏิบัติงาน และสภาพแวดล้อมทางสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งได้แก่ การจัดการสวัสดิการค่าตอบแทนความสัมพันธ์กับ ผู้ควบคุมงานและสภาพแวดล้อมต่าง ๆ

ชุตินา มาลัย (2538; อ้างถึงใน เพ็ญผกา กาญจนภาส, 2545: 16) ให้ความหมายสภาพแวดล้อม หมายถึง ทุกสิ่งทุกอย่างรวมทั้งหมดที่อยู่ล้อมรอบตัวเรา ไม่ว่าจะเป็นเดี่ยวหรือกลุ่ม ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ สังคมหรือวัฒนธรรม ซึ่งต่างก็มีอิทธิพลและความรู้สึกของคนต่าง ๆ ได้ทั้งสิ้น สภาพแวดล้อมทางกายภาพ จึงหมายถึงสภาพแวดล้อมตามธรรมชาติและสภาพแวดล้อมที่มนุษย์สร้างขึ้น ตัวกำหนดทางด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่

1. โอกาสและสภาพแวดล้อมกายภาพที่มีต่อความสัมพันธ์ โอกาสเป็นสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดพฤติกรรมเข้มแข็งขึ้น สิ่งเร้าบางอย่างอาจเป็นอุปสรรคขัดขวางการเกิดพฤติกรรมนั้น ๆ

2. คุณสมบัติต่าง ๆ ของสภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่น ความซับซ้อน ความง่าย ลักษณะกำกวม เหล่านี้จะมีผลกระทบต่อการเรียนรู้ การรู้สึก การเรียน การจำ การคิด ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมขึ้นได้

3. ตำแหน่งของสภาพแวดล้อม ตำแหน่งของสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกันย่อมก่อให้เกิดพฤติกรรมที่แตกต่างกันด้วย

วิมลสิทธิ์ หรยางกูร (2549) ด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพจะก่อให้เกิดโอกาสซึ่งเป็นสิ่งเร้าที่ทำให้มนุษย์เกิดพฤติกรรมที่เข้มแข็งและก่อให้เกิดคุณสมบัติต่าง ๆ เช่น ความซับซ้อน ความง่าย ลักษณะกำกวมซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ จะมีผลต่อการเรียนรู้ การจำ การคิด เป็นต้น นอกจากนี้ก็จะก่อให้เกิดตำแหน่งของสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกันจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่แตกต่างกัน

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า การปรับสภาพแวดล้อมทางกายภาพ หมายถึง การเพิ่มเติม ปรับปรุง เปลี่ยนแปลง หรือดัดแปลงที่อยู่อาศัยบางส่วนหรือทั้งหมด โดยอาศัยการออกแบบ การปรับปรุง ดัดแปลง การซ่อมแซม การก่อสร้าง การใช้เทคโนโลยี รวมทั้งประยุกต์วัสดุอุปกรณ์บางอย่างให้เกิดความสะดวกสบายต่อการใช้งาน หรือวิธีการอื่น ๆ เพื่อจัดอุปสรรค หรือจัดให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตในที่อยู่อาศัยนั้นได้โดยสะดวก ปลอดภัย และสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมการปรับสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยเป็นเพียง ”เครื่องมือ” หนึ่งที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และเอื้อต่อการใช้งานของทุกคนช่วยลดการเกิดอุบัติเหตุของคนในบ้าน สภาพแวดล้อมจึงมีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับมนุษย์เพราะสภาพแวดล้อมเป็นปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลและกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

2.4 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบ

2.4.1 แนวคิดและทฤษฎีการพัฒนา

คำว่า “การพัฒนา” ใช้ในภาษาอังกฤษว่า “Development” มีการนำมาใช้เฉพาะและนำไปประกอบกับคำอื่น ๆ ก็ได้ เช่น การพัฒนาประเทศ การพัฒนาชนบท การพัฒนาเมือง การพัฒนาตนการพัฒนาเพื่อความยั่งยืน การพัฒนาสังคม เป็นต้น ดังนั้นการนำคำว่าพัฒนาไปใช้ ก็จะมี ความแตกต่างกันไปตามวัตถุประสงค์ที่จะนำไปใช้

การพัฒนาตามทัศนะของนักวิชาการและบุคคลสำคัญได้รวบรวมความหมายไว้หลาย ท่าน ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

สังัด อุทรานันท์ (2532; อ้างถึงใน สุรพล ชยภพ, 2552: 10) กล่าวว่า การพัฒนา ตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า “Development” ซึ่งมีความหมายอยู่ 2 ลักษณะ คือ การทำให้ดีขึ้น หรือ ทำให้สมบูรณ์ขึ้น หรือการทำให้เกิดขึ้น

ยุวัฒน์ วุฒิเมธี (2534; อ้างถึงใน สุรพล ชยภพ, 2552: 10) อธิบายว่า การพัฒนาเป็นเหมือนกลวิธีที่ห้อมรรควิธี (Means) ที่ทำให้เกิดผล (Ends) ที่ต้องการ คือ คุณภาพชีวิต ชุมชน และ สังคมดีขึ้นและนอกจากจะเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นแล้วยังมีการกำหนดอัตราการเปลี่ยนแปลง (Rate of Change) เอาไว้ด้วย

ดิเรก ฤกษ์หรราย (2543; อ้างถึงใน สุรพล ชยภพ, 2552: 12) ให้ความหมายว่า การพัฒนานั้นเป็นกระบวนการ (Process) ที่จะต้องมีองค์ประกอบของเครื่องชี้วัดที่สำคัญและต้อง ผสมผสานระหว่างการเปลี่ยนแปลง(Change) ในทางบวก การเปลี่ยนแปลงนั้นต้องมีการควบคุม (Control) ทิศทางของการเปลี่ยนแปลงได้ และผลของการเปลี่ยนแปลงนั้นต้องเกิดความเสมอภาค (Equity

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (2546) ได้ให้ความหมายของคำว่า “พัฒนา” ว่าหมายถึง การทำให้มีความเจริญ

สนธยา พลศรี (2547) กล่าวว่า การพัฒนา หมายถึง การเปลี่ยนแปลงสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้ คุณภาพดีกว่าเดิม ทำให้เกิดความเจริญเติบโตองกงามและดีขึ้น จนเป็นที่พึงพอใจ ซึ่งความหมายนี้ เป็นความหมายที่รู้จักโดยทั่วไป เพราะนำมาใช้มากกว่าความหมายอื่น ๆ

สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2547) กล่าวว่า การพัฒนา คือ การเปลี่ยนแปลงตามแผนหรือ เปลี่ยนแปลงที่มีการกำหนดทิศทาง(Planned or Directed Change) นั่นคือ การพัฒนามิได้เป็นเรื่อง ธรรมชาติหากเป็นความพยายามของมนุษย์ที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น โดยกำหนดทิศทางหรือ รายละเอียดเอาไว้ล่วงหน้าว่าจะพัฒนาอะไร พัฒนาอย่างไร ช้าเร็วอย่างไร ใครจะเป็นผู้พัฒนาและใคร จะเป็นผู้ถูกพัฒนา เป็นต้น

พจน์ พจนพานิชย์กุล (2556) กล่าวว่า การพัฒนา (Development) คือ การทำให้ดีขึ้น หรือการเปลี่ยนแปลงเพื่อสิ่งที่ดีกว่า (Change for the Better)

สรุปความหมาย “การพัฒนา” หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงตามแผนการที่มีการ กำหนดทิศทาง เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดความเจริญ หรือการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้เกิด ความองกาม และทำให้มีความสมบูรณ์ขึ้น โดยเป้าหมายของการพัฒนาเกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์

หรือเรื่องของการพัฒนาฉะนั้น การพัฒนาจะถูกนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกัน จึงทำให้เกิดแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาแตกต่างกันออกไปหลาย ๆ แนวคิด ซึ่งสามารถจำแนกออกมาได้ดังนี้

1. แนวคิดด้านมนุษยนิยม แนวคิดนี้เป็นการอธิบายแนวคิดพื้นฐานการพัฒนาของมนุษย์ที่เน้นเรื่องค่านิยมกับจริยธรรม โดยมองว่าเป้าหมายสุดท้ายของการพัฒนาอยู่ที่มนุษย์ และค่านิยมด้านจริยธรรมเป็นสิ่งสำคัญในสังคมมนุษย์ แนวคิดนี้ถือได้ว่า คนเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนา คนเป็นผู้บันดาลให้เกิดขึ้น หรือดับสลายของสิ่งต่าง ๆ ได้ โดยจุดหมายปลายทางของการพัฒนาคือการพัฒนาคน ที่ทำให้คนมีทั้งคุณภาพและคุณธรรม

2. แนวคิดทางด้านเศรษฐกิจ เป็นแนวคิดที่อธิบายถึงความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ซึ่งจะเน้นไปในเรื่องของการออมและการลงทุน มองว่าการพัฒนาเปรียบเสมือนการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ โดยถือว่าเมื่อมีกระบวนการพัฒนาเกิดขึ้นแล้ว ผลแห่งการพัฒนาจะแพร่กระจายไปยังประชาชนที่ละน้อย และประชาชนจะพัฒนาตามไปด้วย ซึ่งผลประโยชน์ของการเจริญเติบโตจะกระจายไปสู่ประชาชนกลุ่มต่าง ๆ ในรูปของงานและโอกาสทางเศรษฐกิจ โดยผลของการกระจายนี้จะเพิ่มผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจให้แก่กลุ่มที่ยากจนกว่า

3. แนวความคิดด้านความจำเป็นขั้นพื้นฐาน ซึ่งเป็นผลมาจากการพัฒนาด้านเศรษฐกิจของประเทศต่าง ๆ ซึ่งแต่ละประเทศเริ่มตระหนักว่าการดำเนินการพัฒนาที่ผ่านมาไม่ได้ส่งผลให้ประชาชนส่วนใหญ่ในประเทศมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยการพัฒนาควรจะถูกกำหนดให้ไปสู่แนวคิดความจำเป็นขั้นพื้นฐาน เช่น อาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม การศึกษา และสุขภาพอนามัย รวมไปถึงความต้องการด้านต่าง ๆ ของประชาชนเป็นอันดับแรก แทนการมุ่งลงทุนในด้านอุตสาหกรรม นอกจากนี้ ยังต้องคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน การมีส่วนร่วมของชุมชนในกระบวนการพัฒนา และแนวทางในการปฏิบัติแล้วการพัฒนาจะมุ่งไปที่สวัสดิการของประชาชนเพื่อลดความยากจน ลดการว่างงาน และลดความไม่เท่าเทียมกันด้วย

4. แนวความคิดแบบการปฏิบัติการทางสังคม เป็นแนวคิดที่เกิดจากรัฐบาลของประเทศต่างๆ พยายามที่จะปรับปรุง แก้ไขปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมในรูปแบบของการวางแผนและปฏิบัติการเช่น การปฏิรูปที่ดิน การสหกรณ์ การพัฒนาชนบท เป็นต้น และเรียกวิธีการนี้ว่า “การพัฒนา” (สนธยา พลศรี, 2547)

5. แนวคิดแบบความขัดแย้งทางสังคม เป็นแนวคิดของการพัฒนาประเทศด้วยระบอบสังคมนิยมที่นำทฤษฎีความขัดแย้งมาใช้เป็นแนวทางในการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและระบบสังคม โดยถือว่า การนำระบอบสังคมนิยมเข้ามาใช้แทนระบบที่ใช้อยู่เดิม ถือเป็นการพัฒนาในแนวความคิดนี้

6. แนวคิดแบบการพัฒนาชุมชน เป็นแนวคิดที่องค์การสหประชาชาตินำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาที่กล่าวมาแล้วในเรื่องความเป็นมาของการพัฒนา กล่าวคือทำให้คนและกลุ่มคนในชุมชนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาและเป็นผู้ที่ได้รับผลของการพัฒนาตามหลักการและวิธีการพัฒนาชุมชน

7. แนวคิดแบบการพัฒนาที่ยั่งยืน เป็นแนวคิดที่องค์การสหประชาชาติเรียกร้องให้ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ได้ตระหนักถึงผลกระทบจากการใช้ทรัพยากรอย่างฟุ่มเฟือยจนเกินขีดจำกัด

ของทรัพยากรโลก เป็นแนวคิดการพัฒนาที่ต้องคำนึงถึงความเป็นองค์รวมของทุกด้านอย่างสมดุลใน 5 ด้าน คือ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านเศรษฐกิจ ด้านวัฒนธรรม ด้านสังคม และด้านการเมือง

สรุปแนวคิดและทฤษฎีการพัฒนา ได้ว่า การพัฒนา คือ กระบวนการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีกว่าเดิม ซึ่งเกิดจากความพยายามของมนุษย์ โดยการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ จะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งระบบ เป็นลำดับขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง เกิดขึ้นตลอดเวลาไม่หยุดนิ่ง มีการเตรียมการล่วงหน้า โดยนำกลวิธีมาใช้เพื่อกำหนดเป้าหมาย และกลวิธีนั้นต้องนำไปปฏิบัติจริง การพัฒนานอกจากจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อมนุษย์ สังคม และสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์แล้ว รูปแบบ กระบวนการ และวิธีการพัฒนาก็สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เนื่องจากมนุษย์และสังคมเกิดการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

2.4.2 แนวคิดและทฤษฎีรูปแบบ

รูปแบบเป็นสิ่งที่สร้างขึ้นไว้เป็นแนวทางในการทำงานอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งมีนักวิชาการได้ให้ความหมาย พอสรุปได้ดังนี้ พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546) ได้ให้ความหมายไว้ว่า

รูปแบบ หมายถึง รูปที่กำหนดขึ้นเป็นหลักหรือเป็นแนว ซึ่งเป็นที่ยอมรับแสดงว่าเป็นสิ่งนั้น ๆ เช่น รูปแบบบ้าน เป็นต้น

ทิตินา แคมมณี (2550) กล่าวว่า รูปแบบ (Model) เป็นรูปธรรมของความคิดที่เป็นนามธรรม ซึ่งบุคคลแสดงออกมาในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง เช่น เป็นคำอธิบาย แผนผัง ไตรอะแกรม หรือแผนภาพ เพื่อช่วยให้ตนเองและบุคคลอื่นสามารถเข้าใจได้ชัดเจนขึ้น รูปแบบจึงเป็นเครื่องมือทางความคิดที่บุคคลใช้ในการสืบเสาะหาคำตอบ ความรู้ ความเข้าใจ ในปรากฏการณ์ทั้งหลาย

ณัฐศักดิ์ จันทร์ผล (2552) ได้กล่าวว่า รูปแบบ หมายถึง โครงสร้าง โปรแกรมแบบจำลอง หรือตัวแบบที่จำลองสภาพความเป็นจริงที่สร้างขึ้นจากการลดทอนเวลาและเทศะพิจารณาว่ามีสิ่งใดบ้างที่จะต้องนำมาศึกษา เพื่อใช้ทดแทนแนวคิดหรือปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่ง โดยอธิบาย ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่าง ๆ ของรูปแบบนั้น ๆ

คัมภีร์ สุดแท้ (2553) กล่าวว่า รูปแบบ หมายถึง สิ่งที่สร้าง หรือพัฒนาขึ้น แสดงให้เห็นถึงองค์ประกอบสำคัญ ๆ ของเรื่องให้เข้าใจง่ายขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานต่อไป

ปัญญา ทองนิล (2553) ได้กล่าวว่า รูปแบบ หมายถึง โครงสร้างที่เกิดจากทฤษฎี ประสบการณ์ การคาดการณ์ นำเสนอในรูปของข้อความหรือแผนผัง

มาลี สิบกระแสน (2552) ได้กล่าวว่า รูปแบบ มี 2 ลักษณะ คือ 1) รูปแบบจำลองของสิ่งที่เป็นรูปธรรม เช่น ระบบการปฏิบัติงาน

รูปแบบที่เป็นแบบจำลองของสิ่งที่เป็นนามธรรม เช่น เครื่องคอมพิวเตอร์ เป็นต้น

โดยรูปแบบอาจแสดงความสัมพันธ์ด้วยเส้นโยงแสดงในรูปแผนภาพ หรือเขียนในรูปสมภาคณิตศาสตร์ หรือสมการพยากรณ์หรือเขียนเป็นข้อความ จำนวนภาพ แผนภูมิ หรือรูปสามมิติ ทั้งนี้ยังมีนักวิชาการต่างประเทศที่ได้ให้ความหมายรูปแบบ ซึ่งสรุปได้ดังนี้ Husen & Postlethwaite (1994) ได้ให้ความหมายว่ารูปแบบ คือ โครงสร้างที่ถูกนำเสนอเพื่อใช้วินิจฉัยความสัมพันธ์ระหว่าง

องค์ประกอบที่สร้างมาจากเหตุการณ์ การหยั่งรู้ ด้วยวิธีการอุปมาอุปมัย หรือได้มาจากทฤษฎี รูปแบบจึงไม่ใช่ทฤษฎี Raj (1996) ได้ให้ความหมายของคำว่ารูปแบบ (Model) ไว้ 2 ความหมาย คือ

1. รูปแบบ คือ รูปย่อของความจริงของปรากฏการณ์ ซึ่งแสดงด้วยข้อความจำนวน หรือภาพ โดยการลดทอนเวลา และเทศะ ทำให้เข้าใจความจริงของปรากฏการณ์ได้ดียิ่งขึ้น

2. รูปแบบ คือ ตัวแทนของการใช้แนวความคิดของโปรแกรมที่กำหนดเฉพาะโดยสรุป รูปแบบ หมายถึง แบบจำลองอย่างง่ายหรือย่อส่วน (Simplified Form) ของปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่ผู้เสนอรูปแบบดังกล่าว ได้ศึกษาและพัฒนาขึ้นมาเพื่อแสดงหรืออธิบายปรากฏการณ์ให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น หรือในบางกรณีอาจจะใช้ประโยชน์ในการทำนายปรากฏการณ์ที่จะเกิดขึ้น ตลอดจนอาจใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่ง Good (2005) ได้รวบรวมความหมายของ “รูปแบบ” เอาไว้ 4 ความหมาย คือ

1. รูปแบบเป็นแบบอย่างของสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างหรือทำซ้ำ

2. รูปแบบเป็นตัวอย่างเพื่อเลียนแบบ เช่น ตัวอย่างในการออกเสียงภาษาต่างประเทศเพื่อให้ผู้เรียนได้เลียนแบบ เป็นต้น

3. รูปแบบเป็นแผนภูมิหรือรูปสามมิติ ซึ่งเป็นตัวแทนของสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือหลักการหรือแนวคิด

4. รูปแบบเป็นชุดของปัจจัยตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ ซึ่งกันและกัน ซึ่งรวมตัวกันเป็นตัวและเป็นสัญลักษณ์ทางระบบสังคม อาจจะเขียนออกมาเป็นสูตรทางคณิตศาสตร์หรือบรรยายเป็นภาษาก็ได้ AR Dictionary (2008) ได้ให้นิยามความหมายของรูปแบบ (Model) ว่าหมายถึงแบบจำลองที่เป็นสัดส่วนหรือเป็นประเภทเดียวกันกับของจริง หรือสัญลักษณ์ของการเป็นตัวแทนสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่คาดว่าจะเกิดในอนาคต หรือแบบแผนของสิ่งที่เตรียมไว้

Thinkexist (2008) ได้ให้ความหมายของคำว่ารูปแบบ หรือ Model ไว้ว่า เป็นแบบจำลองระบบการปฏิบัติงาน หรือแบบแปลนของการก่อสร้างที่วาดไว้ล่วงหน้า หรือสิ่งของที่เป็นตัวแทนแสดงความของสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต หรือสิ่งที่เตรียมเอาไว้ล่วงหน้า

สรุปความหมายรูปแบบได้ว่า “รูปแบบ” หมายถึง วิธีการดำเนินงาน หลักการทางกรอบความคิดและเกณฑ์ต่าง ๆ ที่สามารถยึดเป็นแนวทางในการดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ โดยแสดงถึงความสัมพันธ์ของ 2 ชุดตัวแปร ประกอบไปด้วยกระบวนการปฏิบัติงาน และงานวิชาการที่เกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน สำหรับประเภทของรูปแบบ ได้มีผู้จำแนก สรุปได้ดังนี้

Smith & Other (1980) สามารถจำแนกรูปแบบออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. รูปแบบเชิงกายภาพ (Physical Model) จำแนกออกเป็น

1.1 รูปแบบคล้ายจริง (Iconic Model) มีลักษณะคล้ายของจริง เช่น เครื่องบินจำลอง หุ่นไล่กา หุ่นตามร้านตัดเสื้อ เป็นต้น

1.2 รูปแบบเสมือนจริง (Analog Model) มีลักษณะคล้ายปรากฏการณ์จริง เช่น การทดลองทางเคมีในห้องปฏิบัติการก่อนจะทำการทดลอง เครื่องบินจำลองที่บินได้ หรือเครื่องบินฝึกหัดบิน เป็นต้น รูปแบบชนิดนี้มีความใกล้เคียงความจริงมากกว่าแบบแรก

2. รูปแบบเชิงสัญลักษณ์ (Symbolic Model) จำแนกออกเป็น

2.1 รูปแบบข้อความ (Verbal model) หรือรูปแบบเชิงคุณภาพ (Qualitative Model) เป็นการใช้ข้อความปกติธรรมดาในการอธิบายโดยย่อ เช่น คำพรรณนา ลักษณะงาน คำอธิบายรายวิชา เป็นต้น

2.2 รูปแบบทางคณิตศาสตร์ (Mathematical Model) หรือรูปแบบเชิงปริมาณ (Quantitative Model) เช่น สมการ และโปรแกรมเชิงเส้น เป็นต้น Keeves (1988) ได้จำแนกรูปแบบออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่

1. รูปแบบเชิงเปรียบเทียบ (Analogue Model) เป็นรูปแบบเชิงกายภาพส่วนใหญ่ใช้ในด้านวิทยาศาสตร์ เช่น รูปแบบโครงสร้างอะตอม สร้างขึ้นโดยการเปรียบเทียบโครงสร้างของรูปแบบให้สอดคล้องกับลักษณะที่คล้ายกันทางกายภาพ สอดคล้องกับข้อมูลความรู้ที่มีอยู่ในลักษณะนั้นด้วย รูปแบบที่สร้างขึ้นต้องมียอดประกอบชัดเจน สามารถนำไปทดสอบด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ได้ และสามารถนำไปใช้ในการหาข้อสรุปของปรากฏการณ์ได้อย่างกว้างขวาง เช่น รูปแบบจำนวนนักเรียนในโรงเรียน สร้างขึ้นโดยการเปรียบเทียบกับลักษณะถึงน้ำที่ประกอบด้วยท่อ น้ำเข้าและท่อน้ำออก ปริมาณที่ไหลเข้าถึงเปรียบเทียบกับจำนวนนักเรียนที่เข้าโรงเรียน อัตราการเกิด อัตราการย้ายเข้า อัตราการรับเด็กอายุต่ำกว่าเกณฑ์ ส่วนปริมาณน้ำที่ไหลออกเปรียบเทียบกับจำนวนนักเรียนที่ออกจากโรงเรียน เนื่องจากพันเกณฑ์การศึกษา การย้ายออก การจบการศึกษา สำหรับปริมาณน้ำที่เหลือในถัง เปรียบเทียบกับจำนวนนักเรียนที่เหลืออยู่ในโรงเรียน เป็นต้น จุดมุ่งหมายของรูปแบบนี้เพื่ออธิบายปรากฏการณ์การเปลี่ยนแปลงจำนวนนักเรียนในโรงเรียน

2. รูปแบบเชิงข้อความ (Semantic Model) เป็นรูปแบบที่ใช้ภาษาเป็นสื่อในการบรรยายหรืออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาด้วยภาษา แผนภูมิ หรือรูปภาพ เพื่อให้เห็นโครงสร้างทางความคิด องค์ประกอบ และความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของปรากฏการณ์นั้น และใช้ข้อความในการอธิบายเพื่อให้เกิดความกระจ่างมากขึ้น แต่จุดอ่อนของรูปแบบประเภทนี้ คือ ขาดความชัดเจนแน่นอน ทำให้ยากแก่การทดสอบรูปแบบ แต่อย่างไรก็ตาม ได้มีการนำรูปแบบนี้มาใช้ในการศึกษามาก เช่น รูปแบบการเรียนรู้ในโรงเรียน

3. รูปแบบเชิงคณิตศาสตร์ (Mathematical Model) เป็นรูปแบบที่ใช้แสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบหรือตัวแปร โดยใช้สัญลักษณ์ทางคณิตศาสตร์ ปัจจุบันมีแนวโน้มว่าจะนำไปใช้ในด้านพฤติกรรมศาสตร์มากขึ้น โดยเฉพาะในการวัดและประเมินผลทางการศึกษารูปแบบลักษณะนี้ส่วนมากพัฒนามาจากรูปแบบเชิงข้อความ

4. รูปแบบเชิงสาเหตุ (Causal Model) เป็นรูปแบบที่เริ่มจากการนำเทคนิคการวิเคราะห์เส้นทาง (Path Analysis) ในการศึกษาเกี่ยวกับพันธุศาสตร์ รูปแบบเชิงสาเหตุนี้ทำให้สามารถศึกษารูปแบบเชิงข้อความที่มีตัวแปรสลับซับซ้อนได้ แนวคิดสำคัญของรูปแบบนี้ คือ ต้องสร้างจากทฤษฎีที่เกี่ยวข้องหรืองานวิจัยที่มีมาแล้ว รูปแบบจะเขียนในลักษณะสมการเส้นตรง แต่ละสมการแสดงความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างตัวแปร จากนั้นมีการเก็บรวบรวมข้อมูลในสภาพการณ์ที่เป็นจริงเพื่อทดสอบรูปแบบ ซึ่งรูปแบบเชิงสาเหตุนี้แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่

1. รูปแบบระบบเส้นเดียว (Recursive Model) เป็นรูปแบบที่แสดงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรด้วยเส้นโยงที่มีทิศทางของการเป็นสาเหตุในทิศทางเดียว โดยไม่มีความสัมพันธ์ย้อนกลับ

2. รูปแบบระบบเส้นคู่ (Non-recursive Model) เป็นรูปแบบที่แสดงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปร โดยทิศทางความสัมพันธ์ของตัวแปรภายในตัวแปรหนึ่งอาจเป็นทั้งตัวแปรเชิงสาเหตุและเชิงผลพร้อมกัน จึงมีทิศทางความสัมพันธ์ย้อนกลับได้

สรุปได้ว่า รูปแบบเป็นแบบจำลองในการปฏิบัติงาน ซึ่งแสดงความสัมพันธ์ของ 2 ชุดตัวแปร ประกอบไปด้วยกระบวนการปฏิบัติงาน และงานวิชาการที่เกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน โดยรูปแบบเป็นสิ่งที่สร้างและพัฒนาขึ้น โดยแต่ละสาขามีรูปแบบที่แตกต่างกันไป ดังนี้

1) รูปแบบการอุปมาอุปไมยจะเป็นการเทียบเคียงปรากฏการณ์ซึ่งเป็นรูปธรรมเพื่อสร้างความเข้าใจในปรากฏการณ์

2) รูปแบบที่ใช้ภาษาเป็นสื่อในการบรรยายหรืออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาด้วยภาษา แผนภูมิ เพื่อให้เห็นโครงสร้างทางความคิด องค์ประกอบ และความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ

3) รูปแบบที่ใช้สมการทางคณิตศาสตร์เป็นสื่อในการแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ และ

4) รูปแบบที่นำมาเอาตัวแปรต่าง ๆ มาสัมพันธ์กันเชิงสาเหตุและผลที่เกิดขึ้น

2.4.3 การสร้างและพัฒนารูปแบบ

Keeve (1988) ได้อธิบายการสร้างรูปแบบ ไว้ว่ากล่าวคือ การกำหนดมโนทัศน์ที่เกี่ยวข้องและสัมพันธ์กันอย่างเป็นระบบ เพื่อชี้ให้เห็นว่ารูปแบบเสนออะไร เสนออย่างไร เพื่อให้ได้อะไร สิ่งที่ได้นั้นสามารถอธิบายปรากฏการณ์อะไร และนำไปสู่ข้อค้นพบอะไรใหม่ ๆ ซึ่งสามารถเขียนขั้นตอนการสร้างรูปแบบ กล่าวโดยสรุป รูปแบบที่จะนำไปใช้ให้ได้ประโยชน์สูงสุดนั้นต้องประกอบด้วยลักษณะที่สำคัญ คือมีความสัมพันธ์เชิงโครงสร้าง สามารถทำนายผลได้ สามารถขยายความผลทำนายได้กว้างขวางขึ้น และสามารถนำไปสู่แนวความคิดใหม่ ๆ สำหรับการพัฒนาารูปแบบนั้น ผู้วิจัยจะต้องศึกษาแนวคิด ทฤษฎีในการสร้างรูปแบบ นำเอาข้อมูลที่จัดเก็บมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ เพื่อกำหนดความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของรูปแบบ กำหนดโครงสร้างและข้อเสนอของรูปแบบอย่างชัดเจน เพื่อนำไปสู่ผลสรุปเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่มุ่งหวังของการวิจัย มีการทดสอบและปรับปรุงรูปแบบก่อนนำไปใช้งานจริง และมีการประเมินผลหลังจากการนำรูปแบบไปใช้งานจริง

Keeves (1988) ได้กล่าวถึงหลักการอย่างกว้าง ๆ เพื่อกำกับการสร้างรูปแบบไว้ 4 ประการ คือ

1) รูปแบบควรประกอบขึ้นด้วยความสัมพันธ์อย่างมีโครงสร้างของตัวแปรมากกว่า ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงแบบธรรมดา อย่างไรก็ตาม การเชื่อมโยงแบบเส้นตรงแบบธรรมดาทั่วไปนั้นก็มีประโยชน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการศึกษาวิจัยในช่วงต้นของการพัฒนารูปแบบ

2) รูปแบบควรใช้เป็นแนวทางในการพยากรณ์ผลที่จะเกิดขึ้น จากการใช้รูปแบบสามารถตรวจสอบได้โดยการสังเกตและหาข้อสนับสนุนด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ได้

3) รูปแบบควรจะต้องระบุหรือชี้ให้เห็นถึงกลไกเชิงเหตุผลในเรื่องที่จะศึกษา ดังนั้น นอกจากจะเป็นเครื่องมือในการพยากรณ์ได้ ควรใช้การอธิบายปรากฏการณ์ได้ด้วย

4) นอกจากคุณสมบัติต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้ว รูปแบบควรเป็นเครื่องมือในการสร้างโมโนทัศน์ใหม่ และการสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรในลักษณะใหม่ ซึ่งเป็นการขยายองค์ความรู้ในเรื่องที่เรากำลังศึกษาด้วย

มียากาวะ (2550) ได้อธิบายการสร้างโมเดลว่า เป็นการศึกษาปรากฏการณ์ทางธรรมชาติหรือสังคมเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งอาจจะไม่ศึกษาปรากฏการณ์เรื่องนั้นโดยตรงก็ได้ แต่เป็นการศึกษาโดยวิธีการสร้างโมเดล เพื่อหาข้อสรุปที่สามารถนำไปอธิบาย ทำนาย หรือควบคุมปรากฏการณ์ที่ศึกษา

โมเดลที่ใช้ศึกษาค้นคว้าปรากฏการณ์ทางสังคมต้องมีคุณสมบัติ 2 ประการ คือ

ประการที่ 1 มีลักษณะสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงของปรากฏการณ์ของเรื่องที่จะศึกษา

ประการที่ 2 สามารถนำไปใช้หาข้อสรุปเพื่ออธิบาย ทำนาย หรือควบคุมปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง คุณสมบัติของโมเดลทั้ง 2 ประการนี้ มีลักษณะขัดแย้งกันเอง กล่าวคือ ถ้าเราสร้างโมเดลให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงของปรากฏการณ์มาเท่าใด โมเดลจะสลับซับซ้อนมากขึ้น ทำให้การนำโมเดลไปใช้มีความยุ่งยาก ในทางตรงกันข้าม ถ้าเราเน้นความสะดวกในการนำเอาโมเดลไปใช้อธิบายปรากฏการณ์ ก็ต้องเขียนโมเดลให้ง่ายเข้าใจ โมเดลก็ไม่ค่อยสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงของปรากฏการณ์ ซึ่งทำให้การนำโมเดลไปใช้อธิบาย ทำนาย และควบคุมปรากฏการณ์ได้จำกัด จุดมุ่งหมายที่สำคัญ คือ การสร้างโมเดลก็เพื่อทดสอบ หรือตรวจสอบโมเดลนั้นด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์

โมเดลที่สร้างขึ้นจึงมีความชัดเจน และเหมาะสมกับวิธีการทดสอบ โดยปกติแล้วการวิจัยทางสังคมศาสตร์ และพฤติกรรมศาสตร์ มักจะทดสอบโมเดลด้วยวิธีการทางสถิติ การสร้างโมเดล การเก็บรวบรวมข้อมูล และการทดสอบโมเดล เป็นกิจกรรมที่ต้องบูรณาการเข้าด้วยกัน เนื่องจากโครงสร้างของโมเดลจะเป็นตัวกำหนดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จะนำไปใช้ทดสอบโมเดล ผลของการทดสอบโมเดลย่อมนำไปสู่การยอมรับและปฏิเสธโมเดลนั้น

วาร์โ เพ็งสวีสต์ (2553) ได้กล่าวว่า การสร้างและพัฒนาารูปแบบ สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ขั้นตอนขั้นตอนที่ 1 การสร้างหรือพัฒนารูปแบบ ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยจะสร้างหรือพัฒนารูปแบบขึ้นมาก่อน เป็นรูปแบบตามสมมติฐาน (Hypothesis Model) โดยศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ศึกษารายกรณี หน่วยงานที่ดำเนินการในเรื่องนั้น ๆ ได้เป็นอย่างดี ซึ่งผลการศึกษานำไปใช้กำหนดองค์ประกอบ หรือตัวแปรต่าง ๆ ภายในรูปแบบ รวมทั้งลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบหรือตัวแปรเหล่านั้น หรือลำดับก่อนหลังของแต่ละองค์ประกอบในรูปแบบ ดังนั้น การพัฒนารูปแบบในขั้นตอนนี้จะต้องอาศัยหลักการของเหตุผลเป็นรากฐานสำคัญ ซึ่งโดยทั่วไปการศึกษาในขั้นตอนนี้จะมีขั้นตอนย่อย ๆ ดังนี้

1) การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำสารสนเทศที่ได้มาวิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นร่างกรอบแนวคิดการวิจัย

2) การศึกษาจากบริบทจริง ในขั้นตอนนี้อาจจะดำเนินการได้หลายวิธี ดังนี้

(1) การศึกษาสภาพ และปัญหาการดำเนินการในปัจจุบันของหรือพื้นที่ที่จะศึกษา โดยศึกษาความคิดเห็นจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder) ซึ่งวิธีศึกษาอาจจะใช้วิธีการสัมภาษณ์ การสอบถาม การสำรวจ การสนทนากลุ่ม เป็นต้น

(2) การศึกษารายกรณี (Case Study) หรือพหุกรณีหน่วยงานที่ประสบผลสำเร็จ หรือมีแนวที่ดีในเรื่องที่ศึกษา เพื่อนำมาเป็นสารสนเทศที่สำคัญในการพัฒนารูปแบบ

(3) การศึกษาข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิ วิธีการศึกษาอาจจะใช้วิธีการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เป็นต้น

3) การจัดทำรูปแบบ ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยจะใช้สารสนเทศที่ได้ในข้อ 1.1 และ 1.2 มาวิเคราะห์และสังเคราะห์ เพื่อกำหนดเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยเพื่อนำมาจัดทำรูปแบบ

ขั้นตอนที่ 2 การทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ ภายหลังจากที่ได้พัฒนารูปแบบในขั้นแรกแล้ว

จำเป็นที่จะต้องทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบดังกล่าว เพราะรูปแบบที่พัฒนาขึ้นถึงแม้จะพัฒนาโดยมีรากฐานจากทฤษฎี แนวความคิดรูปแบบของบุคคลอื่น และผลการวิจัยที่ผ่านมา แต่ก็ยังเป็นเพียงรูปแบบตามสมมติฐาน ซึ่งจำเป็นที่จะต้องตรวจสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ เป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพตามที่มุ่งหวังหรือไม่ การเก็บรวบรวมข้อมูลในสถานการณ์จริง หรือทดลองใช้รูปแบบในสถานการณ์จริง จะช่วยให้ทราบอิทธิพล หรือความสำคัญขององค์ประกอบย่อย หรือตัวแปรต่าง ๆ ในรูปแบบ ผู้วิจัยอาจจะปรับปรุงรูปแบบใหม่ โดยการตัดองค์ประกอบหรือตัวแปรที่พบว่าไม่มีอิทธิพลหรือมีความสำคัญน้อยออกจากรูปแบบ ซึ่งจะทำให้ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

วีระยุทธ ชาตะกาญจน์ (2557) ได้สรุปขั้นตอนการพัฒนารูปแบบ โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) ดังนี้

1) กำหนดกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ทำการคัดเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ ความสามารถ และความชำนาญในเรื่องที่จะศึกษา ขนาดของกลุ่มที่เพียงพออยู่ระหว่าง 10–15 คน หากผู้เชี่ยวชาญมีขนาดตั้งแต่ 17 คนขึ้นไป อัตราการลดลงของความคลาดเคลื่อนจะน้อยมากจนคงที่ ซึ่งผู้วิจัยที่ใช้เทคนิคเดลฟายมักนิยามกำหนดจำนวนผู้เชี่ยวชาญไม่น้อยกว่า 17 คน

2) กำหนดประเด็นแนวโน้มและสร้างเครื่องมือในการวิจัย การเก็บข้อมูลจะใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือสำคัญ ซึ่งจะใช้แบบสอบถามปลายเปิด และแบบสอบถามปลายปิดชนิดมาตราประมาณค่า

3) ทำเดลฟายรอบที่ 1 โดยส่งแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลกว้าง ๆ จากผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้คำถามปลายเปิด การเก็บข้อมูลรอบนี้ต้องชี้แจงจุดมุ่งหมายของการเก็บข้อมูล

4) รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ในรอบที่หนึ่ง ทั้งนี้ต้องทำการวิเคราะห์เนื้อหาสรุปประเด็นความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด เพื่อนำไปให้สมาชิกในกลุ่มแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นต่าง ๆ ที่ปรากฏในข้อความทุกประเด็น จัดทำแบบสอบถามที่เป็นคำถามปลายปิดในรูปมาตราประมาณค่าสำหรับเก็บข้อมูลในรอบที่สอง

5) ทำเดลฟายรอบที่สอง ในรอบนี้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านจะได้รับข้อมูลป้อนกลับเชิงสถิติที่เป็นของกลุ่มโดยส่วนรวม ผนวกด้วยคำตอบเดิมของตนเอง แล้วขอให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนพิจารณาตอบใหม่

6) ทำเดลฟายที่สามหรือที่สี่ ขึ้นอยู่กับการได้ข้อสรุปที่มีฉันทามติ โดยปกติการรวบรวมข้อมูล โดยใช้เทคนิคเดลฟายอย่างน้อยที่สุดจะต้องใช้สองรอบ แต่ไม่ควรเกิน 4 รอบ

7) สรุปและอภิปราย โดยการเสนอแนวโน้มที่มีฉันทามติตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ การกำหนดระดับความสอดคล้องทางความคิด หรือการหาฉันทามติในเทคนิคเดลฟาย สามารถกำหนดได้ด้วยค่าสถิติ 2 ประเภท ดังนี้

ประเภทแรก คือ กำหนดด้วยค่าร้อยละ เพื่อแสดงให้เห็นอัตราส่วนผู้ที่มีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่าอยู่ในระดับใด และมีการแสดงแจกแจงความถี่ของผู้ให้ข้อมูลว่ามีลักษณะของคำตอบกระจายในลักษณะใด

ประเภทที่สอง คือ การใช้สถิติที่วัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง เพื่อบ่งบอกระดับความคิดเห็นของกลุ่มในลักษณะสรุปรวม และแสดงค่าสถิติการกระจาย เพื่อให้ทราบระดับความแตกต่างทางความคิดเห็นของสมาชิกว่ามีมากน้อยเพียงใด เกณฑ์ที่ใช้ในการระบุฉันทามติจึงขึ้นอยู่กับลักษณะของสถิติที่ใช้ การตรวจสอบระดับฉันทามติมีเกณฑ์พิจารณา 2 ส่วน คือ การกำหนดระดับความเห็นพ้องกันของเสียงส่วนใหญ่ และการกำหนดเกณฑ์ การยุติกระบวนการเดลฟาย เมื่อสมาชิกไม่ค่อยมีการเปลี่ยนแปลงทางความคิดจากรอบที่แล้ว

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยมีการดำเนินการเพื่อให้รูปแบบที่จะแก้ไขปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุให้ลดลง โดยทำการศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนด กรอบแนวคิด จากนั้นทำการศึกษาบริบท แนวทางการพัฒนารูปแบบ ผลของการพัฒนารูปแบบ และปัจจัยแห่งความสำเร็จของการนำรูปแบบมาใช้ เพื่อให้ได้รูปแบบที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมาต่อไป

2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพ

ความหมายของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมหมายถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปตามบริบททางสังคมและการเมือง หมายถึง กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการตัดสินใจของรัฐบาลที่มีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนส่งผลให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนกว้างขวางขึ้น ซึ่งไม่ได้มีความหมายเฉพาะการไปใช้สิทธิเลือกตั้งหรือร่วมรับประโยชน์เท่านั้นแต่ยังครอบคลุมถึงการร่วมรับรู้ร่วมให้ความคิดเห็นในกระบวนการตัดสินใจของหน่วยงานของรัฐและร่วมสนับสนุนติดตามการทำงานของภาครัฐ (อรทัย ก๊กผล, 2546) อย่างไรก็ตามเนื่องจากการมีส่วนร่วมมีหลายมิติกิจกรรมเหตุการณ์องค์ประกอบต่าง ๆ ซึ่งหลากหลายดังนั้นความหมายของการมีส่วนร่วมจึงขึ้นอยู่กับลักษณะทางบริบทของการมีส่วนร่วมและต้องพิจารณาเฉพาะกรณีนั้น ๆ (นรินทร์ชัย พัฒนพงศา, 2546)

ได้มีผู้ให้ความหมายของคำว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนหรือการมีส่วนร่วมของชุมชน (People participation or Popular Participation or Community Involvement or Community Participation) เช่น การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง กระบวนการที่ชุมชนได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การดำเนินงาน การร่วมรับผลประโยชน์และการประเมินผลการทำงานที่ประชาชนหรือชุมชนพัฒนาขีดความสามารถของตนเองในการจัดการและควบคุมการใช้และกระจายทรัพยากรและปัจจัยการผลิตที่มีอยู่ในสังคม เพื่อประโยชน์ต่อการดำรงชีพทางเศรษฐกิจและสังคม ตามความจำเป็นอย่างสมศักดิ์ศรีในฐานะสมาชิกของสังคม ในการมีส่วนร่วมประชาชนได้พัฒนาการรับรู้และภูมิปัญญา เป็นกระบวนการที่ประชาชนได้เข้ามามีโอกาสในการดำเนินงานเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

การที่ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดที่ไม่เคยได้เข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ หรือเข้าร่วมการตัดสินใจ หรือเคยเข้าร่วมด้วยเล็กน้อยได้เข้าร่วมด้วยมากขึ้น เป็นไปอย่างอิสระภาพเสมอภาคมิใช่เพียงมีส่วนร่วมอย่างผิวเผินแต่เข้าร่วมด้วยแท้จริงยิ่งขึ้นและการเข้าร่วมนั้นต้องเริ่มตั้งแต่ขั้นแรกจนถึงขั้นสุดท้ายของโครงการ (นรินทร์ชัย พัฒนพงศา, 2546) เป็นกระบวนการซึ่งประชาชนหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้มีโอกาสแสดงทัศนะแลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็น เพื่อแสวงหาทางเลือกและการตัดสินใจต่าง ๆ เกี่ยวกับโครงการที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับร่วมกันทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจึงควรเข้าร่วมในกระบวนการนี้ตั้งแต่เริ่ม จนกระทั่งถึงการติดตามและประเมินผล เพื่อให้เกิดความเข้าใจและการรับรู้-เรียนรู้ การปรับเปลี่ยนโครงการร่วมกัน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อทุกฝ่าย (อรทัย ก๊กผล, 2546)

จากความหมายดังกล่าว จึงสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การที่ประชาชนมีโอกาสเข้าร่วมในการดำเนินงานพัฒนา ตั้งแต่กระบวนการเริ่มต้นจนกระทั่งถึงกระบวนการสิ้นสุด โดยที่การเข้าไปมีส่วนร่วมอาจเป็นขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งหรือครบทุกขั้นตอนก็ได้ ประชาชนที่มีส่วนร่วมนั้นอาจเป็นทั้งรายบุคคล กลุ่มคน หรือองค์กร ที่มีความคิดเห็นสอดคล้องกันมีความรับผิดชอบร่วมกันเพื่อดำเนินรูปแบบและเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ต้องการโดยกระทำผ่านกลุ่มหรือองค์กร เพื่อให้บรรลุการเปลี่ยนแปลงที่พึงประสงค์

การสร้างการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (กองสุขศึกษา, 2556)

การมีส่วนร่วมด้านสุขภาพ เป็นแนวคิดที่คนในชุมชนจะต้องมีส่วนร่วมตั้งแต่ร่วมในการให้/ รับรู้ข้อมูลข่าวสาร หรือรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชน ร่วมคิด วางแผน หารูปแบบแนวทาง วิธีการ/ กิจกรรมในการดำเนินงาน ส่งเสริมให้เกิดการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ร่วมตัดสินใจ สรุปความคิดเห็น กำหนดวิธีการจัดกิจกรรม การใช้ทรัพยากร ร่วมทำ ร่วมดำเนินการ ร่วมจัดกิจกรรมสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในโครงการของชุมชนตามขีดความสามารถของตนเอง ของกลุ่ม ของชุมชน ร่วมตรวจสอบหรือร่วมติดตามประเมินผลการจัดกิจกรรมในการดำเนินงาน โดยใช้ข้อมูลปัญหาของชุมชนเป็นฐาน

ปัจจัยที่มีต่อการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพของชุมชน

1. ปัจจัยด้านกลไกของรัฐ การสนับสนุนและส่งเสริมทั้งจากกลไกรัฐ และแกนนำเครือข่ายขององค์กรชุมชนและภาคีเครือข่ายพันธมิตร ทั้งหน่วยงานภาครัฐจากกระทรวงมหาดไทย องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น อบต.อบจ.หรือเทศบาลสาธารณสุข สำนักพระพุทธศาสนา โรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการ การศึกษาขั้นพื้นฐาน องค์กรภาคีเครือข่าย ให้การสนับสนุนทั้งวิชาการ และทรัพยากร งบประมาณ อุปกรณ์ รวมทั้งการร่วมกิจกรรมดำเนินการ

2. ปัจจัยด้านประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจะต้องเสริมสร้างแรงจูงใจและกระบวนการมีส่วนร่วมในกิจกรรม รวมทั้งกระตุ้นให้เกิดการรับรู้สภาพปัญหาที่เกิดขึ้น

3. ปัจจัยด้านแกนนำเครือข่าย แกนนำเครือข่ายต้องมีความตั้งใจและมุ่งมั่นในการทำงานกิจกรรม การสร้างชุมชนเข้มแข็ง ซึ่งผู้นำเหล่านี้มีประวัติการทำงานเพื่อส่วนรวม จนได้รับการยอมรับนับถือจากคนในชุมชน สมาชิกแกนนำและภาคีเครือข่าย

วิธีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในชุมชน

หัวใจของการดำเนินงานที่ทำให้ประสบความสำเร็จด้วยวิธีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คือการมีภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง การมีส่วนร่วมของประชาชน ภาครัฐและเอกชน จะเป็นส่วนที่ช่วยสนับสนุน การที่จะให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการประชุม การประชุมและการประชาสัมพันธ์ก็สิ่งที่สำคัญที่สุด ถ้าประชาชนไม่มีความเข้าใจหรือมองไม่เห็นประโยชน์ที่จะได้นั้น การดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ประสบความสำเร็จก็จะดำเนินการได้ยากมาก ดังนั้น การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการขับเคลื่อนการพัฒนาคน เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ วิธี การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีดังนี้

1. ส่งเสริมเครือข่ายให้เป็นแกนเชื่อมประสานกับภาคีเครือข่ายหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อให้เกิดกระบวนการพัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ
2. ส่งเสริมให้มีผู้นำในกระบวนการพัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ
3. มีการส่งเสริมการวางแผนดำเนินงาน ผู้ทำงานระดับพื้นที่และเครือข่ายมีศักยภาพในการดำเนินงานร่วมกัน
4. ส่งเสริมให้มีกระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลาย มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งเป็นการสร้างพื้นที่การเรียนรู้ให้กับแกนนำและคนในชุมชน ที่ไม่เพียงเปิดการเรียนรู้ในชุมชน หากต้องไปปฏิสัมพันธ์กับองค์กร หน่วยงานและชุมชนภายนอกที่หลากหลาย ทำให้เกิดการเรียนรู้และนำมาพัฒนาต่อยอดสิ่งที่ชุมชนมีอยู่แล้ว และขยายงานออกไปจากเดิมมากขึ้น
5. ส่งเสริมให้มีแหล่งการเรียนรู้ด้านสุขภาพในชุมชน เพื่อเป็นศูนย์รวมของข้อมูล ความรู้ในการเรียนรู้ด้านสุขภาพในชุมชน
6. สร้างความร่วมมือของชุมชน ผู้นำท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายอย่างจริงจัง
7. ส่งเสริมให้มีการหนุนเสริมจากภายนอก หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ด้านงบประมาณ การจัดการวิชาการ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้เกิดการขับเคลื่อนงานของชุมชนเป็นไปต่อเนื่อง
8. การให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมและให้การยอมรับต่อบทบาทของหน่วยงานภาคีเครือข่ายภาครัฐ เอกชน องค์กรชุมชน สมาคม อาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่ม/ชมรม ผู้นำชุมชนและเยาวชน ที่มีอยู่หลากหลายในพื้นที่ต่อการให้การสนับสนุนการดำเนินงาน

9. ส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายมีการค้นพบสิ่งดี ๆ ในชุมชน แล้วนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้แก่กัน

10. ประชาชนรับรู้ ตระหนักและเห็นความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

11. ส่งเสริมให้มีการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผู้รู้หรือปราชญ์ในพื้นที่ นับว่ามีต้นทุนทางสังคมที่เป็นโอกาสดี (กองสุขศึกษา, 2556)

ประโยชน์ของการมีส่วนร่วม

ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของประชาชน (อรทัย ก๊กผล, 2546) มีดังนี้

1. เพิ่มคุณภาพการตัดสินใจ ช่วยให้เกิดการพิจารณาทางเลือกใหม่ ทำให้การตัดสินใจรอบคอบขึ้น
2. การลดค่าใช้จ่ายและการสูญเสียเวลา เมื่อการตัดสินใจนั้นได้รับการยอมรับ จะช่วยลดความขัดแย้งระหว่างการนำไปปฏิบัติ
3. การสร้างฉันทามติลดความขัดแย้งทางการเมืองและเกิดความชอบธรรมในการตัดสินใจของรัฐ
4. การเพิ่มความง่ายในการนำไปปฏิบัติสร้างให้ประชาชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และมีความกระตือรือร้นในการช่วยให้เกิดผลในทางปฏิบัติ
5. การมีส่วนร่วมตั้งแต่ต้นสามารถลดการเผชิญหน้าและความขัดแย้งที่รุนแรงได้
6. ช่วยทำให้เจ้าหน้าที่ของรัฐมีความใกล้ชิดกับประชาชนและไวต่อความรู้สึกห่วงกังวลของประชาชนและเกิดความตระหนักในการตอบสนองต่อความกังวลของประชาชน
7. รูปแบบความเชี่ยวชาญและความคิดสร้างสรรค์ของสาธารณชน ถือว่าเป็นการให้การศึกษาชุมชนเพื่อเรียนรู้กระบวนการตัดสินใจและเป็นเวทีฝึกผู้นำชุมชน
8. ช่วยทำให้ประชาชนสนใจประเด็นสาธารณะมากขึ้น เป็นการเพิ่มทุนทางสังคม และช่วยเสริมสร้างให้ประชาชนเป็นพลเมืองที่กระตือรือร้นสอดคล้องกับการปกครองตามหลักประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม

สรุปความสำคัญ และประโยชน์ของการมีส่วนร่วม มีผลทำให้ประชาชนยอมรับและร่วมมือในโครงการเกิดความเป็นเจ้าของ เป็นการระดมความคิดแก้ไขปัญหาให้เกิดประโยชน์สูงสุดตรงกับความต้องการของประชาชนทำให้ทราบข้อเท็จจริงและความคิดเห็นของประชาชนแล้วนำมาวางแผนพัฒนาโครงการให้ประสบผลสำเร็จได้เป็นอย่างดี

หลักการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนของสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมกับภาคราชการนั้น International Association for Public Participation ได้แบ่งระดับของการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (กองสุขศึกษา, 2556)

1. การให้ข้อมูลข่าวสาร ถือเป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับต่ำที่สุด แต่เป็นระดับที่สำคัญที่สุด เพราะเป็นก้าวแรกของการที่ภาคราชการจะเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าสู่กระบวนการมีส่วนร่วมในเรื่องต่าง ๆ วิธีการให้ข้อมูลสามารถใช้ช่องทางต่าง ๆ เช่น เอกสารสิ่งพิมพ์

การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านทางสื่อต่าง ๆ การจัดนิทรรศการ จัดหมายข่าว การจัดงานแถลงข่าว การตีพิมพ์ และ การให้ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ เป็นต้น

2. การรับฟังความคิดเห็น เป็นกระบวนการที่เปิดให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลข้อเท็จจริงและความคิดเห็นเพื่อประกอบการตัดสินใจของหน่วยงานภาครัฐด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การรับฟังความคิดเห็น การสำรวจความคิดเห็น การจัดเวทีสาธารณะ การแสดงความคิดเห็นผ่านเว็บไซต์ เป็นต้น

3. การเกี่ยวข้อง เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน หรือร่วมเสนอแนะทางที่นำไปสู่การตัดสินใจ เพื่อสร้างความมั่นใจให้ประชาชนว่าข้อมูลความคิดเห็นและความต้องการของประชาชนจะถูกนำไปพิจารณาเป็นทางเลือกในการบริหารงานของภาครัฐ เช่น การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพิจารณาประเด็นนโยบายสาธารณะ ประชาพิจารณ์ การจัดตั้งคณะทำงานเพื่อเสนอแนะประเด็นนโยบาย เป็นต้น

4. ความร่วมมือ เป็นการให้กลุ่มประชาชนผู้แทนภาคสาธารณะมีส่วนร่วม โดยเป็นหุ้นส่วนกับภาครัฐในทุกขั้นตอนของการตัดสินใจ และมีการดำเนินกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เช่น คณะกรรมการที่มีฝ่ายประชาชนร่วมเป็นกรรมการ เป็นต้น

5 การเสริมอำนาจแก่ประชาชน เป็นขั้นที่ให้บทบาทประชาชนในระดับสูงสุด โดยให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจ เช่น การลงประชามติในประเด็นสาธารณะต่าง ๆ โครงการกองทุนหมู่บ้าน ที่มอบอำนาจให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจทั้งหมด เป็นต้น

การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน อาจทำได้หลายระดับและหลายวิธี ซึ่งบางวิธีสามารถทำได้ง่าย ๆ แต่บางวิธีก็ต้องใช้เวลา ขึ้นอยู่กับความต้องการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชน ค่าใช้จ่ายและความจำเป็นในการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นเรื่องละเอียดอ่อน จึงต้องมีการพัฒนาความรู้ความเข้าใจในการให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องแก่ประชาชน การรับฟังความคิดเห็น การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม รวมทั้งพัฒนาทักษะและศักยภาพของข้าราชการทุกระดับควบคู่กันไปด้วย

จากหลักการและความจำเป็นดังกล่าวทำให้การพัฒนาระบบราชการที่ผ่านมามีการพัฒนากระบวนการบริหารราชการที่สนับสนุนการปรับกระบวนการทำงานของส่วนราชการที่เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น หรือที่เรียกว่า “การบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม”

ในส่วนภาคราชการ การส่งเสริมการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม ถือได้ว่าเป็นเงื่อนไขและเป็นกุญแจดอกสำคัญของความสำเร็จของการพัฒนาระบบราชการให้สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนและเอื้อต่อประโยชน์สุขของประชาชน เพราะกระบวนการมีส่วนร่วมเป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุน และส่งเสริมให้ระบบราชการมีพลังในการพัฒนาประเทศอย่างสร้างสรรค์ อันเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาราชการยุคใหม่ที่เป็นราชการระบบเปิด

การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของภาคราชการที่มาจากทุกภาคส่วนของสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และชุมชนท้องถิ่น จะช่วยทำให้เจ้าหน้าที่ของรัฐมีความใกล้ชิดกับประชาชนได้รับทราบความต้องการและปัญหาที่แท้จริง ลดความขัดแย้งและต่อต้าน ทั้งยังเป็นการสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ที่เสริมสร้างให้ประชาชน ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจในประเด็นสาธารณะ ซึ่งเป็นบทบาทที่หน่วยงานภาคราชการจะต้องดำเนินการให้เกิดขึ้น

อย่างไรก็ตาม การบริหารราชการแบบมีส่วนร่วมที่เปิดโอกาสให้ประชาชนและเครือข่ายภาคประชาสังคมทุกภาคส่วนเข้าเป็นหุ้นส่วน จะประสบความสำเร็จหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับหน่วยงานราชการต่าง ๆ จะสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนมากน้อยเพียงใด รวมทั้งต้องอาศัยกระบวนการความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในสังคมที่เป็นพันธมิตรของภาคราชการ ซึ่งถึงเวลาแล้วที่ภาคราชการจะต้องร่วมมือกันเปิดระบบราชการให้ประชาชนมีส่วนร่วม เพื่อทำให้เกิดการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี เกิดการแบ่งสรรทรัพยากรอย่างยุติธรรม และลดความขัดแย้งในสังคม และที่สำคัญที่สุด คือ การสร้างกลไกของการพัฒนาระบบราชการที่ยั่งยืน เพื่อประโยชน์สุขของประชาชนนั่นเอง

หลักการและแนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้น การมีส่วนร่วมของชุมชนจะต้องประกอบด้วยหลักการสำคัญอยู่ 8 องค์ประกอบดังนี้ (อรทัย ก๊กผล, 2546)

1. ร่วมทำการศึกษาปัญหา และสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนตลอดทั้งความต้องการของชุมชน
2. ร่วมคิดและหารูปแบบ และวิธีการแก้ไขเพื่อลดปัญหาของชุมชน หรือสร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนหรือสนองความต้องการของชุมชน
3. ร่วมวางนโยบายหรือแผนงานหรือโครงการ หรือกิจกรรม เพื่อแก้ไขปัญหาและสนองความต้องการของชุมชน
4. ร่วมตัดสินใจใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม
5. ร่วมจัดหรือปรับปรุงระบบการบริหารรูปแบบให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
6. ร่วมลงทุนในกิจกรรมโครงการของชุมชนตามกำลังขีดความสามารถของตนเองและหน่วยงาน
7. ร่วมปฏิบัติตามแผนงานโครงการ และกิจกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้
8. ร่วมควบคุมติดตามประเมินผลและร่วมบำรุงรักษาโครงการและกิจกรรมที่ได้ทำไว้โดยเอกชนและชุมชนให้เป็นประโยชน์ตลอดไป

เงื่อนไขพื้นฐานของการมีส่วนร่วม

เงื่อนไขของการมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดการเริ่มต้นรูปแบบเชิงระบบไว้ 3 ประการ คือ

1. ความช่วยเหลือจากภายนอกระบบ ซึ่งอาจเป็นองค์กรพัฒนาของรัฐหรือเอกชน นักวิชาการและนักพัฒนา ในรูปแบบของการช่วยเหลือด้านการเงิน การเมือง และความรู้เทคนิค
2. ความพร้อมภายในระบบ เช่น ผู้นำ สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสภาพกายภาพโอกาสในการเข้ามีส่วนร่วม วัฒนธรรมและประเพณีท้องถิ่น
3. การบำรุงรักษาระบบในรูปของสิ่งจูงใจ การบริหารและการจัดองค์กร กิจกรรมตลอดจนการแทรกแซงจากภายนอก

องค์การสหประชาชาติ (UN. Department of International Economic and Social Affairs, 1981 อ้างถึงใน นางพิมล นิมิตานันท์ และคณะ, 2563) ได้เสนอเงื่อนไขเบื้องต้นของการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ 5 ข้อคือ

1. รัฐจะต้องมีการยอมรับในแนวคิดของการมีส่วนร่วมของประชาชนก่อนในขั้นต้น และบรรจุหลักการนี้ไว้ในแผนหรือนโยบายและในระดับต่าง ๆ ด้วย

2. ประชาชนต้องมีพื้นฐานองค์การของประชาชนที่สามารถเป็นตัวแทนในการเจรจาต่อรองกับกลุ่มผลประโยชน์และบุคคลกลุ่มอื่น ๆ ได้
3. ประชาชนต้องมีความเป็นอิสระในแนวคิดริเริ่ม การตัดสินใจในระดับท้องถิ่น เพื่อกำหนดกิจกรรมของตนเอง
4. ชุมชนจะต้องมีการไหลเวียนของข่าวสารและความรู้ใหม่ ๆ โดยเฉพาะหลักการและปรัชญาของรูปแบบเทคนิควิธีการในการจัดสรรทรัพยากรและความรู้ทางการบริหารงาน
5. ชุมชนต้องได้รับการสนับสนุน วัสดุอุปกรณ์ และเทคนิคที่จำเป็นด้วยโดยเฉพาะในระยะเริ่มต้น

อุปสรรคของการมีส่วนร่วม

สามารถจำแนกออกได้เป็น 3 ระดับคือ (นงพิมล นิมิตอนันท์ และคณะ, 2563)

1. อุปสรรคที่เกิดจากหน่วยงานของรัฐ เนื่องจากรัฐเป็นแหล่งรวมศูนย์อำนาจในด้านกฎหมายและนโยบายที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนโดยตรง เพราะประชาชนไม่มีโอกาสได้รับรู้กระบวนการในการวางแผนและตัดสินใจเข้าไปมีส่วนร่วมในรูปแบบ เจ้าหน้าที่ของรัฐยังมีความเคยชินกับระบบราชการที่ใช้ภาษาทางวิทยาศาสตร์แล้วตีความว่าประชาชนทุกคนต้องเข้าใจในการประเมินผลของเจ้าหน้าที่ ส่วนรัฐก็มีความคิดว่าโครงการหรือกิจกรรมต้องบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้โดยไม่คำนึงถึงรูปแบบคนในชุมชนและเปิดโอกาสให้ประชาชนรับรู้หรือเกี่ยวข้องแต่อย่างใด สำหรับการสับเปลี่ยนโยกย้ายตำแหน่ง และประสิทธิภาพความรับผิดชอบต่องานพัฒนาของเจ้าหน้าที่จะส่งผลกระทบต่อชุมชนโดยตรง
2. อุปสรรคที่เกิดจากชุมชนเนื่องจากรูปแบบที่ผ่านมาชุมชนยังขาดความพร้อมและมีข้อบกพร่องในหลายประการ เช่น การขาดองค์การท้องถิ่นที่เหมาะสมจึงขาดผู้ทิศตนและเวลาแก่งานชุมชนอย่างเต็มที่ จนขาดทักษะการทำงาน และขาดการติดต่อสื่อสารที่ดี นับเป็นอุปสรรคประการหนึ่งที่ทำให้ประชาชนได้รับความรู้ไม่เพียงพอ ก่อให้เกิดความไม่เข้าใจกันและทำให้กลุ่มแตกแยกในที่สุดเนื่องความแตกต่างกันในการกำหนดความต้องการ การลำดับความสำคัญและการแบ่งสรรทรัพยากรในชุมชน ส่วนการทุจริต และความยากจนนับเป็นอุปสรรคทำให้ประชาชนขาดโอกาสเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ และการไม่ได้รับผลตอบแทนอย่างชัดเจนเช่นกัน
3. อุปสรรคที่เกิดจากสังคม จะเกิดขึ้นในระดับความสัมพันธ์ของสังคม ซึ่งพิจารณาได้ใน 3 ทาง คือ ด้านการเมือง ด้านกฎหมาย และระบบราชการ ซึ่งผลจากอุปสรรคทั้ง 3 ด้าน จะก่อให้เกิดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของประชาชนไม่ได้

วิธีการวัดการมีส่วนร่วม อาจจำแนกตามประเภทของขั้นตอนในรูปแบบระดับความเข้มของการมีส่วนร่วม ประเภทของผู้มีส่วนร่วม และรูปแบบของการมีส่วนร่วม ดังนี้

1. การจำแนกประเภทการมีส่วนร่วมตามขั้นตอนในรูปแบบการมีส่วนร่วมตามขั้นตอนการมีส่วนร่วม เป็นแนวคิดที่ได้รับรูปแบบอย่างเป็นระบบมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision - Making) ในกระบวนการของตัดสินใจขั้นประการแรกสุดที่จะต้องกระทำ คือ การกำหนดความต้องการ และการจัดลำดับความสำคัญต่อนั้นเลือกนโยบายและประชากรที่เกี่ยวข้อง การตัดสินใจนี้เป็นกระบวนการต่อเนื่อง

ที่ต้องดำเนินการไปเรื่อยตั้งแต่การตัดสินใจในช่วงเริ่มต้น การตัดสินใจในช่วงดำเนินการวางแผน และการตัดสินใจปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) ในส่วนที่เป็นองค์ประกอบของการดำเนินงานโครงการนั้น จะได้มาจากคำถามที่ว่าใครจะทำประโยชน์ให้แก่โครงการได้บ้างและจะทำประโยชน์ได้โดยวิธีใด เช่น การช่วยเหลือด้านทรัพยากรการบริหารงาน และประสานงานและการขอความช่วยเหลือ เป็นต้น

ขั้นที่ 3 การมีส่วนในการรับผลประโยชน์ (Benefits) ในส่วนที่เกี่ยวกับผลประโยชน์นอกจากความสำคัญของผลประโยชน์ในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแล้ว ยังจะต้องพิจารณาถึงการกระจายผลประโยชน์ภายในกลุ่มด้วย ผลประโยชน์ของโครงการนี้รวมทั้งผลที่เป็นประโยชน์ในทางบวก และผลที่เกิดขึ้นในทางลบที่เป็นผลเสียของโครงการซึ่งจะเป็นประโยชน์และเป็นโทษต่อบุคคลและสังคม

ขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลนั้นสิ่งสำคัญที่ต้องสังเกตคือ ความเห็น (View) ความชอบ (Preferences) และความคาดหวัง (Expectation) ซึ่งจะมีอิทธิพลสามารถแปรเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มต่างๆ ได้

นอกจากการจำแนกขั้นตอนของการมีส่วนร่วมจากประสบการณ์ภาคสนามในประเทศไทยว่าการมีส่วนร่วมที่แท้จริงนั้นน่าจะมีอยู่ 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาขั้นตอนนี้เป็นส่วนแรกที่สำคัญที่สุดเพราะถ้าชาวบ้านยังไม่สามารถเข้าใจปัญหาและค้นหาสาเหตุของปัญหาด้วยตัวเองของเขาเองได้กิจกรรมต่าง ๆ ที่ตามมาก็ไร้ประโยชน์ เพราะจะขาดความเข้าใจและมองไม่เห็นความสำคัญของกิจกรรมนั้น สิ่งสำคัญที่สุดคือชาวบ้านเป็นผู้อยู่กับปัญหาและรู้ปัญหาตนเองดีที่สุด แต่อาจมองปัญหาไม่เด่นชัด เจ้าหน้าที่หรือพนักงานจึงเสมือนกระจกเงาผู้คอยสะท้อนภาพให้ชุมชนมองเห็นและวิเคราะห์ปัญหาได้

ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม การวางแผนการดำเนินกิจกรรมเป็นขั้นตอนที่ขาดไม่ได้หากเจ้าหน้าที่หรือนักพัฒนาต้องการผลงานรูปแบบให้เสร็จสิ้นโดยฉับไว ก็จะดำเนินการวางแผนด้วยตนเอง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผน จะช่วยให้ชุมชนเข้าใจปัญหาพัฒนาประสบการณ์ของตนเองและสามารถวางแผนได้ด้วยตนเองในที่สุด

ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการลงทุนและการปฏิบัติงานชุมชนมีทรัพยากรที่สามารถลงทุนและปฏิบัติงานได้เพราะจากประสบการณ์การทำงานในชนบท อย่างน้อยก็มีแรงงานของตนเองเป็นขั้นต่ำสุดที่จะเข้าร่วมได้และในหลาย ๆ แห่งก็สามารถที่จะร่วมลงทุนในกิจกรรมหลาย ๆ ประเภทได้ การร่วมลงทุน และปฏิบัติงานจะทำให้ชุมชนรู้จักคิดต้นทุนให้กับตนเองในการดำเนินงานและกิจกรรม และจะมีระยะวัฏจักรกิจกรรมที่เพิ่มขึ้นเพราะจะมีความรู้ร่วมเป็นเจ้าของ ซึ่งต่างไปจากสภาพที่การลงทุนและการปฏิบัติงานทั้งหมดมาจากปัจจัยภายนอก จะมีอะไรเสียหายก็ไม่เดือดร้อนมากนัก และการบำรุงรักษาก็จะไม่เกิดขึ้นเพราะรู้สึกว่ามีค่าใช้จ่ายของชุมชนนอกจากนั้นการร่วมปฏิบัติงานด้วยตนเอง ทำให้ได้เรียนรู้การดำเนินกิจกรรมอย่างใกล้ชิด และเมื่อเห็นประโยชน์ก็สามารถดำเนินกิจกรรมชนิดนั้นด้วยตนเองต่อไปด้วย

ขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน แต่เป็นการดำเนินการโดยบุคคลภายนอก ชุมชนก็ไม่สามารถทราบว่าจะงานที่ทำไปนั้นได้รับดี ได้รับประโยชน์อย่างไรหรือไม่ ถึงแม้ว่าอาจจะมีผู้โต้แย้งว่าการประเมินผลที่เที่ยงธรรมที่สุดน่าจะมาจากบุคคลภายนอกที่ไม่ได้ยุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมนั้น ๆ แต่หากคิดถึงจุดมุ่งหมายของรูปแบบที่มุ่งจะพัฒนาคน การคำนึงถึงแต่ความเที่ยงธรรมอาจจะไร้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์มากกว่า เพราะนอกจากจะเป็นการประเมินแล้ว ยังแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจในกระบวนการประเมินและเป็นการเผยแพร่กิจกรรมออกไปสู่ชุมชนอื่น ๆ

การจำแนกตามประเภทของผู้มีส่วนร่วม สามารถแยกประเภทผู้เข้าร่วมตามสถานภาพได้ 4 ประเภทคือ 1) บุคคลในท้องถิ่น (Local Residents) 2) ผู้นำในท้องถิ่น (Local Leaders) 3) เจ้าหน้าที่รัฐ (Government Personal) 4) เจ้าหน้าที่ต่างชาติ (Foreign Personal)

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า หลักการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย การร่วมค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาความต้องการของชุมชน การวางแผนหรือวางนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาและสนองความต้องการของคนในชุมชน ร่วมดำเนินกิจกรรมในด้านแรงงาน เงินบริจาคและวัสดุอุปกรณ์อื่น ๆ ตามขีดความสามารถของตนร่วมใช้ประโยชน์และได้รับประโยชน์ในพื้นฐานที่เท่าเทียมกัน และร่วมติดตามประเมินผลโครงการหรือกิจกรรมให้คงอยู่ต่อไป

เงื่อนไขพื้นฐานของการมีส่วนร่วม ได้ว่า การเริ่มต้นการมีส่วนร่วมของประชาชนเกิดจากการกำหนดตามความต้องการภายในของประชาชน มิใช่เกิดจากความต้องการของภายนอก โดยที่ประชาชนมีศักยภาพพอที่จะเข้าร่วมในการดำเนินการ มีความพร้อมที่จะเข้าร่วมมีความประสงค์ที่จะเข้าร่วมและอำนาจในการตัดสินใจภายนอกเป็นเพียงผู้คอยสนับสนุนและช่วยเหลือเท่านั้น

อุปสรรคของการมีส่วนร่วมเกิดขึ้นได้ 3 ระดับ คืออุปสรรคที่เกิดจากหน่วยงานของรัฐ อุปสรรคที่เกิดจากชุมชนและอุปสรรคที่เกิดจากสังคม

จากข้อมูล แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของกระบวนการมีส่วนร่วมที่ทำให้ประชาชน และผู้สูงอายุ มีโอกาสใช้ศักยภาพของตนเอง และทรัพยากรในท้องถิ่นมาพัฒนาชุมชนอย่างแท้จริง เริ่มตั้งแต่กระบวนการนำเข้าซึ่งความต้องการของชุมชนหรือปัญหาที่ต้องการแก้ไข โดยพิจารณาจัดลำดับความสำคัญ กำหนดนโยบาย วางแผน ลงมือปฏิบัติตามแผน เพื่อแก้ไขปัญหาให้ตรงจุดและสำเร็จตามแผน การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชนที่โปร่งใส จำต้องเปิดโอกาสให้ชุมชนร่วมคิด ร่วมค้นหา และกำหนดปัญหา ร่วมรับผลประโยชน์ และมีส่วนร่วมรับรู้ผลการดำเนินงานอย่างแท้จริง ซึ่งกระบวนการมีส่วนร่วมดังกล่าวมานี้ เป็นสิ่งจำเป็นในการศึกษาการพัฒนาแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งต้องส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย ทุกภาคส่วน มาร่วมกันค้นหาปัญหา ร่วมกันวางแผน และพัฒนาแนวทางดำเนินงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ในพื้นที่ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงานต่อไป

2.5.1 แนวคิด ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลมีความสามารถหรือทักษะเพิ่มมากขึ้น ดังที่ได้มีนักวิชาการการศึกษาหลายท่านได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ไว้ดังต่อไปนี้

(Gibson, 1991; อ้างถึงใน ภักดิ์ทิลา ผ่องอำไพ, 2561) กล่าวว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการเกี่ยวข้องกับการให้อำนาจหรือเป็นผลลัพธ์ของการให้อำนาจ (To give power or authority to, authorize) พบว่าเป็นการช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการเพิ่มทักษะตนเอง การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดนามธรรม 9 ซึ่งขึ้นกับเวลาและสถานที่ ในขณะนั้น เป็นการให้อำนาจหรือการเพิ่มความสามารถของบุคคลให้อำนาจในการควบคุมจัดการและการใช้ทรัพยากร หรือความรู้ความสามารถของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในมุมมองแง่ของผลลัพธ์ของการให้อำนาจ (Guralnik, 1970; อ้างถึงใน เสาวภา เต็ดขาด และคณะ, 2561) เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในการพัฒนาทรัพยากร เครื่องมือ สิ่งแวดล้อมและเป็นกระบวนการที่เพิ่มความสามารถและควมมีประสิทธิภาพในการจะไปให้ถึงเป้าหมายสำหรับบุคคลและไปให้ถึงเป้าหมายสุดท้ายของสังคม ตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1993; อ้างถึงใน ภักดิ์ทิลา ผ่องอำไพ, 2561) การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการส่วนบุคคล (Interpersonal process) ที่ก่อให้เกิดการเสริมสร้างพลังและพัฒนาศักยภาพความสามารถของตนเองในการที่จะควบคุมและจัดสถานการณ์ได้ เกิดความพึงพอใจในความสามารถของตนเอง มีการพัฒนาตนเอง มีเป้าหมายและมีความหมายในชีวิตของตนเอง สามารถใช้ความรู้ทรัพยากร หรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการปฏิบัติงานการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดหลายมิติที่มีความสลับซับซ้อนและกว้างขวางยากลำบากในการให้คำจำกัดความเนื่องจากความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจจะแตกต่างกันไป เมื่อนำไปใช้ในกลุ่มบุคคลและบริบทที่แตกต่างกัน

ดังนั้น จากข้างต้น สรุปได้ว่า สำหรับคณะกรรมการวางแผนพัฒนาสาธารณสุข (อ้างถึงในทิพวรรณ โคตรศรี, 2565) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่ช่วยเสริมสร้างให้บุคคล กลุ่มคนชุมชน และองค์กร มีการพัฒนาศักยภาพและขีดความสามารถในการควบคุม การตัดสินใจเลือกและจัดการกับสถานการณ์ในชีวิต ทำให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่น และมีคุณค่าในตนเอง ตลอดจนการรู้สึกถึงการมีพลังอำนาจที่จะกระทำหรือปฏิบัติสิ่งต่าง ๆ เพื่อเป็นการเปลี่ยนแปลงตนเองในทางที่ดีขึ้น

ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการหรือการกระทำในรูปแบบที่หลากหลายโดยอาจมุ่งเน้นในการเสริมสร้างความสามารถหรือศักยภาพแก่บุคคลให้มากยิ่งขึ้น ดังที่ได้มีนักวิชาการกล่าวไว้ดังนี้ การเสริมสร้างพลังอำนาจ ตามความหมายทั่วไปคือ การกระทำในรูปแบบต่าง ๆ ที่มุ่งพัฒนาให้เกิดศักยภาพหรือความสามารถ ความมีประสิทธิภาพแก่บุคคล จึงเกี่ยวข้องับประสิทธิภาพ ความสามารถความแกร่งในการทำกิจกรรมหรือการดำรงชีวิต เป็นการใช้ในเชิงกระบวนการปฏิสัมพันธ์ (Interactional Process) ที่ช่วยให้บุคคลได้พัฒนาขีดความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อชีวิตการทำงาน ความสำเร็จ และความเป็นอยู่ของตนเอง เป็นกระบวนการส่งเสริมอำนาจที่ทำให้เกิดความร่วมมือ หรือให้มีพลังอำนาจมากขึ้น (สุรพล ชยภพ, 2552) ในขณะที่ กานต์วี กอบสุข (2562) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งเป็นความเชื่อในความสามารถของบุคคลที่จะเรียนรู้จากประสบการณ์และการคิดเชิงวิเคราะห์ส่วนในแง่ของสุขภาพการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการให้บุคคลสามารถควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง

สำหรับกิบสัน (Gibson, 1991; อ้างถึงใน ภันทิลา ผ่องอำไพ, 2561) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้ดังนี้

1. เป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ เพื่อให้ได้มาซึ่งความสามารถในการควบคุม กำกับ การดำรงชีวิตของตนเอง
2. เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ที่มีการแลกเปลี่ยน ข้อมูลข่าวสาร ความคิด ความรู้สึก และลักษณะที่ทั้งสองฝ่ายต้องใช้ความพยายามร่วมกัน
3. การเพิ่มพูนความรู้สึกลำบากในคุณค่าของตนเอง การสร้างประสิทธิภาพของตนในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ หรือการเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล ตลอดจนการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมด้วย
4. การที่บุคคลเรียนรู้การใช้ทรัพยากรร่วมกัน ทำงานร่วมกัน ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงทรัพยากรที่มีอยู่ภายในบุคคล ภายนอกบุคคลและที่มีอยู่ในชุมชน
5. กระบวนการที่มีลักษณะสำคัญที่มีการปฏิสัมพันธ์เชิงสร้างประโยชน์ร่วมกัน ที่มุ่งเพิ่มความแข็งแกร่งให้เกิดขึ้น
6. กระบวนการที่เป็นการหาทางออก ทางแก้ปัญหามากกว่าที่ตัวปัญหา เน้นความแข็งแกร่งสติปัญญาความสามารถของบุคคลมากกว่าข้อจำกัด หรือจุดด้อยของบุคคล
7. กระบวนการที่มีกลไกเกี่ยวข้องกับอำนาจของบุคคล มีทั้งการให้ และการรับ อำนาจหรือการใช้อำนาจร่วมกัน มิใช่เพียงแต่เป็นผู้ใช้อำนาจ พยายามสร้างอำนาจ แต่รวมถึงผู้มีอำนาจถ่ายโอนอำนาจ
8. กระบวนการที่มีการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก หรือกระทำการกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้มีความเจริญเติบโต การพัฒนาการของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน เพื่อให้เป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะที่ตั้งใจ
9. กระบวนการของความช่วยเหลือบุคคลให้ประสบความสำเร็จ ในการควบคุม สิ่งแวดล้อมและ/หรือกำหนดทิศทางชีวิตของตนเองได้
10. การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นแนวคิดที่อธิบายกระบวนการทางสังคมของการ แสดงออกการยอมรับชื่นชม (Recognizing) การส่งเสริม (Promoting) การพัฒนาและเสริมสร้าง ความสามารถของบุคคล (Enhancing people's abilities) ในการตอบสนองความต้องการของ ตนเอง และแก้ปัญหาด้วยตนเอง และความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็น (Mobilize the necessary resources) ในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และรู้สึกว่าตนมีอำนาจ สามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนเองได้ ดังนั้นจากข้อมูลข้างต้น สามารถกล่าวโดยสรุปได้ ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการดำเนินกิจกรรมหรือกระบวนการในการเพิ่มศักยภาพส่วนบุคคล ให้เกิดความสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน และทำให้บุคคลอยู่ร่วมในสังคมได้อย่างมีความสุข

ลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ นับเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ดำเนินการควรรับทราบและ เข้าใจอย่างถ่องแท้เนื่องจากจะทำให้กระบวนการในการดำเนินการกิจกรรมต่าง ๆ ในการเสริมสร้าง

พลังอำนาจบรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่วางไว้อย่างมีประสิทธิภาพดังที่นักวิชาการได้กล่าวไว้ดังนี้

กิบสัน (Gibson, 1991) ได้กล่าวถึง ลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ไว้ดังนี้

1. การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นได้ทั้งกระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome) เป็นกระบวนการที่ต้องทราบขั้นตอนการดำเนินการ การประเมินผลแต่ละขั้นตอนอย่างชัดเจน และเป็นผลลัพธ์ของการให้พลังอำนาจกับบุคคล กลุ่มคน องค์กร แล้วมีการประเมินผลหลังให้พลังอำนาจแล้วว่าบุคคลสามารถควบคุมเหนือชีวิตของตนเองได้หรือไม่

2. การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับการจัดการ เนื่องจากเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Transactional concept) เพราะเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกันและมีความสัมพันธ์กับสิ่งอื่น ๆ มากมาย

3. การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่เพิ่มควมมีคุณค่าในตนเอง และเพิ่มควมมีศักยภาพในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกในการดูแลตนเอง

4. การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดทางบวก (Positives concept) เป็นกระบวนการที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง เป็นแนวคิดที่มีแต่ประโยชน์กับทุกฝ่าย เป็นการเพิ่มศักยภาพและผลลัพธ์ที่ดี

5. เป็นกระบวนการที่เฉพาะเจาะจงในการแก้ปัญหามากกว่าที่ตัวปัญหา เป็นความแข็งแกร่งและความสามารถของบุคคลมากกว่าข้อจำกัด และความต้องการของบุคคล (Dialectical Concept) เป็นแนวคิดที่มีเหตุผลในการกระทำ (Developmental concept) เป็นแนวคิดที่มีการพัฒนาให้ได้ผลมากยิ่งขึ้น

6. เป็นกระบวนการที่ผสมผสานระหว่างแนวคิดหลาย ๆ แนวคิด (Multidimensional concept) เป็นแนวคิดที่สลับซับซ้อน หลายมิติ

7. เป็นกระบวนการที่มีอิสระในการเลือก เป็นแนวคิดที่มีการยืดหยุ่นได้ สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Dynamic Concept) เป็นแนวคิดที่เป็นนามธรรม เป็นอิสระ เหมาะสมกับช่วงเวลา และสถานที่ใดก็ได้ เป็นแนวคิดที่เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เป็นแนวคิดที่เป็นประชาธิปไตย สามารถมีสิทธิเลือกปฏิบัติได้ (Democracy concept)

8. เป็นกระบวนการที่มีความเป็นหุ้นส่วนกับบุคคล ต้องมีส่วนร่วมในการกระทำ ดังนั้นสรุปได้ว่า กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพเป็นกระบวนการส่งเสริมให้บุคคลมีส่วนร่วมในการควบคุมการจัดการ การตัดสินใจเลือก สิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ การดำเนินชีวิต เพื่อให้ตนเองเกิดความรู้สึกรับรู้ถึง ความสามารถในการที่จะควบคุมชีวิตของตนเองได้ตลอดจนการเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพตนเองได้เช่นกัน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามคำกล่าวของ Chandler (1992; อ้างถึงใน สุรพล ชยภพ, 2552) ประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้

1. ปัจจัยภายในบุคคล

1.1 ความเชื่อ (Beliefs) ความเชื่อเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมากในการที่จะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหา อุปสรรค และความยากลำบากในการดูแลสุขภาพที่เกิดขึ้น การที่บุคคลมีความเชื่อที่ดีต่อการดูแลสุขภาพของตนเองว่าสามารถดูแลตนเองได้ ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจะทำให้บุคคลมีความรู้สึกเกิดพลังในการที่จะพยายามแสวงหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้

1.2 ค่านิยม (Values) ค่านิยมของตนเอง การมีความรักในตนเอง นับว่าเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่เป็นพื้นฐานของความรับผิดชอบในการที่จะดูแลตนเอง

1.3 ประสบการณ์ (Experience) ประสบการณ์ที่ผ่านมาเป็นสิ่งสำคัญต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งรวมถึงประสบการณ์ในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านมาและประสบการณ์ที่ได้รับจากการศึกษา อ่านจากตำรา วารสารวิชาการ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีแนวทางสำหรับการจัดการควบคุมสถานการณ์

1.4 เป้าหมายในชีวิต (Determination) เป้าหมายในชีวิตของตนเองเกิดจากการที่บุคคลมีพลังความเข้มแข็งและแรงจูงใจ (Strong and motivation) ที่จะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายโดยที่จะพยายามทำทุกอย่างเพื่อให้ตนเองได้รับสิ่งที่ดีที่สุด แม้ว่าจะมีอุปสรรคสำหรับปัจจัยภายในบุคคลยังรวมถึงการยอมรับในบทบาท ภาระหน้าที่ และความรับผิดชอบในการปฏิบัติร่วมกัน ตลอดจนคุณสมบัติของบุคคล ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับตนเองในด้านบวก ทักษะการรับรู้ ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปรับตัว ความกล้าหาญ อดทน ความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

2. ปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม (Social support) จากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นคู่สมรสบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีส่วนสนับสนุนให้ความรู้ ให้คำแนะนำให้กำลังใจให้การประคับประคองและให้ความเชื่อมั่นในการที่จะดูแลตนเอง (นงพิมล นิमित อานันท์ และคณะ, 2563: 28)

จากปัจจัยดังกล่าวข้างต้น กล่าวได้ว่า เป็นสิ่งที่จะผลักดันให้เกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในแต่ละบุคคล เพื่อการมีอำนาจในการควบคุมพฤติกรรมต่าง ๆ ให้เหมาะสมและเป็นผลดีต่อสุขภาพ

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจ จากการศึกษาของกิบสัน (Gibson, 1993) พบว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง (Discovering reality) เป็นขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นนี้จะทำให้บุคคลค้นพบและยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับตนเองจะมีการตอบสนองของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญาการรับรู้ และด้านพฤติกรรมตอบสนองทางด้านอารมณ์ เมื่อแต่ละบุคคลรับรู้และตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ก็จะเกิดความรู้สึกสับสน ไม่แน่ใจ ต่อต้าน วิทกกังวล กระวนกระวาย กลัว โกรธ ซึ่งอาการทั้งหมดเกิดจากที่บุคคลไม่สามารถยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น ในสภาพของความเป็นจริงได้ ความรู้สึกเจ็บปวดที่จะต้องเผชิญ ประกอบกับความไม่เข้าใจในสภาพและความยุ่งยากซับซ้อนของปัญหา ความไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ล่วงหน้าได้ รวมทั้งการขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลที่จะเกิดขึ้นต่อไป ในระยะนี้บุคคลจะรู้สึกคับข้องใจที่จะคิดว่าผู้ป่วยไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะสุขภาพที่ดีได้ แต่ผู้ให้การดูแลจะ

รู้สึกดีขึ้นหากเปลี่ยนวิธีคิดและมีความหวังว่าผู้ป่วยมีโอกาสที่จะมีอาการที่ดีขึ้น ซึ่งการคิดในลักษณะนี้ จะช่วยให้ผู้ดูแลมีกำลังใจที่ดีขึ้น พยายามค้นหาปัญหา สาเหตุที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริงเพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมการตอบสนองทางสติปัญญาการรับรู้ เมื่อแต่ละบุคคลรู้สึกสูญเสียความสามารถ หรือไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ก็จะมีการแสวงหาความช่วยเหลือจากสิ่งรอบข้าง โดยการหาข้อมูลรู้ให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ไม่ว่าจะเป็นการอ่านจากหนังสือ การซักถามข้อมูล จากที่เกี่ยวข้อง หรือผู้ที่ประสบเหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกัน เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจเหตุการณ์และสถานการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้นในระยะนี้บุคคลจะใช้ข้อมูลความรู้ทั้งหมดที่ได้จากการแสวงหาจากแหล่งต่าง ๆ มาใช้ประกอบ การตัดสินใจให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยการตอบสนองทางพฤติกรรม เมื่อแต่ละบุคคลได้รับรู้และตระหนักว่าการดูแลผู้ป่วยเป็น

หน้าที่และความรับผิดชอบของตนเอง การที่บุคคลคิดว่าการกระทำของตนเป็น สิ่งที่ดีที่สุดที่สามารถทำได้ในขณะนั้น พยายามมองปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่ที่ดี และพยายามทำความเข้าใจกับปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจนสามารถรู้ชัดเจนว่าปัญหาหรือสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการอย่าง แท้จริง คืออะไร เกิดความเข้าใจชัดเจนในการดูแล เกิดความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของ ตนเอง โดยใช้ประสบการณ์การแก้ปัญหาที่ผ่านมาและประยุกต์กับสถานการณ์ใหม่ ในขั้นนี้บุคคลจะ ได้รับข้อมูลย้อนกลับและการวิพากษ์วิจารณ์ การกระทำจากบุคคลที่เกี่ยวข้องอาจทำให้รู้สึกสับสนคับ ข้องใจและไม่มั่นใจ จนในที่สุดผู้ดูแลจะตระหนักได้เองถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น และจะเริ่มเปลี่ยนวิธี การคิด คือ พยายามเปลี่ยนมาคิดในแง่บวก และคิดว่าปัญหาทุกอย่างสามารถแก้ไขได้

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) เมื่อบุคคล สามารถค้นพบปัญหาและเกิดความคับข้องใจมากขึ้น ก็จะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาขึ้น ช่วยให้กลับมา มองปัญหา ประเมิน และคิดพินิจพิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่าง ๆ ให้ เกิดความเข้าใจชัดเจนเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในขั้นนี้จะช่วยให้บุคคล เกิดการพัฒนาความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง (A sense of personal control) เป็น กระบวนการเริ่มต้นของกระบวนการเสริมสร้างอำนาจ อันจะนำไปสู่ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ เหมาะสม และช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม (Taking charge) ก่อน นั้นบุคคลมีความตระหนักในความเข้มแข็ง เชื่อมั่นในความรู้ของตนเอง การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ กิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อควบคุมจัดการกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยมีเงื่อนไขดังนี้คือ การส่งเสริม (Avocation for) การเรียนรู้ปัญหา (Learning the ropes) การเรียนรู้ในการคงพฤติกรรม การเจรจา ต่อรองเกี่ยวกับการรักษาในโรงพยาบาล การสร้างความรู้สึกร่วมกันเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องมีการ รับรู้ และมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการตัดสินใจในการรักษาและทราบผลที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพของ ตนเอง โดยบุคคลพยายามแสวงหาข้อมูลที่ทันสมัยประกอบการพิจารณาในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพ ต้องการการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ ต้องการการมีส่วนร่วมสุขภาพ ช่วยให้การตัดสินใจในการ แก้ปัญหาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้นและมีความมุ่งมั่น ไปสู่เป้าหมายด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) เป็นขั้นตอนที่ บุคคลมีความสามารถในตนเองมีความเชื่อมั่น รู้สึกมีพลังอำนาจในการจัดการสิ่งต่าง ๆ ที่เปลี่ยนไป

ตามสถานการณ์ และจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในการแก้ปัญหาไว้ใช้ในครั้งต่อไปจะเห็นได้ว่าขั้นตอนแต่ละขั้นตอนดังกล่าว ในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลมีความสามารถ เกิดความเชื่อมั่นในพลังอำนาจ ที่จะทำให้บุคคลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างบรรลุเป้าหมายซึ่งการที่แต่ละบุคคลสามารถผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงใด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้วยเช่นกัน การศึกษาเรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจ (นงพิมล นิมิตรานันท์ และคณะ, 2563: 25-26) (Student-centered learning) ซึ่งการให้ผู้เรียนได้ร่วมในการวางแผน และร่วมในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนนั้น จะช่วยก่อให้เกิดกระบวนการสร้างพลังให้แก่ผู้เรียน จะช่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ 3 ประการ ดังนี้

1. ประสิทธิภาพของการเรียนรู้ (Efficiency) เนื่องการศึกษาเพื่อการสร้างพลังจะเน้นการให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในการวางแผน และมีส่วนร่วมกิจกรรมการเรียนการสอน การที่ผู้เรียนได้เรียน ในเรื่องที่ตรงกับความสนใจและมีความสำคัญต่อตนเอง จะทำให้เกิดการเรียนรู้ได้ดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการศึกษาแบบดั้งเดิม ที่ผู้เรียนรู้สึกถูกบังคับให้เรียนในสิ่งที่ครู หรือหลักสูตรจากส่วนกลางกำหนดไว้ การเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เป็นจริง นอกจากจะก่อให้เกิดการเรียนรู้ในหลาย ๆ ด้านที่สอดคล้องกับความเป็นจริงแล้ว ผู้เรียนยังได้เรียนรู้ทักษะอื่น ๆ ด้วยเช่น การทำงานเป็นทีม การสื่อสาร การตัดสินใจซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตของผู้เรียนต่อไป รวมทั้งการรวมกลุ่มเรียนรู้ยังก่อให้เกิดการสนับสนุนจากกลุ่มที่ทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้ดีกว่าและมีความถาวรกว่า

2. การพัฒนาบุคคล (Personal development) ถึงแม้ว่า การศึกษาเพื่อการสร้างพลังอำนาจจะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ ในเรื่องที่สอนได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลแล้ว ยังพบว่าโปรแกรมดังกล่าวจะช่วยพัฒนาบุคคลในด้านความคิด บุคลิกภาพทางสังคม รวมทั้ง การคิดอย่างใช้วิจารณญาณ การแก้ปัญหา ความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น การนับถือตนเอง ความสนใจที่จะเรียนรู้ หรือการศึกษาด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง มีความรับผิดชอบต่อการใช้ชีวิตของตนเอง และสามารถควบคุมตนเองให้มีการพัฒนาไปในทางที่ถูกต้อง

3. การเปลี่ยนแปลงสังคม (Social change) การศึกษาเพื่อการสร้างพลังอำนาจจะมีเป้าหมายกว้างไกลถึง การก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้วย มิใช่เพียงแต่ก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการเรียนรู้ และพัฒนาบุคคลเท่านั้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางสังคมจะเกิดขึ้นได้เมื่อมีการเข้าใจถึงปัญหาได้ทราบข้อเท็จจริงของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาดังกล่าวโดยจะต้องศึกษาประวัติ หรือความเป็นมาขอเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหานั้น ๆ ดังนั้นการศึกษาเพื่อการสร้างพลังที่มุ่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสังคมจะช่วยให้ผู้เรียนได้มีโอกาสวิเคราะห์และกำหนด สิ่งที่จะต้องกระทำในการเผชิญปัญหานั้น ร่วมกับการที่ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติในการมีส่วนร่วมทำกิจกรรมกับผู้อื่น จะทำให้เกิดการสนับสนุนและการกระทำร่วมกันของกลุ่ม เพื่อการเปลี่ยนแปลงสังคมต่อไปได้ (กานต์วีรี กอบสุข, 2562)

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า จากแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งเป็นกระบวนการการเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพของบุคคลในการใช้ความรู้ความสามารถ ควบคุมและจัดการตลอดจนการตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งที่เหมาะสมต่อตนเอง อย่างมีคุณค่าตามเป้าหมายที่ได้วางไว้กระบวนการ เสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ 3) การตัดสินใจลงมือปฏิบัติตามความเหมาะสมกับตนเอง 4) มีความเป็นอิสระต่อการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีคุณค่า มีประสิทธิภาพ จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการเสริมพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการดำเนินงานป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมาต่อไป

2.5.2 แนวคิดและความหมายของเครือข่าย

1. ความหมายของเครือข่าย (เสถียร จิรรังสินันต์; 2549)

เครือข่าย (Network) คือ การเชื่อมโยงของกลุ่มของคนหรือกลุ่มองค์กรที่สมัครใจ ที่จะแลกเปลี่ยนข่าวสารร่วมกัน หรือทำกิจกรรมร่วมกัน โดยมีการจัดระเบียบโครงสร้างของคนในเครือข่ายด้วยความเป็นอิสระ เท่าเทียมกันภายใต้พื้นฐานของความเคารพสิทธิ เชื่อถือ เอื้ออาทร ซึ่งกันและกัน

ประเด็นสำคัญของนิยามข้างต้น คือ ความสัมพันธ์ของสมาชิกในเครือข่ายต้องเป็นไปโดยสมัครใจกิจกรรมที่ทำในเครือข่ายต้องมีลักษณะเท่าเทียมหรือแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันการเป็นสมาชิก เครือข่ายต้องไม่มีผลกระทบต่อความเป็นอิสระหรือความเป็นตัวของตัวเองของคนหรือองค์กรนั้น ๆ

การเชื่อมโยงในลักษณะของเครือข่าย ไม่ได้หมายถึงการจัดการให้คนมานั่ง “รวมกัน” เพื่อพูดคุยสนทนากันเฉย ๆ โดยไม่ได้ “รวมกัน” ทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดเปรียบเทียบการเอาก้อนอิฐมากองรวมกัน ย่อมไม่เกิดประโยชน์แต่อย่างใด การเชื่อมโยงเข้าหากันจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อเอาอิฐแต่ละก้อนมาต่อกันเป็นกำแพงโดยการประสานอิฐแต่ละก้อนเข้ากันอย่างเป็นระบบ และก็ไม่ใช่ว่าแค่การรวมกลุ่มของสมาชิกที่มีความสนใจร่วมกันเพียงเพื่อพบปะสังสรรค์แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันเท่านั้น แต่จะต้องพัฒนาไปสู่ระดับของการลงมือทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายร่วมกันด้วย และไม่ใช่ว่าการรวบรวมรายชื่อบุคคลที่มีความสนใจเหมือนกันไว้ในมือเพื่อสะดวกแก่การติดต่อ การมอบหมายให้สมาชิกแต่ละคนหาสมาชิกเพิ่มขึ้น ยิ่งได้รายชื่อมากก็ยิ่งทำให้เครือข่ายใหญ่ขึ้น การกระทำเช่นนี้เปรียบเสมือนการขยายวงใส่อิฐให้โตขึ้นเพื่อจะได้บรรจุอิฐได้มากขึ้น แต่กองอิฐในกองก็ยังวางระเกะระกะขาดการเชื่อมโยงประสานกันอย่างเป็นระบบ

ดังนั้นเครือข่ายต้องมีการจัดระบบให้กลุ่มบุคคลหรือองค์กรที่เป็นสมาชิกดำเนินกิจกรรมบางอย่างร่วมกัน เพื่อนำไปสู่จุดหมายที่เห็นพ้องต้องกัน ซึ่งอาจเป็นกิจกรรมเฉพาะกิจตามความจำเป็น เมื่อภารกิจบรรลุเป้าหมายแล้ว เครือข่ายก็อาจยุบสลายไป แต่ถ้ามีความจำเป็นหรือมีภารกิจใหม่อาจกลับมารวมตัวกันได้ใหม่ หรือจะเป็นเครือข่ายที่ดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องระยะยาวก็ได้ (อัจฉรา ปุราคม และคณะ, 2559)

การรวมตัวเป็นเครือข่ายในลักษณะการแลกเปลี่ยน ต้องสกัดเอาส่วนดีหรือ จุดแข็งของแต่ละฝ่ายมาเรียนรู้และสนับสนุนกันและกัน เป็นการผนึกกำลัง (synergy) ในลักษณะที่มากกว่า $1+1 = 2$ แต่ต้องเป็น $1+1 > 2$ เรียกว่าเป็น “พลังทวีคูณ” ผลลัพธ์ที่ได้จากการทำงานเป็นเครือข่ายต้องดีกว่าผลรวมที่เกิดจากการปล่อยให้ต่างคนต่างทำแล้วนำผลลัพธ์ของแต่ละคนมารวมกัน

2. องค์ประกอบที่สำคัญของความเป็นเครือข่าย

เสถียร จิรรังสิมันต์ (2549) กล่าวว่าองค์ประกอบที่สำคัญของความเป็นเครือข่าย ได้แก่

หน่วยชีวิตหรือสมาชิก เป็นองค์ประกอบเบื้องต้นของความเป็นเครือข่าย ที่สร้างระบบปฏิสัมพันธ์ โดยแต่ละหน่วยชีวิตและแต่ละปัจเจกบุคคล จะดำเนินการสานต่อเพื่อหาแนวร่วมในการสร้างสรรค์สิ่งต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการดำรงอยู่ร่วมกันตามหลักธรรมชาติที่ทุกสรรพสิ่งจะต้องพึ่งพาอาศัยและสร้างกระบวนการที่สืบเนื่องเพื่อรักษาความเป็นไปของชีวิต ดังนั้นหน่วยชีวิตหรือสมาชิกในองค์กรนั้น จะเป็นองค์ประกอบหลักที่ก่อให้เกิดความเป็นเครือข่าย

จุดมุ่งหมาย เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอีกประการหนึ่ง เพราะหากว่าบุคคล กลุ่มองค์กร มารวมกันเพียงเพื่อทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งโดยไร้ความมุ่งมั่นหรือจุดมุ่งหมายร่วมกัน ความสัมพันธ์ดังกล่าวมีอาจกล่าวได้ว่าเป็นเครือข่าย เพราะความเป็นเครือข่ายจะต้องมีความหมายถึง “การร่วมกันอย่างมีจุดหมาย” เพื่อทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยมีวัตถุประสงค์และกระบวนการเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายนั้น

การทำหน้าที่อย่างมีจิตสำนึก การที่แต่ละหน่วยชีวิตหรือการที่แต่ละบุคคลจะมาร่วมกันนั้น สิ่งที่จะยึดโยงสิ่งต่าง ๆ เข้าด้วยกัน คือ การทำหน้าที่ต่อกัน และกระทำอย่างมีจิตสำนึก เพราะหากขาดจิตสำนึกต่อส่วนรวมแล้ว กระบวนการนั้นจะเป็นเพียงการจัดตั้งและเรียกร้องหาผลประโยชน์ตอบแทนเท่านั้น และการที่คนจะมารวมกลุ่มเป็นองค์กรเครือข่ายได้นั้น นอกจากจะมีความสนใจหรืออุปนิสัยใจคอที่คล้ายคลึงกันแล้ว บุคคลยังต้องมีจิตสำนึกต่อส่วนรวม กล่าวคือ เมื่อพวกเขาเห็นปัญหาหรือต้องการที่จะพัฒนาและเปลี่ยนแปลงสิ่งใดสิ่งหนึ่ง จิตใจที่มุ่งมั่นซึ่งเป็นปัจจัยภายในของแต่ละบุคคล ย่อมเป็นแรงขับเคลื่อนที่นำไปสู่การคิดวิเคราะห์และการค้นหาวิธี เพื่อแก้ไขปัญหา นั้น ๆ รวมทั้งแสวงหาแนวร่วมจากเพื่อนร่วมอุดมการณ์ เพื่อสร้างพลังอำนาจในการต่อรองหรือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน จนกลายเป็นองค์กรเครือข่ายที่ทุกฝ่ายต่างก็มีความไว้วางใจต่อกัน ทั้งนี้เพราะความเป็นเครือข่าวนั้น สามารถที่จะตอบสนองกระบวนการแก้ไขปัญหาได้มากกว่า

การมีส่วนร่วมและการแลกเปลี่ยน ในองค์ประกอบของความเป็นเครือข่ายสิ่งหนึ่งที่ขาดไม่ได้ก็คือการมีส่วนร่วม การพึ่งพาอาศัยและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของสมาชิกจะเป็นปัจจัยที่หนุนเสริมให้เครือข่าวนั้นมีพลังมากขึ้น เพราะการมีส่วนร่วมจะทำให้สมาชิกมีความรู้สึกที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่าย ซึ่งจะช่วยให้ทุกฝ่าย หันหน้าเข้าหากันและพึ่งพากันมากขึ้น นอกจากนี้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ก็มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะจะนำไปสู่การให้และการรับ รวมถึงการระดมทรัพยากรเพื่อให้ภารกิจที่เครือข่ายดำเนินการร่วมกันนั้นสามารถบรรลุถึงเป้าหมายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จึงเป็นทั้งแนวคิด กระบวนการและวิธีการของการจัดการเครือข่ายเป็นกระบวนการสร้างข้อมูลต่อเนื่องเพราะถ้าไม่มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันที่มาจากการมีส่วนร่วมแล้ว พัฒนาการของเครือข่ายจะเป็นไปอย่างช้า ๆ และอาจถดถอยลง ดังนั้นการมีส่วนร่วมและการแลกเปลี่ยนจึงเสมือนกลไกที่เป็นแรงผลักดันให้ความเป็นเครือข่ายดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง

ระบบความสัมพันธ์และการสื่อสาร ถ้ากล่าวถึงเครือข่ายว่าเป็นความสัมพันธ์ที่โยงใยแล้ว สิ่งที่มีความสำคัญต่อเครือข่าย คือข้อมูลและการสื่อสารระหว่างกัน โดยกระบวนการ

สื่อสารนั้นจะช่วยให้สมาชิกในเครือข่ายเกิดการรับรู้ เกิดการยอมรับในกระบวนการทำงาน และช่วยรักษาสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ความสัมพันธ์ที่เกิดจากการติดต่อสื่อสารที่ต่อเนื่องเช่นนี้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของเครือข่าย ถ้าระบบความสัมพันธ์นี้ได้รับการตอบสนองหรือขาดการติดต่อแล้ว ความเป็นเครือข่ายก็อยู่ในภาวะที่เสื่อมถอย ดังนั้นการพัฒนาระบบเครือข่ายจะต้องยึดหลักการของความสัมพันธ์และการสื่อสารระหว่างกัน โดยมีกิจกรรมและข้อมูลเพื่อให้เกิดความเคลื่อนไหวของเครือข่ายนั้น ๆ

2.1 เครือข่ายเทียม (Pseudo network) หมายถึงเครือข่ายชนิดที่เรากลงมติคิดว่าเป็นเครือข่าย แต่แท้จริงแล้วเป็นแค่การชุมนุมพบปะสังสรรค์ระหว่างสมาชิกโดยที่ต่างคนต่างก็ไม่ได้มีเป้าหมายร่วมกัน และไม่ได้ตั้งใจที่จะทำกิจกรรมร่วมกัน เป็นการรวมกลุ่มแบบเฮโลสารระพา หรือรวมกันตามกระแสนิยมที่ไม่มีวัตถุประสงค์ชัดเจน ลักษณะของเครือข่ายลวงจะไม่มีกระบวนการระหว่างสมาชิก ดังนั้น การทำความเข้าใจกับองค์ประกอบของเครือข่ายจึงมีความสำคัญ เพื่อช่วยให้สมาชิกสามารถสร้างเครือข่ายแทนการสร้างเครือข่ายเทียม

2.2 เครือข่าย (แท้) มีองค์ประกอบสำคัญอยู่อย่างน้อย 7 อย่างด้วยกัน คือ

1) มีการรับรู้และมุมมองที่เหมือนกัน (Common perception)

สมาชิกในเครือข่าย ต้องมีความรู้สึกนึกคิดและการรับรู้เหมือนกันถึงเหตุผลในการเข้ามาร่วมกันเป็นเครือข่าย อาทิเช่น มีความเข้าใจในตัวปัญหาและมีจิตสำนึกในการแก้ไขปัญหา ร่วมกัน ประสบกับปัญหาอย่างเดียวกันหรือต้องการความช่วยเหลือในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งจะส่งผลให้สมาชิกของเครือข่ายเกิดความรู้สึกผูกพันในการดำเนินกิจกรรมร่วมกันเพื่อแก้ปัญหาหรือลดความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น การรับรู้ร่วมกันถือเป็นหัวใจของเครือข่ายที่ทำให้เครือข่ายดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง เพราะถ้าเริ่มต้นด้วยการรับรู้ที่ต่างกัน มีมุมมองหรือแนวคิดที่ไม่เหมือนกันแล้ว จะประสานงานและขอความร่วมมือยาก เพราะแต่ละคนจะติดอยู่ในกรอบความคิดของตัวเอง มองปัญหาหรือความต้องการไปคนละทิศละทาง แต่ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่าสมาชิกของเครือข่ายจะมีความเห็นที่ต่างกันไม่ได้ เพราะมุมมองที่แตกต่างช่วยให้เกิดการสร้างสรรค์ในการทำงาน แต่ความต่างต่างนั้นต้องอยู่ในส่วนของกระบวนการ (Process) ภายใต้การรับรู้ถึงปัญหาที่สมาชิกทุกคนยอมรับแล้ว มิฉะนั้นความเห็นที่ต่างกันจะนำไปสู่ความแตกแยกและแตกหักในที่สุด

2) การมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน (Common vision)

วิสัยทัศน์ร่วมกัน หมายถึงการที่สมาชิกมองเห็นจุดมุ่งหมายในอนาคตที่เป็นภาพเดียวกัน มีการรับรู้และเข้าใจไปในทิศทางเดียวกัน และมีเป้าหมายที่จะเดินทางไปด้วยกัน การมีวิสัยทัศน์ร่วมกันจะทำให้กระบวนการขับเคลื่อนเกิดพลัง มีความเป็นเอกภาพ และช่วยผ่อนคลายความขัดแย้งอันเนื่องมาจากความคิดเห็นที่แตกต่างกัน ในทางตรงกันข้าม ถ้าวิสัยทัศน์หรือเป้าหมายของสมาชิกบางกลุ่มขัดแย้งกับวิสัยทัศน์หรือเป้าหมายของเครือข่าย พฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มนั้นก็เริ่มแตกต่างจากแนวปฏิบัติที่สมาชิกเครือข่ายกระทำร่วมกัน ดังนั้น แม้ว่าจะต้องเสียเวลามากกับความพยายามในการสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน แต่ก็จำเป็นจะต้องทำให้เกิดขึ้น หรือถ้าสมาชิกมีวิสัยทัศน์ส่วนตัวอยู่แล้ว ก็ต้องปรับให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของเครือข่ายให้มากที่สุดแม้จะไม่ซ้อนทับกันแบบสนิทจนเป็นภาพเดียวกัน แต่อย่างน้อยก็ควรสอดรับไปในทิศทางเดียวกัน

3) มีความสนใจหรือมีผลประโยชน์ร่วมกัน (mutual interests/benefits)

คำว่าผลประโยชน์ในที่นี้ครอบคลุมทั้งผลประโยชน์ที่เป็นตัวเงินและผลประโยชน์ไม่ใช่ตัวเงิน เป็นความต้องการ (Need) ของมนุษย์ในเชิงปัจเจก (อ่านเรื่องแรงจูงใจในตอนท้าย) อาทิ เช่นเกียรติยศ ชื่อเสียง การยอมรับ โอกาสในความก้าวหน้า ความสุข ความพึงพอใจ ฯลฯ สมาชิกของเครือข่ายเป็นมนุษย์ปุถุชนธรรมดาที่ต่างก็มีความต้องการเป็นของตนเอง (human needs) ถ้าการเข้าร่วมในเครือข่ายสามารถตอบสนองต่อความต้องการของเขาหรือมีผลประโยชน์ร่วมกัน ก็จะเป็นแรงจูงใจให้เขามามีส่วนร่วมในเครือข่ายมากขึ้น

ดังนั้น ในการที่จะดึงใครสักคนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานของเครือข่าย จำเป็นต้องคำนึงถึงผลประโยชน์ที่เขาจะได้รับจากการเข้าร่วม ถ้าจะให้ดีต้องพิจารณาล่วงหน้าก่อนที่เขาจะร้องขอ ลักษณะของผลประโยชน์ที่สมาชิกแต่ละคนจะได้รับอาจแตกต่างกัน แต่ควรต้องให้ทุกคนและต้องเพียงพอที่จะเป็นแรงจูงใจให้เขาเข้ามามีส่วนร่วมในทางปฏิบัติได้จริงไม่ใช่เป็นเข้ามาเป็นเพียงไม้ประดับเนื่องจากมีตำแหน่งในเครือข่ายแต่ไม่ได้ร่วมปฏิบัติการกิจ เมื่อใดก็ตามที่สมาชิกเห็นว่าเขาเสียประโยชน์มากกว่าได้ หรือเมื่อเขาได้ในสิ่งที่ต้องการเพียงพอแล้ว สมาชิกเหล่านั้นก็จะออกจากเครือข่ายไปในที่สุด

4) การมีส่วนร่วมของสมาชิกทุกคนในเครือข่าย (Stakeholder's participation)

การมีส่วนร่วมของสมาชิกในเครือข่ายเป็นกระบวนการที่สำคัญมากในการพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่าย เป็นเงื่อนไขที่ทำให้เกิดการร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจและร่วมลงมือกระทำอย่างเข้มแข็ง ดังนั้น สถานะของสมาชิกในเครือข่ายควรมีความเท่าเทียมกัน ทุกคนอยู่ในฐานะ “หุ้นส่วน (Partner)” ของเครือข่าย เป็นความสัมพันธ์ในแนวนอน (horizontal relationship) คือความสัมพันธ์อันดีเพื่อน มากกว่าความสัมพันธ์ในแนวตั้ง (vertical relationship) ในลักษณะเจ้านาย ลูกน้อง ซึ่งบางครั้งก็ทำได้ยากในทางปฏิบัติเพราะต้องเปลี่ยนกรอบความคิดของสมาชิกในเครือข่าย โดยการสร้างบริบทแวดล้อมอื่น ๆ เข้ามาประกอบ แต่ถ้าทำได้จะสร้างความเข้มแข็งให้กับเครือข่ายมาก

5) มีการเสริมสร้างซึ่งกันและกัน (Complementary relationship) องค์ประกอบที่จะทำให้เครือข่ายดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง คือการที่สมาชิกของเครือข่ายต่างก็สร้างความเข้มแข็งให้กันและกัน โดยนำจุดแข็งของฝ่ายหนึ่งไปช่วยแก้ไขจุดอ่อนของอีกฝ่ายหนึ่ง แล้วทำให้ได้ผลลัพธ์เพิ่มขึ้นในลักษณะพลังทวีคูณ ($1+1>2$) มากกว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเมื่อต่างคนต่างอยู่

6) มีการเกื้อหนุนพึ่งพากัน (Interdependent) เป็นองค์ประกอบที่ทำให้เครือข่ายดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกัน การที่สมาชิกเครือข่ายตกอยู่ในสภาวะจำกัดทั้งด้านทรัพยากร ความรู้ เงินทุน กำลังคน ฯลฯ ไม่สามารถทำงานให้บรรลุเป้าหมายอย่างสมบูรณ์ได้ด้วยตนเองโดยปราศจากเครือข่าย จำเป็นต้องพึ่งพาซึ่งกันและกันระหว่าง สมาชิกในเครือข่าย การทำให้หุ้นส่วนของเครือข่ายยึดโยงกันอย่างเหนียวแน่น จำเป็นต้องทำให้หุ้นส่วนแต่ละคนรู้สึกว่าเขาหุ้นส่วนคนใดคนหนึ่งออกไปจะทำให้เครือข่ายล้มลงได้ การดำรงอยู่ของหุ้นส่วนแต่ละคนจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำรงอยู่ของเครือข่าย การเกื้อหนุนพึ่งพากันในลักษณะนี้จะส่งผลให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันโดยอัตโนมัติ

7) มีปฏิสัมพันธ์กันในเชิงแลกเปลี่ยน (Interaction) หากสมาชิกในเครือข่ายไม่มีการปฏิสัมพันธ์กันแล้ว ก็ไม่ต่างอะไรกับก้อนหินแต่ละก้อนที่รวมกันอยู่ในถุง แต่ละก้อนก็อยู่ในถุงอย่างเป็นอิสระ ดังนั้นสมาชิกในเครือข่ายต้องทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อก่อให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน เช่น มีการติดต่อกันผ่านทาง การเขียน การพบปะพูดคุย การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน หรือมีกิจกรรมประชุมสัมมนาร่วมกัน โดยที่ผลของการปฏิสัมพันธ์นี้ต้องก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเครือข่ายตามมาด้วย ลักษณะของปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกควรเป็นการแลกเปลี่ยนกัน (reciprocal exchange) มากกว่าที่จะเป็นผู้ให้หรือเป็นผู้รับฝ่ายเดียว (unilateral exchange) ยิ่งสมาชิกมีปฏิสัมพันธ์กันมากเท่าใดก็จะเกิดความผูกพันระหว่างกันมากขึ้นเท่านั้น ทำให้การเชื่อมโยงแน่นแฟ้นมากยิ่งขึ้น มีการเรียนรู้ระหว่างกันมากขึ้น สร้างความเข้มแข็งให้กับเครือข่ายองค์ประกอบข้างต้น ไม่เพียงแต่จะเป็นประโยชน์ในการนำไปช่วยจำแนกระหว่างเครือข่ายแท้กับเครือข่ายเทียมเท่านั้น แต่ยังแสดงให้เห็นถึงปัจจัยที่จะมีผลต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของพลังเครือข่ายด้วย

2.3 การก่อเกิดของเครือข่าย

เครือข่ายแต่ละเครือข่าย ต่างมีจุดเริ่มต้นหรือถูกสร้างมาด้วยวิธีการต่าง ๆ กันแบ่งชนิดของเครือข่ายออกเป็น 3 ลักษณะ คือ

1) เครือข่ายที่เกิดโดยธรรมชาติ เครือข่ายชนิดนี้มักเกิดจากการที่ผู้คนมีใจตรงกัน ทำงานคล้ายคลึงกันหรือประสบกับสภาพปัญหาเดียวกันมาก่อน เข้ามารวมตัวกันเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดและประสบการณ์ ร่วมกันแสวงหาทางเลือกใหม่ที่ดีกว่าการดำรงอยู่ของกลุ่มสมาชิกในเครือข่ายเป็นแรงกระตุ้นที่เกิดขึ้นภายในตัวสมาชิกเอง (ฉันทะ) เครือข่ายเช่นนี้มักเกิดขึ้นในพื้นที่อาศัยความเป็นเครือญาติ เป็นคนในชุมชนหรือมาจากภูมิลำเนาเดียวกันที่มีวัฒนธรรมความเป็นอยู่คล้ายคลึงกัน มาอยู่รวมกันเป็นกลุ่มโดยจัดตั้งเป็นชมรมที่มีกิจกรรมร่วมกันก่อน เมื่อมีสมาชิกเพิ่มขึ้นจึงขยายพื้นที่ดำเนินการออกไป หรือมีการขยายเป้าหมาย/วัตถุประสงค์ ของกลุ่มมากขึ้นในที่สุดก็พัฒนาขึ้นเป็นเครือข่ายเพื่อให้ครอบคลุมต่อความต้องการของสมาชิกได้กว้างขวางขึ้น เครือข่ายประเภทนี้ มักใช้เวลาก่อร่างสร้างตัวที่ยาวนาน แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้ว มักจะเข้มแข็ง ยั่งยืน และมีแนวโน้มที่จะขยายตัวเพิ่มขึ้น

2) เครือข่ายจัดตั้ง เครือข่ายจัดตั้งมักจะมี ความเกี่ยวข้องกับนโยบายหรือการดำเนินงานของภาครัฐเป็นส่วนใหญ่ การจัดตั้งอยู่ในกรอบความคิดเดิมที่ใช้กลไกของรัฐผลักดันให้เกิดงานที่เป็นรูปธรรมโดยเร็ว และส่วนมากภาคีหรือสมาชิกที่เข้าร่วมเครือข่ายมักจะไม่ได้อาศัยพื้นฐาน ความต้องการ ความคิด ความเข้าใจ หรือมุมมองในการจัดตั้งเครือข่ายที่ตรงกันมาก่อนที่จะเข้ามารวมตัวกันเป็นการทำงานเฉพาะกิจชั่วคราวที่ไม่มีความต่อเนื่อง และมักจะจางหายไปในที่สุด เว้นแต่ว่าเครือข่ายจะได้รับการชี้แนะที่ดี ดำเนินงานเป็นขั้นตอนจนสามารถสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง เกิดเป็นความผูกพันระหว่างสมาชิกจนนำไปสู่การพัฒนาเป็นเครือข่ายที่แท้จริง อย่างไรก็ตาม แม้ว่ากลุ่มสมาชิกจะยังคงรักษาสถานภาพของเครือข่ายไว้ได้ แต่มีแนวโน้มที่จะลดขนาดของเครือข่ายลงเมื่อเปรียบเทียบกับระยะก่อตั้ง

3) เครือข่ายวิวัฒนาการ เป็นการถือกำเนิดโดยไม่ได้เป็นไปตามธรรมชาติตั้งแต่แรก และไม่ได้เกิดจากการจัดตั้งโดยตรงแต่มีกระบวนการพัฒนาผสมผสานอยู่ โดยเริ่มที่กลุ่มบุคคล/องค์กรมารวมกันด้วยวัตถุประสงค์กว้าง ๆ ในการสนับสนุนกันและเรียนรู้ไปด้วยกัน โดยยังไม่ได้สร้าง

เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์เฉพาะที่ชัดเจนนัก หรืออีกลักษณะหนึ่งคือถูกจุดประกายความคิดจากภายนอก ไม่ว่าจะเป็นการได้รับฟัง หรือการไปได้เห็นการดำเนินงานของเครือข่ายอื่น ๆ มา แล้วเกิดความคิดที่จะรวมตัวกัน สร้างพันธมิตรสัญญาเป็นเครือข่ายช่วยเหลือและพัฒนาตนเอง เครือข่ายที่ตัวนี้แม้จะไม่ได้เกิดจากแรงกระตุ้นภายในโดยตรงตั้งแต่แรกแต่ถ้าสมาชิกมีความตั้งใจจริงที่เกิดจากจิตสำนึกที่ดี เมื่อได้รับการกระตุ้นและสนับสนุนก็จะสามารถพัฒนาต่อไปจนกลายเป็นเครือข่ายที่เข้มแข็งทำนองเดียวกันกับเครือข่ายที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติ เครือข่ายในลักษณะนี้พบเห็นอยู่มากมาย เช่น เครือข่ายผู้สูงอายุ เครือข่ายโรงเรียนสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น

2.4 ปรัชญาการสร้างเครือข่าย

การสร้างเครือข่ายต้องคำนึงถึงเสมอว่า “เครือข่าย” เป็นกระบวนการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับมนุษย์ การนำเครือข่ายต้องมี LINK หมายถึง “การเชื่อมโยง”

L – Learning การเรียนรู้

I – Investment การลงทุน

N – Nature การพุ่มพักบำรุง

G (K) – Give การรักษาสัมพันธภาพ ซึ่งรวมกันเป็นคำว่า LINK หมายถึงการเชื่อมโยง

2.5 การสร้างเครือข่าย (Networking)

การสร้างเครือข่าย หมายถึง การทำให้มีการติดต่อ สนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและการร่วมมือกันด้วยความสมัครใจ การสร้างเครือข่ายควรสนับสนุนและอำนวยความสะดวก ให้สมาชิกในเครือข่ายมีความสัมพันธ์กันฉันท์เพื่อน ที่ต่างก็มีความเป็นอิสระมากกว่าสร้างการคับค้ำสมาคมแบบพึ่งพิง นอกจากนี้การสร้างเครือข่ายต้องไม่ใช่การสร้างระบบติดต่อกันด้วยการเผยแพร่ข่าวสารแบบทางเดียว เช่น การส่งจดหมายข่าวไปให้สมาชิกตามรายชื่อ แต่จะต้องมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างกันด้วย

2.6 ความจำเป็นที่ต้องมีเครือข่าย

การพัฒนางานหรือการแก้ปัญหาใด ๆ ที่ใช้วิธีดำเนินงานในรูปแบบที่สับสนทอกันเป็นวัฒนธรรมภายในกลุ่มคน หน่วยงาน หรือองค์กรเดียวกัน จะมีลักษณะไม่ต่างจากการปิดประเทศที่ไม่มีการติดต่อสื่อสารกับภายนอก การดำเนินงานภายใต้กรอบความคิดเดิม อาศัยข้อมูลข่าวสารที่ไหลเวียนอยู่ภายใน ใช้ทรัพยากรหรือสิ่งอำนวยความสะดวกที่พอจะหาได้ใกล้มือ หรือถ้าจะออกแบบใหม่ก็ต้องใช้เวลานานมาก จะเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนางานอย่างยิ่งและไม่อาจแก้ปัญหาที่ซับซ้อนได้ การสร้าง “เครือข่าย” สามารถช่วยแก้ปัญหาข้างต้นได้ด้วยการเปิดโอกาสให้บุคคลและองค์กรได้แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารรวมทั้งบทเรียนและประสบการณ์กับบุคคลหรือองค์กรที่อยู่นอกหน่วยงานของตน ลดความซ้ำซ้อนในการทำงาน ให้ความร่วมมือและทำงานในลักษณะที่เอื้อประโยชน์ซึ่งกันและกัน เสมือนการเปิดประตูสู่โลกภายนอก

2.7 ข้อเสนอแนะในการพัฒนาเครือข่าย เพื่อความยั่งยืน

1) สมาชิกที่เข้าร่วม ต้องเข้าใจเป้าหมายในการรวมตัวกันว่าจะก่อให้เกิดความสำเร็จในภาพรวม

2) สร้างการยอมรับในความแตกต่างระหว่างสมาชิก ยอมรับในรูปแบบและวัฒนธรรมองค์กรของสมาชิก

3) มีกิจกรรมสม่ำเสมอและมากพอที่จะทำให้สมาชิกได้ทำงานร่วมกัน เป็นกิจกรรมที่ต้องแน่ใจว่าทำได้ และกระจายงานได้ทั่วถึง ควรเลือกกิจกรรมที่ง่ายและมีแนวโน้มประสบความสำเร็จ อย่าทำกิจกรรมที่ยากโดยเฉพาะครั้งแรก ๆ เพราะถ้าทำไม่สำเร็จอาจทำให้เครือข่ายที่เริ่มก่อตัวเกิดการแตกสลายได้

4) จัดให้มีและกระตุ้นให้มีการสื่อสารระหว่างกันอย่างทั่วถึง และสม่ำเสมอ

5) สนับสนุนสมาชิกทุกกลุ่ม และทุกด้านที่ต้องการความช่วยเหลือ เน้นการช่วยเหลือกลุ่มสมาชิกที่ยังอ่อนแอให้สามารถช่วยตนเองได้

6) สร้างความสัมพันธ์ของบุคลากรในเครือข่าย

7) สนับสนุนให้สมาชิกได้พัฒนางานอย่างเต็มกำลังตามศักยภาพและความชำนาญที่มีอยู่ โดยร่วมกันตั้งเป้าหมายในการพัฒนางานให้กับสมาชิกแต่ละกลุ่ม ส่งผลให้สมาชิกแต่ละกลุ่มมีความสามารถพิเศษเฉพาะด้าน เป็นพื้นฐานในการสร้างความหลากหลายและเข้มแข็งให้กับเครือข่าย

8) สร้างความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้น ระหว่างบุคลากรทุกระดับของสมาชิกในเครือข่าย ในลักษณะความสัมพันธ์ฉันท์เพื่อน

9) จัดกิจกรรมให้สมาชิกใหม่ของเครือข่าย เพื่อเชื่อมต่อกับคนรุ่นเก่ากับคนรุ่นใหม่ในการสืบทอดความเป็นเครือข่ายต่อไป

10) จัดให้มีเวทีระหว่างคนทำงานเพื่อพัฒนาหรือแก้ปัญหาในการทำงานด้านต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

11) จัดให้มีช่องทางการทำงานร่วมกัน การสื่อสารที่ง่ายต่อการเข้าถึงที่ทันสมัยและเป็นปัจจุบัน เช่น สร้างระบบการส่งต่องาน และสร้างเว็บไซต์เพื่อเชื่อมโยงเครือข่ายเข้าด้วยกัน

2.8 ผู้จัดการเครือข่าย มีหน้าที่ในการดูแลรักษาเครือข่ายดังต่อไปนี้

1) ช่วยสร้างแรงจูงใจและกระตุ้นสมาชิกรวมตัวกันทำงาน โดยมีกิจกรรมเป็นสื่อ เช่น การประชุมประจำปี การจัดเวทีแลกเปลี่ยนข้อมูล การแก้ปัญหาร่วมกัน การวางแผนและดำเนินการจัดกิจกรรมใหม่

2) สมาชิกแกนนำต้องเปิดโอกาสให้มีการสื่อสารระหว่างกัน ส่งข่าวผ่านจดหมาย ข่าวของเครือข่าย มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน เก็บรวบรวมข้อมูลและตั้งเป็นศูนย์ข้อมูลของเครือข่ายเพื่อให้สมาชิกเข้าถึง

3) สร้างความรักความผูกพันและความไว้วางใจระหว่างคนในกลุ่มสมาชิก เริ่มจัดกิจกรรมง่าย ๆ ที่มีโอกาสประสบความสำเร็จร่วมกันก่อน มีกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในกลุ่มสมาชิกเป็นประจำ จัดเวทีให้มีการพูดคุยกันอย่างตรงไปตรงมาเมื่อเกิดปัญหาขัดแย้งระหว่างกลุ่มสมาชิก จัดกิจกรรมส่งต่องานที่เกี่ยวข้อง

4) จัดให้มีกระบวนการตัดสินใจโดยให้สมาชิกทุกกลุ่มมีส่วนร่วม พยายามสร้างสภาพแวดล้อมให้มี

การเสนอความคิดเห็นอย่างเป็นอิสระ ไม่รวบอำนาจ ควรแบ่งกันเป็นผู้นำตามความถนัด ทำการรวบรวมข้อมูลจากสมาชิกทุกกลุ่มก่อนการตัดสินใจเพื่อทำให้เกิดการยอมรับและเต็มใจที่จะนำผลการตัดสินใจของเครือข่ายไปปฏิบัติ

5) วางแผนในการประสานงานระหว่างสมาชิก และเชื่อมต่อกับเครือข่ายอื่น ๆ จัดระบบการประสานงานให้คล่องตัวและทั่วถึง การประสานงานถือเป็นหน้าที่หลักของสมาชิกแกนนำ เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสนับสนุนทุกระดับให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

2.9 คุณสมบัติของกลุ่มสมาชิกแกนนำ

การพัฒนาสมาชิกแกนนำที่มีประสิทธิภาพ จะเป็นตัวอย่างที่ดีให้แก่กลุ่มสมาชิกเครือข่ายอื่น ๆ เป็นที่ยอมรับและเชื่อถือจากคนภายนอก เป็นสิ่งจูงใจที่ทำให้คนภายนอกอยากเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของเครือข่ายมากขึ้น สมาชิกแกนนำจะต้องมีการพัฒนากลุ่มเพื่อให้ความเข้มแข็ง มีวุฒิภาวะสูง มีความเป็นทีม ประสิทธิภาพสูง มีการรวมตัวของสมาชิกในกลุ่มสูง มีการสื่อสารทั่วถึงและโปร่งใส มีความไว้วางใจเชื่อใจระหว่างสมาชิก ใช้กระบวนการการตัดสินใจแบบให้ทุกคนมีส่วนร่วม เคารพความคิดเห็นซึ่งกันและกัน มีการประสานงานระหว่างสมาชิกให้ครบถ้วนไม่ตกหล่นและเป็นเอกภาพ ประสานงานกับองค์กรภายนอกเครือข่ายได้เป็นอย่างดี

2.10 การรักษาเครือข่าย

ตราบใดที่ภารกิจเครือข่ายยังไม่สำเร็จย่อมมีความจำเป็นที่จะต้องรักษาเครือข่ายไว้ ประคับประคองให้เครือข่ายสามารถดำเนินการต่อไปได้ และบางกรณีหลังจากเครือข่ายได้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายแล้ว ก็จำเป็นต้องรักษาความสำเร็จของเครือข่ายไว้ หลักการรักษาความสำเร็จของเครือข่าย มีดังนี้

- 1) มีการจัดกิจกรรมร่วมที่ดำเนินอย่างต่อเนื่อง
- 2) มีการรักษาสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างสมาชิกเครือข่าย
- 3) กำหนดกลไกสร้างระบบจูงใจ
- 4) จัดหาทรัพยากรสนับสนุนเพียงพอ
- 5) ให้ความช่วยเหลือและช่วยแก้ไข้ปัญหา
- 6) มีการสร้างผู้นำรุ่นใหม่อย่างต่อเนื่อง

2.11 การจัดกิจกรรมร่วมที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

เครือข่ายจะก้าวไปสู่ช่วงชีวิตที่ถดถอยหากไม่มีกิจกรรมใด ๆ ที่สมาชิกของเครือข่ายสามารถกระทำร่วมกัน ทั้งนี้เนื่องจาก เมื่อไม่มีกิจกรรมก็ไม่มีกลไกที่จะดึงสมาชิกเข้าหากัน สมาชิกของเครือข่ายก็จะไม่มีโอกาสปฏิสัมพันธ์กัน เมื่อการปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกลดลงก็ส่งผลให้เครือข่ายเริ่มอ่อนแอ สมาชิกจะเริ่มสงสัยในการคงอยู่ของเครือข่าย บางคนอาจพาลคิดไปว่าเครือข่ายล้มเลิกไปแล้ว

ความยั่งยืนของเครือข่ายจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อได้มีการจัดกิจกรรมที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งกิจกรรมดังกล่าวกลายเป็นแบบแผน (pattern) ของการกระทำที่สมาชิกของเครือข่ายยอมรับโดยทั่วกัน ด้วยเหตุนี้ การที่จะรักษาเครือข่ายไว้ได้ต้องมีการกำหนดโครงสร้างและตารางกิจกรรมไว้ให้ชัดเจน ทั้งในแง่ของเวลา ความถี่และต้องเป็นกิจกรรมที่น่าสนใจเพียงพอที่จะดึงดูดสมาชิกให้เข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าว ไม่จำเป็นต้องเป็นกิจกรรมเดียวที่ใช้สำหรับสมาชิกทุกคน ใน

สำรวจความต้องการเฉพาะของสมาชิกในระดับย่อยลงไปในแต่ละคนและแต่ละกลุ่ม กล่าวคือควรจะมีกิจกรรมย่อยที่หลากหลายเพียงพอที่จะตอบสนองความสนใจของสมาชิกกลุ่มย่อยในเครือข่ายด้วย โดยที่กิจกรรมเหล่านี้ก็ต้องอยู่ในทิศทางที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายของเครือข่าย กิจกรรมเหล่านี้อาจจัดในรูปแบบที่เป็นทางการ เช่น การวางแผนงานร่วมกัน การพบปะเพื่อประเมินผลร่วมกันประจำทุกเดือน ฯลฯ หรือจัดในรูปแบบที่ไม่เป็นทางการ เช่น จัดกีฬาสนทนาระหว่างสมาชิก จัดงานประเพณีท้องถิ่นร่วมกัน เป็นต้น ในกรณีที่เครือข่ายครอบคลุมพื้นที่ที่กว้างขวางมาก กิจกรรมไม่ควรรวมศูนย์อยู่เฉพาะส่วนกลางควรกระจายจุดพบปะสังสรรค์หมุนเวียนกันไปเพื่อให้สมาชิกเข้าร่วมได้โดยสะดวก

2.12 การรักษาสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกเครือข่าย

สัมพันธภาพที่ดีเป็นองค์ประกอบสำคัญยิ่งในการรักษาเครือข่ายให้ยั่งยืนต่อไป ความสัมพันธ์ที่ดีเป็นเสมือนน้ำมันที่คอยหล่อลื่นการทำงานร่วมกันให้ดำเนินไปอย่างราบรื่น เมื่อใดที่สมาชิกของเครือข่ายเกิดความรู้สึกบาดหมางไม่เข้าใจกัน หรือเกิดความขัดแย้งระหว่างกันโดยหาข้อตกลงไม่ได้ สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกก็จะเริ่มแตกร้า ซึ่งหากไม่มีการแก้ไขอย่างทันท่วงที ก็จะนำไปสู่ความเสื่อมถอยและความสิ้นสุดลงของเครือข่ายได้ ดังนั้นควรมีการจัดกิจกรรมที่มีจุดประสงค์เพื่อกระชับความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกโดยเฉพาะ และควรจัดอย่างสม่ำเสมอไม่ใช่ว่าจัดในช่วงที่มีปัญหาเกิดขึ้นเท่านั้น

นอกจากนี้สมาชิกของเครือข่ายพึงตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาสัมพันธภาพเพื่อหลีกเลี่ยงความขัดแย้งหรือความไม่เข้าใจกันที่อาจเกิดขึ้น สมาชิกควรแสดงความเป็นมิตรต่อกัน เมื่อเกิดความขัดแย้งต้องรีบแก้ไขและดำเนินการไกล่เกลี่ยให้เกิดความเข้าใจกันใหม่ นอกจากนี้ควรมีมาตรการป้องกันปัญหาก่อนที่จะเกิดความขัดแย้งระหว่างกัน เช่น ในการจัดโครงสร้างองค์กรควรแบ่งอำนาจหน้าที่ให้ชัดเจน และไม่ซ้ำซ้อน การกำหนดเป้าหมายการทำงานที่สมาชิกยอมรับร่วมกัน การจัดสรรทรัพยากรอย่างเพียงพอ การกำหนดผู้นำที่เหมาะสม การกำหนดกติกาอันเป็นที่ยอมรับร่วมกัน เป็นต้น

2.13 การกำหนดกลไกสร้างระบบจิตใจ

สมาชิกจะยังเข้าร่วมกิจกรรมของเครือข่ายตราบเท่าที่ยังมีสิ่งจูงใจเพียงพอที่จะดึงดูดให้เข้าไปมีส่วนร่วม ดังนั้น จึงจำเป็นต้องกำหนดกลไกบางประการที่จะช่วยจูงใจให้สมาชิกเกิดความสนใจอยากเข้ามีส่วนร่วม ซึ่งตามทฤษฎีแรงจูงใจแล้ว ปัจเจกต่างก็มีสิ่งจูงใจที่ต่างกัน ดังนั้นควรทำการวิเคราะห์เพื่อบ่งชี้ถึงแรงจูงใจที่แตกต่างหลากหลายในแต่ละบุคคล แล้วทำการจัดกลุ่มของสิ่งจูงใจที่ใกล้เคียงกันออกเป็นกลุ่ม ๆ อาทิ ค่าตอบแทน เกียรติยศชื่อเสียง การยอมรับ ฯลฯ อันจะนำไปสู่มาตรการในการสร้างแรงจูงใจสำหรับบุคคลในแต่ละกลุ่มอย่างเฉพาะเจาะจง ถ้าจำเป็นจะต้องให้ค่าตอบแทนเพื่อเป็นสิ่งจูงใจ ควรเป็นการแลกเปลี่ยนกับผลงานมากกว่าการให้ผลตอบแทนในลักษณะเหม่าจ่าย กล่าวคือผู้ที่รับค่าตอบแทนต้องสร้างผลงานเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยน โดยผลงานที่ได้ต้องสนับสนุนและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการพัฒนาเครือข่าย และควรมีการทำสัญญาเป็นลายลักษณ์อักษรให้ชัดเจน เพื่อสร้างทักษะผูกพันระหว่างผู้รับทุนและผู้ให้ทุน การให้ค่าตอบแทนก็ไม่ควรให้ทั้งหมดในงวดเดียว ทั้งนี้เพื่อให้มีการปรับลดค่าตอบแทนได้หากผู้รับทุนไม่ดำเนินการตามสัญญา

ในกรณีที่ต้องการให้เกียรติยศและชื่อเสียงเป็นสิ่งจูงใจโดยเฉพาะในงานพัฒนาสังคม ที่มักจะไม่มีค่าตอบแทนการดำเนินงาน จำเป็นต้องหาสิ่งจูงใจอื่นมาชดเชยสิ่งตอบแทนที่เป็นตัวเงิน ตามทฤษฎีของ Maslow ความต้องการการยกย่องจากผู้อื่น (esteem needs) ที่อยู่ในรูปของอำนาจ เกียรติยศชื่อเสียง หรือสถานะทางสังคม เป็นสิ่งที่นำมาใช้จูงใจได้ อาจทำเป็นรูป “สัญลักษณ์” บางอย่าง ที่สื่อถึงการได้รับเกียรติยศ การยกย่องและมีคุณค่าทางสังคม เช่น การประกาศเกียรติยศ เข็มเชิดชูเกียรติ โล่เกียรติยศ เป็นต้น โดยสัญลักษณ์เหล่านี้ต้องมีคุณค่าเพียงพอให้เขาปรารถนาอยากที่จะได้ และควรมีเกียรติยศหลายระดับที่จูงใจสมาชิกเครือข่ายให้ร่วมมือลงแรงเพื่อไต่เต้าไปสู่ระดับที่สูงขึ้นต่อไป ซึ่งจะช่วยให้เกิดความต่อเนื่อง และควรมีการประชาสัมพันธ์เผยแพร่รายชื่อคนกลุ่มนี้ อย่างกว้างขวาง

2.14 การจัดหาทรัพยากรสนับสนุนอย่างเพียงพอ

หลายเครือข่ายต้องหยุดดำเนินการไป เนื่องจากขาดแคลนทรัพยากรสนับสนุนการดำเนินงานที่เพียงพอ ทั้งด้านวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ และบุคลากรที่สำคัญคือเงินทุนในการดำเนินงานซึ่งเปรียบเสมือนเลือดที่ไหลเวียนหล่อเลี้ยงเครือข่ายให้สามารถดำเนินการต่อไปได้ เมื่อขาดเงินทุนเพียงพอที่จะจุนเจือ เครือข่ายอาจต้องปิดตัวลงในที่สุด หากได้รับการสนับสนุนจะต้องมีระบบ ตรวจสอบการใช้จ่ายอย่างรัดกุม และมีการรายงานผลเป็นระยะ หากการดำเนินงานไม่คืบหน้าอาจให้ระงับทุนได้

2.15 การให้ความช่วยเหลือและช่วยแก้ไขปัญห

เครือข่ายอาจเกิดปัญหาระหว่างการดำเนินงานได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเครือข่ายที่เพิ่งเริ่มดำเนินการใหม่ ๆ การมีที่ปรึกษาที่ดีคอยให้คำแนะนำและคอยช่วยเหลือจะช่วยให้เครือข่ายสามารถดำเนินการต่อไปได้ และช่วยหนุนเสริมให้เครือข่ายเกิดความเข้มแข็งยิ่งขึ้น ควรมีที่ปรึกษาเพื่อทำหน้าที่ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ เป็นแหล่งข้อมูลให้ศึกษาค้นคว้าและช่วยอบรมภาวการณ์เป็นผู้นำให้กับสมาชิกเครือข่าย

2.16 การสร้างผู้นำรุ่นใหม่อย่างต่อเนื่อง

องค์กรหรือเครือข่ายที่เคยประสบความสำเร็จกลับต้องประสบกับความล้มเหลวอย่างรุนแรงเมื่อเวลาผ่านไป เพราะไม่ได้ “สร้างคน” ขึ้นมา接班มัลลต์ต่อจากคนรุ่นก่อนเพื่อสานต่อภาระกิจของเครือข่าย จำเป็นต้องสร้างผู้นำรุ่นใหม่อย่างต่อเนื่อง เครือข่ายต้องคัดเลือกคนที่มีคุณสมบัติเหมาะสม ทั้งด้านความรู้ความสามารถ การมีประสบการณ์ร่วมกับเครือข่ายและที่สำคัญ คือ เป็นที่ยอมรับนับถือและสามารถเป็นศูนย์รวมใจของคนในเครือข่ายได้ ดำเนินการให้คนเหล่านี้เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อเพิ่มประสบการณ์ในการทำหน้าที่เป็นสมาชิกแกนหลัก เพื่อสืบสานหน้าที่ต่อไปเมื่อสมาชิกแกนหลักต้องหมดวาระไป

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า เครือข่าย หมายถึง การรวมตัวของกลุ่มบุคคล องค์กร โดยการเชื่อมโยงความสัมพันธ์เข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ เพื่อดำเนินกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งอย่างเป็นรูปธรรม ภายใต้วัตถุประสงค์ร่วมกัน โดยต่างฝ่ายต่างยังคงมีความเป็นอิสระต่อการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีคุณค่า มีประสิทธิภาพ จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการดำรงอยู่และความสำเร็จของเครือข่ายประกอบด้วย ความคิดเห็นและความเข้าใจที่ตรงกัน ความจริงใจต่อกัน ความเป็นประชาธิปไตย การบริหารจัดการที่ดี และการสื่อสารแลกเปลี่ยนเรียนรู้

นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยที่ทำให้เครือข่ายมีความเข้มแข็งและยั่งยืน ได้แก่ ลักษณะกิจกรรมและความต่อเนื่อง แหล่งทรัพยากร ศักยภาพการเรียนรู้และนวัตกรรม สัมพันธภาพที่ดีของสมาชิกภายในเครือข่าย รวมทั้งกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน อันจะก่อให้เกิดความร่วมมือร่วมใจในการแก้ไขปัญหา การพลัดตกหกล้ม ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ดังนั้นแนวคิดในการสร้างเครือข่ายจึงมีความจำเป็นต่อการนำมาใช้ในการดำเนินงานป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ในระดับพื้นที่ ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน

2.6 แนวคิดเรื่องการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research)

การวิจัยแบบผสมผสานเป็นการวิจัยที่ใช้วิธีวิทยาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพร่วมกันใน ระยะต่าง ๆ ของการวิจัย ทั้งการเก็บรวบรวม การวิเคราะห์ข้อมูลและ การแปลความหมายข้อมูลเพื่อ หาคำตอบของการวิจัย ที่มีความครอบคลุม ลุ่มลึกและชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความเข้าใจใน ปรากฏการณ์ที่ศึกษามากขึ้น ปัญหาวิจัยในปัจจุบันมีความซับซ้อนมากขึ้น ประกอบกับข้อจำกัดของ วิธีวิทยาทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ (ภัทรพร เกษสังข์, 2559) ดังนั้น การวิจัย แบบผสมผสานจึงเป็นทางออกที่เหมาะสมที่สุดในการหาคำตอบในปรากฏการณ์ที่ศึกษา อย่างไรก็ตาม การวิจัยแบบผสมผสานก็มีลักษณะเฉพาะและเกณฑ์คุณภาพหลายประการที่นักวิจัยจะต้อง ตระหนักและดำเนินการให้เหมาะสมไม่นำไปใช้อย่างผิวเผิน หากแต่จะต้องฝึกตนเองให้มีความรู้ความ เชี่ยวชาญทั้งวิธีเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การวิจัยแบบผสมผสานสามารถแบ่งการผสมผสานเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่

- 1) การผสมผสานวิธีรวบรวมข้อมูลหลาย ๆ วิธีในการวิจัย (Mixed Methods)
- 2) การผสมผสานรูปแบบของการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mixed Models)

ทั้งนี้อาจผสมผสานโดยให้น้ำหนักความสำคัญกับการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเท่าเทียมกันหรือ ผสมผสานในลักษณะวิธีหลัก-วิธีรอง กล่าวคือ ให้น้ำหนักความสำคัญกับการดำเนินการวิจัยแบบใด แบบหนึ่งมากกว่าอีกแบบหนึ่งทั้งในระยะเดียวกันหรือในระยะที่ต่างกันของการวิจัย สำหรับการ ผสมผสานรูปแบบนี้

Creswell และ Clark (2011) ได้เสนอปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกรูปแบบการวิจัยไว้

4 ประการ

- 1) ระดับการเชื่อมโยงของผลการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Integration)
- 2) ระดับความสำคัญของผลการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Priority)
- 3) เวลาในการดำเนินการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Timing)
- 4) ช่วงเวลาและวิธีการผสมผสานการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mixing)

การวิจัยแบบผสมผสานยึดปรัชญาปฏิบัตินิยมซึ่งเป็นแนวคิดที่มีความเชื่อพื้นฐานในการ แสวงหาความจริงที่เน้นผลลัพธ์จากการปฏิบัติมุ่งการแก้ปัญหามากกว่าการยึดติดวิธีวิจัย ใช้วิธีเก็บ ข้อมูลหลากหลายวิธีและมุ่งที่การปฏิบัติในโลกแห่งความเป็นจริง

ความหมายของการวิจัยแบบผสมผสาน

การวิจัยแบบผสมผสานมีชื่อที่ใช้เรียกแตกต่างกันทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเช่น การวิจัยพหุวิธี (Multi-methods) การวิจัยพหุกลยุทธ์ (Multi-strategy) การวิจัยแบบผสมวิธีวิทยา (Mixed Methodology) ชื่อที่ได้รับความนิยมมากที่สุดและนำมาใช้ในบทความนี้คือ การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research หรือ MMR) (วัลนิกา ฉลากบาง, 2560)

จากการที่มีชื่อเรียกต่างกัน มีข้อสังเกตว่าการวิจัยแบบพหุวิธีและการวิจัยแบบผสมผสานมีความแตกต่างกันตรงที่การวิจัยแบบพหุวิธีใช้วิธีรวบรวมข้อมูลมากกว่าหนึ่งวิธีแต่วิธีที่นำมาใช้นั้นมาจากกระบวนการทัศนคติการวิจัยแบบเดียวกัน เช่น วิธีเชิงปริมาณอย่างเดียว หรือวิธีเชิงคุณภาพอย่างเดียว ขณะที่การวิจัยแบบผสมผสานใช้วิธีรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพผสมผสานกัน แต่การจะเลือกวิธีรวบรวมข้อมูลแบบใดมาผสมผสานกันนั้นขึ้นกับแนวคิดเชิงปรัชญา (Philosophical Assumption) ซึ่งประกอบด้วยภววิทยาหรือธรรมชาติของความจริง (Ontology) และญาณวิทยาหรือวิธีค้นหาความรู้ความจริง (Epistemology) ซึ่งจะเป็นสิ่งที่กำหนดกรอบการคิด (Frame of Reference) ของนักวิจัย การผสมผสานวิธีรวบรวมข้อมูล ในกระบวนการวิจัยแบบผสมผสานมีความเกี่ยวข้องกับ 2 ประเด็นคือ แบบแผนการวิจัย (Research Design) ซึ่งเชื่อมโยงไปถึงการเลือกวิธีเก็บข้อมูลซึ่งต้องสัมพันธ์กับลักษณะของคำถามวิจัย และการวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล (Creswell and Clark, 2011) ด้วยเหตุดังกล่าว การวิจัยแบบผสมผสานจึงมีความเชื่อว่าข้อมูลที่ได้จากวิธีเดียวไม่สามารถอธิบายรายละเอียด ของสถานการณ์หรือปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้อย่างลึกซึ้ง ดังนั้นการผสมผสานวิธีทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจะทำให้ได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์สามารถให้คำตอบในปัญหาวิจัยได้อย่างดี

นักวิชาการได้แสดงทัศนะเกี่ยวกับความหมายของการวิจัยแบบผสมผสานว่า การวิจัยแบบผสมผสานเป็นการวิจัยที่ใช้วิธีวิทยาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ แล้วนำผลการวิจัยมาสรุปร่วมกันทั้งนี้เพื่อให้ได้คำตอบที่สมบูรณ์ที่สุด สำหรับประเด็นในการผสมผสานนั้นจะครอบคลุมตั้งแต่การกำหนดปัญหาวิจัย การกำหนดวิธีการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การแปลความหมาย และการสรุปอ้างอิง นอกจากจะผสมผสานกันระหว่างวิธีเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแล้วยังผสมผสานข้อมูลที่มีลักษณะต่างกันและการใช้ผู้ศึกษาที่ต่างกันอีกด้วย (Julia Brannen, 2007; Creswell and Clark, 2011)

จากทัศนะของนักวิชาการดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า การวิจัยแบบผสมผสานหมายถึงการแสวงหาความรู้ความจริงด้วยการใช้วิธีเชิงปริมาณและวิธีเชิงคุณภาพร่วมกันในระยะใดระยะหนึ่งหรือใช้ต่อเนื่องในระยะที่ต่างกันแล้วนำผลที่ได้จากแต่ละวิธีมาสรุปร่วมกันซึ่งจะทำให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในสิ่งที่ศึกษา

ความสำคัญของการวิจัยแบบผสมผสาน

ตามแนวคิดของ Julia Brannen (2007) และ Creswell และ Clark (2011) ให้ข้อสรุปว่าการวิจัยแบบผสมผสานมีความสำคัญดังนี้

1) ผลการวิจัยจากวิธีการวิจัยแบบผสมผสานวิธีสามารถเสริมต่อกัน โดยใช้ผลการวิจัยจากวิธีหนึ่งอธิบายขยายความผลการวิจัยอีกวิธีหนึ่ง ช่วยให้การตอบคำถามการวิจัยได้ละเอียดชัดเจนมากกว่าการใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพเพียงรูปแบบเดียว

2) การใช้ผลการวิจัยจากวิธีหนึ่งไปช่วยพัฒนาการวิจัยอีกวิธีหนึ่งหรือการใช้ผลการวิจัยวิธีหนึ่งไปตั้งคำถามการวิจัยอีกวิธีหนึ่ง

3) การวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพต่างก็มีจุดเด่นในตนเอง สามารถนำจุดเด่นมาใช้ในการแสวงหาความรู้ความจริงได้ถูกต้องแม่นยำยิ่งขึ้น

4) การวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพต่างก็มีจุดด้อยในตนเอง ผู้วิจัยสามารถใช้จุดเด่นของการวิจัยเชิงปริมาณมาแก้ไขจุดด้อยของการวิจัยเชิงคุณภาพ ขณะเดียวกันอาจใช้จุดเด่นของการวิจัยเชิงคุณภาพมาแก้ไขจุดด้อยของการวิจัยเชิงปริมาณ

5) สามารถนำผลผลิตจากการวิจัยแบบผสมผสานวิธีมาสร้างความรู้ความจริงที่สมบูรณ์สำหรับใช้ในการปรับเปลี่ยนทฤษฎีหรือการปฏิบัติงาน

จุดมุ่งหมายของการวิจัยแบบผสมผสาน

จากการประมวลทัศนะของนักวิชาการ (Greene, Caracelli and Graham, 1989; Creswell and Clark, 2011) สามารถสรุปจุดมุ่งหมายของการวิจัยแบบผสมผสานได้ดังนี้

1) เพื่อแก้ไขจุดอ่อนและเสริมจุดแข็งของการวิจัยเชิงเดี่ยว (Mono method Research)

2) เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในผลการวิจัยด้วยการใช้วิธีต่าง ๆ ในการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation)

3) เพื่อเสริมความสมบูรณ์หรือเติมเต็มประเด็นที่แตกต่างของปรากฏการณ์ที่ศึกษา

4) เพื่อค้นหาประเด็นหรือข้อค้นพบที่ผิดปกติขัดแย้งหรือเป็นทัศนะใหม่

5) เพื่อนำผลการศึกษาในระยะหนึ่งไปใช้ให้เป็นประโยชน์ในอีกระยะหนึ่งของการวิจัย

6) เพื่อขยายงานวิจัยให้มีขอบเขตกว้างขวาง กลุ่มลึกลงมากขึ้น

7) เพื่อให้ได้ข้อมูลการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

นอกจากนี้ McMillan และ Schumacher (2010) ยังได้สรุปจุดมุ่งหมายวิธีวิทยาการวิจัยแบบผสมผสาน ซึ่งอาจเป็นประการใดประการหนึ่งหรือหลายประการดังนี้

1) เพื่อเป็นการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ให้เกิดความเชื่อมั่นในผลการวิจัยมากขึ้น

2) เพื่อเป็นการเสริมให้สมบูรณ์หรือเติมให้เต็ม เช่น ตรวจสอบประเด็นที่ซ้ำซ้อนหรือประเด็นที่แตกต่างของปรากฏการณ์ที่ศึกษา เป็นต้น

3) เพื่อเป็นการริเริ่ม เช่น ค้นหาประเด็นที่ผิดปกติค้นหาประเด็นที่มีความขัดแย้งหรือทัศนะใหม่ ๆ เป็นต้น

4) เพื่อเป็นการพัฒนา เช่น นำเอาผลจากการวิจัยในขั้นตอนหนึ่งไปใช้ให้เกิดประโยชน์กับการวิจัยในอีกขั้นตอนหนึ่ง เป็นต้น

5) เพื่อเป็นการขยายให้งานวิจัยมีขอบข่ายที่กว้างขวางมากขึ้น วิธีวิทยาการวิจัยแบบผสมผสานจำแนกออกเป็นสองลักษณะ คือ การประยุกต์ลักษณะเดี่ยว (Single Application) และการประยุกต์ลักษณะพหุ (Multiple Application) โดยการผสมผสานนั้นเกิดขึ้นภายในขั้นตอนของการวิจัย ซึ่งกระบวนการศึกษาการวิจัยที่ใช้อาจเป็นเชิงปริมาณ แต่การรวบรวมข้อมูลอาจเป็นเชิงคุณภาพ หรือ

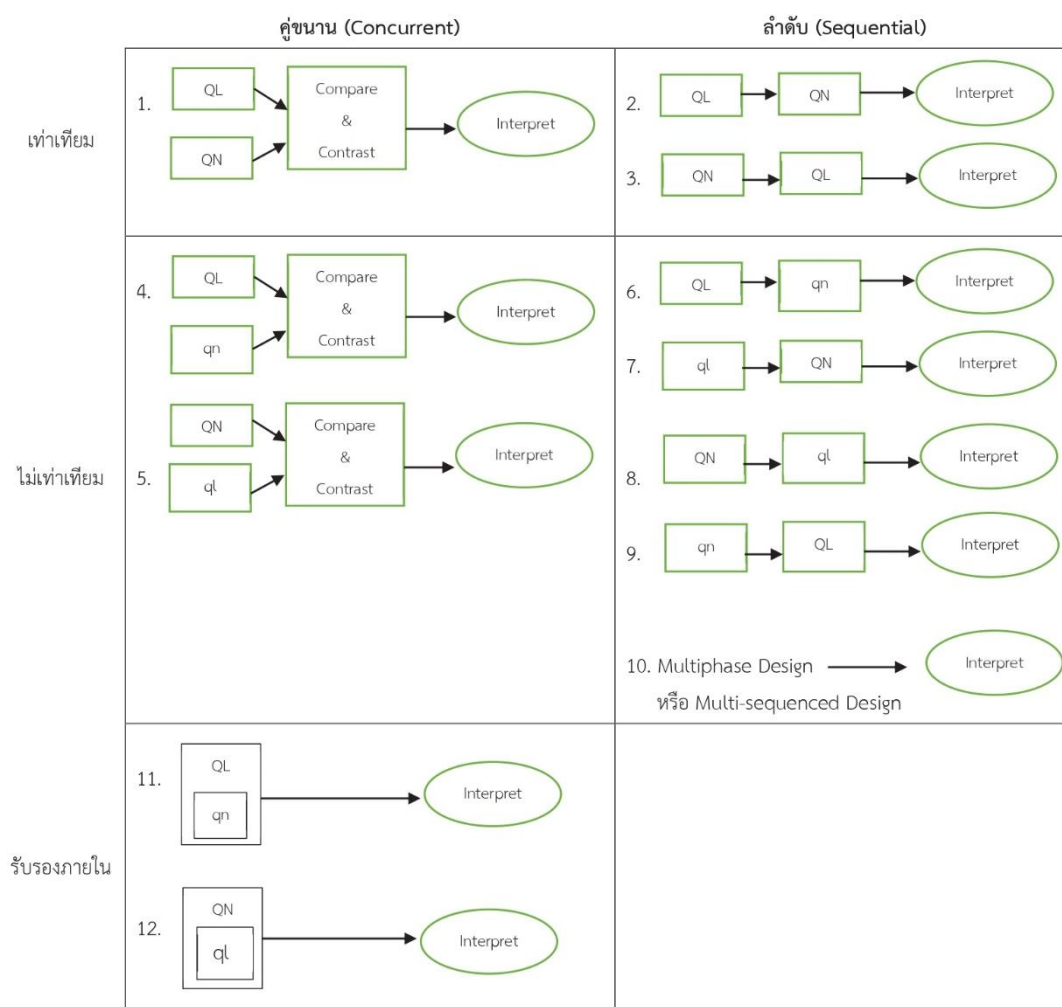
กลับกันหรือข้อมูลที่รวบรวมมาอาจเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ แต่อาจวิเคราะห์ให้เป็นเชิงปริมาณ ด้วยการปรับข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นเชิงปริมาณ หรือข้อมูลเชิงปริมาณ แต่วิเคราะห์ให้เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการปรับข้อมูลเชิงปริมาณให้เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพดังความแตกต่างของการวิจัยเชิงปริมาณกับการวิจัยเชิงคุณภาพการผสานข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ แนวคิดในการผสานข้อมูลระหว่างข้อมูลเชิงปริมาณกับข้อมูลเชิงคุณภาพนั้น ยังมีความคิดเห็นที่แตกต่างกันในหมู่นักวิชาการ โดยบางท่านเห็นว่า ข้อมูลทั้ง 2 แบบ เข้ากันไม่ได้เนื่องจากใช้สมมติฐานทางทฤษฎีที่ต่างกัน บางท่านเห็นว่า เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านเวลาในการทำการวิจัย จึงมีความจำเป็นที่จะต้องกำหนดขอบเขตของการศึกษา ซึ่งถือว่าเป็นอุปสรรคต่อการวิจัยที่จะใช้การผสานข้อมูลระหว่างข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ ในขณะที่บางท่านเห็นว่าการผสานวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณเข้าด้วยกัน อาจทำให้ได้ผลผลิตสุดท้ายที่สามารถแสดงให้เห็นคุณประโยชน์อย่างสำคัญของวิธีการวิจัยทั้งสองแบบอย่างเด่นชัด อย่างไรก็ตาม สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงก็คือ แนวทางการวิจัยนั้นจะต้องเหมาะสมสอดคล้องกับคำถามการวิจัย มากกว่าความพึงพอใจต่อวิธีการวิจัยของแต่ละบุคคล ในการผสานวิธีการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพนั้น เราสามารถนำมาใช้ได้ในลักษณะดังต่อไปนี้

1) การใช้วิธีการวิจัยหนึ่งช่วยสนับสนุนอีกวิธีการวิจัยหนึ่ง เช่น วิธีการวิจัยเชิงปริมาณอาจแสดงให้เห็นถึงปรากฏการณ์หรือเหตุการณ์บางอย่างที่เกิดขึ้น ซึ่งสามารถอธิบายปรากฏการณ์หรือเหตุการณ์เหล่านั้นได้ด้วยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

2) การใช้วิธีการวิจัยทั้งสองวิธีศึกษาหาคำตอบให้กับคำถามการวิจัยคำถามเดียวกัน เราอาจใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณเก็บรวบรวมข้อมูลที่ง่าย ๆ ไม่ซับซ้อน (Simple) หรือข้อมูลตัวเลขจากกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ และใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลที่ละเอียด หรือข้อมูลเชิงลึกจากกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดเล็ก สิ่งหนึ่งที่จะต้องพิจารณาตั้งแต่เริ่มแรกก่อนตัดสินใจใช้วิธีการวิจัยแบบผสมวิธีก็คือเรื่องเวลาและทรัพยากร ที่จะใช้ในการดำเนินการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods) บ่อยครั้งที่วิธีการศึกษาแบบผสมวิธีจะต้องใช้เวลาและงบประมาณมากกว่าวิธีการวิจัยเฉพาะแบบใดแบบหนึ่ง ดังนั้น จึงจำเป็นที่จะต้องพิจารณาเรื่องนี้อย่างรอบคอบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีที่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับเวลาและทรัพยากร ลักษณะสำคัญ ๆ ในแต่ละองค์ประกอบของวิธีการ วิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ที่ทำให้เกิดลักษณะของวิธีการวิจัยแบบผสม

แบบแผนการวิจัยผสมผสาน

จากทัศนะของ Brannen (2007) และ Creswell และ Clark (2011) สามารถสรุปแบบแผนของการวิจัยแบบผสมผสานได้ 12 แบบแผน ซึ่งมีทั้งแบบแผนที่ทำการศึกษาวิจัยระยะเดียวที่เรียกว่าแบบแผนคู่ขนาน (Concurrent or Simultaneous Design) แบบแผนที่ทำการศึกษาวิจัยสองระยะที่เรียกว่าแบบแผนลำดับขั้น (Sequential Design) และแบบแผนที่ทำวิจัยมากกว่าสองระยะที่เรียกว่าแบบแผนหลายระยะ (Multiphase or Multi-sequenced Design) แบบแผนที่ให้ความสำคัญกับวิธีเชิงปริมาณและวิธีเชิงคุณภาพอย่างเท่าเทียมกัน (Equivalent Status Design) แบบแผนที่ใช้วิธีใดวิธีหนึ่งเป็นวิธีหลักและอีกวิธีหนึ่งเป็นวิธีรอง (ไม่เท่าเทียมกัน) (Dominant-Less Dominant Design) และแบบแผนรองรับภายใน (Embedded Design) เพื่อให้เกิดความเข้าใจในแบบแผนต่าง ๆ ของการวิจัยแบบผสมผสานง่ายขึ้น ขออธิบายความหมายของข้อความและสัญลักษณ์ที่ใช้ในแต่ละแบบแผนดังรูปภาพที่ 1



ภาพประกอบ 1 ข้อความและสัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิจัยผสมผสานในแต่ละแบบแผน
ที่มา : Brannen, 2007; Creswell and Clark, 2011

QL หมายถึง ใช้วิธีเชิงคุณภาพเป็นวิธีหลัก

QN หมายถึง ใช้วิธีเชิงปริมาณเป็นวิธีหลัก

ql หมายถึง ใช้วิธีเชิงคุณภาพเป็นวิธีรอง

qn หมายถึง ใช้วิธีเชิงปริมาณเป็นวิธีรอง

คู่ขนาน หมายถึง การใช้วิธีเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพพร้อม ๆ กัน เพื่อเสริมเติมเต็มซึ่งกันและกัน ดำเนินการวิจัยระยะเดียว

ลำดับขั้น หมายถึง การใช้วิธีเก็บข้อมูล เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแบบใดแบบหนึ่งเป็นวิธีหลักและอีกแบบเป็นวิธีรอง ดำเนินการวิจัยเป็นสองระยะ

เท่าเทียม หมายถึง การใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเป็นวิธีหลักอย่างเท่าเทียมกัน

ไม่เท่าเทียม หมายถึง การใช้วิธีเก็บข้อมูลแบบใดแบบหนึ่งเป็นวิธีหลักและอีกแบบเป็นวิธีรองไม่ว่าจะดำเนินการวิจัยระยะเดียวหรือสองระยะก็ตาม

รองรับภายใน หมายถึง การใช้วิธีเก็บข้อมูลแบบใดแบบหนึ่งเป็นวิธีหลักและอีกแบบหนึ่งเป็นวิธีรอง แต่ประเด็นที่ศึกษาด้วยวิธีหลักและวิธีรองไม่ใช่ประเด็นเดียวกัน นิยมใช้แบบแผนนี้ในการวิจัยเชิงทดลองไม่ว่าจะดำเนินการวิจัยระยะเดียว (แบบดั้งเดิม) หรือสองระยะก็ตามแม้การวิจัยแบบผสมผสานจะมีหลายแบบแผน แต่ก็มิได้หมายความว่า นักวิจัยจะต้องยึดติดกับแบบแผนใดแบบแผนหนึ่ง แต่จะต้องมีศิลปะในการเลือกและผสมผสานวิธีวิทยาและวิธีรวบรวมข้อมูลที่เหมาะสมที่สุดกับความมุ่งหมายของการวิจัยภายใต้ทรัพยากรและสภาพแวดล้อมที่มีหรือเป็นอยู่

รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน

การวิจัยแบบผสมผสาน แบ่งออกได้ตามเวลาการดำเนินการวิจัย และความสำคัญของการวิจัยเป็น 6 รูปแบบ (Creswell, 2011) ได้แก่

1) การวิจัยแบบพร้อมกัน (Convergent Parallel Design) เป็นการที่นักวิจัยดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพพร้อมกันกับเชิงปริมาณ โดยให้ความสำคัญกับการวิจัยทั้ง 2 อย่างแบบเท่าเทียมกัน และนำผลมารวมกันในช่วงการแปลผลเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง หรือทำให้การวิจัยสมบูรณ์มากขึ้น

2) การวิจัยแบบขั้นตอนเชิงอธิบาย (Explanatory Sequential Design) เป็นการวิจัยที่แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ช่วงแรกเป็นการวิจัยเชิงปริมาณก่อน ต่อจากนั้นเป็นการวิจัยคุณภาพเพื่อช่วยในการอธิบายผลให้กระจ่างยิ่งขึ้น

3) การวิจัยแบบขั้นตอนเชิงสำรวจ (Exploratory Sequential Design) เป็นการวิจัยที่แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ช่วงแรกเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ และนำผลมาต่อยอดด้วยการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อยืนยันและสามารถนำผลไปใช้ต่อในวงกว้าง

4) การวิจัยแบบรองรับภายใน (Embedded Design) เป็นการวิจัยที่มีการวิจัยย่อยเป็นเชิงคุณภาพหรือเชิงปริมาณภายในการวิจัยหลัก ไม่ว่าจะเป็นเชิงคุณภาพหรือเชิงปริมาณเพื่อให้การวิจัยไปสนับสนุนการวิจัยหลักให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

5) การวิจัยแบบปฏิรูป (Transformative Design) เป็นการวิจัยที่นักวิจัยต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกรอบแนวคิดจากผลการวิจัย เป็นการวิจัยด้วยวิธีวิจัยหนึ่งแล้วต่อยอดด้วยอีกวิธีหนึ่งแบบไหนก่อนก็ได้อย่างอิสระ เพื่อต้องการให้เกิดความร่วมมือสูงสุด มักดำเนินการในกลุ่มประชากรที่เข้าถึงยาก แล้วนำผลของการศึกษามาสารุปร่วมกันในช่วงแปลผล

6) การวิจัยแบบหลายช่วง (Multi-Phase Design) เป็นการวิจัยที่มีหลายช่วงหลายรูปแบบ อาจมีทั้งแบบเป็นขั้นตอน และแบบพร้อมกัน เพื่อตอบปัญหาในการวิจัยอย่างเป็นระบบพร้อมกัน ซึ่งอาจต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของนักวิจัยเป็นกลุ่มใหญ่

ส่วน Tashakkori และ Teddie (1998) ได้นำเสนอรูปแบบการวิจัยแบบผสมผสานไว้ 4 รูปแบบดังนี้

- 1) การวิจัยด้วยการศึกษาเชิงคุณภาพก่อน เพื่อที่จะนำผลการศึกษามาพัฒนาเครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (Qualitative Measures to Develop Quantitative Tools)
- 2) การวิจัยด้วยการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อที่จะนำผลการศึกษาไปอธิบายหรือสนับสนุนผลการศึกษาเชิงปริมาณ (Qualitative Methods to Explain Quantitative Results)
- 3) การวิจัยด้วยการศึกษาเชิงปริมาณ เพื่อที่จะเสริมให้ขนาดตัวอย่างในขั้นตอนการศึกษาเชิงคุณภาพมีขนาดใหญ่ และเพียงพอ (Quantitative Methods to Enlarge on Qualitative Study)
- 4) การวิจัยด้วยการศึกษาเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณที่เท่าเทียมกันและดำเนินการไปพร้อม ๆ กันก่อน (Quantitative and Qualitative Methods Equal and Parallel)

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า การวิจัยแบบผสมผสาน ซึ่งมีพื้นฐานมาจากปรัชญาหรือกระบวนทัศน์ โดยหลักการของวิธีการผสมผสานมี 3 ส่วนหลัก ๆ คือ วิธีวิจัย (Method) ที่แตกต่างกัน การวิเคราะห์ข้อมูล และการตีความ หลักปรัชญา ทฤษฎีและแนวคิดต่าง ๆ และเครื่องมือที่นำมาประยุกต์ใช้ในการวิจัย ซึ่งหัวใจหลักของวิธีการวิจัยแบบผสมผสาน คือ การรวบรวมข้อมูลที่ต้องนำมาตีความหรือวิเคราะห์ร่วมกัน การวิจัยแบบผสมผสานแบ่งได้เป็น 12 แบบแผน การจะนำแบบแผนใดไปใช้จะต้องคำนึงถึงแบบแผนที่สามารถทำได้คำตอบหรือความรู้ ความจริงที่ถูกต้องและชัดเจน กว้างขวางและสมบูรณ์ที่สุดในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะนำแบบแผนที่เหมาะสมมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมาต่อไป

2.7 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการวิจัยเชิงพัฒนาที่มุ่งแสวงหาแนวทางที่เหมาะสมเฉพาะตนในการปรับปรุง พัฒนา และประเมินตนเอง จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือและยินยอมพร้อมใจของบุคคลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการงานนั้น เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ และให้การพัฒนาที่ยั่งยืนในสังคมเป็นการพัฒนาที่ยั่งยืน (ภัทราพร เกษสังข์, 2559)

วิจัยเชิงปฏิบัติการ เริ่มต้นเมื่อปี 1940 โดย Collier (1945) เป็นคนแรกที่มีแนวคิดในการรวมทีมวิจัยที่ประกอบด้วย นักวิจัย นักบริหาร และประชาชนในการปรับปรุงความสัมพันธ์ของเชื้อชาติ และ Kurt Lewin (1946; อ้างถึงใน ภัทราพร เกษสังข์, 2559) ได้นำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ในการปรับปรุง วิธีการปฏิบัติงานของโรงงาน ซึ่ง Kurt Lewin ได้ชื่อว่าเป็นบิดาแห่งการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นนักจิตวิทยาสังคมชาวเยอรมัน ผู้มีเชื้อสายยิวที่อพยพถิ่นฐานเข้ามาพำนักในประเทศสหรัฐอเมริกา Lewin กล่าวว่า Action research เป็นการวิจัยเปรียบเทียบสภาพและผลที่ได้รับจากการกระทำทางสังคม และงานวิจัยนำไปสู่การกระทำทางสังคม เป็นขั้นตอนของเกลียวสว่าน ซึ่งแต่ละขั้นตอนประกอบด้วย 1) ขั้นตอนแรกเป็นการวางแผนเพื่อเปลี่ยนพื้นที่หรือพฤติกรรมของบุคคล 2) นำกิจกรรมการเปลี่ยนแปลงไป 3) ประเมินผลการเปลี่ยนแปลง 4) ปรับปรุงการปฏิบัติการให้ดีขึ้น 5) เริ่มกระบวนการทั้งหมดอีกครั้ง

ปัจจุบันยังคงใช้ขั้นตอนนี้แต่มีการเปลี่ยนแปลงไปมาก โดยเฉพาะมีความเป็นประชาธิปไตย (Democratic) มากขึ้น และมีส่วนร่วมมากขึ้น และการวิจัยเชิงปฏิบัติการถูกนำไปดำเนินการในหลายสาขาวิชา เช่น การจัดการ สังคมวิทยา การดูแลสุขภาพ เป็นต้น

ลักษณะของวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเริ่มจากการปรับปรุงงานของตน แล้วขยายวงกว้างออกไป เพื่อเผยแพร่ให้ผู้อื่นได้รับรู้ และหากมีลักษณะปัญหาเดียวกันก็ต้องได้รับการปรับปรุง เมื่อพัฒนางานเหมือนกันก็ต้องร่วมมือกันแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน (ภัทรพร เกษสังข์, 2559) ดังนั้น ลักษณะสำคัญของวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ

1. จักรงานที่ตนปฏิบัติอยู่ลงมือดำเนินการด้วยวิธีต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไข
2. กระบวนการดำเนินการโดยผ่านวงจรต่อเนื่องเป็นชุด ๆ เป็นวงจรเกลียวสว่าน (วงจรหนึ่งประกอบด้วย การวางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกตรวบรวมข้อมูล และสะท้อนผล) ซึ่งวนอย่างเป็นระบบ และปฏิบัติการอย่างมีวิจารณ์ญาณ การปฏิบัติมีความสอดคล้องรองรับกัน มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องต่อเนื่องกันจนเกิดผลการเปลี่ยนแปลงนั้น
3. ลักษณะการตอบสนอง ทันเวลา ทันเหตุการณ์ ในขณะที่ปฏิบัติงาน ดังนั้นจึงให้ความสำคัญกับข้อมูลเชิงคุณภาพ
4. กิจกรรมทุกระยะสามารถเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีส่วนร่วมรับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับงาน หรือผู้รับงาน รับรู้เข้ามามีส่วนร่วมช่วยกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ถึงกระบวนการปฏิบัติงานและผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ และพยายามให้การร่วมด้วยช่วยกันดำรงอยู่ เพราะเป็นการควบคุมกระบวนการปฏิบัติงานให้มีความเหมาะสมไปในตัวด้วย

วงจรของวิจัยเชิงปฏิบัติการ

หลักเกณฑ์พื้นฐาน 4 ประการของวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Kemmis S, McTaggart R. 1988; ภัทรพร เกษสังข์, 2559) หลักเกณฑ์พื้นฐานทั้ง 4 ที่เกี่ยวข้องกัน และพัฒนาต่อเนื่องเป็นวงจร และหมุนเป็นวงกลม เจาะลึกเข้าไปแบบเกลียวสว่าน ในการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการกลุ่มและสมาชิกจะต้องปฏิบัติดังนี้

1. พัฒนาแผน (Plan) การปฏิบัติเพื่อปรับปรุงสิ่งที่เกิดขึ้นแล้วให้ดีขึ้น
2. การปฏิบัติ (Action) ตามแผน (การนำแผนไปปฏิบัติ)
3. การสังเกต (Observe) ผลการปฏิบัติ (เก็บข้อมูล)
4. สะท้อนผล (Reflect) ผลของการปฏิบัติให้นำเป็นพื้นฐานของการวางแผนงานต่อไป

อย่างต่อเนื่องตลอดวงจร

การทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามข้อความดังกล่าวข้างต้น ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) โดยนำความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมที่หมุนไปในกระบวนการเหล่านี้มาใช้ เป็นเสมือนแหล่งที่ทำให้เกิดการปรับปรุง และแหล่งความรู้ ซึ่งแต่ละกิจกรรมอธิบาย โดยสรุปดังนี้

การวางแผน (Plan) คือแนวทางปฏิบัติซึ่งตั้งความคาดหวังไว้ให้เป็นการมองไปในอนาคตข้างหน้า การกำหนดแผนทั่วไปต้องมีความยืดหยุ่น เพื่อที่จะสามารถปรับให้เข้ากับเปลี่ยนแปลง และความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้น ได้เกิดกิจกรรมที่เลือกเข้ามำกำหนดแผน ผู้ร่วมงาน

จะต้องให้ความร่วมมือในการอภิปราย เพื่อให้เกิดการวิเคราะห์ และปรับปรุง การกำหนดแผนงานที่จะสามารถปฏิบัติได้จริงในสภาพการณ์ที่เป็นอยู่

การปฏิบัติ (Action) การปฏิบัติจะดำเนินตามแผนที่ได้วางแผนไว้อย่างมีเหตุผล และมีการควบคุมอย่างสมบูรณ์ ส่วนการปฏิบัติอาจมีโอกาสผันแปรตามสภาพการณ์และบุคคล แผนที่ยังไว้อาจต้องสามารถปรับแก้ไขได้เรื่อย ๆ ตามผลการตัดสินใจเกี่ยวกับการกระทำนั้นๆ

การสังเกต (Observe) เป็นการทำหน้าที่เก็บข้อมูลเกี่ยวกับผลที่ได้จากการปฏิบัติงาน มีรายงานหลักฐานที่มาจาก การสังเกตอย่างรอบคอบ และระมัดระวัง เนื่องจากการปฏิบัติงานอาจมีข้อจำกัดข้อขัดแย้ง ซึ่งไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า ข้อมูลที่ได้มาจากการสังเกตจะต้องมาจากการมองหลายมุมและควบคุมในทุก ๆ ด้าน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแผนการดำเนินงานต่อไป

การสะท้อน (Reflect) การสะท้อนทำให้คิดถึงการทำตามที่ได้บันทึกไว้จากการสังเกต และการเก็บข้อมูลอื่น ๆ ประกอบ การสะท้อนผลจะมีลักษณะเป็นการประเมินอย่างหนึ่ง ซึ่งผู้วิจัยเชิงปฏิบัติการจะต้องตัดสินใจจากประสบการณ์ของตนเองว่าผลของการปฏิบัติจะต้องมีการปรับเปลี่ยน เพื่อแก้ไขไปในทิศทางใด

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการที่เคลื่อนไหว ไม่หยุดนิ่ง ซึ่งมีการเคลื่อนไหวในลักษณะของเกลียวสว่าน ระหว่างการวางแผน การปฏิบัติงาน การสังเกต และการสะท้อนผล

ดังที่กล่าวมาข้างต้น จึงสรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง กระบวนการวิจัยที่ให้ความสำคัญกับ การมีส่วนร่วม การร่วมมือของบุคคลผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กับปัญหาที่ต้องการแก้ไข โดยมีจุดมุ่งหมาย เพื่อการปรับปรุงปัญหาให้ดีขึ้น เพื่อการเปลี่ยนแปลง โดยการปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จะต้องบูรณาการความรู้กับการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นตามสภาพจริงในบริบทนั้น ๆ นอกจากนั้นในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ นักวิจัยต้องใช้หลักการทำงานแบบมีส่วนร่วม มีความเชื่อร่วมกันระหว่างนักวิจัยกับผู้ร่วมวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นรูปแบบการผสมผสานวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative) และวิธีคุณภาพ (Qualitative) มีเป้าหมายสูงสุด คือ ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อเรียนรู้สู่การปฏิบัติ วิธีการที่จะเลือกใช้ขึ้นอยู่กับบริบทที่จะศึกษา โดยวิธีการเด่นของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ มีลักษณะการดำเนินการวิจัย เป็นวงจร หรือเกลียว(Spiral) มีความเป็นพลวัต ในวงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เริ่มต้นที่การวางแผน(Planning) เป็นการวางแผนที่นำไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ลำดับต่อมา คือ การปฏิบัติ (Action) เป็นการปฏิบัติงานตามแผนที่กำหนดไว้ จากนั้นเข้าสู่การติดตามผลการปฏิบัติเป็นการสังเกต(Observation) และขั้นสุดท้าย คือ การสะท้อน (Reflection) เป็นการสะท้อนผลของการปฏิบัติว่าได้ดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ เป็นการส่งเสริมให้ผู้วางแผนได้เรียนรู้หรือเข้าใจ จุดอ่อนและจุดแข็งของแผน เพื่อนำไปสู่การปรับแผนการดำเนินงานในขั้นตอนต่อไป เพื่อที่จะเริ่มต้นเข้าสู่เกลียวลำดับวงจรต่อไปของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (ภัทรพร เกษสังข์, 2559)

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า การศึกษาแนวคิดทฤษฎีการวิจัยเชิงปฏิบัติการดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่าแนวคิดกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ของ Kemmis S, McTaggart R. 1988 ได้แก่ ขั้นตอนการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อน

เพื่อนำไปสู่การปรับแผนการดำเนินงานในแต่ละวงจร สามารถทำให้การศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบ การป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา มีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาบริบทในการดำเนินงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาแก้ปัญหาพัฒนากิจกรรมในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง วิธีการปฏิบัติงานในการดำเนินงาน ป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ภายใต้การมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน ร่วมมือกันวิเคราะห์หาทางแก้ไข ลงมือปฏิบัติ และประเมินผล จากการสะท้อนความคิด นำสู่การวางแผนการดำเนินงาน เพื่อปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพในพื้นที่ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมาต่อไป

2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ธนิดา อิงนิวัฒน์ (2560) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายแบบมณีเวชต่อการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป แบ่งสองกลุ่ม กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลองได้โปรแกรม มีการออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง วันละ 40-60 นาที เป็นเวลา 8 สัปดาห์ เก็บข้อมูลโดยแบบบันทึกผลการทดสอบสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ ประเมินการทรงตัวด้วยการเดินเร็วอ้อมหลัก 3 เมตร ความอ่อนตัวด้วยการนั่งงอตัวไปข้างหน้า และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาด้วยการยืน-นั่งบนเก้าอี้ 30 วินาที ทดสอบวัด 3 ครั้ง ก่อนเริ่มทดลอง หลังสัปดาห์ที่ 6 และ หลังสัปดาห์ที่ 8 เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ One-Way ANOVA และทดสอบเปรียบเทียบภายในกลุ่มโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว แบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) และทดสอบความแตกต่างรายคู่โดยวิธีของบอนเฟอโรนี (Bonferroni) ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการทรงตัวลดลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังสัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 8 สำหรับความอ่อนตัวมีความแตกต่างภายหลังสัปดาห์ที่ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น โปรแกรมการออกกำลังกายแบบมณีเวชทำให้การทรงตัว ความอ่อนตัว และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาดีขึ้นและมีผลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุได้ จึงเป็นแนวทางให้หน่วยงานหรือเจ้าหน้าที่สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้สูงอายุในการป้องกันการหกล้มที่บ้านและในชุมชนต่อไป

จุฬารัตน์ ห้าวหาญ และคณะ (2561) ศึกษาปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม ในผู้สูงอายุเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประชากรกลุ่มตัวอย่างอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป จากชุมชนในจังหวัดอุบลราชธานี ขอนแก่น มหาสารคาม อุดรธานี นครราชสีมา และสุรินทร์ รวมจำนวน 1,605 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาริเริ่มนี้มีอายุเฉลี่ย 70.47 ปี (SD = 7.65, อายุต่ำสุด-สูงสุด = 60-96) เป็นเพศชาย ร้อยละ 61.1 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ การคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมทางคลินิกในการประเมินข้อเข่าผิดตึงหลังตื่นนอนตอนเช้านานมากกว่า 30 นาที เสี่ยงดังกรอบแกรบ ในข้อเข่าขณะเคลื่อนไหว กดเจ็บที่กระดูกข้อเข่า (ข้อใหญ่ผิดรูป และไม่พบข้ออุ่น) มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ผลการ

วิเคราะห์ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อภาวะการหกล้มพบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และอาการที่สัมพันธ์กับโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ อาการข้อเข่าฝืดตึงหลังตื่นนอน ตอนเช้า อาการกดเจ็บที่กระดูกข้อเข่า เสียงดังกรอบแกรบในข้อเข่าขณะเคลื่อนไหว ไม่พบข้ออักเสบ และข้อใหญ่ ผิดรูป ปัจจัยดังกล่าวร่วมกันทำนายภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้ร้อยละ 20.7

จิราพร เกศพิชญวัฒนา และภัทรพร คงบุญ (2563) ศึกษาสถานการณ์การพลัดตกหกล้ม ปัจจัยเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มระดับประเทศ ศึกษาหาปัญหา/อุปสรรค ปัจจัยความสำเร็จ และหาพื้นที่ที่มีแนวปฏิบัติที่ดี ที่ดำเนินมาตรการป้องกันการพลัดตกหกล้ม เพื่อนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนามาตรการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการศึกษาแบ่งส่วนแรก การศึกษาเชิงปริมาณ ใช้ข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุปี พ.ศ.2557 และ ปี พ.ศ. 2560 จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ส่วนที่สองการศึกษาเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก ในพื้นที่ คือ จังหวัดชลบุรี จังหวัดนครศรีธรรมราช จังหวัดน่าน จังหวัดอุดรธานี และ กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่แข็งแรง ไม่มีภาวะทุพพลภาพ ที่ล้มจากอุบัติเหตุ ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิง มีการล้ม ร้อยละ 1.4 และเพศชาย ร้อยละ 1.7 ขณะที่การล้มแบบธรรมชาตินั้น เพศหญิงหกล้ม ร้อยละ 1 และเพศชายหกล้ม ร้อยละ 0.9 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการล้มจากอุบัติเหตุ ในผู้สูงอายุ คือ อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ผู้สูงอายุทำงาน ผู้สูงอายุที่มองเห็นไม่ชัดเจน เพิ่มความเสี่ยงต่อการล้มจากอุบัติเหตุ ส่วนผู้สูงอายุที่สมรสและอยู่ด้วยกัน เสี่ยงต่อการล้มลดลง ส่วนพฤติกรรมด้านสุขภาพพบว่า ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ต่อการล้มเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่ได้ออกกำลังกาย ส่วนผู้สูงอายุที่ดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ สัมพันธ์ต่อการล้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมนั้น พบว่า ผู้สูงอายุที่มีห้องน้ำอยู่นอกตัวบ้าน เสี่ยงต่อการล้มเพิ่มขึ้น ขณะที่ผู้สูงอายุที่อาศัยในกรุงเทพ อาศัยในภาคเหนือ และอาศัยในภาคกลาง เสี่ยงต่อการลมน้อยกว่าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่อาศัยในภาคใต้

สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม และอัมมิษา นาโวย์ (2563) ศึกษาการหกล้ม ความกลัวการหกล้ม และการจำกัดกิจกรรมเนื่องจากกลัวหกล้ม ในผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนเมืองเชียงใหม่ เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 142 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 73.9 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 70.69 ปี (SD=7.44) ร้อยละ 32.6 หกล้มในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 76.1 กลัวหกล้ม ผู้สูงอายुर้อยละ 58.5 เคยจำกัดการทำกิจกรรมต่าง ๆ เนื่องจากกลัวการหกล้ม โดยปัญหาในการมองเห็น ความกลัวการหกล้ม และจำนวนยาที่ใช้ในปัจจุบัน สามารถร่วมกันทำนายการเกิดการหกล้มได้ 73.40% [$X^2(4, n=139)=14.96, p<.01$] ทั้งนี้มีเพียงความกลัวการหกล้มปัจจัยเดียว ที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้ม ($B=-1.28, p<.01$) และพบว่าเพศหญิง มีประวัติการหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา มีความวิตกกังวล และความสามารถในการทำงานของขาสูง สามารถร่วมกันทำนายความกลัวการหกล้มได้ 80.10% [$X^2(4, n=141)=22.80, p<.01$] โดยตัวแปรเพศหญิง ($B=1.30, p<.01$) มีประวัติการหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ($B=-1.47, p<.01$) และมีความวิตกกังวล ($B=1.31, p<.05$) มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้ม ผลการศึกษารังนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มและความกลัวการหกล้ม และนำไปใช้ออกแบบโปรแกรมสำหรับป้องกันการหกล้มและลดความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองได้

สุรินทร์รัตน์ บัวเร่งเทียนทอง และอรรถัย ยินดี (2564) ศึกษาความเสี่ยง ความกลัวการหกล้ม และแนวทางการจัดการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง จำนวน 165 คน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 57.0 มีระดับความกลัวการหกล้มระดับมาก ร้อยละ 50.3 และกิจกรรมที่กลัวการหกล้มมากที่สุดคือการเดินบนพื้นลื่น ($X = 2.03$, $SD = 0.9$) และส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มคือการจัดสภาพแวดล้อม ร้อยละ 87.3 แต่รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่พบน้อยที่สุดคือการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เสริมสร้างกล้ามเนื้อ และกระดูก ร้อยละ 21.2

ณัฐนิชา ธัญญาดี และคณะ (2565) ศึกษาการใช้ยาหลายขนาน การใช้ยาที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม และภาวะหกล้มในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการระบบบริการปฐมภูมิ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา : การศึกษาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ของการใช้ยาหลายขนาน (Polypharmacy) กับภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์ของการใช้ยาที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Fall Risk-Increasing Drugs) กับภาวะหกล้มในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 270 คนที่เข้ารับบริการหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2564 ถึงกันยายน 2564 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธี Convenient sampling นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Multivariable logistic regression ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 270 คน เป็นผู้ที่มีประวัติหกล้ม 90 คน (ร้อยละ 33.33) และผู้ที่ไม่เคยมีประวัติหกล้ม 180 คน ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหกล้มในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การใช้ยาที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ ($OR\ 6.34$, $95\%\ CI: 1.03-38.88$, $p\text{-value}=0.046$) และการมีกิจกรรมทางสังคม ($OR\ 2.04$, $95\%\ CI: 1.14-3.65$, $p\text{-value}=0.017$) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ ได้แก่ การใช้ยาที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ และการมีกิจกรรมทางสังคม

ดารณี ทองสัมฤทธิ์ และเยาวลักษณ์ มีบุญมาก (2565) ผลของโปรแกรมการป้องกันการหกล้มซ้ำในผู้สูงอายุ อำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการหกล้มซ้ำและการป้องกัน ความความยืดหยุ่นของร่างกาย ความสามารถในการทรงตัว และพฤติกรรมป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการป้องกันการหกล้มซ้ำในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวนทั้งหมด 30 คน ผลการวิจัย พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการหกล้มซ้ำและการป้องกัน ความความยืดหยุ่นของร่างกาย ความสามารถในการทรงตัว และพฤติกรรมป้องกันการหกล้มซ้ำ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.6$, $p < .001$; $t=4.5$, $p < .001$; $t=10.2$, $p < .001$ และ $t=5$, $p < .001$) จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะควรมีนโยบายดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้มและนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ รวมทั้งสอดแทรกการป้องกันการหกล้มซ้ำในการจัดการศึกษาด้านสุขภาพ

ฟาอิส วาเลาะเต และคณะ (2565) ศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์ สร้างรูปแบบ และผลการนำรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่พัฒนาไปใช้ ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ มี

ค่าเฉลี่ยความเหมาะสมโดยรวมอยู่ระดับมากที่สุด ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม 2) การวางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม 3) การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม และ 4) การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มและผลการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม 4 ด้าน ได้แก่ 1) การใช้เวลาน้อยที่สุด 2) เข้าใจได้ง่ายที่สุด 3) มีความสะดวกมากที่สุด และ 4) มีความชัดเจนและครอบคลุมขั้นตอนการนำไปใช้มากที่สุด โดยควรให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และให้ตระหนักถึงการเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยและไม่เกิดอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้ม

เสาวภา เต็ดชาตสุรรัตน์ ทองคง และพยอม ถิ่นอ่อน (2565) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน วิธีการศึกษาเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 56 คน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 8.002$) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 9.982$) ผลจากการศึกษาครั้งนี้ บุคลากรด้านสุขภาพควรนำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุไปใช้ในการส่งเสริมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างจริงจัง และควรมีการจัดรูปแบบกิจกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้สูงอายุไม่เกิดภาวะพลัดตกหกล้มและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในระยะยาวต่อไป

ชญานิษฐ์ เอี้ยวสกุล และสายธิดา ลาภอนันตสิน (2566) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงการล้มด้านความแข็งแรงกล้ามเนื้อขาและการทรงตัวขณะเดินในผู้สูงอายุวัยต้น เขตเทศบาลตำบลเสาธงหิน จังหวัดนนทบุรี ดำเนินการศึกษาแบบภาคตัดขวางในอาสาสมัครผู้สูงอายุวัยต้น 134 คน อายุเฉลี่ย 64.08 ± 2.66 ปี ที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลเสาธงหิน จังหวัดนนทบุรี ประเมินปัจจัยเสี่ยงการล้มด้วย TUGT และ FTSST วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและทดสอบความสัมพันธ์ของผลการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงการล้มระหว่างการคัดกรองด้วย TUGT และ FTSST โดยใช้ Chi-square test ผลการศึกษาพบผู้สูงอายุวัยต้นมีปัจจัยเสี่ยงการล้มด้านความแข็งแรงกล้ามเนื้อขาเมื่อประเมินด้วย FTSST 36 คน (ร้อยละ 26.87) มีปัจจัยเสี่ยงการล้มด้านการทรงตัวขณะเดินเมื่อประเมินด้วย TUGT 10 คน (ร้อยละ 7.46) โดยเสี่ยงล้มจากปัจจัยทั้งสองด้านร่วมกัน 7 คน (ร้อยละ 5.22) และพบว่า การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงการล้มด้วย TUGT มีความสัมพันธ์กับการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงการล้มด้วย FTSST อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $\chi^2 (1, N = 134) = 10.23, p < 0.05$ สรุปได้ว่า มีจำนวนอาสาสมัครผู้สูงอายุวัยต้นในเขตเทศบาลตำบลเสาธงหิน ที่มีปัจจัยเสี่ยงการล้มด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขามากกว่าปัจจัยด้านการทรงตัวขณะเดิน และการประเมินการเสี่ยงล้มด้วย TUGT และ FTSST มีความสัมพันธ์กัน ดังนั้น ผู้สูงอายุวัยต้นในเขตเทศบาลตำบลเสาธงหินควรได้รับการส่งเสริมสมรรถภาพร่างกาย ทั้งด้านความแข็งแรงกล้ามเนื้อขาและการทรงตัวขณะเดินเพื่อลดความเสี่ยงล้มจากปัจจัยเสี่ยงการล้มดังกล่าว

ดิษฐพล ใจซื่อ (2566) ศึกษาสถานการณ์พลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ กลวิธีการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุและประเมินผลการพัฒนา คัดเลือกผู้ร่วมดำเนินการวิจัยแบบเจาะจง แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะ 1 และ 2 เตรียมพื้นที่และศึกษาสถานการณ์ ผู้สูงอายุ 300 คน ผู้ดูแล 20 คน และภาคีเครือข่าย 24 คน ระยะ 3 และ 4 ดำเนินการวิจัยและประเมินผล ผู้สูงอายุ 30 คน ผู้ดูแล 30 คน และภาคีเครือข่าย 15 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การเสวนากลุ่ม สังเกตอย่างมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุดและ ค่าต่ำสุด และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ขาดความรู้ความเข้าใจและแนวทางในการป้องกันการหกล้ม และการจัดสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัยที่ไม่เหมาะสม 2) กลวิธีในการพัฒนานั้นการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ได้แก่ การศึกษาสถานการณ์ ค้นหาข้อมูล จัดลำดับความสำคัญของปัญหา วางแผนและปรับปรุงแผน ลงมือปฏิบัติและประเมินผล ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ดังนี้ คัดกรองความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม พัฒนาคู่มือการเรียนรู้ พัฒนากิจกรรมเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา อบรมเชิงปฏิบัติการ เยี่ยมบ้าน และพัฒนานวัตกรรมเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา และปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่พักอาศัย 3) ผลลัพธ์พบว่า ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและการทรงตัวระหว่างก่อนและหลังมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี โดยทรงตัวอยู่ในเวลาน้อยกว่า 13.50 วินาที 10 คน (ร้อยละ 33.33) ซึ่งเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทำกิจกรรม และช่วงเวลามากกว่า 20 วินาที ลดลงเหลือ 7 คน (ร้อยละ 23.33)

นิภาพร มีชินรุจิรา ดงเรืองราช และสุรรัตน์ ดาวเรือง (2566) ศึกษาสถานการณ์การพลัดตกหกล้มพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล และประเมินผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่าง คือ โรงพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 13 ราย และผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 90 ราย เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย แบบบันทึกข้อมูลพยาบาล แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับการนำไปใช้ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 ได้ค่าความสอดคล้องของเครื่องมือจากการสังเกต ร้อยละ 95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษา พบว่าสถานการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้น รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม กิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม และกิจกรรมการนิเทศทางการพยาบาล และประเมินผลการนำไปใช้ พบว่าค่าเฉลี่ยความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับแนวโน้มความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ อยู่ในระดับมากที่สุด (mean= 4.69, S.D.=0.48) ค่าคะแนนความพึงพอใจโดยรวมต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับมาก (mean= 4.48, S.D.=0.34) ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบไม่พบพลัดตกหกล้ม 90 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่ดี ควรนำไปใช้โดยผนวกเข้ากับการทำงานประจำในหอผู้ป่วยที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

วิลาวัลย์ เอี่ยมสะอาด และกรรณิการ์ พินิจ (2566) ศึกษาผลของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดระยอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดระยอง โดยผ่านเกณฑ์ การประเมิน ADL 12 คะแนนขึ้นไป จำนวน 112 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 56

ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ 56 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและการทดสอบการเคลื่อนไหวทางกาย โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการจัดกิจกรรมตามรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ รวม 6 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะดูแลตนเองและใช้ชีวิตประจำวันตามปกติ จากนั้นเก็บข้อมูลทั้งสองกลุ่มอีกครั้งหลังครบ 6 สัปดาห์ พบว่า การใช้รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีประสิทธิผลดีทั้งด้านความรู้ การรับรู้ทุกด้านและการประเมินสมรรถภาพทางกาย โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง ($t = -4.827$) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($t = 2.820$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนด้านพฤติกรรมมีค่าคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง ($t = -7.960$) แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ ($t = 1.264$) ดังนั้น ทีมหมอครอบครัวและชมรมผู้สูงอายุควรนำรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจไปใช้ในการประเมินพฤติกรรมสุขภาพการเยี่ยมบ้านและแนะนำสภาพแวดล้อมบ้านผู้สูงอายุ ให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม รวมทั้งควรผลักดันการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ (Day Care) ในชุมชน เพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ “1 ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ 1 ตำบล” โดยการบริหารจัดการของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่

พัทธ์พิมล ไต่บุรินทร์ (2567) ศึกษาการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน : บทบาทพยาบาลกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุและเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลโนนสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน ผลการศึกษา พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\text{Mean} = 3.25$, $\text{S.D.} = 0.10$) และมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\text{Mean} = 4.14$, $\text{S.D.} = 0.32$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\text{Mean} = 2.83$, $\text{S.D.} = 0.11$) และมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\text{Mean} = 2.83$, $\text{S.D.} = 0.12$) เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มและพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มโดยรวมระหว่างกลุ่มทดลอง ($\text{Mean} = 3.25$, $\text{S.D.} = 0.10$) และกลุ่มควบคุม ($\text{Mean} = 2.83$, $\text{S.D.} = 0.11$) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าการรับรู้สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้หกล้ม การรับรู้ผลกระทบจากการหกล้ม และการรับรู้การปฏิบัติตัวในการป้องกันการหกล้ม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ส่วนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มพบว่าพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนโดยรวมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

Campbell and Robertson (2007) ได้ศึกษาเกี่ยวกับกลวิธีในการป้องกันการหกล้มเฉพาะรายบุคคลและในชุมชน เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการให้กิจกรรมเพียงอย่างเดียวกับการให้กิจกรรมหลายอย่างร่วมกันในการป้องกันการหกล้ม โดยวิธี Meta-regression ซึ่งมีเกณฑ์การ

คัดเลือก ดังนี้ 1) มีการสู่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 2) มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป 3) อาศัยอยู่ในชุมชน 4) ต้องมีการบันทึกเมื่อมีการเกิดหกล้มและติดตามทุก ๆ เดือน 5) มีการประเมินติดตามเมื่อครบ 12 เดือน 6) อย่างน้อยร้อยละ 70 ของผู้เข้าร่วมวิจัยต้องเข้าร่วมทดลองจนครบตามระยะเวลากำหนด 7) การหกล้มต้องน้อยกว่าร้อยละ 50 ของผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 8) เมื่อเปรียบเทียบอัตราการหกล้มระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมต้องสัมพันธ์กับสัดส่วน CI= 95% ผลการศึกษาพบว่า การให้กิจกรรมการป้องกันการหกล้มเพียงอย่างเดียวจะมีประสิทธิผลในการลดการหกล้มได้นั้นต้องทำร่วมกับการให้กิจกรรมหลาย ๆ อย่างร่วมกัน ซึ่งการป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัย จะมีประสิทธิผลสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย ส่วนโปรแกรมสำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชน ควรใช้การป้องกันแบบปัจจัยเดียว (Single Intervention) ร่วมกับการป้องกันแบบสหปัจจัย (Multifactorial Intervention) จะช่วยให้เพิ่มประสิทธิผลในการป้องกันการหกล้มมากยิ่งขึ้น

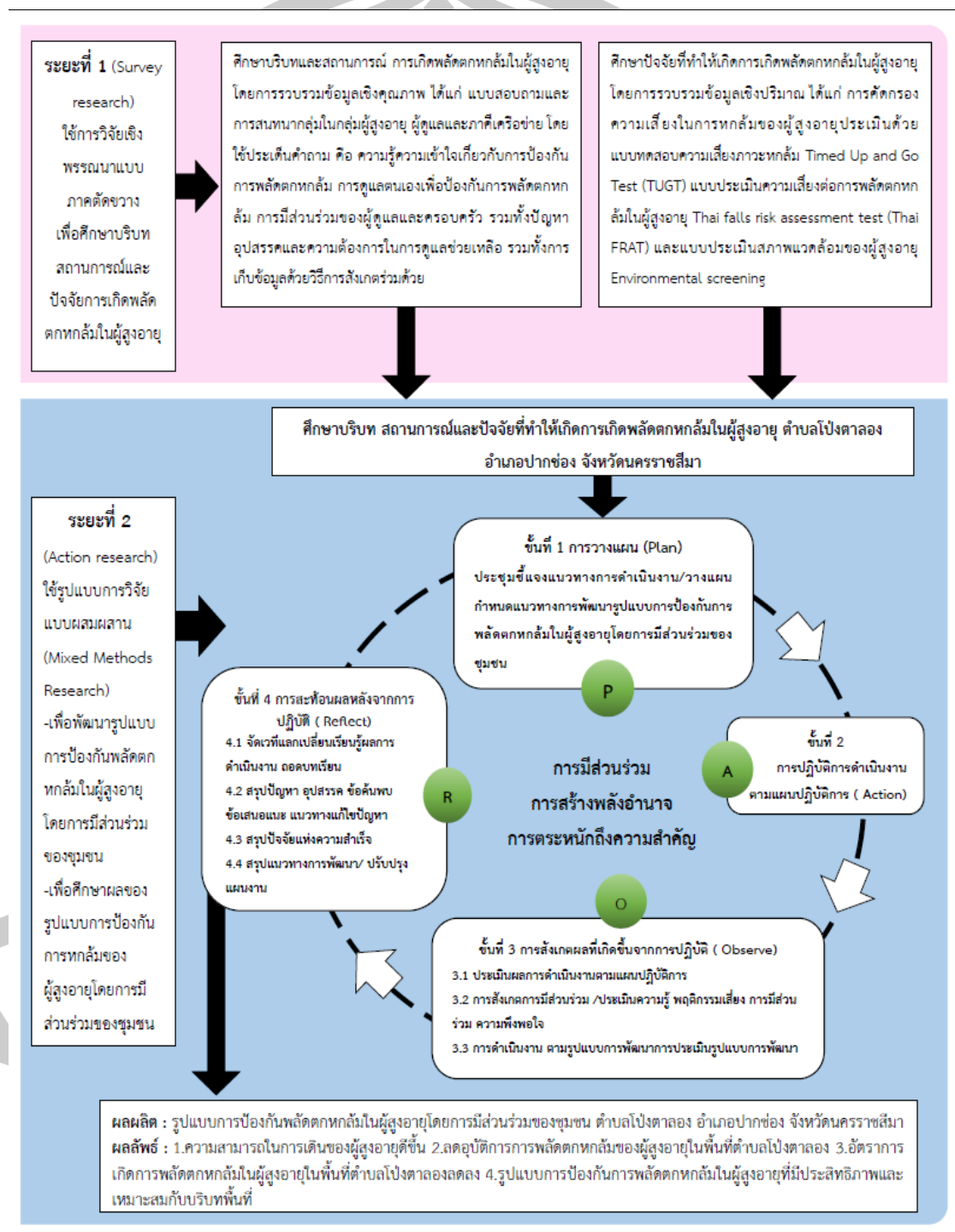
Shumway-Cook et al. (2007) ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลการป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยในชุมชน และปัจจัยเสี่ยงการเกิดหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน เป็นการศึกษาแบบ Randomized controlled trial โดยมีเป้าหมายของการศึกษาเพื่อประเมินถึงประสิทธิผลของการทำกิจกรรมของชุมชนในการป้องกัน และการหาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 453 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งกลุ่มทดลองจะได้รับกิจกรรมเพื่อป้องกันการหกล้มได้แก่ 1) การออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ 2) ได้รับความรู้ในการป้องกันการหกล้ม จำนวน 6 ชั่วโมง และ 3) ได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มแล้วส่งต่อไปให้ผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดยจะมีการประเมินผลจากการรายงานด้วยตัวเองถึงอุบัติการณ์การหกล้มทุก ๆ เดือน เป็นเวลา 12 เดือน นอกจากนี้ยังมีทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา การทรงตัว และการเคลื่อนไหวหลังจากให้กิจกรรมครบ 12 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ภายหลัง 12 เดือน สามารถติดตามประเมินผลได้ส่วนใหญ่ ร้อยละ 95 และพบว่าอุบัติการณ์หกล้มในกลุ่มทดลองต่ำกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า การให้กิจกรรมแบบสหปัจจัยสามารถช่วยทำให้การทรงตัว การเคลื่อนไหวดีขึ้นและกำลังกล้ามเนื้อขาเพิ่มขึ้นด้วย

Logghe et al. (2010) ได้ศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลองเกี่ยวกับประสิทธิภาพของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบไทชิกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในประเทศเนเธอร์แลนด์ จำนวน 2,203 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองที่มีออกกำลังกายแบบไทชิอย่างสม่ำเสมอมีอัตราการเกิดการหกล้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Calhoun et al. (2011) ได้ศึกษาวิจัยแบบเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยที่สร้างแรงจูงใจและอุปสรรคต่อการรับรู้การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 50 ปี จำนวน 15,000 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกถึงความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ พฤติกรรมที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ทักษะคิด และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้สัมพันธ์กับความเชื่อ ค่านิยมของแต่ละบุคคล และโครงสร้าง ทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การพัฒนาแบบการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา มีกรอบแนวคิดในการวิจัยดังรูปภาพที่ 2 ดังนี้



ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีความมุ่งหมาย เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ในการวิจัยมีวิธีการดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 พื้นที่ในการวิจัย
- 3.3 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย
- 3.4 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย
- 3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.6 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
- 3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.9 จริยธรรมงานวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยการนำวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) และการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยได้นำเอาหลักการและขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิสและแม็กแท็กการ์ด (Kemmis and McTaggart, 1998: 11-15) เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ตามขั้นตอนการวิจัย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นการวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกต (Observe) และขั้นการสะท้อนผล (Reflect)

ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งระยะการวิจัยเป็น 2 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทสถานการณ์ปัญหาการเกิดพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา จากนั้นจะเป็นการศึกษา ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบและการประเมินผลการพัฒนารูปแบบ และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน แล้วทำการสรุปผลจากข้อมูลทั้ง 2 ส่วน กระบวนการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะดังนี้

3.2 พื้นที่ในการวิจัย

การศึกษานี้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา โดยมีพื้นที่ในการวิจัย ดังนี้

เป็นการศึกษาในชุมชนในเขตพื้นที่ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา และเป็นพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคุ้ม ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 13 หมู่บ้าน

3.3 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

ประชากรและกลุ่มเป้าหมายในครั้งนี้ประกอบด้วย ผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลโป่งตาลองและมี ส่วนสนับสนุนในการพัฒนารูปแบบการปลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ใน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.3.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ระยะที่ 1

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ ประชากรที่มีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ในพื้นที่ ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 149 คน

3.3.2 กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษา ระยะที่ 2

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากสถานการณ์ การปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมาคัดเลือก กลุ่มเป้าหมายโดยวิธีแบบเจาะจง (Purposive Sampling) รวม 64 คน ในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ประกอบด้วย

กลุ่มที่ 1 ประกอบด้วย ผู้สูงอายุเป้าหมายในพื้นที่ตำบลโป่งตาลอง จำนวน 44 คน

คุณสมบัติในการคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ได้แก่

1.1 ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง มีที่อาศัยอยู่ในตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

1.2 ประเมินด้วยแบบทดสอบ Timed Up and Go Test (TUGT) โดยใช้เวลามากกว่า 12 วินาที หรือทำไม่ได้ถือว่ามีความเสี่ยง

1.3 ประเมินความเสี่ยงการปลัดตกหกล้มโดยใช้แบบประเมิน Thai Falls Risks Assessment (Thai FRAT) มีคะแนนตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่เป็นอุปสรรค ได้แก่ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดระดับรุนแรงมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย

1.4 สามารถสื่อสารภาษาไทย ด้วยวาจาได้และสามารถให้ข้อมูลในระหว่างดำเนินการศึกษา

1.5 สนใจเข้าร่วม ตลอดระยะเวลาการศึกษา

คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุหมู่บ้านกุฎีรีวันและคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุตำบลโป่งตาลอง จำนวน 20 คน

คุณสมบัติในการคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ได้แก่

1. ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60-75 ปี ที่มีภูมิลำเนาในพื้นที่ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

2. เป็นคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุหมู่บ้านกุฎีรีวันและคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุตำบลโป่งตาลอง

3. สามารถสื่อสารภาษาไทย ด้วยวาจาได้และสามารถให้ข้อมูลในระหว่างดำเนินการ
การศึกษา

4. สมัครใจเข้าร่วม ตลอดระยะเวลาการศึกษา

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. เป็นผู้ที่ไม่อยู่ในพื้นที่ ย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยขณะทำการวิจัย
2. ผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วย หรือเข้ารับการรักษาพยาบาลในระหว่างการศึกษาวิจัย
3. เสียชีวิตระหว่างการศึกษาวิจัยหรือการเก็บข้อมูล
4. ไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยต่อ

กลุ่มที่ 2 ผู้มีส่วนสนับสนุนในการพัฒนารูปแบบการปลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของชุมชน ในตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 85 คน ประกอบด้วย

1. ภาคการเมือง จำนวน 7 คน ประกอบด้วย
 - นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโป่งตาลอง 1 คน
 - ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลโป่งตาลอง 1 คน
 - สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลโป่งตาลอง 5 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ประกอบด้วย

1. เป็นนายกองค์การบริหารส่วนตำบลโป่งตาลอง
2. เป็นปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลโป่งตาลอง
3. เป็นสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลโป่งตาลอง
4. ผู้ที่สื่อสารอ่านออกเขียนได้ด้วยภาษาไทยสามารถติดต่อสื่อสารและให้ข้อมูลได้
5. ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดการวิจัยเกณฑ์การคัดออก

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดการวิจัยได้ครบทุกขั้นตอน
2. ย้ายออกจากพื้นที่การวิจัยหรือเสียชีวิตในช่วงระยะเวลาการวิจัย
3. มีปัญหาทางด้านสุขภาพที่เป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรมกิจกรรม

2. ภาควิชาการ จำนวน 6 คน

- เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมองค์การบริหารส่วนตำบลโป่งตาลอง 2 คน
- พยาบาลวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

หนองคุ้ม 2 คน

- พยาบาลวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลมกุฏีรีวัน 2 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ประกอบด้วย

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลมกุฏีรีวัน อย่างน้อย 2 ปี
2. ผู้ที่สื่อสารอ่านออกเขียนได้ด้วยภาษาไทยสามารถติดต่อสื่อสารและให้ข้อมูลได้
3. ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดการวิจัยเกณฑ์การคัดออก

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดการวิจัยได้ครบทุกขั้นตอน

2. ย้ายออกจากพื้นที่การวิจัยหรือเสียชีวิตในช่วงระยะเวลาการวิจัย
3. มีปัญหาทางด้านสุขภาพที่เป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรมกิจกรรม

3. ภาคประชาชน จำนวน 72 คน

- กำนันตำบลโป่งตาลอง 1 คน
- ผู้ใหญ่บ้าน หรือ ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 13 คน
- แพทย์ประจำตำบล 1 คน
- กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 13 คน
- กลุ่มญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 44 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ประกอบด้วย

1. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างน้อย 2 ปี
2. เป็นผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สารวัตรกำนัน แพทย์ประจำตำบล ที่ดำรงตำแหน่งอย่างน้อย 2 ปี
3. เป็นญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ
4. ผู้ที่สื่อสารอ่านออกเขียนได้ด้วยภาษาไทยสามารถติดต่อสื่อสารและให้ข้อมูลได้
5. ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดการวิจัยเกณฑ์การคัดออก

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดการวิจัยได้ครบทุกขั้นตอน
2. ย้ายออกจากพื้นที่การวิจัยหรือเสียชีวิตในช่วงระยะเวลาการวิจัย
3. มีปัญหาทางด้านสุขภาพที่เป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรมกิจกรรม

3.4 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการตั้งแต่เดือน มีนาคม 2567 ถึง ตุลาคม 2567 โดยมีขั้นตอน การดำเนินงานวิจัย 2 ระยะดังนี้

3.4.1 ระยะที่ 1 ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) รายละเอียดดังนี้

- 1) ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสาร ตำราต่าง ๆ เพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์ ความรู้ แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการปลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ
- 2) สร้างเครื่องมือในการดำเนินการวิจัย เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ และขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
- 3) จัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ให้ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือ เพื่อการวิจัย เสนอคณะบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ลงนามเพื่อประสานงานผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงานวิจัย
- 4) ผู้วิจัยจัดทำโครงร่างวิจัย เสนอขอความเห็นชอบจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
- 5) ประสานผู้ร่วมวิจัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รวมถึงแนวทางการวิจัย
- 6) ดำเนินการรวบรวมข้อมูลบริบทชุมชน วิเคราะห์สถานการณ์ความรุนแรงของปัญหาของการปลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่ผ่านมาของพื้นที่

7) รวบรวมข้อมูลประวัติการรับบริการการพลัดตกหกล้มจากข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย Hosxp PCU ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคุ่ม โรงพยาบาลมกุฏศิรินทร์ โรงพยาบาลปากช่องนานา

3.4.2 ระยะที่ 2 ระยะการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

3.4.2.1 การวางแผน (Planning) การวางแผนปฏิบัติการดังนี้

- 1) ศึกษาบริบทพื้นที่ ทบทวนข้อมูลการดำเนินงานการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา เพื่อหาแนวทางดำเนินงานพัฒนารูปแบบ
- 2) แต่งตั้งคณะทำงานในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา
- 3) วิเคราะห์สถานการณ์และวางแผนปฏิบัติการ
- 4) ประเมินการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ก่อนการวิจัย
- 5) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวางแผนการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการสร้างความรู้ ความเข้าใจ ร่วมวิเคราะห์ ระบุปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และวางแผนแนวทางพัฒนาปรับปรุง แก้ไข ร่วมกันกำหนดแนวทางปฏิบัติ

6) จัดทำแผนปฏิบัติการที่ได้จากขั้นที่ 1 (Action Plan)

3.4.2.2 ขั้นปฏิบัติการ (Action)

- 1) ดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ

3.4.2.3 ขั้นสังเกตการณ์ (Observation)

- 1) สังเกตการณ์มีส่วนร่วมในกิจกรรม
- 2) ติดตามการเข้าร่วมกิจกรรม
- 3) ผู้วิจัยร่วมสังเกต ติดตาม เก็บรวบรวมข้อมูล และให้คำแนะนำ ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ได้จากการปฏิบัติงานตามแผน ตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ในแต่ละช่วงกิจกรรม โดยดำเนินการสังเกตและสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการ โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุน
- 4) การสังเกตการณ์มีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายทั้งในส่วนก่อนการดำเนินงาน ในระหว่างการดำเนินงาน และภายหลังการดำเนินงาน โดยใช้เครื่องมือแบบสังเกตการณ์การดำเนินงานป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ และรวบรวมสรุปผลการสังเกตการณ์ตามประเด็นที่กำหนดไว้
- 5) ประเมินความรู้ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วม ตามรูปแบบการพัฒนาการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

3.4.2.4 ขั้นสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection)

- 1) สรุปผลการดำเนินการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
- 2) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และมีการคืนข้อมูล รายงานผลการดำเนินงานตามแผนการพัฒนารูปแบบที่วางไว้

3) จัดเวทีถอดบทเรียนร่วมกับผู้วิจัยเพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนผลการดำเนินงาน เป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อการพัฒนาารูปแบบ การป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

4) สะท้อนผลการปฏิบัติงานในการดำเนินการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในผู้สูงอายุ เพื่อนำเสนอแนวทางการพัฒนารูปแบบในการดำเนินการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในเขตพื้นที่วิจัย

5) การประเมินความพึงพอใจการดำเนินการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

6) สรุปผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

7) สรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

8) สรุปปัญหาอุปสรรคข้อเสนอแนะและแนวทางการแก้ไขปัญหาในการดำเนินงาน

3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัย ได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ได้ใช้เครื่องมือวิจัยดังนี้

3.5.1 เครื่องมือเชิงปริมาณ แบบสอบถาม เรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา เป็นคำถามปลายเปิดแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุเพื่อประเมินระดับความรู้การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโดยผู้สัมภาษณ์เป็นผู้อ่านคำถามให้ผู้สูงอายุฟัง และทำเครื่องหมายถูก ในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้สูงอายุมากที่สุด เพียง 1 ช่อง โดยมีเกณฑ์ดังนี้

“ใช่” หมายถึง ผู้สูงอายุคิดว่าข้อความในประโยคนั้นถูกต้อง

“ไม่ใช่” หมายถึง ผู้สูงอายุคิดว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ถูกต้อง

ส่วนที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม มีข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) สาเหตุปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการหกล้ม จำนวน 12 ข้อ 2) อันตราย ผลกระทบของการหกล้ม จำนวน 5 ข้อ และ 3) การปฏิบัติตัวในการป้องกันการหกล้ม จำนวน 3 ข้อ ให้เติมเครื่องหมายถูก ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบ โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เหมาะสม หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นถูกต้อง ได้ 1 คะแนน

ไม่เหมาะสม หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ถูกต้อง ได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ เพื่อประเมินพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโดยให้ผู้สัมภาษณ์เป็นผู้อ่านคำถามและทำเครื่องหมายถูก ในช่องที่ตรงกับพฤติกรรมของผู้สูงอายุมากที่สุดเพียงพฤติกรรมเดียว โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ผู้สูงอายุกระทำตามข้อความนั้นมากกว่าหรือเท่ากับ 4 วัน/สัปดาห์

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ผู้สูงอายุ กระทำตามข้อความนั้นน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 วัน/สัปดาห์

ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ผู้สูงอายุ ไม่เคยกระทำตามข้อความนั้นเลย

ส่วนที่ 5 ปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะ)

3.5.2 เครื่องมือในการคัดกรอง ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ตามแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย (สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

3.5.2.1 แบบทดสอบความเสี่ยงภาวะหกล้ม Timed Up and Go Test (TUGT)

โดยวางเก้าอี้ที่มีที่เท้าแขนที่จุดตั้งต้น วัดระยะทาง 3 เมตร ทำเครื่องหมายบนพื้นหรือวางกรวยไว้ เมื่อเริ่มจับเวลาให้ลุกขึ้นจากเก้าอี้แล้วเดินเป็นเส้นตรงด้วยความเร็วปกติ (สามารถใช้อุปกรณ์ช่วยเดินที่ใช้ประจำได้) เมื่อเดินถึงระยะทางที่กำหนดให้หมุนตัวและเดินกลับมานั่งที่เดิม

การแปลผล ใช้เวลาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 วินาที หมายถึง ปกติ

ใช้เวลา 11 - 20 วินาที หมายถึง เสี่ยงต่อการล้มปานกลาง

ใช้เวลามากกว่า 20 วินาที หมายถึง เสี่ยงต่อการล้มสูง

3.5.2.2 แบบประเมินการประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ แบบประเมิน Thai FRAT

ประกอบด้วยการประเมิน 6 ด้าน คะแนนเต็ม 11 คะแนน โดยให้น้ำหนักคะแนนในแต่ละข้อแตกต่างกัน ดังนี้

1. เพศ ได้แก่ เพศหญิง 1 คะแนน เพศชาย 0 คะแนน

2. การทดสอบสมรรถภาพ ด้านสายตา และการมองเห็น ทดสอบโดยติดตั้งหรือให้บุคคลอื่นถือแผ่นวัดสายตาในที่ที่มีแสงสว่างเพียงพอ และผู้วัดสายต่ายืนหรือนั่งห่างจากแผ่นวัดสายตา 6 เมตร ปิดตาข้างขวาและซ้ายทีละข้าง อ่านแผ่นวัดสายตา โดยไล่ตั้งแต่แถวบนสุด ลงมาจนถึงบรรทัดระยะ 6/12 ถ้าอ่านบรรทัดระยะ 6/12 ได้ถูกต้องมากกว่าครึ่งหนึ่งทั้งสองข้าง ได้ 0 คะแนน ถ้าอ่านได้ถูกต้องน้อยกว่าครึ่งหนึ่งเพียงข้างเดียว ได้ 1 คะแนน

3. การทดสอบสมรรถภาพด้านการทรงตัว โดยยืนต่อเท้าเป็นเส้นตรง ให้ปลายเท้าหลังชิดสันเท้าหน้า แล้วยืนนิ่งโดยไม่เชื่อง่ายน้อย 10 วินาที ถ้าสามารถยืนต่อเท้าในแนวเส้นตรงได้ เป็นเวลา 10 วินาที ได้ 0 คะแนน หากไม่สามารถยืนได้ หรือ ได้น้อยกว่า 10 วินาที ได้ 2 คะแนน

4. การใช้ยาที่ส่งผลต่อการทรงตัว จากข้อมูลประวัติการรับประทานยา ได้แก่ ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท ยาลดความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะ หรือรับประทานยามากกว่า 4 ชนิดขึ้นไป (ไม่รวมยาวิตามิน) หากมีประวัติการใช้ยาดังกล่าว ได้ 1 คะแนน ไม่มีประวัติการใช้ยา ได้ 0 คะแนน

5. ประวัติการล้ม ได้แก่ การมีประวัติล้มตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป ใน 6 เดือนที่ผ่านมา หากมีประวัติ ได้ 5 คะแนน ไม่มีประวัติ ได้ 0 คะแนน

6. สภาพบ้าน ที่อยู่อาศัย ได้แก่ อยู่บ้านยกพื้นสูงตั้งแต่ 1.5 เมตรขึ้นไปหรือบ้าน 2 ชั้น ต้องขึ้นลงโดยใช้บันได หากใช้ ได้ 1 คะแนน ไม่ใช้ ได้ 0 คะแนน

การแปลผล คะแนน 0-3 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงในการล้มต่ำ
คะแนน 4-11 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงในการล้ม

3.5.2.3 แบบประเมินสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ Environmental screening

เป็นแบบประเมินเพื่อคัดกรองความเสี่ยงในการพลัด ตกหกล้มของผู้สูงอายุขณะ อาศัยอยู่ที่บ้าน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ (20 คะแนน) ได้แก่ พื้นบ้าน (เรียบ ไม่ ชัดมัน ไม่ลื่น ไม่มีพื้นต่างระดับ) บันได (มีแสงสว่างเพียงพอ ขอบบันไดมองเห็นได้ชัดเจน, ไม่มีพรมปู พื้น หรือรองเท้า หรือสิ่งกีดขวาง) ห้องน้ำ (อยู่ในตัวบ้าน, มีที่นั่งอาบน้ำ หรือเก้าอี้ที่นั่งที่ติดกับผนังมี ส้วมแบบนั่งราบ และมีราวจับใกล้โถนั่ง, ไม่มีธรณีประตูห้องน้ำ, พื้นไม่ลื่น, มีแสงสว่างเพียงพอ) ห้องนอน (อยู่ชั้นล่าง, มีเตียงนอน, มีราวจับ พยุงตัวเวลาลุกขึ้น, ไม่มีสิ่งของ สายไฟ หรือวัสดุอื่นใด ขวางทางเดิน, มีแสงสว่างเพียงพอ) ห้องครัว (โต๊ะประกอบอาหารสูงจากพื้นใช้งานได้สะดวก, อุปกรณ์ สามารถหยิบจับได้สะดวกไม่ก้ม ๆ เงย ๆ, การจัดวางสิ่งของอย่างเป็นระเบียบ ไม่เกะกะ, รับประทานอาหารบนโต๊ะรับประทานอาหาร) ผู้ประเมินจะเป็นผู้อ่านข้อคำถามให้ผู้สูงอายุฟังด้วยน้ำเสียงไม่ แห่ลมและออกเสียงชัดเจน โดยถ้าผู้สูงอายุตอบ “ใช่” จะได้คะแนน 0 คะแนน หรือถ้าตอบ “ไม่ใช่” จะได้คะแนน 1 คะแนน

การแปลผล 1-7 คะแนน หมายถึง เสี่ยงน้อย
8-13 คะแนน หมายถึง เสี่ยงปานกลาง
14-20 คะแนน หมายถึง เสี่ยงมาก

3.5.3 เครื่องมือเชิงคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเครื่องมือสำหรับสังเกต แบบบันทึกการสนทนา กลุ่ม การประเมิน และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โดยผู้วิจัยจะบันทึกการดำเนินการ ได้แก่ การเปิด โอกาสให้ผู้เข้าร่วมกระบวนการวิจัยสนทนากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนบอกเล่าประสบการณ์ ความต้องการ แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ แล้วบันทึกแนวทางการสนทนา กลุ่ม ประเด็นที่ได้จากการสนทนากลุ่มเพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับการถอดบทเรียน มีการจดบันทึกและ การบันทึกภาพการดำเนินกิจกรรม มีการประเมินผลวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค แนวทางการแก้ไข ปัญหา ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบ การป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบล โป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมาประกอบด้วย

3.5.3.1 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ภาควิชาการในการพัฒนารูปแบบการป้องกันพลัด ตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัด นครราชสีมา (In-depth Interview) ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ด้วยแนวคำถาม สัมภาษณ์เชิงลึกที่เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม การดูแล ตนเองเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและครอบครัวรวมทั้งปัญหาอุปสรรค

และความต้องการในการดูแลช่วยเหลือ การรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการบันทึกเสียงด้วยเทปบันทึกเสียง และจดบันทึก รวมทั้งการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสังเกตร่วมด้วย

3.5.3.2 แบบบันทึกการสังเกตการณ์การดำเนินงานการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยจะทำการบันทึกการดำเนินการทุกขั้นตอน ทุกกิจกรรม ได้แก่ การจดบันทึก การสนทนากลุ่ม การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

3.5.2.3 แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

3.5.2.4 แบบสอบถามความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

3.6 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการสร้างเครื่องมือและตรวจสอบเครื่องมือ ดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ศึกษารายละเอียดจากแนวคิด ทฤษฎี เอกสารที่เกี่ยวข้องตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อเป็นข้อมูลให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดการวิจัย

2. กำหนดขอบเขตโครงสร้างของเนื้อหาแบบสอบถาม

3. สร้างข้อคำถามให้ได้เนื้อหาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์

4. การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามเบื้องต้น โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือโดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถาม พิจารณาความครอบคลุมเนื้อหา ความถูกต้อง และความชัดเจนของการใช้ภาษา หลังจากผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ และให้ข้อเสนอแนะ โดยตรวจสอบความสอดคล้อง (Index of Congruence: IOC) โดยให้คะแนนตามเกณฑ์ ดังนี้

ถ้าข้อคำถามวัดได้ตรงจุดประสงค์ ได้ +1 คะแนน

ถ้าไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นวัดตรงจุดประสงค์หรือไม่ ได้ 0 คะแนน

ถ้าข้อคำถามวัดได้ไม่ตรงจุดประสงค์ ได้ -1 คะแนน

โดยเกณฑ์การคัดเลือกข้อคำถาม มีดังนี้

1. ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 – 1.00 คัดเลือกไว้ใช้ได้

2. ข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 ควรพิจารณาปรับปรุงหรือตัดทิ้ง

แล้วนำเครื่องมือที่ปรับปรุงข้อคำถามให้มีความเหมาะสมชัดเจน ด้วยสำนวนภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหาที่ได้รับคำแนะนำและข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน แล้วให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) ซึ่งค่า IOC มีมากกว่า 0.5 ขึ้นไป ถือว่าข้อคำถามนั้นผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันสามารถนำไปใช้ได้

5. นำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขไปทดสอบเครื่องมือ (Try Out) เพื่อตรวจสอบคุณภาพด้านความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยนำแบบสอบถามที่เห็นชอบจากผู้เชี่ยวชาญ แก้ไขปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (trial) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะทางประชากรและบริบทของการศึกษาที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่ พื้นที่ประชากรในตำบลวัง

กะทะ อำเภอบางซ่ง จังหวัดนครราชสีมา นำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) เนื่องจากสามารถคำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปได้ (วิศรุตฯ ตีเมืองชัย. 2567)

3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

3.7.1 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยเป็นทั้งข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ในกระบวนการวิจัยและการลงภาคสนาม โดยเครื่องมือที่จัดหาและสร้างขึ้นด้วยวิธีการดังนี้

1) การเก็บรวบรวมข้อมูลที่มีอยู่แล้ว (Collection of Secondary Data) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานทั่วไป

2) การสังเกต (Direct Observation) เป็นการเก็บข้อมูลโดยตรงจากการสังเกตปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ในทุกขั้นตอนของการวิจัย

3) การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) เป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการของกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่การประชุมเพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการการถอดบทเรียน การถอดปัจจัยแห่งความสำเร็จและอุปสรรค ที่เกิดขึ้น

4) การสัมภาษณ์ (In-depth Interview) เป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการลงพื้นที่สัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายโดยตรงของผู้วิจัย มีการสัมภาษณ์ทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม

3.7.2 ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ติดต่อขอหนังสือ ขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พร้อมขออนุญาตใช้เป็นพื้นที่วิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

2) ติดต่อประสานงานทีมผู้วิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยในพื้นที่ เพื่อเตรียมความพร้อมในการเก็บและรวบรวมข้อมูลในพื้นที่

3) ชี้แจงกลุ่มเป้าหมายเพื่อทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ เป้าหมายรวมถึงขั้นตอนการศึกษาวิจัย

4) ประชุมกลุ่มเป้าหมายเพื่อชี้แจงแนวทางและวิธีการดำเนินงาน

5) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการประเมินสุขภาพ ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การสัมภาษณ์ การสังเกตการณ์มีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม

6) เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการบันทึกกิจกรรมจากกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ ในขั้นตอนการวางแผน (Planning)

7) เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการบันทึกกิจกรรม การบันทึกภาคสนามที่ได้จากการสังเกตปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ในขั้นตอนการลงมือปฏิบัติงาน (Action)

8) ประเมินผลการมีส่วนร่วมของผู้ร่วมกิจกรรมการวิจัย ก่อนและหลังวิจัย

9) จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน สรุปผลและคืนข้อมูล

3.8 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

3.8.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

3.8.1.1 ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ลักษณะทางประชากร ข้อมูลการประเมินความรู้ การรับรู้การป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

3.8.1.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ Wilcoxon Signed Rank test

3.8.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ในการศึกษาครั้งนี้หลังจากได้แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้ว จึงได้สร้างแบบสัมภาษณ์เชิงลึก มีการดำเนินงานดังนี้

3.8.2.1 การตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพ

ในการศึกษาครั้งนี้หลังจากได้แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้ว จึงได้สร้างแบบสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจสอบ เพื่อปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง หลังจากนั้นจึงนำแบบสัมภาษณ์ไปเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษา หลังจากทำการเก็บข้อมูลแต่ละครั้งผู้ศึกษาจะทำการจดบันทึก และตรวจสอบข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและสมบูรณ์ โดยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ซึ่งมีวิธีการตรวจสอบข้อมูล ดังนี้

1) การตรวจสอบข้อมูลสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) โดยการนำข้อมูลที่ได้จากภาคสนาม และข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างเวลา สถานที่ บุคคล และเนื้อหาที่แตกต่างกัน ว่าถ้าหากเวลาต่างกันข้อมูลที่ได้จะเหมือนกันหรือไม่ ข้อมูลที่ได้ต่างสถานที่กันเหมือนกันหรือไม่ และหากบุคคลเปลี่ยนไปข้อมูลที่ได้เหมือนกันหรือไม่ หากได้ข้อมูลเหมือนกันแสดงว่าข้อมูลเป็นข้อมูลที่น่าเชื่อถือ

2) การตรวจสอบข้อมูลสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) โดยวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลหลายวิธีการและข้อมูลด้านต่าง ๆ เพื่อรวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกัน โดยในการศึกษาจะใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และแบบไม่มีส่วนร่วมควบคู่กับการสัมภาษณ์ พร้อมทั้งศึกษาข้อมูลจากแหล่งเอกสารประกอบด้วย หากข้อมูลที่ได้มีความแตกต่างกันหรือขัดแย้งกัน ผู้ศึกษาจะเข้าไปทำการเก็บข้อมูลอีกครั้ง และหากข้อมูลที่ได้ทำการตรวจสอบแล้วปรากฏว่าเป็นข้อมูลที่เหมือนกันก็น่าเชื่อถือว่าเป็นข้อมูลที่ถูกต้องสมบูรณ์ แล้วหลังจากนั้นนำผลการศึกษามาวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลักษณะการเขียนรายงานการวิจัยเชิงพรรณนา

3.8.2.2 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

1) การวิเคราะห์ข้อมูลแบบสร้างข้อสรุปในการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งส่วนใหญ่ข้อมูลก็นำมาวิเคราะห์ จะเป็นข้อความบรรยาย (Descriptive) ซึ่งได้จากการสังเกต สัมภาษณ์ และจดบันทึก

2) การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการอธิบาย ตีความ สร้างข้อสรุป ด้วยวิธีอุปนัยจากการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มและการสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลสภาพปัญหาและการจัดระบบบริการการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน

3.9 จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 283-248/2567 วันที่รับรอง 1 พฤษภาคม 2567 วันหมดอายุ 30 เมษายน 2568

เนื่องจากกระบวนการวิจัยครั้งนี้เกี่ยวข้องกับบุคคลหลายฝ่าย ซึ่งมีประเด็นพิจารณาที่สำคัญ เนื่องจากการวิจัยในมนุษย์ ผู้ร่วมวิจัยอาจจะได้รับผลกระทบในขั้นตอนการวิจัย และผลของการวิจัยก็เป็นได้ ซึ่งจะระมัดระวัง และเก็บข้อมูลที่ได้เป็นอย่างดี โดยจะดำเนินการขอพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ซึ่งต้องให้ความสำคัญ และตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้ที่เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง เพื่อป้องกันมิให้เกิดผลเสียหายแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย จึงกำหนดแนวทางการปฏิบัติด้านจริยธรรมของการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

1) นำหนังสือไปเชิญกลุ่มเป้าหมายที่วิจัยด้วยตนเอง พร้อมกับชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัยให้ทราบ และอธิบายให้กลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การตัดสินใจเข้าร่วมโครงการเป็นไปด้วยความเข้าใจและเต็มใจอย่างแท้จริง

2) กระบวนการและขั้นตอนการวิจัยจะไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนทางร่างกาย และจิตใจต่อกลุ่มเป้าหมาย โดยผู้วิจัยจะไม่บังคับให้เข้าร่วมกิจกรรมหากไม่พร้อมหรือไม่สมัครใจ

3) ระหว่างการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ซึ่งเน้นให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้พูดและแสดงออกเท่าเทียมกันโดยเสรี มีสิทธิที่จะไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวต่อที่ประชุมได้ ซึ่งผู้จัดประชุมผู้ดำเนินการประชุมไม่ควรรู้เ้า หรือเพิ่มความเครียดให้กับผู้เข้าร่วมประชุม จะให้เกียรติและคำนึงถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน

4) ทำความเข้าใจขั้นตอนของเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม มีไหวพริบในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า และสามารถจัดการกับความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม เช่น การไกล่เกลี่ยและหาข้อยุติ

5) สร้างบรรยากาศที่เป็นกันเองในการประชุม เพื่อคลายความเครียด และเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้เข้าร่วมประชุม

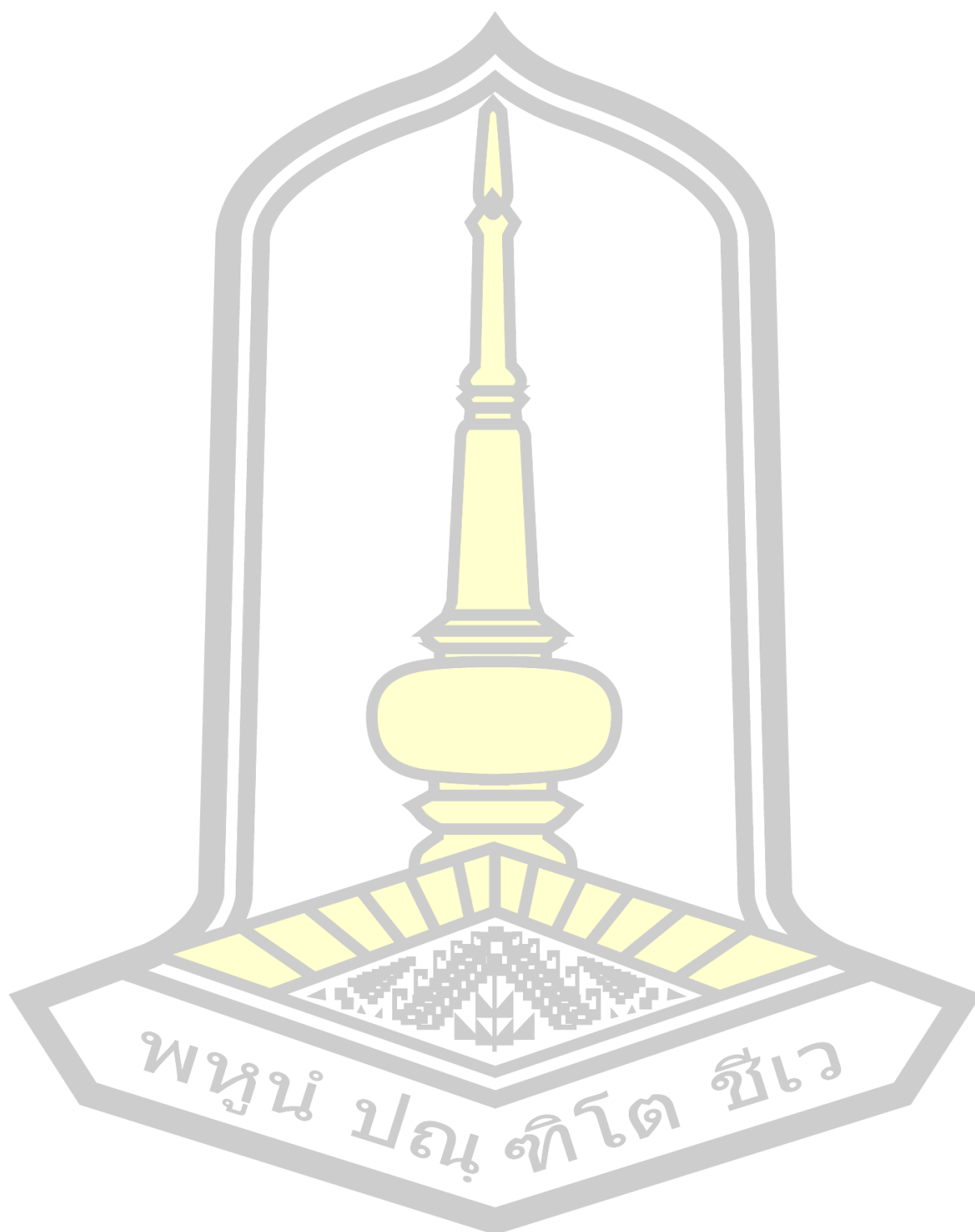
6) รับฟังความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคน วางตัวเป็นกลาง ไม่ตัดสินความคิดเห็นว่าใครถูกหรือผิด

7) เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคน

8) สร้างความมั่นใจเกี่ยวกับกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องให้ความร่วมมือ จะนำไปใช้ในการวิจัยเท่านั้น

9) หากจะต้องมีการบันทึกภาพ การบันทึกเทป หรือจดบันทึกการสังเกต จะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมประชุมและผู้เกี่ยวข้องทราบ และขออนุญาตก่อนทุกครั้ง

10) การดำเนินการวิจัยได้ปฏิบัติโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกขั้นตอน



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัย ในครั้งนี้เป็นศึกษาแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินการวิจัยนี้ ในแต่ละระยะจะมีทั้งการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบพัฒนาการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

4.1 ผลการศึกษาริบท สถานการณ์ การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

4.2 ผลการศึกษาระบบการดำเนินงานป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

4.3 การประเมินรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา และเพื่อให้มีรูปแบบที่มีประสิทธิภาพ โดยผู้วิจัยมีส่วนร่วมกับผู้ร่วมวิจัยการร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ ร่วมสังเกตผล และร่วมสะท้อนผล การวิจัยนี้มีด้วยกัน 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน (Plan) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกตการณ์ (Observe) 4) การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection) ข้อมูลแต่ละขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

4.1 ผลการศึกษาริบท สถานการณ์ การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

4.1.1 บริบทพื้นที่การศึกษา

ระบบการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ และส่งเสริมการจัดตั้งและดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุและเครือข่ายให้ยั่งยืนดำเนินการตามกิจกรรม จัดกิจกรรมและประชุมผู้สูงอายุ การตรวจประเมินสุขภาพ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ตรวจฟัน ด้านสุขภาพจิต ด้านการทรงตัวเป็นต้น มีการประเมินภาวะสุขภาพและให้การแก้ไขรวมถึง การให้ความรู้ พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้สูงอายุด้วยกันสรุปสิ่งที่ได้รับในแต่ละครั้ง สอนวิธีการออกกำลังกาย และเลือกการออกกำลังกายให้เหมาะสมของแต่ละคน โดยการขับเคลื่อนมีการบูรณาการขับเคลื่อนและพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพในทุกกลุ่มวัย รวมถึงผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนด้วย

ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีระบบการดูแล ดังนี้ การดูแลจากชุมชนด้วยตนเอง ได้แก่ การดูแลจากเพื่อนบ้าน การดูแลจากผู้นำชุมชนและผู้นำท้องถิ่น การดูแลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมทั้งการดูแลในระบบจากกองทุนผู้สูงอายุระยะยาวของแต่ละพื้นที่ โดยมีผู้ดูแล ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (caregiver) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานบริการ สุขภาพในพื้นที่เป็นผู้ติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ในการถึงบริการทางด้านสุขภาพการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลการฟื้นฟูสภาพร่างกาย มีทั้งในคลินิกเอกชนและระบบบริการสุขภาพของภาครัฐอย่างเช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคุ้ม โรงพยาบาลมกุฏคีรีวันและโรงพยาบาลปากช่องนานา

4.1.2 ลักษณะทางประชากร

ข้อมูลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 64 คน พบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 32.8 และเป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.2 มีอายุระหว่าง 60-65 ปี ร้อยละ 37.6 อายุระหว่าง 66-70 ปี ร้อยละ 43.8 อายุ 71-75 ปี ร้อยละ 15.6 ด้านสถานภาพ พบว่า ผู้สูงอายุ มีสถานภาพ โสด ร้อยละ 7.8 คู่ ร้อยละ 78.1 หย่า/หม้าย ร้อยละ 12.5 แยกกันอยู่ ร้อยละ 1.6 ด้านลักษณะของครอบครัว พบว่า ครอบครัวขยาย ร้อยละ 35.9 และครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 64.1 ด้านระดับการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุ ได้รับการศึกษาตั้งแต่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.9 ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 39.1 ระดับอนุปริญญา ร้อยละ 6.3 ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 4.7 และระดับสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 3.1 ด้านรายได้ พบว่า ผู้สูงอายุมีแหล่งที่มารายได้จาก เงินเลี้ยงชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ 45.3 ได้รับเงินจากบุตรหลาน ร้อยละ 4.7 ได้จากตนเอง ร้อยละ 48.4 อื่นๆ ร้อยละ 1.6 การมีรายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย พบว่า ใช้จ่ายเพียงพอ ร้อยละ 17.2 ใช้จ่ายเพียงพอไม่มีหนี้สิน ร้อยละ 23.4 ใช้จ่ายเพียงพอแต่มีหนี้สิน ร้อยละ 57.8 มีเงินเหลือเก็บ ร้อยละ 1.6 ด้านโรคประจำตัว พบว่า มีโรคประจำตัว ร้อยละ 60.9 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 39.1 หากมีโรคประจำตัว ได้รับประทานยาประจำสม่ำเสมอ ร้อยละ 92.3 รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากลืมกินยา กินยาไม่ตรงเวลา ปัญหาด้านความจำที่ถดถอย ร้อยละ 7.7 การเข้าถึงบริการระบบบริการสุขภาพ สะดวกในการเข้าถึง พบว่า สะดวก ร้อยละ 96.9 ไม่สะดวก ร้อยละ 3.1 การดูแลผู้สูงอายุ พบว่า มีผู้ดูแล ร้อยละ 82.8 ไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ 17.2 ด้านการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และเข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอ (8-12 ครั้งต่อปี) ร้อยละ 35.9 เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และเข้าร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอ (น้อยกว่า 8 ครั้งต่อปี) ร้อยละ 32.8 ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 31.3 มีภาวะเข้าเสื่อม หรือมีอาการปวดเข่า พบว่า ไม่ปวดเข่า ร้อยละ 53.1 ปวดเข่า ร้อยละ 46.9 เคยมีการหกล้มหรืออุบัติเหตุในบ้าน พบว่า ไม่เคย ร้อยละ 65.6 เคย ร้อยละ 34.4 จำนวนครั้งที่หกล้ม 1-2 ครั้ง ร้อยละ 68.2 หกล้ม 3 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 31.8 สาเหตุของอุบัติเหตุที่หกล้ม ได้แก่ ลื่นล้ม ร้อยละ 59.1 ขาอ่อนแรง ร้อย 40.9 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามลักษณะข้อมูลทางประชากรของผู้สูงอายุ (n=64)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	21	32.80
หญิง	43	67.20
อายุ		
60-65 ปี	24	37.60
66-70 ปี	28	43.80
71-75 ปี	10	15.60
Mean=68, Median=67, SD=6.60, Min=61, Max=74		
สภาพภาพสมรส		
โสด	5	7.80
คู่	50	78.11
หย่า/หม้าย	8	12.54
แยกกันอยู่	1	1.66
ลักษณะของครอบครัว		
ครอบครัวขยาย	23	35.91
ครอบครัวเดี่ยว	41	64.09
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	30	46.87
มัธยมศึกษา	25	39.06
อนุปริญญา	4	6.25
ปริญญาตรี	3	4.68
สูงกว่าปริญญาตรี	2	3.12
แหล่งที่มาของรายได้		
เงินยังชีพผู้สูงอายุ	29	45.31
บุตรหลาน	3	4.68
ตนเอง	31	48.43
อื่นๆ	1	1.56
มีรายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย		
ใช้จ่ายเพียงพอ	11	17.18
ใช้จ่ายเพียงพอไม่มีหนี้สิน	15	23.43
ใช้จ่ายเพียงพอแต่มีหนี้สิน	37	57.81
มีเงินเหลือเก็บ	1	1.56

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามลักษณะข้อมูลทางประชากรของผู้สูงอายุ
(n=64) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
มี	39	60.93
ไม่มี	25	39.07
หากมีโรคประจำตัวได้รับประทานยา		
รับประทานยาประจำสม่ำเสมอ	61	95.31
ไม่สม่ำเสมอ	3	4.68
การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ สะดวกในการเข้าถึง		
สะดวก	62	96.87
ไม่สะดวก	2	3.13
การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ		
มีผู้ดูแล	53	82.81
ไม่มีผู้ดูแล	11	17.18
การเข้าร่วมกิจกรรม		
เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และเข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอ (8-12 ครั้งต่อปี)	23	35.93
เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และเข้าร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอ (น้อยกว่า 8 ครั้งต่อปี)	21	32.81
ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ	20	31.25
มีภาวะข้อเข่าเสื่อม หรือมีอาการปวดเข่า		
ไม่ปวดเข่า	34	53.12
ปวดเข่า	30	46.87
เคยมีการหกล้มหรือมีอุบัติเหตุในบ้าน		
ไม่เคย	42	65.62
เคย	22	34.37
จำนวนครั้งที่ล้ม (n=22)		
1-2 ครั้ง	15	23.43
3 ครั้งขึ้นไป	7	10.93
สาเหตุของอุบัติเหตุที่หกล้ม (n=22)		
ลื่นล้ม	13	59.1
ขาอ่อนแรง	9	40.9

ข้อมูลภาคีเครือข่ายสุขภาพตำบลโป่งตาลอง ที่ศึกษาจำนวน 85 คน พบว่า พบว่าภาคีเครือข่ายสุขภาพตำบล เป็นเพศชาย ร้อยละ 48.23 และเป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.77 ส่วนใหญ่มี อายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 41.17 ด้านสถานภาพ พบว่า เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 4.70 ผู้นำชุมชน(กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน แพทย์ประจำตำบล) ร้อยละ 17.64 ผู้นำท้องถิ่น(นายก

องค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล) ร้อยละ 8.23 เจ้าหน้าที่องค์การบริหารปกครองส่วนท้องถิ่น ร้อยละ 2.35 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 15.29 ญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 51.76 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของภาคีเครือข่ายสุขภาพ จำแนกตามลักษณะข้อมูลทางประชากร (n=85)

ลักษณะข้อมูลทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	41	48.23
หญิง	44	51.77
อายุ		
น้อยกว่า 30 ปี	2	2.35
31-40 ปี	18	21.17
41-50 ปี	35	41.17
51-60 ปี	23	27.05
61-70 ปี	4	4.70
71 ปีขึ้นไป	3	3.52
(Mean=53.55, Median=51, SD=6.60, Min=28, Max=72)		
สภาพภาพทางสังคม		
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	4	4.70
ผู้นำชุมชน(กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน แพทย์ประจำตำบล)	15	17.64
ผู้นำท้องถิ่น (นายกอบต. ปลัดอบต. สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล)	7	8.23
เจ้าหน้าที่องค์การบริหารปกครองส่วนท้องถิ่น	2	2.35
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม)	13	15.29
ญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ	44	51.76

4.1.3 สถานการณ์จำนวนการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

สถานการณ์การเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา จำนวนการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา แยกรายเดือน ปี 2564-2566 จำนวน 4 คน, 3 คน, และ 5 คน ตามลำดับ รวม 15 คน คิดเป็นร้อยละ 0.57, 0.42, 0.71 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 และเพศชาย ร้อยละ 20.00 รายงานข้อมูลผู้สูงอายุที่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อมและมีภาวะพลัดตกหกล้ม การส่งต่อเข้ารับการรักษาพยาบาลโรงพยาบาลปากช่องนานา ในพื้นที่ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ปี 2564 – 2566 พบว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อม จำนวน 32 คน, 36 คน, และ 44 คน ตามลำดับ รวม 112 คน จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพลัดตกหกล้มและเข้ารับการรักษา จำนวน 4 คน, 3 คน, และ 5 คน ตามลำดับจำนวนผู้สูงอายุที่พลัดตกหกล้ม จำนวน 39 คนคิดเป็น

ร้อยละ 88.63 พบความพิการ/ติดบ้าน/ติดเตียง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 4.54 และมีผู้สูงอายุที่เสียชีวิต จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.27 หมู่บ้านที่พบความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ สูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ลำดับ 1. บ้านสระน้ำใส หมู่ที่ 7 ลำดับ 2 บ้านตะเคียนงาม หมู่ที่ 8 ลำดับ 3. บ้านมอตะเคียน หมู่ที่ 9 ลำดับ 4. บ้านหนองซอม หมู่ที่ 5 ลำดับ 5. บ้านเทพนิมิตร หมู่ที่ 12 และผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยส่วนใหญ่มีปัญหาน้ำหนักเกินมาตรฐาน ร้อยละ 21.87 ส่งผลให้มีปัญหาเรื่องกระดูกและข้อเข่า ร้อยละ 62.33 เมื่อคัดกรองความเสี่ยงต่อการหกล้ม (TUGT) พบว่ามีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 6.29 และมีประวัติเคยพลัดตกหกล้มซึ่งมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการลื่นล้มและการสะดุด นอกจากนั้นข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพในด้านต่าง ๆ เช่น มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว โรคเรื้อรัง ข้อเข่าเสื่อม สมอเสื่อม หลงลืม สายตามองไม่ชัดเจนจากต้อกระจกเป็นต้น และผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มไม่เพียงพอ โดยส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการพลัดตก

ได้มีการดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนในการวิเคราะห์ปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ดังข้อความ การสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ปัจจัยที่ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้ม สรุปคำตอบดังนี้

“...ข้อเข่าผู้สูงอายุเสื่อมลงตามอายุ มีผลต่อการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุ...”
(ประธานสภา, 2567:สัมภาษณ์)

“...เคยมีประสบการณ์อุบัติเหตุที่เข่า เคยผ่าตัดทำให้ความแข็งแรงของข้อเข่าและการทรงตัวลดลง...”
(ผู้ใหญ่บ้าน, 2567:สัมภาษณ์)

“...เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ตระหนักเห็นปัญหาเรื่องการพลัดตกหกล้มระดับตำบล...”
(ประธานชมรมผู้สูงอายุ มกุฏศิรีวัน, 2567:สัมภาษณ์)

“...เรื่องการตระหนักรู้ของผู้สูงอายุเองในการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การรับประทานยาที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้ม...”
(ประธาน อสม., 2567:สัมภาษณ์)

“...เกิดจากสภาพพื้นที่ไม่สม่ำเสมอ เช่น พื้นในห้องน้ำลื่น...”
(อสม, 2567:สัมภาษณ์)

“...พื้นต่างระดับ ลื่นล้ม แสงสว่างไม่เพียงพอ...”
(อสม, 2567:สัมภาษณ์)

“...ในครัวเรือนไม่พบปัญหา ในชุมชนมีคนเคยหกล้ม สาเหตุคือ แสงสว่างไม่เพียงพอ พื้นที่สูงต่ำ
แนะนำให้แก้ไข...”

(อสม, 2567:สัมภาษณ์)

“...มีเพราะพื้นไม่สม่ำเสมอ ทำให้เป็นอันตรายในการเดิน ปัญหาสุขภาพ โรคประจำตัว...”
(อสม, 2567:สัมภาษณ์)

“...มีพลัดตกหกล้มในบ้าน ได้แก่ หน้ามืดตกบันได สะดุดล้มทำ
ให้มีความทุกข์ ไม่สามารถไปไหนมาไหนได้...”
(อสม, 2567:สัมภาษณ์)

“...มีโรคประจำตัว stroke ต้องพาลูกเข้าห้องน้ำ เดินเองลำบาก ต้องใช้ walker...”
(ผู้ดูแล, 2567 :สัมภาษณ์)

“...ผู้สูงอายุ ดื่มแอลกอฮอล์แล้วล้มบ่อย มีอาการปวดหัวเข่าบ้าง...”
(ผู้ดูแล, 2567 :สัมภาษณ์)

“...มีปัญหาจากการเจ็บป่วย เข้าเสื่อมในผู้สูงอายุ สายตา โรคประจำตัว สิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการ
พลัดตกหกล้ม ซึ่งผู้ดูแลไม่ได้เฝ้าระวังตลอดเวลา...”
(จนท.สธ, 2567:สัมภาษณ์)

“...ผู้สูงอายุขาดคนดูแล ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมเนื่องจากไม่มีคนพามา...”
(จนท.สธ, 2567:สัมภาษณ์)

สรุป การสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ซึ่งเห็นว่าปัจจัยที่ก่อให้เกิด
การหกล้ม ได้แก่ การตระหนักรู้ในเรื่องปัญหาของผู้สูงอายุเองในการดูแลสุขภาพตนเอง ปัญหา
สุขภาพในด้านต่าง ๆ เช่น ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว โรคเรื้อรัง ข้อเข่าเสื่อม สมอเสื่อม
หลงลืม สายตา เป็นต้น และสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม รวมทั้งไม่มีผู้ดูแลเฝ้าระวังอยู่ด้วย
ตลอดเวลาทำให้ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เท่าที่ควร

4.1.3.1 การดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม ในครอบครัว ชุมชน สถานบริการ สาธารณสุข

1) รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวและญาติ เป็นการดูแลโดยมีสมาชิกใน
ครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่มีสถานะเป็นบุตร คู่สมรส หลานและญาติพี่น้อง ซึ่งเป็นผู้ที่ใกล้ชิดและสำคัญ
ที่สุด มีบทบาทหน้าที่ ประกอบด้วยการดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลสุขภาพวิทยา

ส่วนบุคคล การดูแลด้านโภชนาการ การรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหวรวมถึงการดูแลสุขภาพทั่วไปด้านร่างกายและจิตใจ สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันภาวะพลัดตกหกล้ม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำ ไม่มีการบริหารกล้ามเนื้อขาเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงอย่างสม่ำเสมอ และมีผู้สูงอายุบางคนเคยมีการหกล้มมาก่อน จึงทำให้เกิดความกลัวและไม่กล้าทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงมากหรือ การออกกำลังกาย เนื่องจากเกรงว่าจะเกิดการหกล้มซ้ำและทำให้ได้รับบาดเจ็บตามและความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ดูแล พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีปัญหา ด้านสุขภาพ คือ มีโรคประจำตัว กล้ามเนื้อขาไม่แข็งแรง พร่องความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ในส่วนของผู้ดูแลและผู้ที่เกี่ยวข้อง มีความต้องการจัดกิจกรรมร่วมกัน ในด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน

ปัญหาอุปสรรคและความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ดูแล พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีปัญหา ด้านสุขภาพ คือ มีโรคประจำตัว กล้ามเนื้อขาไม่แข็งแรง พร่องความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ในส่วนของผู้ดูแลและผู้ที่เกี่ยวข้อง มีความต้องการจัดกิจกรรมร่วมกัน ในด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างต่อเนื่องและมีงบประมาณในการสนับสนุน ที่เพียงพอ

2) รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยชุมชน การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนยังขาดแกนนำในการส่งเสริมและขับเคลื่อนการดำเนินงาน การบริหารจัดการส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นแกนหลักในการขับเคลื่อน แต่ด้วยภาระงานที่มีมากและบุคลากรมีจำนวนน้อยอีกทั้งต้องดำเนินงานทั้งด้านรักษา ส่งเสริม ป้องกัน พัฒนา ร่วมด้วยและเจ้าหน้าที่ 1 ท่านต้องรับผิดชอบงานหลายอย่างทำให้การดำเนินการไม่สมบูรณ์และขาดการต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ปฏิบัติตามนโยบายและตัวชี้วัดซึ่งไม่ได้แก้ไขและตอบสนองปัญหาสุขภาพที่แท้จริงของผู้สูงอายุในชุมชน ทำให้ขาดความร่วมมือจากชุมชนหน่วยงานภาครัฐและเอกชนเครือข่ายในพื้นที่ หากมีแกนนำด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง มีรูปแบบการดำเนินกิจกรรมที่ชัดเจนสามารถนำมาปรับใช้ได้ง่ายและเกิดการบูรณาการ การมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมแบ่งปันจะก่อให้เกิดความเข้มแข็งของชุมชน

3) รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยหน่วยบริการสาธารณสุข โดยมี การดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคุ่ม ตำบลโป่งตาลอง ในด้านการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและดำเนินงานเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม แบ่งเป็นแบบตั้งรับ และแบบเชิงรุก ร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลปากช่องนานาและโรงพยาบาลมกุฏศิรินทร์ ทีมหมอครอบครัว หมอคนที่ 1 คือ อสม คนที่ 2 คือพยาบาลและสหวิชาชีพ หมอคนที่ 3 คือ แพทย์ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และทีมสหวิชาชีพได้แก่ นักกายภาพบำบัดแพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ แพทย์แผนไทย ให้บริการเกี่ยวกับการให้ความรู้ในชุมชน บูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่นในพื้นที่ในการจัดกิจกรรมในชุมชน ประเมิน คัดกรอง ค้นหากลุ่มเสี่ยง โดย โรงพยาบาลปากช่องนานา ร่วมกับอสม. ตำบลโป่งตาลอง จะดำเนินการคัดกรองความเสี่ยงของผู้สูงอายุปีละ 1 ครั้ง กรณีพบผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จะนำเข้าคลินิกผู้สูงอายุเพื่อตรวจประเมิน วินิจฉัย และหาสาเหตุของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ เช่น หากผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องสายตา ก็จะส่งต่อ

รักษาเรื่องตา พบปัญหาเรื่องความแข็งแรงของกล้ามเนื้อก็จะแก้ไขที่ปัญหาของกล้ามเนื้อ พบปัญหาเรื่องสิ่งแวดล้อม สภาพที่อยู่อาศัยก็จะบูรณาการกับภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์การดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกันและ ขาดการประเมิน ติดตาม เยี่ยมบ้านกลุ่มผู้สูงอายุที่พบความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และมีแผนปฏิบัติการ/แผนงาน ปี 2566 โครงการขึ้นโครงการผู้สูงอายุสุขใจ สูงวัยอย่างมีคุณภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคุ่ม ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา โดยมีการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ เยี่ยมบ้านและส่งต่อพบแพทย์ในรายที่ตรวจประเมินพบความผิดปกติ และ โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ห่างไกลพลัดตกหกล้ม ปีงบประมาณ 2567 ได้รับสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนตำบลโป่งตาลอง แต่อย่างไรก็ตามเงินงบประมาณดังกล่าวแม้ ได้รับสนับสนุนอย่างต่อเนื่องแต่ก็ยังไม่เพียงพอต่อการบริหารจัดการในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ให้ครอบคลุม กลุ่มเป้าหมายทั้งหมดได้

ด้านบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องยังขาดความต่อเนื่องในการเพิ่มพูนประสบการณ์ด้านความรู้ การพัฒนาทักษะด้านสาธารณสุขอย่างถูกต้อง เช่น สำหรับแกนนำในชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน แนวทางการดูแลและจัดบริการได้ดำเนินงานตามแนวทาง กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข อีกทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีภาระงานมาก การส่งต่อความรู้ที่ทันสมัย และความรู้ตามหลักวิชาการน้อยลง ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุบางคน ขาดความเชื่อมั่น ขาดทักษะ ขาดความเชื่อมั่น ความมั่นใจ ไม่ทราบการประยุกต์และการปรับใช้ในชีวิตประจำวันอาจส่งผลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยคุณภาพได้

4.1.3.2 นโยบาย แหล่งทรัพยากร สิ่งสนับสนุน การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

ด้านนโยบาย กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีนโยบายดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long term care) รวมทั้งการป้องกันการพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน กรมการแพทย์ กรมอนามัย กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต มีมาตรการหรือโครงการเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน โดยมุ่งเน้นงานด้านวิชาการ เช่น การผลิตคู่มือ/แนวทางในการป้องกันฯ พัฒนามาตรฐานการคัดกรอง และการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรอื่น ๆ

จากยุทธศาสตร์พัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (PP&P Excellence) มีการดำเนินงานตามแนวทาง “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ซึ่งเป็นแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งมีนโยบายการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายที่กระทรวงกำลังให้ความสำคัญ เช่น การพัฒนาทักษะกายภาพบำบัด การอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่กำหนดนโยบายและทิศทางในการปฏิบัติงานซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข มอบนโยบายมายัง เขตสุขภาพ และ ปัญหาเฉพาะในพื้นที่ สถานพยาบาลทุกระดับมีบทบาทในการให้บริการทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ผู้สูงอายุ ส่วน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ปากช่อง มีบทบาทในการกำกับดูแลหน่วยบริการสาธารณสุขในอำเภอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของ คุณภาพมาตรฐานการให้บริการโดย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนอกจากนี้ ยังทำหน้าที่ ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภายในกระทรวงสาธารณสุข และ หน่วยงานนอกกระทรวง สาธารณสุขในพื้นที่ รวมทั้งให้การสนับสนุนด้านวิชาการแก่หน่วยงานเหล่านั้นเพื่อการดำเนินโครงการ ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในส่วนของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก็มีการวางแผนกิจกรรม ร่วมกับชมรมผู้สูงอายุ และจัดการอบรมถ่ายทอดความรู้ หรือประสานกับชมรมเพื่อให้ส่งประธานหรือ สมาชิกไปรับการอบรมที่จัดขึ้นในส่วนกลางหรือระดับจังหวัด ซึ่งรวมทั้งในเรื่องของการป้องกันการ พลัดตกหกล้มและตัวชี้วัดเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง และพบว่าเป็นภาวะพลัดตกหกล้มและ ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ มุ่งเน้นผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดี จากการคัดกรองพบปัญหา การหกล้มของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ในทาง บกพร่องหรือเสื่อมลงตามอายุที่มากขึ้น และการมีพยาธิสภาพของโรคเพิ่มขึ้น ในปัจจุบันพบการหกล้มในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งปัญหาใหญ่ที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญคือ การไม่สามารถใช้ชีวิตได้ ตามปกติ และกลายเป็นภาระต่อผู้ดูแล การหกล้มของผู้สูงอายุมีสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญได้แก่ ปัญหากล้ามเนื้ออ่อนแรง โดยเฉพาะกล้ามเนื้อขา ดังนั้น การออกกำลังกายกล้ามเนื้อขาในผู้สูงอายุจึง มีความจำเป็น ทั้งนี้ เพื่อป้องกันการหกล้มที่เกิดจากการทรงตัวไม่ดี การเคลื่อนไหวร่างกาย

ทรัพยากรด้านบุคลากร มีการดำเนินงานป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในรูปแบบ สหวิชาชีพ ในการดำเนินงานที่มีเครือข่ายเพิ่มมากขึ้น มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน การใช้ ทรัพยากรร่วมกัน การจัดอบรมโดยคำนึงถึงทรัพยากรด้านบุคคล ด้านการเงิน/งบประมาณ ด้าน อุปกรณ์ ดังนี้ มีการประสานงานไปยังกลุ่มเครือข่ายต่าง ๆ เพื่อเข้าร่วมโครงการป้องกันการพลัดตก หกล้มในผู้สูงอายุ และเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินงาน ซึ่งทรัพยากรด้านบุคคล ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคุ่ม โรงพยาบาลมกุฏศิรีวัน โรงพยาบาลปากช่อง นานา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) องค์การบริหารส่วนตำบลโป่งตาลอง วัด ผู้นำ ชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุ ทั้งหมด 13 หมู่บ้าน ให้ความสนใจและเข้าร่วมสนับสนุนการ ดำเนินงานด้านงบประมาณ

ทรัพยากรด้านงบประมาณการ โดย ได้เริ่มมีนโยบายจากผู้บริหาร และได้บรรจุโครงการ ลงในแผนพัฒนา ท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนตำบลโป่งตาลอง พ.ศ.2566-2570 โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ อสม.และ ภาควิชาเครือข่ายสุขภาพ ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ยังไม่มีความรู้ ความเข้าใจในการเฝ้าระวัง และป้องกันการพลัดตกหกล้มใน ผู้สูงอายุเท่าที่ควร ซึ่งที่ผ่านมา ตำบลโป่งตาลอง ได้มีการดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มาอย่างต่อเนื่องแต่ยังไม่ครอบคลุมในกลุ่มผู้สูงอายุทุกคน เช่นการจัดกิจกรรมตามโครงการส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคุ่มเท่านั้น

ทรัพยากรด้านสิ่งของหรือวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ กระบวนการดำเนินงานการป้องกันการ พลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลโป่งตาลองนั้น ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ด้านการแพทย์ จาก ราช วิทยาลัยจุฬาภรณ์ โรงพยาบาลปากช่องนานา โรงพยาบาลมกุฏศิรีวัน และได้รับการปรับปรุงบ้าน หรือสิ่งแวดล้อมจากงบประมาณองค์การบริหารส่วนตำบลโป่งตาลอง กองทุนหมู่บ้าน และสนับสนุน งบประมาณสำหรับนำไปมอบแก่ผู้สูงอายุจากที่ว่าการอำเภอปากช่อง องค์การบริหารส่วนตำบลโป่งตา

ลอง และอุปกรณ์อื่น ๆ จากบุคคลภายนอกกิจกรรมจิตอาสาปรับปรุง พัฒนาสิ่งแวดล้อม ซ่อมแซมที่อยู่อาศัย กิจกรรมด้านศาสนา วัฒนธรรมต่าง ๆ ในชุมชน

สิ่งสนับสนุน การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ การดำเนินงานเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นนโยบายใหม่ ซึ่งผู้บริหารได้เห็นความสำคัญของการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ภายใต้การเป็นสังคมผู้สูงอายุของอบต.ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา แต่ในส่วนการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุในชุมชน พบว่าขาดการบูรณาการร่วมกัน ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรอื่น ๆ ที่สนับสนุนชุมชน ต่างคิดต่างทำ ซึ่งบางกิจกรรมซ้ำซ้อนกัน ทำให้การใช้งบประมาณไม่มีประสิทธิภาพ ขาดความเชื่อมโยงระหว่างแผนปฏิบัติงานกับการจัดสรรงบประมาณ นอกจากนี้การดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมาขาดการบูรณาการการทำงานแยกส่วน ขาดการส่งต่อข้อมูลด้านสุขภาพในชุมชนทำให้คนในชุมชนไม่ทราบปัญหาและปัญหาไม่ได้รับการหาแนวทางแก้ไข ป้องกัน ร่วมกันได้ จึงจำเป็นต้องพัฒนาทักษะความรู้ ความสามารถตามสภาพปัญหาและสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป การขับเคลื่อนการดำเนินงาน กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน ในการสร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่าง ท้องถิ่น แกนนำสุขภาพในชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตพื้นที่อย่างเข้มแข็ง การปรับปรุงเพื่อให้งบประมาณเป็นเครื่องมือการบริหารเพื่อความสำเร็จของนโยบาย และให้ประชาชนเห็นเป็นรูปธรรม

4.2 ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

ด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุชาย มีโอกาสเกิดการหกล้มได้มากกว่าผู้สูงอายุหญิง ร้อยละ 54.7 ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวมีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มสูง เนื่องจากไม่มีคนดูแล ร้อยละ 87.5 ผู้สูงอายุที่มีปัญหาในด้านการมองเห็นบกพร่อง เช่น สายตามองเห็นไม่ชัดเจน พร่ามัว เป็นโรคต้อหิน/ต้อกระจก จะมีโอกาสหกล้มได้ง่าย ร้อยละ 90.6 ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน (โรคสั่น) จะมีโอกาสเกิดการหกล้มได้ง่าย ร้อยละ 89.1 ผู้สูงอายุที่รับประทานยานอนหลับ ยากล่อมประสาท หรือยาลดความดันโลหิต จะมีโอกาสเกิดการหกล้มได้ง่าย ร้อยละ 81.3 รายละเอียดดังแสดงในตาราง 3



ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ (n=64)

ข้อความถาม	ตอบถูก	
	จำนวน	ร้อยละ
ด้านสาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการหกล้มในผู้สูงอายุ		
1. ผู้สูงอายุชายมีโอกาสเกิดการหกล้มได้มากกว่าผู้สูงอายุหญิง	35	54.68
2. ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวมีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มสูงเนื่องจากไม่มีคนดูแล	56	87.50
3. ผู้สูงอายุที่มีปัญหาในด้านการมองเห็นบกพร่อง เช่น สายตามองเห็นไม่ชัดเจน พร่ามัว เป็นโรคต้อหิน/ต้อกระจก จะมีโอกาสหกล้มได้ง่าย	58	90.62
4. ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน (โรคสั่น) จะมีโอกาสเกิดการหกล้มได้ง่าย	57	89.06
5. ผู้สูงอายุที่รับประทานยานอนหลับ ยากล่อมประสาท หรือยาลดความดันโลหิต จะมีโอกาสเกิดการหกล้มได้ง่าย	52	81.25

ด้านระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 4.68 ระดับปานกลาง ร้อยละ 17.17 ระดับสูง ร้อยละ 78.12 รายละเอียดดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตาม ระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ (n=64)

ระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{x}$	SD
ระดับต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 60)	3	4.68	4.7	
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79.9)	11	17.17	17.2	
ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	50	78.12	78.1	
Mean = 2.73, SD = 0.54, Min = 0, Max = 5				

ด้านการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยจำแนกเป็น 3 ด้าน สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการหกล้ม การมีสายตาดูผิดปกติ เช่น ต้อกระจก ต้อหินต้อลมเป็นสาเหตุปัจจัยทำให้เกิดการหกล้ม ร้อยละ 95.31 การมีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือด

เลือดสมอง เป็นสาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดการหกล้ม ร้อยละ 95.31 อาการเจ็บปวดเข่า ข้อเข่าติด เป็นสาเหตุ/ปัจจัยที่ทำให้เกิดการหกล้ม ร้อยละ 98.43 การรับประทานยา เช่น ยาแก้ปวด ยานอนหลับ เป็นสาเหตุ/ปัจจัยที่ทำให้เกิดการหกล้ม ร้อยละ 84.37 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จนควบคุมการทรงตัวได้ไม่ดี เป็นสาเหตุ/ปัจจัยที่ทำให้เกิดการหกล้ม ร้อยละ 93.75 รองเท้าที่ไม่มีดอกยาง เป็นสาเหตุ/ปัจจัยที่ทำให้เกิดการหกล้ม ร้อยละ 93.75 การใส่ถุงเท้าเดินบนพื้นขัดมัน/พื้นกระเบื้องเป็นสาเหตุ/ปัจจัยที่ทำให้เกิดการหกล้ม ร้อยละ 93.75 สีและลวดลายของพรมปูพื้น เป็นสาเหตุ/ปัจจัยที่ทำให้เกิดการหกล้ม ร้อยละ 82.81 คิดว่าทางเดินต่างระดับ/ไม่สม่ำเสมอ เป็นสาเหตุ/ปัจจัยที่ทำให้เกิดการหกล้ม ร้อยละ 100 การขึ้น-ลงบันไดบ่อยๆ เป็นสาเหตุ/ปัจจัยที่ทำให้เกิดการหกล้ม ร้อยละ 98.43 การเปลี่ยนอิริยาบถด้วยความระมัดระวัง เช่น การนั่ง นอน ยืน เดิน สามารถช่วยลดการเกิดการหกล้มได้ ร้อยละ 96.87 เมื่อภายในบ้านมืดสลัว แสงสว่างไม่เพียงพอ ยิ่งทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย ร้อยละ 95.31

ด้านอันตราย/ผลกระทบของการหกล้ม พบว่า ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มแล้วเกิดบาดเจ็บที่ทำให้ต้องเข้ารักษาในสถานพยาบาลมักจะเกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 87.50 การบาดเจ็บจากการหกล้มที่พบบ่อย คือกระดูกหัก ร้อยละ 98.43 ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มจะทำให้ขาดความมั่นใจและกลัวการทากิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 90.62 ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มจะใช้ระยะเวลานานในการรักษาและฟื้นฟูสภาพหรือไม่สามารถรักษาให้หายได้ ร้อยละ 64.06 ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มจะทำให้ขาดความสามารถในการรักษาภาวะสมดุลของการทรงตัวร้อยละ 90.62

ด้านการปฏิบัติตัวในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่า การสวมเสื้อผ้าที่มีขนาดพอดี ไม่คับหรือหลวมจนเกินไป จะป้องกันการหกล้มได้ ร้อยละ 84.37 การใช้ไม้เท้าที่มียางกันลื่นจะป้องกันการหกล้มได้ ร้อยละ 93.75 การเดินด้วยความระมัดระวังเวลาฝนตกถนนลื่นจะป้องกันการหกล้มได้ร้อยละ 96.87 การติดตั้งราวจับในห้องน้ำ จะป้องกันการหกล้มได้ ร้อยละ 100 การเกาะราวบันไดเวลาขึ้น-ลงบันได จะทำให้ไม่เสียการทรงตัวและป้องกันการหกล้มได้ ร้อยละ 100 การจัดวางของใช้ภายในบ้านที่เป็นระเบียบเรียบร้อยจะป้องกันการหกล้มได้ ร้อยละ 98.43 ผู้ที่มีการทรงตัวไม่ดี ควรใช้ไม้เท้าช่วยเดินจะป้องกันการหกล้มได้ ร้อยละ 93.75 การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งจะช่วยทำให้ทรงตัวดีขึ้น และป้องกันการหกล้มได้ ร้อยละ 90.67 รายละเอียดแสดงในตาราง 5



ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (n=64)

ข้อความถาม	เหมาะสม		ไม่เหมาะสม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านสาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการหกล้ม				
1. การมีสายตาผิดปกติ เช่น ต้อกระจก ต้อหิน ต้อลมเป็นสาเหตุปัจจัยทำให้เกิดการหกล้ม	61	95.31	3	4.69
2. การมีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดการหกล้ม	61	95.31	3	4.69
3. อาการเจ็บปวดเข่า ข้อเข่าติด เป็นสาเหตุ/ปัจจัยที่ทำให้เกิดการหกล้ม	63	98.43	1	1.57
4. การรับประทานยา เช่น ยาแก้หวัด ยานอนหลับ เป็นสาเหตุ/ปัจจัยที่ทำให้เกิดการหกล้ม	54	84.37	10	15.63
5. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จนควบคุมการทรงตัวได้ไม่ดี เป็นสาเหตุ/ปัจจัยที่ทำให้เกิดการหกล้ม	60	93.75	4	6.25
6. รองเท้าที่ไม่มีดอกยาง เป็นสาเหตุ/ปัจจัยที่ทำให้เกิดการหกล้ม	60	93.75	4	6.25
7. การใส่ถุงเท้าเดินบนพื้นขัดมัน/พื้นกระเบื้องเป็นสาเหตุ/ปัจจัยให้เกิดการหกล้ม	60	93.75	4	6.25
8. สีและลวดลายของพรมปูพื้น เป็นสาเหตุ/ปัจจัยที่ทำให้เกิดการหกล้ม	53	82.81	11	17.19
9. ทางเดินต่างระดับ/ไม่สม่ำเสมอ เป็นสาเหตุ/ปัจจัยที่ทำให้เกิดการหกล้ม	64	100.0	0	0.0
10. การขึ้น-ลงบันไดบ่อย ๆ เป็นสาเหตุ/ปัจจัยที่ทำให้เกิดการหกล้ม	63	98.43	1	1.57
11. การเปลี่ยนอิริยาบถด้วยความระมัดระวัง เช่น การนั่ง นอน ยืน เดิน สามารถช่วยลดการเกิดการหกล้มได้	62	96.87	2	3.13
12. เมื่อภายในบ้านมืดสลัว แสงสว่างไม่เพียงพอ ยิ่งทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย	61	95.31	3	4.69

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ
(n=64) ต่อ

ข้อความถาม	เหมาะสม		ไม่เหมาะสม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านอันตราย/ผลกระทบของการหกล้ม				
13. ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มแล้วเกิดบาดเจ็บที่ทำให้ต้องเข้ารักษาในสถานพยาบาลมักจะเกิดภาวะซึมเศร้า	56	87.50	8	12.50
14. การบาดเจ็บจากการหกล้มที่พบบ่อย คือ กระดูกหัก	63	98.43	1	1.57
15. ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มจะทำให้ขาดความมั่นใจ และกลัวการทํากิจวัตรประจำวัน	58	90.62	6	9.38
16. ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มจะใช้ระยะเวลานานในการรักษาและฟื้นฟูสภาพ หรือไม่สามารถรักษาให้หายได้	41	64.06	23	35.94
17. ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มจะทำให้ขาดความสามารถในการรักษาภาวะสมดุล	58	90.62	6	9.38
ด้านการปฏิบัติตัวในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ				
18. การสวมเสื้อผ้าที่มีขนาดพอดีไม่คับหรือหลวมจนเกินไป จะป้องกันการหกล้มได้	54	84.37	10	15.63
19. การใช้ไม้เท้าที่มียางกันลื่นจะป้องกันการหกล้มได้	60	93.75	4	6.25
20. การเดินด้วยความระมัดระวังเวลาฝนตกถนนลื่นจะป้องกันการหกล้มได้	62	96.87	2	3.13
21. การติดตั้งราวจับในห้องน้ำ จะป้องกันการหกล้มได้	64	100.0	0	0.0
22. การเกาะราวบันไดเวลาขึ้น-ลงบันได จะทำให้ไม่เสียการทรงตัวและป้องกันการหกล้มได้	64	100.0	0	0.0
23. การจัดวางของใช้ภายในบ้านที่เป็นระเบียบเรียบร้อยจะป้องกันการหกล้มได้	63	98.43	1	1.57
24. ผู้ที่มีการทรงตัวไม่ดีควรใช้ไม้เท้าช่วยเดินจะป้องกันการหกล้มได้	60	93.75	4	6.25
25. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้งจะช่วยให้ทรงตัวดีขึ้น และป้องกันการหกล้มได้	58	90.62	6	9.38

ด้านพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมเข้ารับการตรวจวัดสายตาอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 40.62 กรณีที่มีปัญหาทางสายตา เช่น สายตาวาย ท่านรับการตรวจรักษาเพื่อแก้ไขปัญหาทางสายตาปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 45.31 รับประทานยา

ตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด ไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 90.62 ปฏิบัติ
แพทย์ทุกครั้งเมื่อมีปัญหาเรื่องการรับประทานยาหรือผลข้างเคียงของยา เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด
ปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 89.06 ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 68.75
รายละเอียดดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ
(n=64)

ข้อคำถาม	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติเป็น บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย	$\bar{x}$	SD
1. การตรวจวัดสายตาอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง	24 (37.50)	26 (40.62)	14 (21.88)	1.84	0.761
2. มีปัญหาทางสายตา เช่น สายตาวัว รับการตรวจรักษา เพื่อแก้ไขปัญหาทางสายตา	21 (32.81)	29 (45.31)	14 (21.88)	1.89	0.737
3. รับประทานยาตามแพทย์สั่ง อย่างเคร่งครัด ไม่ลดหรือเพิ่ม ขนาดยาเอง	58 (90.62)	3 (4.68)	3 (4.68)	1.14	0.467
4. ปฏิบัติแพทย์ทุกครั้งเมื่อมี ปัญหาเรื่องการรับประทานยา หรือผลข้างเคียงของยา เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด ฯลฯ	57 (89.06)	6 (9.37)	1 (1.57)	1.13	0.378
5. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	44 (68.75)	15 (23.43)	5 (7.82)	1.39	0.633

ด้านระดับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการ
ป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 14.06 ระดับปานกลาง ร้อยละ 28.12 ระดับสูง
ร้อยละ 57.81 รายละเอียดดังแสดงในตาราง 7

พูน ปณ จิต ชีเว

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มใน
ผู้สูงอายุ โดยภาพรวม (n=64)

ระดับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก (19 – 24 คะแนน)	37	57.81
ระดับปานกลาง (15 – 18 คะแนน)	18	28.12
ระดับน้อย (0 - 14 คะแนน)	9	14.06
Mean= 19.8 SD=4.437 Max= 24 Min= 5		

4.3 ผลการศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

การศึกษาในระยนี้ เป็นการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการรับรู้ปัญหา สถานการณ์เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา และร่วมกันอภิปราย วางแผนปฏิบัติการในการแก้ไขปัญหา ตามที่ผู้ร่วมศึกษาได้ร่วมกำหนดแผนปฏิบัติการ การดำเนินงานเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ได้ปฏิบัติตามกระบวนการพัฒนารูปแบบมี 5 กิจกรรม ดังนี้

4.3.1 การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวางแผนการพัฒนารูปแบบการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการสร้างความรู้ความเข้าใจ ร่วมวิเคราะห์ รับรู้ปัญหา การคืนข้อมูลที่ได้จากการศึกษาบริบท สถานการณ์ การรับรู้ ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดการพลัดตกหกล้ม ผลกระทบจากการล้มในด้านต่าง ๆ โดยได้สรุปข้อมูลจากการวิเคราะห์ ต่อจากนั้นได้คืนข้อมูลโดยการนำเสนอและสะท้อนปัญหาในจากการรวบรวม พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการป้องกันการพลัดตกหกล้มได้ร่วมอภิปรายแสดงความคิดเห็นต่อข้อมูลที่ได้รับอย่างอิสระและร่วมกันวิเคราะห์ สรุปประเด็นปัญหาเพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อผู้วิจัยได้มีกิจกรรมให้ภาคีเครือข่ายผู้มีส่วนร่วมในการวางแผน ร่วมออกแบบระบบการจัดระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน และการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน

พหุ ประเด็น ชีว

สรุปข้อมูลแผนภูมิชีวิต กิจกรรมการวิเคราะห์สถานการณ์ความรุนแรง การออกแบบ
ระบบการดูแลและการป้องกันการพลัดตกหกล้มรายบุคคลและชุมชน

คนที่ 1 เพศ ชาย อายุ 77 ปี ที่อยู่ หมู่ 13 ต.โป่งตาลอง
ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย

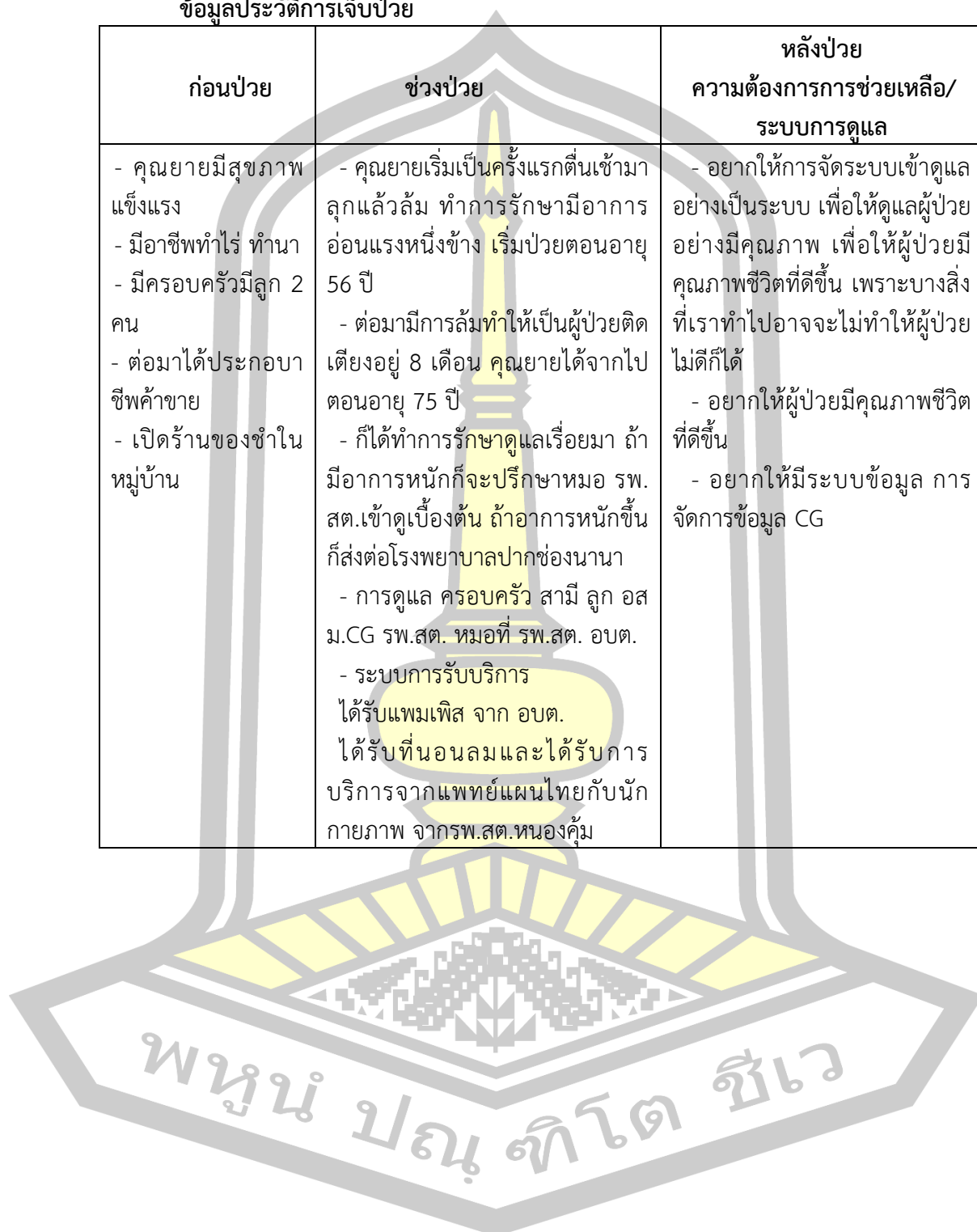
ก่อนป่วย	ช่วงป่วย/ ผลกระทบ	หลังป่วย ความต้องการช่วยเหลือ / ระบบการดูแล
- เป็นคนร่าเริง สุขภาพแข็งแรง - จบป.4 มีเพื่อนมาก - ทำการเกษตร - ขับรถทุกชนิด - อายุ 26 มีครอบครัวที่อบอุ่นมีลูกชาย 3 คน มีหลาน 3 คน	- ยื่น/ล้มบนรถปิ๊กอัพ ที่บ้านปี 2565 - ส่ง รพ.สระบุรี - อยู่ รพ.1 เดือนเดินไม่ได้ 1 ปี - กลับบ้านครอบครัวดูแล - พบแพทย์ตามนัด - ผู้ดูแลที่บ้าน ได้แก่ภรรยาบุตรชาย หลาน เพื่อนบ้านและเจ้าหน้าที่ รพ.สต.	- ดูแลที่บ้านหมู่13 ต.โป่งตาลอง - ภรรยาและลูกหลานเป็นผู้ดูแล - เจ้าหน้าที่ รพ.สต.หนองคุ่ม ติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง - อาการขณะนี้ดีขึ้นด้วยกายภาพบำบัด - ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้มีอาการหลงลืมเป็นครั้งคราว

คนที่ 2 เพศ หญิง อายุ 48 ปี ที่อยู่ หมู่ 3 ต.โป่งตาลอง
ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย

ก่อนป่วย	ช่วงป่วย	หลังป่วย ความต้องการช่วยเหลือ / ระบบการดูแล
- เป็นคนสุขภาพแข็งแรง - ชอบรับประทานของประเภทมันเยาะ - อาชีพชาวไร่ - เป็นคนอารมณ์ดี - ขยันทำงานทั้งวัน	- เริ่มแสดงอาการป่วย - มีอาการปวดหัวแล้วไม่บอกใคร หกล้มในห้องน้ำและคนในครอบครัวพาไปส่งโรงพยาบาลปากช่องนานา - เส้นเลือดในสมองแตกและไม่สามารถเดินได้ - สามารถพูดได้ แขนข้างซ้ายใช้งานได้ พูดไม่ค่อยชัด - สามารถนั่งแล้วเอากันขยับไปได้ ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน	- มีCG จนท.รพ.สต.มาช่วยกายภาพบำบัด - หวังให้ช่วยเหลือตัวเองมากขึ้น - อยากให้หน่วยงาน พมจ.เข้ามาดูแล - อยากให้ อบต.จัดรถรับส่งไป รพ.

คนที่ 3 เพศ หญิง อายุ เสียชีวิตตอนอายุ 75 ปี ที่อยู่ หมู่ 9 ต.โป่งตาลอง
ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย

ก่อนป่วย	ช่วงป่วย	หลังป่วย ความต้องการการช่วยเหลือ/ ระบบการดูแล
- คุณยายมีสุขภาพแข็งแรง - มีอาชีพทำไร่ ทำนา - มีครอบครัวมีลูก 2 คน - ต่อมาได้ประกอบอาชีพค้าขาย - เปิดร้านของชำในหมู่บ้าน	- คุณยายเริ่มเป็นครั้งแรกตื่นเข้ามาลุกแล้วล้ม ทำการรักษามีอาการอ่อนแรงหนึ่งข้าง เริ่มป่วยตอนอายุ 56 ปี - ต่อมามีการล้มทำให้เป็นผู้ป่วยติดเตียงอยู่ 8 เดือน คุณยายได้จากไปตอนอายุ 75 ปี - ก็ได้ทำการรักษาดูแลเรื่อยมา ถ้ามีอาการหนักก็จะปรึกษาหมอ รพ.สต.เข้าดูเบื้องต้น ถ้าอาการหนักขึ้นก็ส่งต่อโรงพยาบาลปากช่องนานา - การดูแล ครอบครัว สามี ลูก อสม. CG รพ.สต. หมอที่ รพ.สต. อบต. - ระบบการรับบริการ ได้รับแพมเพิส จาก อบต. - ได้รับที่นอนลมและได้รับการบริการจากแพทย์แผนไทยกับนักกายภาพ จากรพ.สต.หนองคุ้ม	- อยากให้การจัดระบบเข้าดูแลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เพราะบางสิ่งที่เราทำไปอาจจะไม่ทำให้ผู้ป่วยได้ดีก็ได้ - อยากให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น - อยากให้มีระบบข้อมูล การจัดการข้อมูล CG



คนที่ 4 เพศ หญิง อายุ 72 ที่อยู่ หมู่ 8 ต.โป่งตาลอง
ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย

ก่อนป่วย	ช่วงป่วย	หลังป่วยความ ต้องการการช่วยเหลือ / ระบบการดูแล
- ยายมีอาชีพรับจ้างทั่วไป มีความขยันขันแข็ง มีอาการพิการทางหู มีลูก 2 คน - รับเบี้ยคนชรา 700 - รับเบี้ยคนพิการ 800 - ลูกดูแลและมีอสม.เข้าไปร่วมดูแลวัดความดัน - อบต.เข้าไปร่วมดูแล นำข้าวสาร แพมเพิส เข้าไปให้เป็นครั้งคราว - เจ้าหน้าที่ รพ.สต.หนองคุ่ม ลงไปร่วมดูแล เยี่ยมบ้านให้คำแนะนำการดูแลการรักษาความสะอาด	- มีอาการหลงลืมไม่พูด - เกิดการหกล้มทำให้เป็นผู้ป่วยติดเตียง - คนดูแลประจำ(ไม่ใช่ญาติ) - มีรายจ่ายเพิ่ม รายรับเท่าเดิม - อนาคตมีโอกาสเป็นแผลกดทับ - สิ่งแวดล้อม สุขอนามัยภายในบ้านไม่ดี มีกลิ่นอับชื้น	- อยากให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. อบต. สนับสนุนเรื่อง ความ สะอาด สุขอนามัย โภชนาการอย่างต่อเนื่อง

เมื่อผู้ร่วมดำเนินการวิจัยได้เรียนรู้ผ่านกระบวนการคืนข้อมูลและสะท้อนคิดเกี่ยวกับปัญหาและผลกระทบที่เกิดจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน ผ่านกระบวนการวิเคราะห์แผนภูมิชีวิต กรณีตัวอย่างจากผู้ป่วยที่พลัดตกหกล้มในชุมชนใน จำนวน 4 รายแล้วนั้น ทำให้ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยรับรู้และเข้าใจถึงสถานการณ์ ความรุนแรง ผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ครอบครัว และเศรษฐกิจที่ตามมาในตำบลโป่งตาลอง นำไปสู่การคิดวิเคราะห์ และค้นหาปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น ซึ่งสามารถสรุปประเด็น ได้ดังนี้

1) นโยบายในระดับพื้นที่และนโยบายของ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ ตลอดจนการคำนึงถึงปัญหาและผลกระทบของการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนยังไม่ชัดเจนตลอดจนการคำนึงถึงปัญหาและผลกระทบของการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ของทั้งชุมชนและของครอบครัว ซึ่งอาจจะไม่มากนักเพียงพอ

2) แนวทางการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนยังขาดความชัดเจนของการดำเนินงาน การกำหนดบทบาทหน้าที่ของภาคส่วนต่าง ๆ ที่มีส่วนในการขับเคลื่อนงาน รวมถึงการจัดการลดความเสี่ยงในต่าง ๆ เช่น ด้านบุคคล ครอบครัว สังคม สิ่งแวดล้อม การป้องกันการพลัดตกหกล้มของตัวผู้สูงอายุ ครอบครัวหรือผู้ดูแล

3) งบประมาณสนับสนุนการจัดกิจกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลโป่งตาลอง หรือได้รับงบประมาณสนับสนุนการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม บ้านที่พักอาศัยให้กับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง

พลัดตกหกล้ม จากองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ร่วมกับชุมชนยังไม่เพียงพอกับการจัดการ หรือแก้ไขปัญหานี้

4) รูปแบบการจัดบริการผู้สูงอายุและรูปแบบสำหรับแนวทางในการส่งเสริม ป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ในตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

5) การขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุในชุมชน พบว่าขาดการบูรณางานร่วมกัน ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรอื่น ๆ ที่สนับสนุนชุมชน ต่างคิดต่างทำ ซึ่งบางกิจกรรมซ้ำซ้อนกัน ทำให้การใช้งบประมาณไม่มีประสิทธิภาพ

6) กิจกรรมการป้องกันภัยเสี่ยงต่าง ๆ ตามบริบทของผู้สูงอายุรายบุคคลและรายกลุ่ม ยังไม่ครอบคลุมในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน ขาดการประเมินความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม และการประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่พ้ออาศัย

7) สภาพปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว หรือ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาก้านการทรงตัว การเคลื่อนไหว ถูกละทิ้งอยู่ที่บ้านตามลำพัง โดยผู้สูงอายุที่ถูกละทิ้งนั้น ส่วนหนึ่งอาจต้องการการพึ่งพาในการดำเนินชีวิตประจำวัน จึงมีโอกาเสี่ยงที่จะเกิดการพลัดตกหกล้มสูง

4.3.2 การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและพัฒนาแผนปฏิบัติการเพื่อการแก้ไข

ผู้วิจัยได้มีการจัดประชุมกับผู้ร่วมดำเนินการวิจัยเพื่อร่วมกันคิดวิเคราะห์ ค้นหาปัญหา และ ความต้องการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ กระบวนการนี้ผู้วิจัยได้สรุป และร่วมอภิปรายถึงความเป็นไปได้ในการวางแผนแนวทางแก้ไขปัญหาและความต้องการจากชุมชน ซึ่งทุกประเด็นมีความสำคัญและเป็นปัจจัยที่มีความเชื่อมโยง และ เกี่ยวข้องในการจัดการปัญหา และ ออกแบบระบบ รูปแบบรวมถึงการเสนอแนะเพิ่มเติมในการมองประเด็นปัญหา สถานการณ์และความต้องการของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ในการนำไปสู่การออกแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุและรูปแบบป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา หลังจากนั้น ในการ

4.3.3 การพัฒนาแผนปฏิบัติการแก้ไขปัญหาและความต้องการ (Planning)

ผลการศึกษาในกระบวนการนี้ เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 สู่อการพัฒนาแผนปฏิบัติการแก้ไขปัญหากล่าวและกำหนดแนวทางในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ดังนี้

4.3.3.1 การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยมีประเด็นป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา เพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่าย และตัวแทนประชาชนในเขตตำบลโป่งตาลอง ในวันที่ 6 มิถุนายน 2567 ณ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลโป่งตาลอง มีผู้เข้าร่วมประชุมจำนวน 80 คน ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโป่งตาลอง ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลโป่งตาลอง, ประธานสภา, สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลโป่งตาลอง, ผู้นำชุมชน, อสม.,สมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลโป่งตาลองและผู้ดูแลผู้สูงอายุตำบลโป่งตาลอง เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ เพื่อร่วมสร้างแนวทางการปฏิบัติงาน และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม มีกิจกรรมดังนี้

4.3.3.1 การรับฟังการบรรยายเกี่ยวกับ การพัฒนารูปแบบการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา" ในหัวข้อสถานการณ์ และสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ, การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ, ปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ, การวัด และการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม, บทบาทหน้าที่ของชุมชน ในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ฯ โดยวิทยากรจาก โรงพยาบาลปากช่องนานาและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากช่อง

4.3.3.2 ทบทวนระบบและโครงสร้างคณะกรรมการในการจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ และคณะกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ระดับตำบลและเสนอแผนปฏิบัติการการแก้ไขปัญหาโดยได้บรรจุโครงการเฝ้าระวังและป้องกันการพลัดตกหกล้มลงในแผนกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลโป่งตาลอง ประจำปี งบประมาณ 2567 เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และมีความชัดเจนมากขึ้น

4.3.3.3 การประชุมชี้แจงสร้างทีมป้องกันการพลัดตกหกล้มระดับดีมาก (Very good) โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคุ่มร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อสม. และจิตอาสาสมัครขับเคลื่อนการดำเนินงาน และการแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา บูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงพยาบาลปากช่องนานา โรงพยาบาลมวกะคีรีวัน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากช่อง องค์การบริหารส่วนตำบลโป่งตาลอง ผู้นำชุมชน อสม.ตำบลโป่งตาลอง คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุตำบลโป่งตาลอง คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุมวกะคีรีวันและผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีการมอบหมายภารกิจและดำเนินงานตามองค์ประกอบ 10 ด้าน ที่ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้ร่วมมือกันในการดำเนินงาน

4.3.3.4 การสำรวจ คัดกรองความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลโป่งตาลอง โดย อสม. ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

การประเมินสุขภาพทางกายผู้สูงอายุ โดยแบบทดสอบความเสี่ยงภาวะหกล้ม Timed Up and Go Test(TUGT) พบว่า ผู้สูงอายุ มีค่าดัชนีมวลกายปกติ จำนวน 45 คน ร้อยละ 70.31 ภาวะพอม จำนวน 5 คน ร้อยละ 7.81 ภาวะ ภาวะน้ำหนักเกิน จำนวน 14 คน ร้อยละ 21.88 สัญญาณชีพปกติ จำนวน 56 คน ร้อยละ 87.50 เร็ว จำนวน 8 คน ร้อยละ 12.50 สัดส่วนรอบเอว-สะโพก ผ่าน จำนวน 59 คน ร้อยละ 92.18 ไม่ผ่าน จำนวน 5 คน ร้อยละ 7.81 การทดสอบสมดุลร่างกายด้วยการนั่งลูกยีนเดิน ผ่าน จำนวน 62 คน ร้อยละ 96.87 ไม่ผ่าน จำนวน 2 คน ร้อยละ 3.13 การทดสอบสมดุลร่างกายด้วยวิธีอ้อมมือ ผ่าน จำนวน 59 คน ร้อยละ 92.18 ไม่ผ่าน จำนวน 5 คน ร้อยละ 7.81 การทดสอบสมดุลร่างกายด้วยการยืนบนขาข้างเดียว ขาขวา ผ่าน จำนวน 62 คน ร้อยละ 96.87 ขาซ้าย ผ่าน จำนวน 62 คน ร้อยละ 96.87 ไม่ผ่าน จำนวน 2 คน ร้อยละ 3.13 ความเร็วของการเดิน ผ่าน จำนวน 63 คน ร้อยละ 98.43 การทดสอบความทนทานของหัวใจ ผ่าน จำนวน 62 คน ร้อยละ 96.87 ไม่ผ่าน จำนวน 2 คน ร้อยละ 3.13 รายละเอียดดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8 การประเมินสุขภาพทางกายผู้สูงอายุ โดยแบบทดสอบความเสี่ยงภาวะหกล้ม Timed Up and Go Test (TUGT) (n=64)

ข้อมูลลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย		
ผอม	5	7.81
ปกติ	45	70.31
น้ำหนักเกิน	14	21.88
สัญญาณชีพ		
ช้า	0	0.0
ปกติ	56	87.50
เร็ว	8	12.50
สัดส่วนรอบเอว-สะโพก		
ผ่าน	59	92.18
ไม่ผ่าน	5	7.82
การทดสอบสมดุร่างกายด้วยการนั่งลุกยืนเดิน (Timed Up and Go Test)		
ผ่าน	59	92.18
ไม่ผ่าน	5	7.82
การทดสอบสมดุร่างกายด้วยวิธีอ้อมมือ (Functional Reach Test)		
ผ่าน	62	96.87
ไม่ผ่าน	2	3.13
การทดสอบสมดุร่างกายด้วยการยืนบนขาข้างเดียว (Single leg stance)		
1. ชาย		
ผ่าน	62	96.87
ไม่ผ่าน	2	3.13
2. ชาย		
ผ่าน	62	96.87
ไม่ผ่าน	2	3.13
ความเร็วของการเดิน (10 meters walk test)		
ผ่าน	63	98.43
ไม่ผ่าน	1	1.57
ทดสอบความทนทานของหัวใจ (2 minutes step test)		
ผ่าน	62	96.87
ไม่ผ่าน	2	3.13

การประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มโดยแบบประเมิน Thai FRAT แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุ เป็นเพศหญิง จำนวน 43 คน ร้อยละ 67.18 เป็นเพศชาย จำนวน 21 คน ร้อยละ 32.82 การมองเห็น ไม่สามารถอ่านตัวเลขที่ระยะ 6/12 ได้มากกว่าครึ่ง จำนวน 6 คน ร้อยละ 9.38 อ่านตัวเลขที่ระยะ 6/12 ได้มากกว่าครึ่ง จำนวน 58 คน ร้อยละ 90.62 การทรงตัวบกพร่อง ยืนต่อเท้าเป็นเส้นตรงไม่ได้ หรือยืนได้ไม่ถึง 10 วินาที จำนวน 3 คน ร้อยละ 4.69 ยืนต่อเท้าเป็นเส้นตรงได้นาน 10 วินาที จำนวน 61 คน ร้อยละ 95.31 การใช้ยา กินยาต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ชนิดไป ได้แก่ ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท ยาลดความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะ หรือยาชนิดใดก็ได้ ตั้งแต่ 4 ชนิดขึ้นไป (ไม่รวมวิตามิน) จำนวน 2 คน ร้อยละ 3.13 ไม่กินยาต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ชนิดไป ได้แก่ ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท ยาลดความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะ หรือยาชนิดใดก็ได้ แต่น้อยกว่า 4 ชนิด จำนวน 62 คน ร้อยละ 96.87 ประวัติการหกล้ม มีประวัติหกล้มตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปใน 6 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 4 คน ร้อยละ 6.25 ไม่มีประวัติการหกล้ม จำนวน 60 คน ร้อยละ 93.67 สภาพบ้าน ที่อยู่อาศัย ไม่ได้อยู่บ้านยกพื้นสูง ตั้งแต่ 1.5 เมตร ขึ้นไป ต้องขึ้นลงโดยใช้ จำนวน 64 คน ร้อยละ 100 รายละเอียดดังแสดงในตาราง 9

ตาราง 9 แบบประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มโดยแบบประเมิน Thai FRAT แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (n=64)

ข้อมูลลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	43	67.18
ชาย	21	32.82
การมองเห็น		
ไม่สามารถอ่านตัวเลขที่ระยะ 6/12 ได้มากกว่าครึ่ง	6	9.38
อ่านตัวเลขที่ระยะ 6/12 ได้มากกว่าครึ่ง	58	90.62
การทรงตัวบกพร่อง		
ยืนต่อเท้าเป็นเส้นตรงไม่ได้ หรือยืนได้ไม่ถึง 10 วินาที	3	4.69
ยืนต่อเท้าเป็นเส้นตรงได้นาน 10 วินาที	61	95.31
การใช้ยา		
กินยาต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ชนิดไป ได้แก่ ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท ยาลดความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะ หรือยาชนิดใดก็ได้ ตั้งแต่ 4 ชนิดขึ้นไป (ไม่รวมวิตามิน)	2	3.13

ตาราง 9 แบบประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มโดยแบบประเมิน Thai FRAT แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (n=64) (ต่อ)

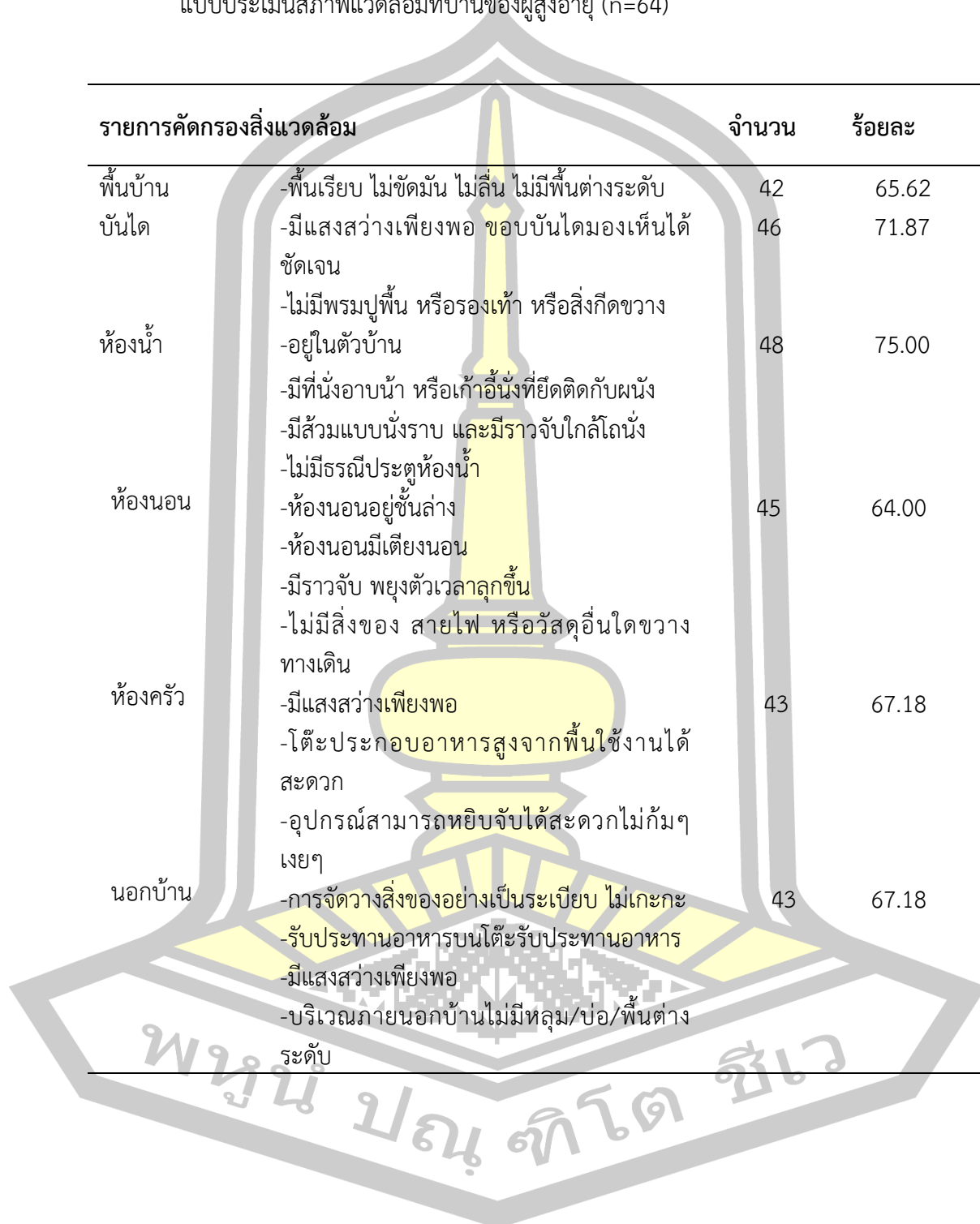
ข้อมูลลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
ไม่กินยาต่อไปนี้ได้แก่ ยานอนหลับ ยาแก้ปวดประสาท ยาลดความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะ หรือกินยาชนิดใดก็ได้ แต่น้อยกว่า 4 ชนิด	62	96.87
ประวัติการหกล้ม		
มีประวัติหกล้มตั้งแต่ 2 ครั้ง ขึ้นไปใน 6 เดือนที่ผ่านมา	4	6.25
ไม่มี	60	93.75
สภาพบ้าน ที่อยู่อาศัย		
ไม่ได้อยู่บ้านที่ยกพื้นสูง ตั้งแต่ 1.5 เมตร ขึ้นไป ต้องขึ้นลงโดยใช้บันได	64	100.0

การประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มโดยแบบประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้านของผู้สูงอายุ พบว่า พื้นบ้าน เป็นพื้นเรียบ ไม่ขรุขระ ไม่ลื่น ไม่มีพื้นต่างระดับ จำนวน 42 คน ร้อยละ 65.62 บันได มีแสงสว่างเพียงพอ ขอบบันไดมองเห็นได้ชัดเจน ไม่มีพรมปูพื้น หรือรองเท้า หรือสิ่งกีดขวาง จำนวน 46 คน ร้อยละ 71.87 ห้องน้ำ อยู่ในตัวบ้าน มีที่นั่งอาบน้ำ หรือเก้าอี้ที่นั่งที่ติดติดกับผนัง มีส้วมแบบนั่งราบ และมีราวจับใกล้โถนั่ง ไม่มีธรณีประตูห้องน้ำ พื้นไม่ลื่น มีแสงสว่างเพียงพอ จำนวน 48 คน ร้อยละ 75 ห้องนอนอยู่ชั้นล่าง มีเตียงนอน มีราวจับ พยุงตัวเวลาลุกขึ้น ไม่มีสิ่งของ สายไฟ หรือวัสดุอื่นใดขวางทางเดิน มีแสงสว่างเพียงพอ จำนวน 45 คน ร้อยละ 64 ห้องครัว โต๊ะประกอบอาหารสูงจากพื้นใช้งานได้สะดวก อุปกรณ์สามารถหยิบจับได้สะดวกไม่ก้ม ๆ เงย ๆ การจัดวางสิ่งของอย่างเป็นระเบียบ ไม่เกะกะ รับประทานอาหารบนโต๊ะรับประทานอาหาร มีแสงสว่างเพียงพอ จำนวน 43 คน ร้อยละ 67.18 บริเวณภายนอกบ้านไม่มีหลุม/บ่อ/พื้นต่างระดับ จำนวน 43 คน ร้อยละ 67.18 รายละเอียดดังแสดงในตาราง 10



ตาราง 10 แบบประเมินคัดกรองสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ Environmental screening
แบบประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้านของผู้สูงอายุ (n=64)

รายการคัดกรองสิ่งแวดล้อม	จำนวน	ร้อยละ
พื้นบ้าน	42	65.62
บันได	46	71.87
ห้องน้ำ	48	75.00
ห้องนอน	45	64.00
ห้องครัว	43	67.18
นอกบ้าน	43	67.18



การประเมินคัดกรองสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ พบว่า มีความเสี่ยงในการหกล้ม อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 20.31 ระดับปานกลาง ร้อยละ 12.50 ระดับน้อย ร้อยละ 67.18 รายละเอียดดังแสดงในตาราง 11

ตาราง 11 การประเมินเพื่อคัดกรองความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุขณะอาศัยอยู่ที่บ้าน
โดยแบบประเมินคัดกรองสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ (Environmental screening)
จำแนกตามระดับความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (n=64)

ระดับความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความเสี่ยงมาก (14-20 คะแนน)	13	20.31
ระดับความเสี่ยงปานกลาง (8-13 คะแนน)	8	12.50
ระดับความเสี่ยงน้อย (1-7 คะแนน)	43	67.18
Mean=15.65 SD=2.12 Max=43 Min=13		

4.3.4 การปฏิบัติตามแผน (Action: A)

ในขั้นตอนนี้เป็นการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ โดยมีผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ ดังนี้

4.3.4.1 กิจกรรมตามโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ครั้งที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2567 เมื่อวันที่ 24 มิถุนายน 2567 สถานที่ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลโป่งตาลอง กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ภาควิชาเครือข่ายสุขภาพตำบลโป่งตาลอง จำนวน 85 คนจากหมู่บ้านในตำบลโป่งตาลอง จำนวน 13 หมู่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา รูปแบบการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา มีกิจกรรมในการอบรมเชิงปฏิบัติการ ได้แก่ การบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยวิทยากรจาก โรงพยาบาลปากช่องนานา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากช่อง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การสร้างการมีส่วนร่วม โดย กิจกรรมการแบ่งกลุ่มในการระดมความคิดของกลุ่มภาควิชาเครือข่าย และเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจในการดำเนินงานร่วมกัน ร่วมวิเคราะห์ สืบรวจจุดเสี่ยง วางแผน สนับสนุนการจัดการปัญหา แก้ไขจุดเสี่ยงร่วมกัน

4.3.4.2 การจัดตั้งและดำเนินงาน ทีมป้องกันการพลัดตกหกล้ม ตำบลโป่งตาลอง โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคัมร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบลโป่งตาลองและภาควิชาเครือข่าย เมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม 2567 มีการแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม มอบหมายภารกิจ โดยบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงพยาบาลปากช่องนานา โรงพยาบาลมกุฏคีรีวัน สาธารณสุขอำเภอปากช่อง องค์การบริหารส่วนตำบลโป่งตาลอง ผู้นำ ชุมชน อสม.ตำบลโป่งตาลอง อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นตำบลโป่งตาลอง ตัวแทนประชาชนหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุในระดับดีมาก มีการดำเนินงานตามองค์ประกอบ 10 ด้าน ได้แก่

องค์ประกอบที่ 1 สภาพทั่วไปและข้อมูลพื้นฐานและนโยบาย แผนงานโครงการ

องค์ประกอบที่ 2 การบริหารจัดการ มีการขับเคลื่อนสหสาขาและ การสนับสนุน
ดำเนินงานแก่เครือข่าย

องค์ประกอบที่ 3 การจัดทำรายงานสถานการณ์และข้อมูลการบาดเจ็บจากการพลัดตก
หกล้ม การสอบสวนกรณีที่มีผู้สูงอายุพลัดตกหกล้มในพื้นที่ และ จำนวนผู้สูงอายุที่พลัดตกหกล้ม

องค์ประกอบที่ 4 การประเมิน/จัดการแก้ไขจุดเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การสำรวจจุด
เสี่ยงภายในชุมชน และการจัดการแก้ไขจุดเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

องค์ประกอบที่ 5 การจัดกิจกรรมส่งเสริม/ป้องกันการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม
การติดตาม เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุเพื่อประเมินสุขภาพของผู้อายุ และประเมิน สภาพแวดล้อม การจัด
กิจกรรมในผู้สูงอายุเช่นการส่งเสริมการ ออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพประจำปี

องค์ประกอบที่ 6 การจัดกิจกรรมในผู้สูงอายุ ได้แก่การให้ความรู้การป้องกันการพลัด
ตกหกล้มในผู้สูงอายุ

องค์ประกอบที่ 7 อาสาสมัครในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ การจัดอบรมอาสาสมัครในการ
ดูแล ผู้สูงอายุ และการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

องค์ประกอบที่ 8 นวัตกรรมด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

องค์ประกอบที่ 9 การสื่อสารประชาสัมพันธ์ ได้แก่ การจัด/ผลักดัน/สนับสนุนให้เกิดกิจ
กรร รณรงค์การป้องกันและการสื่อสารประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางต่าง ๆ ในวงกว้าง

องค์ประกอบที่ 10 การติดตาม หรือติดตามประเมินผลในการดำเนินงาน

ด้านการบริหารจัดการ มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบสหสาขา โดย มีการประชุม
หรือการมีส่วนร่วมของสหสาขา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคุ่ม มีการดำเนินงานใน
รูปแบบสหสาขาแบบบูรณาการทุกหน่วยงาน ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคุ่ม องค์การบริหารส่วนตำบลโป่งตาลอง ผู้นำชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) เพื่อดำเนินการใน
กิจกรรมต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุต่อไป มีการประชุมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) จำนวน 16 คนเพื่อ
ดำเนินการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และ มีการจัด
ประชุมคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุตำบลโป่งตาลอง ร่วมกับแพทย์ที่ปรึกษาโรงพยาบาลมกุฏศิรีวัน
โรงพยาบาลปากช่องนานา และ ผู้สูงอายุ เพื่อเตรียมการจัดทำแผนงานโครงการที่เกี่ยวกับการดูแล
ผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุให้มีความต่อเนื่อง เช่น กิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ การออก
กำลังกายในผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันภาวะข้อติด กิจกรรมสนทนากลุ่มการป้องกันสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ
 เป็นต้น

ด้านการจัดการข้อมูล มีการรายงานสถานการณ์ข้อมูลการบาดเจ็บจากการพลัดตกห
กล้ม และมีการนำไปใช้ประโยชน์ข้อมูลในพื้นที่ มีการรวบรวม วิเคราะห์สถานการณ์ของผู้สูงอายุใน
ตำบลโป่งตาลอง และ ข้อมูลอื่น ๆ เช่น สาเหตุของการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (จากการสำรวจ)
โดยได้มีการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ เช่น

นำเสนอข้อมูลในเวทีการประชุมต่าง ๆ มีการแก้ไขปัญหาการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุเพื่อคืนข้อมูลสู่ภาคีเครือข่ายในชุมชนรวมถึงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาดังต่อไป

มีการสอบสวนกรณีที่มีผู้สูงอายุพลัดตกหกล้มในพื้นที่ พร้อมมีการดำเนินการแก้ไข (ดำเนินการเฉพาะกรณีที่มีการพลัดตกหกล้มเกิดขึ้นในพื้นที่) โดยทีมป้องกันพลัดตกหกล้มตำบลโป่งตาลองได้จัดทำรายงานการสอบสวนการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่ได้รับการบาดเจ็บ หรือเข้าพักการรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือกรณีที่น่าสนใจ ตามแบบสอบสวนทุกรายเพื่อมีการดำเนินการแก้ไขปัญหาจากการสอบสวน เช่น การจัดการสิ่งแวดล้อม การให้ความรู้กับผู้สูงอายุ หรือผู้ที่อาศัยร่วมบ้านในการป้องกันการพลัดตกหกล้มรายกรณี เป็นต้น

ด้านการประเมิน/จัดการแก้ไขจุดเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การสำรวจจุดเสี่ยงภายในชุมชน และการจัดการแก้ไขจุดเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยการสำรวจจุดเสี่ยงภายในชุมชนของภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ร่วมกันสำรวจจุดเสี่ยงในชุมชน โดยใช้แบบประเมินบ้านผู้สูงอายุ และร่วมกันระบุจุดเสี่ยงในชุมชน และ ประเมินบ้านผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม จำนวน 13 หมู่บ้าน พบว่าจุดเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ จำนวน 12 จุด เช่น แสงสว่างไม่เพียงพอ ห้องน้ำพื้นลื่น พื้นไม่เรียบ เก้าอี้ของไม่เป็นระเบียบ พื้นไม่เรียบเสมอกัน ไม่มีแถบสีแสดงความต่างของพื้นระดับ มีการจัดการแก้ไขจุดเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุพร้อมทั้งให้คำแนะนำในการปรับปรุงบ้าน เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ให้ความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มและการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มต่อไป

การจัดกิจกรรมส่งเสริม/ป้องกันการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม การจัดกิจกรรมในผู้สูงอายุเช่นการส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ การตรวจสุขภาพประจำปี ได้มีกิจกรรมการจัดคลินิก/กิจกรรมป้องกันการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม กิจกรรมการคัดกรองต่อกระดูกร่วมกับโรงพยาบาลมกุฏศิรินทร์ จำนวน 1 ครั้ง กิจกรรมการตรวจตา ตรวจฟัน ตรวจเท้าผู้สูงอายุ และมีการส่งต่อผู้สูงอายุที่พบปัญหาสุขภาพหรือพบความผิดปกติด้านสายตา เท้า ข้อเข่าเสื่อม สุขภาพช่องปากพบแพทย์ที่โรงพยาบาลปากช่องนานา และ โรงพยาบาลมกุฏศิรินทร์ทุกราย

ด้านการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ การจัดอบรมฟื้นฟูอาสาสมัครในการดูแลผู้สูงอายุ และ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 16 คน โดยเข้าร่วมในการจัดการอบรมอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรในระบบการดูแล ระยะยาว Long term care และ Palliative care Cupปากช่อง ปี 2567 จัดอบรมขึ้นวันที่ 27-28 มิถุนายน 2567 ณ ศาลาการเปรียญวัดจันทน์ทิพย์ ตำบลหนองสาหร่าย อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา และ โครงการพัฒนารูปแบบการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมาปี 2567 โดยตำบลโป่งตาลองเป็นตำบลเป้าหมายจาก 6 ตำบลในการจัดการอบรม ได้จัดอบรมในวันที่ 20 พฤษภาคม 2567 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคุ่ม เพื่อพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย และ ส่งเสริมความร่วมมือจากครอบครัวภาคีเครือข่ายและองค์กรต่าง ๆ ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในชุมชน ส่งเสริมระบบการแจ้งเตือน การติดตามในรายที่เคยพลัดตกหกล้ม เพื่อป้องกันการหกล้มซ้ำ และการวางแผนแก้ไขปัญหเฉพาะรายบุคคลในผู้สูงอายุ

4.3.4.3 การดำเนินงานแผนงาน/โครงการด้านสาธารณสุข ของงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลโป่งตาลอง ประจำปีงบประมาณ 2567 ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต) ได้แก่ โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ห้างไกลพลัดตกหกล้ม ปีงบประมาณ 2567 ได้ดำเนินการในวันที่ 6 สิงหาคม 2567 ในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนตำบลโป่งตาลอง จำนวน 40 คน ณ ศาลาการเปรียญวัดสระน้ำใส หมู่ที่ 7 ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา และดำเนินการในวันที่ 14 สิงหาคม 2567 ในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนตำบลโป่งตาลอง จำนวน 50 คน ณ ศาลาการเปรียญวัดหนองข้อมตะเคียนงาม หมู่ที่ 5 ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา โดยมีการให้ความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ การคัดกรองข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ การให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงกล้ามเนื้อสะโพก เข่า และข้อเท้า การใช้อุปกรณ์ช่วยป้องกัน การพลัดตกหกล้ม การให้ความรู้เรื่องสภาพแวดล้อมในบ้านที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

4.3.4.4 การติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยคณะทำงานป้องกันการพลัดตกหกล้มตำบลโป่งตาลอง ร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลปากช่องนานา โรงพยาบาลมกุฏคีรีวัน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคุ่ม นักกายภาพบำบัด องค์การบริหารส่วนตำบลโป่งตาลอง ผู้นำชุมชน อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ การติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 เดือน กรกฎาคม 2567 จำนวน 8 คน เพื่อให้ความรู้ คำแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเอง แก่ผู้สูงอายุ และญาติ การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม วางแนวทางในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยเป็นการบูรณาการความร่วมมือกันในการดำเนินงาน และร่วมวางแผนทางการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุรายนั้น ๆ รวมถึงออกแบบระบบการติดตามประเมินผลการแก้ไขปัญหารายบุคคล และ ชุมชน โดยคณะทำงานป้องกันการพลัดตกหกล้มตำบลโป่งตาลอง ร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Care giver) เป็นผู้ติดตามให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง ระยะที่ 2 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567 ติดตามเยี่ยมบ้าน มอบบ้านผู้สูงอายุตามโครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ผู้พิการ จำนวน 2 หลัง เพื่อติดตามประเมินผลการดำเนินงาน และเยี่ยมเสริมกำลังใจแก่ผู้สูงอายุในชุมชน

4.3.5 ชั้นสังเกตผล (Observation)

ดำเนินการสังเกตการณ์ ติดตามและประเมินผลการดำเนินการ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลโป่งตาลอง ดังนี้

1) สังเกตการณ์มีส่วนร่วมในการดำเนินงานและติดตามการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุและภาคีเครือข่ายสุขภาพ พบว่า ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการดำเนินการเป็นอย่างดี ในทุกขั้นตอนของกระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ได้แก่

ด้านการมีส่วนร่วมในระดับให้ข้อมูลข่าวสาร ได้เข้าร่วมรับฟังข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายการดำเนินงานการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมทุกครั้ง ร้อยละ 49.4 มี

ส่วนร่วมบางครั้ง ร้อยละ 49.4 ได้เข้าร่วมรับฟังข้อมูลปัญหาสุขภาพและความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน มีส่วนร่วมทุกครั้ง ร้อยละ 55.3 ได้เข้าร่วมรับฟังการวางแผนการดำเนินงานการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในพื้นที่ มีส่วนร่วมทุกครั้ง ร้อยละ 50.6 ได้เข้าร่วมรับฟังผลการดำเนินงานการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมทุกครั้ง ร้อยละ 51.8

ด้านการมีส่วนร่วมในระดับการปรึกษาหารือ มีส่วนร่วมในการเสนอข้อมูลและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการกำหนดนโยบายการดำเนินงาน การป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในระดับตำบล มีส่วนร่วมทุกครั้ง ร้อยละ 50.6 มีส่วนร่วมในการเสนอข้อมูลและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อมูลปัญหาสุขภาพ การพลัดตกหกล้ม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนมีส่วนร่วมทุกครั้ง ร้อยละ 51.8 มีส่วนร่วมในการเสนอข้อมูลและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการวางแผนดำเนินกิจกรรมตามกิจกรรมต่าง ๆ ในกระบวนการแก้ไขปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมบางครั้ง ร้อยละ 50.6 มีส่วนร่วมในการเสนอข้อมูลและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการติดตามประเมินการดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการ/กิจกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน มีส่วนร่วมทุกครั้ง ร้อยละ 51.8 มีส่วนร่วมในการเสนอข้อมูลและแสดงความคิดเห็นต่อผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน มีส่วนร่วมทุกครั้ง ร้อยละ 51.8

ด้านการมีส่วนร่วมในระดับเข้ามามีบทบาท ท่านมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุในตำบล มีส่วนร่วมทุกครั้ง ร้อยละ 50.6 มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน มีส่วนร่วมทุกครั้ง ร้อยละ 50.6 มีส่วนร่วมในการกำหนดวิธีการหรือแนวทางการดำเนินงานการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน มีส่วนร่วมทุกครั้ง ร้อยละ 55.3 มีส่วนร่วมในการติดตาม ตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินงานการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน มีส่วนร่วมทุกครั้ง ร้อยละ 55.3

ด้านการมีส่วนร่วมในระดับสร้างความร่วมมือ มีส่วนร่วมในการนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ นำไปกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา/การป้องกัน มีส่วนร่วมทุกครั้ง ร้อยละ 51.8 มีส่วนร่วมในการนำแนวทางการดำเนินงานการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนไปสู่การปฏิบัติ มีส่วนร่วมทุกครั้ง ร้อยละ 52.9 มีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามแผนงานกิจกรรมหรือโครงการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน มีส่วนร่วมทุกครั้ง ร้อยละ 51.8 มีส่วนร่วมในการติดตาม ประเมิน สรุปผลและถอดบทเรียนผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในหมู่บ้าน/ตำบล มีส่วนร่วมทุกครั้ง ร้อยละ 52.9 มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบในการดำเนินการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน มีส่วนร่วมทุกครั้ง ร้อยละ 50.6 มีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการปฏิบัติที่เป็นประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมทุกครั้ง ร้อยละ 49.4 มีส่วนร่วมบางครั้ง ร้อยละ 49.4 รายละเอียดดังแสดงในตาราง 12

ตาราง 12 จำนวนและร้อยละของการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการป้องกันการพลัดตกหกล้มใน
ผู้สูงอายุ (n=85)

ข้อคำถาม	การมีส่วนร่วม			$\bar{X}$	SD
	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคยร่วม		
ด้านที่ 1 การมีส่วนร่วมในระดับให้ข้อมูลข่าวสาร					
1. เข้าร่วมรับฟังข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายการดำเนินงานป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ	42 (49.4)	42 (49.4)	1 (1.2)	1.52	0.526
2. เข้าร่วมรับฟังข้อมูลปัญหาสุขภาพและความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน	47 (55.3)	38 (44.7)	0	1.45	0.500
3. เข้าร่วมรับฟัง วางแผนดำเนินงานป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในพื้นที่	43 (50.6)	41 (48.2)	1 (1.2)	1.51	0.526
4. เข้าร่วมรับฟังผลการดำเนินงานป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ	44 (51.8)	39 (45.9)	2 (2.4)	1.51	0.548
ด้านที่ 2 การมีส่วนร่วมในระดับให้ข้อมูลข่าวสาร					
5. มีส่วนร่วมในการเสนอข้อมูลและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการกำหนดนโยบายดำเนินงานป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในระดับตำบล	43 (51.8)	39 (45.9)	2 (2.4)	1.52	0.548
6. มีส่วนร่วมเสนอข้อมูลและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อมูลปัญหาสุขภาพ การพลัดตกหกล้ม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน	44 (51.8)	39 (45.9)	2 (2.4)	1.51	0.548
7. มีส่วนร่วมเสนอข้อมูลและแสดงความคิดเห็นวางแผนดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในกระบวนการแก้ไขปัญหาพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ	41 (48.2)	43 (50.6)	1 (1.2)	1.53	0.525
8. มีส่วนร่วมเสนอข้อมูลและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทาง ติดตามประเมินผลดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการ/กิจกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน	44 (51.8)	40 (47.1)	1 (1.2)	1.49	0.526
9. มีส่วนร่วมเสนอข้อมูลและแสดงความคิดเห็นต่อผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน	44 (51.8)	41 (48.2)	0 (0.0)	1.48	0.503

ตาราง 12 จำนวนและร้อยละของการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (n=85) (ต่อ)

ข้อคำถาม	การมีส่วนร่วม			$\bar{x}$	SD
	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคยร่วม		
ด้านที่ 3 การมีส่วนร่วมในระดับให้ข้อมูลข่าวสาร					
10. มีส่วนร่วมวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ ปัญหา สุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุในตำบล	43 (50.6)	41 (48.2)	1 (1.2)	1.51	0.526
11. มีส่วนร่วมกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนา รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ในชุมชน	43 (50.6)	41 (48.2)	1 (1.2)	1.51	0.526
12. มีส่วนร่วมกำหนดวิธีการหรือแนวทางการ ดำเนินงานป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ในชุมชน	47 (55.3)	38 (44.7)	0	1.45	0.500
13. มีส่วนร่วมติดตาม ตรวจสอบและประเมินผลการ ดำเนินงานป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ในชุมชน	47 (55.3)	37 (43.5)	1 (1.2)	1.46	0.524
ด้านที่ 4 การมีส่วนร่วมในระดับสร้างความร่วมมือ					
14. มีส่วนร่วมนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหา สุขภาพของผู้สูงอายุ นำไปกำหนดแนวทางแก้ไข ปัญหา/ป้องกัน	44 (51.8)	38 (44.7)	3 (3.5)	1.52	0.569
15. มีส่วนร่วมนำแนวทางดำเนินงานป้องกันการพลัด ตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนไปสู่การปฏิบัติ	45 (52.9)	37 (43.5)	3 (3.5)	1.51	0.570
16. มีส่วนร่วมดำเนินงานตามแผนงานกิจกรรมหรือ โครงการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุใน ชุมชน	44 (51.8)	40 (47.1)	1 (1.2)	1.49	0.526
17. มีส่วนร่วมติดตาม ประเมิน สรุปผลและถอด บทเรียนผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการ พลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในหมู่บ้าน/ตำบล	45 (52.9)	38 (44.7)	2 (2.4)	1.49	0.548
18. มีส่วนร่วมพัฒนารูปแบบในการดำเนินการ ป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน	43 (50.6)	40 (47.1)	2 (2.4)	1.52	0.548
19. มีส่วนร่วมกำหนดแนวทางปฏิบัติที่เป็นประโยชน์ ในการแก้ไขปัญหการพลัดตกหกล้มในผู้สงอายุ	42 (49.4)	42 (49.4)	1 (1.2)	1.52	0.526

จากที่กล่าวมาข้างต้น สรุปจากการสังเกตการณ์การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ในลักษณะการช่วยส่งเสริม สนับสนุน และเข้าร่วมกิจกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบาย และตามรูปแบบที่ชัดเจนเป็นไปด้วยความเรียบร้อย การมีส่วนร่วมแบบการประสานงาน การปฏิบัติการ การวิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุในตำบล ได้แก่ กลุ่มผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งได้รับความร่วมมืออย่างยิ่ง เป็นผู้ประสานงาน สื่อสารข้อมูลต่าง ๆ ให้แก่ผู้สูงอายุ ร่วมในการดำเนินกิจกรรมของผู้สูงอายุ ประเมินสุขภาพ ติดตามผล ร่วมลงเยี่ยมบ้าน การร่วมมือในการปรับปรุงที่พักอาศัยของผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดความปลอดภัยและลดความเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้ม และการจัดการแก้ไขปัญหาในระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุร่วมกับ หน่วยงานราชการ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

การมีส่วนร่วมในระดับการปรึกษาหารือ มีส่วนร่วมในการเสนอข้อมูลและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการกำหนดนโยบาย สนับสนุนงบประมาณ การเสนอข้อมูลและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อมูลปัญหาสุขภาพ การพลัดตกหกล้ม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุ แสดงความคิดเห็นต่อผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน รวมถึงอำนวยความสะดวกในด้านต่าง ๆ ในการดำเนินงานเป็นอย่างดี

การมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด จึงทำให้เกิดกระบวนการพัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา มีการดำเนินงานอย่างชัดเจน เป็นรูปธรรมอย่างต่อเนื่อง เหมาะสมกับบริบทพื้นที่สามารถสรุปแนวทางการพัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

2) สังเกตการณ์ขั้นตอนการจัดการประชุมเพื่อรับฟังข้อมูลสถานการณ์ปัญหา ปัจจัยที่ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย กลุ่มภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งได้ร่วมรับฟังข้อมูลสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชุมชนที่ผ่านมา จากนั้นนำไปสู่การอภิปรายร่วมกันเพื่อสร้างความเข้าใจ เกี่ยวกับบริบทสถานการณ์ การรับรู้ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดการพลัดตกหกล้ม ผลกระทบจากการล้มในด้านต่างๆ โดยได้สรุปข้อมูลจากการวิเคราะห์ ต่อจากนั้นได้คืนข้อมูลโดยการนำเสนอและสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน และนำไปสู่การระดมความคิดร่วมกันเพื่อออกแบบและวางแผนการแก้ไขปัญหากลวิธีคือ การสร้างความรู้ความเข้าใจร่วมคิดวิเคราะห์ ร่วมรับรู้ปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ร่วมวางแผนพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ร่วมกำหนดแนวทางปฏิบัติ

3) การสังเกตการณ์ขั้นตอนการจัดทำแผนปฏิบัติการ จากการสังเกตการณ์ พบว่าผู้ร่วมดำเนินการวิจัยให้ความร่วมมือในการระดมความคิดเห็นในการจัดทำแผนปฏิบัติการ มีบรรยากาศในการดำเนินงานที่ดี ทุกคนให้ความร่วมมือและแสดงความคิดเห็นกันอย่างเต็มที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีประสบการณ์ในการจัดทำแผนปฏิบัติการได้ช่วยกระตุ้นและเป็นพี่เลี้ยงให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มี

ภาวะพึ่งพิงที่ยังไม่มีประสบการณ์ แสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ภายใต้บรรยากาศที่สร้างสรรค์ จนทำให้เกิดแผนปฏิบัติการทั้งหมด จำนวน 4 แผน ได้แก่ 1) แผนการอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลโป่งตาลอง กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ภาศิเครือข่ายสุขภาพตำบลโป่งตาลอง จากหมู่บ้าน 13 หมู่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจถึงสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ผลกระทบด้านต่าง ๆ และแนวทางการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ มีกิจกรรมในการอบรมเชิงปฏิบัติการ ได้แก่ การบรรยายให้ความรู้ 2) การจัดตั้งและดำเนินงาน ทีมป้องกันการพลัดตกหกล้มระดับตำบล โดยมีการแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการดำเนินงานตามองค์ประกอบการดำเนินกิจกรรม 10 ด้านนำไปสู่การพัฒนาแบบแผนการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุต่อไป 3) แผนปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตามโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงวัย ห่างไกลพลัดตกหกล้ม ปีงบประมาณ 2567 กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้สูงอายุในตำบลโป่งตาลอง จำนวน 90 คนได้ดำเนินการในวันที่ 6 สิงหาคม 2567 ในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนตำบลโป่งตาลอง จำนวน 40 คน ณ ศาลาการเปรียญวัดสระน้ำใส หมู่ที่ 7 ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา และดำเนินการในวันที่ 14 สิงหาคม 2567 ในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนตำบลโป่งตาลอง จำนวน 50 คน ณ ศาลาการเปรียญวัดหนองข้อมตะเคียนงาม หมู่ที่ 5 ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลโป่งตาลองปีงบประมาณ 2567 ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต) และชมรมผู้สูงอายุตำบลโป่งตาลอง ชมรมผู้สูงอายุมกุฎศิรีวัน โดยมีการให้ความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ การคัดกรองข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ การให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงกล้ามเนื้อสะโพก เข่า และข้อเท้า การใช้อุปกรณ์ช่วยป้องกันการพลัดตกหกล้ม การให้ความรู้เรื่องสภาพแวดล้อมในบ้านที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม 4) แผนปฏิบัติการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยคณะทำงานป้องกันการพลัดตกหกล้มตำบลโป่งตาลอง ร่วมกับภาศิเครือข่ายสุขภาพชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และมอบบ้านผู้สูงอายุตามโครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ผู้พิการ เพื่อติดตามประเมินผลการดำเนินงาน และเยี่ยมเสริมกำลังใจแก่ผู้สูงอายุในชุมชน

4) การสังเกตการณ์เพื่อติดตามกำกับและประเมินผล พบว่า ผู้ร่วมการดำเนินการวิจัยให้ความร่วมมือในการติดตามประเมินผลได้เป็นอย่างดี ทั้งในส่วนผู้สูงอายุและภาศิเครือข่ายสุขภาพชุมชน โดยกิจกรรมในการติดตามประเมินผล ประกอบด้วย 1) ผลการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และ ผู้สูงอายุที่พลัดตกหกล้มได้รับการส่งตัวเข้ารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลปากช่องนานา จำนวน 3 ราย 2) ผลจากการจัดการแก้ไขจุดเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มจำนวน 12 จุด ผู้สูงอายุมีความปลอดภัยมากขึ้น พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการปรับปรุงบ้านให้มีความเหมาะสม เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในอนาคตของผู้สูงอายุ 3) ผลจากการเยี่ยมบ้าน และมอบบ้านผู้สูงอายุตามโครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ผู้พิการ จำนวน 2 หลังร่วมกับกิจกรรมเยี่ยมเสริมกำลังใจแก่ผู้สูงอายุในชุมชน

ด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ของผู้มีส่วนขับเคลื่อน หลังการดำเนินการ พบว่า กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ตอบถูกต้อง ผู้สูงอายุที่มีปัญหาในด้านการทรงตัว มีโอกาสหกล้มได้ง่าย ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวจะมีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มได้ง่าย ยกเว้น โรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง ผู้สูงอายุที่มีประวัติเคยหกล้ม จะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้น้อยกว่า เนื่องจากมีประสบการณ์ในการพลัดตกหกล้มมาแล้ว ผู้สูงอายุที่ต้องขึ้น - ลงบันไดบ่อย ๆ จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้ง่าย ผู้สูงอายุที่หกล้มจะทำให้ขาดความมั่นใจ หรือกลัวในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง วิธีการออกกำลังกายที่ช่วยฝึกความยืดหยุ่นของข้อ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ช่วยป้องกันการพลัดตกหกล้มได้ ร้อยละ 100 รองลงมาคือ ข้อ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาในด้านการมองเห็น เช่น มองเห็นไม่ชัดเจน ตาพร่ามัว เป็นโรคต้อหิน/ต้อกระจก มีโอกาสหกล้มได้ง่าย ผู้สูงอายุที่รับประทานยานอนหลับ ยาลดความดันโลหิต หรือยาขับปัสสาวะจะมีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มได้ง่าย การมีแสงสว่างไม่เพียงพอเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุหกล้มได้ง่าย ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มแล้วต้องเข้ารักษาตัวในสถานพยาบาล มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ การดื่มสุรา เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มได้ง่าย การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น ไม้เท้า ในผู้สูงอายุที่มีการทรงตัวไม่ดี ช่วยป้องกันการพลัดตกหกล้มได้ ร้อยละ 97.44 และน้อยที่สุดคือข้อภาวะกระดูกหัก ที่เกิดจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่พบบ่อย คือ กระดูกข้อมือหัก ร้อยละ 64.11

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ หลังดำเนินการ พบว่า กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ มีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันการพลัดตกหกล้มเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุที่มีปัญหาในด้านการมองเห็น เช่น มองเห็นไม่ชัดเจน ตาพร่ามัว เป็นโรคต้อหิน/ต้อกระจก มีโอกาสหกล้มได้ง่าย ผู้สูงอายุที่มีปัญหาในด้านการทรงตัว มีโอกาสหกล้มได้ง่าย ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวจะมีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มได้ง่าย ยกเว้น โรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง ผู้สูงอายุที่รับประทานยานอนหลับ ยาลดความดันโลหิต หรือยาขับปัสสาวะจะมีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มได้ง่าย ผู้สูงอายุที่ต้องขึ้น - ลงบันไดบ่อย ๆ จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้ง่าย การมีแสงสว่างไม่เพียงพอเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุหกล้มได้ง่าย ผู้สูงอายุที่หกล้มจะทำให้ขาดความมั่นใจ หรือกลัวในการทำกิจวัตรประจำวัน ด้วยตนเอง ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มแล้วต้องเข้ารักษาตัวในสถานพยาบาล มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ การตรวจร่างกายเป็นประจำทุกปี ไม่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม การใช้ยาหลายชนิดขึ้นไป ไม่มีผลต่อการพลัดตกหกล้ม วิธีการออกกำลังกายที่ช่วยฝึกความยืดหยุ่นของข้อ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ช่วยป้องกันการพลัดตกหกล้มได้ การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น ไม้เท้า ใน ผู้สูงอายุที่มีการทรงตัวไม่ดี ช่วยป้องกันการพลัดตกหกล้มได้ ร้อยละ 100. รองลงมาคือข้อ พื้นบ้าน ที่ปูด้วยกระเบื้องเคลือบ หินขัด หรือพื้นขัดมันเงา จะลดโอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุได้ การดื่มสุรา เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มได้ง่าย ร้อยละ 75. และ น้อยที่สุดคือข้อ ผู้สูงอายุชายมีโอกาสดังกล่าวมากกว่าผู้สูงอายุหญิง ผู้สูงอายุที่มีประวัติเคยหกล้ม จะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้น้อยกว่า เนื่องจากมีประสบการณ์ในการพลัดตกหกล้มมาแล้ว ผลกระทบจากการพลัดตกหกล้มที่สำคัญมีเพียง 2 ด้าน คือ ด้านร่างกายและสังคม ภาวะกระดูกหักที่เกิดจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่พบบ่อย คือ กระดูกข้อมือหัก การออกกำลังกายอย่างหนักทุกวันช่วยป้องกันการพลัดตกหกล้มได้ ร้อยละ 50.0

การประเมินสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ หลังการดำเนินรูปแบบเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยแบบทดสอบความเสี่ยงภาวะหกล้ม Timed Up and Go Test(TUGT) พบว่าผู้สูงอายุ มีค่าดัชนีมวลกายปกติ จำนวน 49 คน ร้อยละ 76.6 ภาวะผอม จำนวน 3 คน ร้อยละ 4.7 ภาวะน้ำหนักเกิน จำนวน 12 คน ร้อยละ 18.7 สัญญาณชีพปกติ จำนวน 58 คน ร้อยละ 90.6 เร็ว จำนวน 6 คน ร้อยละ 9.4 สัดส่วนรอบเอว-สะโพก ผ่าน จำนวน 61 คน ร้อยละ 95.3 ไม่ผ่าน จำนวน 3 คน ร้อยละ 4.7 การทดสอบสมดุร่างกายด้วยการนั่งลุกยืนเดิน ผ่าน จำนวน 62 คน ร้อยละ 96.9 ไม่ผ่าน จำนวน 2 คน ร้อยละ 3.1 การทดสอบสมดุร่างกายด้วยวิธีอ้อมมือ ผ่าน จำนวน 63 คน ร้อยละ 98.4 ไม่ผ่าน จำนวน 1 คน ร้อยละ 1.6 การทดสอบสมดุร่างกายด้วยการยืนบนขาข้างเดียว ขาขวา ผ่าน จำนวน 64 คน ร้อยละ 100 ขาซ้าย ผ่าน จำนวน 64 คน ร้อยละ 100 ความเร็วของการเดิน ผ่าน จำนวน 64 คน ร้อยละ 100 การทดสอบความทนทานของหัวใจ ผ่าน จำนวน 64 คน ร้อยละ 100 รายละเอียดดังแสดงในตาราง 13

ตาราง 13 การประเมินสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุหลังการดำเนินรูปแบบเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยแบบทดสอบความเสี่ยงภาวะหกล้ม Timed Up and Go Test (TUGT) (n=64)

ข้อมูลลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย		
ผอม	3	4.68
ปกติ	49	76.56
น้ำหนักเกิน	12	18.75
สัญญาณชีพ		
ช้า	0	0.0
ปกติ	58	90.62
เร็ว	6	9.38
สัดส่วนรอบเอว-สะโพก		
ผ่าน	61	95.31
ไม่ผ่าน	3	4.69
การทดสอบสมดุร่างกายด้วยการนั่งลุกยืนเดิน(Timed Up and Go Test)		
ผ่าน	62	96.87
ไม่ผ่าน	2	3.13
การทดสอบสมดุร่างกายด้วยวิธีอ้อมมือ(Functional Reach Test)		
ผ่าน	63	98.43
ไม่ผ่าน	1	1.57

ตาราง 13 การประเมินสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุหลังการดำเนินรูปแบบเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม
ของผู้สูงอายุ โดยแบบทดสอบความเสี่ยงภาวะหกล้ม Timed Up and Go Test (TUGT)
(n=64) (ต่อ)

ข้อมูลลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
การทดสอบสมดุร่างกายด้วยการยืนบนขาข้างเดียว (Single leg stance)		
1. ชาย		
ผ่าน	64	100.0
ไม่ผ่าน	0	0.0
2. หญิง		
ผ่าน	64	100.0
ไม่ผ่าน	0	0.0
ความเร็วของการเดิน (10 meters walk test)		
ผ่าน	64	100.0
ไม่ผ่าน	0	0.0
ทดสอบความทนทานของหัวใจ (2 minutes step test)		
ผ่าน	64	100.0
ไม่ผ่าน	0	0.0

การประเมินสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการดำเนินรูปแบบเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยแบบทดสอบความเสี่ยงภาวะหกล้ม Timed Up and Go Test (TUGT) พบว่า หลังการทดสอบ มีค่าเฉลี่ยลดลงต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 14

ตาราง 14 เปรียบเทียบการประเมินสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ โดยแบบทดสอบความเสี่ยงภาวะหกล้ม Timed Up and Go Test (TUGT) ก่อนและหลังทดสอบ

การประเมิน	$\bar{x}$	SD	Z	95%CI	P-value (1- tailed)
ก่อนทดสอบ	14.77	4.23	13.97	1.88-2.51	< 0.001
หลังทดสอบ	12.57	3.45			

ประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม หลังการดำเนินรูปแบบเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยแบบประเมิน Thai FRAT แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุ เป็นเพศหญิง จำนวน 43 คน ร้อยละ 67.18 เป็นเพศชาย จำนวน 21 คน ร้อยละ

32.82 การมองเห็น ไม่สามารถอ่านตัวเลขที่ระยะ 6/12 ได้มากกว่าครึ่ง จำนวน 5 คน ร้อยละ 7.81
อ่านตัวเลขที่ระยะ 6/12 ได้มากกว่าครึ่ง จำนวน 59 คน ร้อยละ 92.19 การทรงตัวบกพร่อง ยืนต่อ
เท้าเป็นเส้นตรงไม่ได้ หรือยืนได้ไม่ถึง 10 วินาที จำนวน 2 คน ร้อยละ 3.12 ยืนต่อเท้าเป็นเส้นตรงได้
นาน 10 วินาที จำนวน 62 คน ร้อยละ 96.88 ไม่กินยาต่อไปนี้ ได้แก่ ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท
ยาลดความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะ หรือกินยาชนิดใดก็ได้ แต่น้อยกว่า 4 ชนิด จำนวน 64 คน ร้อย
ละ 100 ไม่มีประวัติการหกล้ม จำนวน 64 คน ร้อยละ 100 สภาพบ้าน ที่อยู่อาศัย ไม่ได้อยู่บ้านยกพื้น
สูง ตั้งแต่ 1.5 เมตร ขึ้นไป ต้องขึ้นลงโดยใช้ จำนวน 64 คน ร้อยละ 100 รายละเอียดดังตาราง 15

ตาราง 15 แบบประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มหลังการดำเนินรูปแบบเพื่อป้องกันการพลัดตก
หกล้มของผู้สูงอายุ โดยแบบประเมิน Thai FRAT แบบประเมินความเสี่ยง ต่อการพลัดตก
หกล้มในผู้สูงอายุ (n=64)

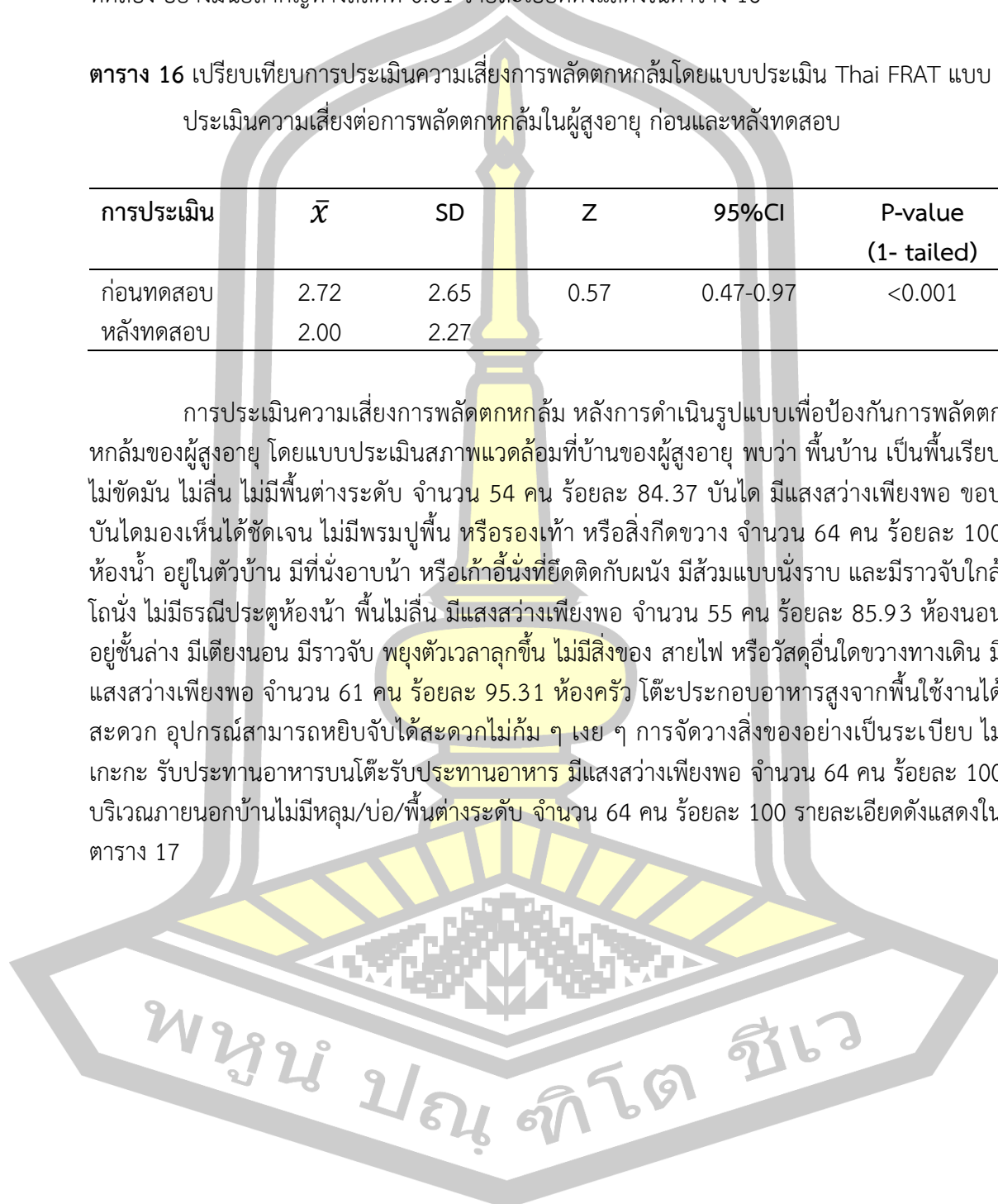
ข้อมูลลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	43	67.18
ชาย	21	32.82
การมองเห็น		
ไม่สามารถอ่านตัวเลขที่ระยะ 6/12 ได้มากกว่าครึ่ง	5	7.81
อ่านตัวเลขที่ระยะ 6/12 ได้มากกว่าครึ่ง	59	92.19
การทรงตัวบกพร่อง		
ยืนต่อเท้าเป็นเส้นตรงไม่ได้ หรือยืนได้ไม่ถึง 10 วินาที	2	3.12
ยืนต่อเท้าเป็นเส้นตรงได้นาน 10 วินาที	62	96.88
การใช้ยา		
กินยาต่อไปนี้ตั้งแต่ 1 ชนิดไป ได้แก่ ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท ยาลดความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะ หรือยาชนิดใดก็ได้ ตั้งแต่ 4 ชนิดขึ้นไป (ไม่รวมวิตามิน)	0	0.0
ไม่กินยาต่อไปนี้ ได้แก่ ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท ยาลดความดัน โลหิต ยาขับปัสสาวะ หรือกินยาชนิดใดก็ได้ แต่น้อยกว่า 4 ชนิด	64	100.0
ประวัติการหกล้ม		
มีประวัติหกล้มตั้งแต่ 2 ครั้ง ขึ้นไปใน 6 เดือนที่ผ่านมา	0	0.0
ไม่มี	64	100.0
สภาพบ้าน ที่อยู่อาศัย		
ไม่ได้อยู่บ้านที่ยกพื้นสูง ตั้งแต่ 1.5 เมตร ขึ้นไป ต้องขึ้นลงโดยใช้บันได	64	100.0

การประเมินสุขภาพทางกายผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการดำเนินรูปแบบเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยแบบประเมิน Thai FRAT พบว่า หลังการทดสอบ มีค่าเฉลี่ยลดต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 รายละเอียดดังแสดงในตาราง 16

ตาราง 16 เปรียบเทียบการประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มโดยแบบประเมิน Thai FRAT แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ก่อนและหลังทดสอบ

การประเมิน	$\bar{x}$	SD	Z	95%CI	P-value (1- tailed)
ก่อนทดสอบ	2.72	2.65	0.57	0.47-0.97	<0.001
หลังทดสอบ	2.00	2.27			

การประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม หลังการดำเนินรูปแบบเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยแบบประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้านของผู้สูงอายุ พบว่า พื้นบ้าน เป็นพื้นเรียบ ไม่ขรุขระ ไม่ลื่น ไม่มีพื้นต่างระดับ จำนวน 54 คน ร้อยละ 84.37 บันได มีแสงสว่างเพียงพอ ขอบบันไดมองเห็นได้ชัดเจน ไม่มีพรมปูพื้น หรือรองเท้า หรือสิ่งกีดขวาง จำนวน 64 คน ร้อยละ 100 ห้องน้ำ อยู่ในตัวบ้าน มีที่นั่งอาบน้ำ หรือเก้าอี้ที่นั่งที่ติดติดกับผนัง มีส้วมแบบนั่งราบ และมีราวจับใกล้โถนั่ง ไม่มีธรณีประตูห้องน้ำ พื้นไม่ลื่น มีแสงสว่างเพียงพอ จำนวน 55 คน ร้อยละ 85.93 ห้องนอน อยู่ชั้นล่าง มีเตียงนอน มีราวจับ พยุงตัวเวลาลุกขึ้น ไม่มีสิ่งของ สายไฟ หรือวัสดุอื่นใดขวางทางเดิน มีแสงสว่างเพียงพอ จำนวน 61 คน ร้อยละ 95.31 ห้องครัว โต๊ะประกอบอาหารสูงจากพื้นใช้งานได้สะดวก อุปกรณ์สามารถหยิบจับได้สะดวกไม่กั้น ๆ เกย ๆ การจัดวางสิ่งของอย่างเป็นระเบียบ ไม่เกะกะ รับประทานอาหารบนโต๊ะรับประทานอาหาร มีแสงสว่างเพียงพอ จำนวน 64 คน ร้อยละ 100 บริเวณภายนอกบ้านไม่มีหลุม/บ่อ/พื้นต่างระดับ จำนวน 64 คน ร้อยละ 100 รายละเอียดดังแสดงในตาราง 17



ตาราง 17 แบบประเมินคัดกรองสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ Environmental screening หลังการ
ดำเนินรูปแบบเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยแบบประเมินสภาพแวดล้อม
ที่บ้านของผู้สูงอายุ(n=64)

รายการคัดกรองสิ่งแวดล้อม		จำนวน	ร้อยละ
พื้นบ้าน	-พื้นเรียบ ไม่ขรุขระ ไม่ลื่น ไม่มีพื้นต่างระดับ	54	84.37
บันได	-มีแสงสว่างเพียงพอ ขอบบันไดมองเห็นได้ชัดเจน -ไม่มีพรมปูพื้น หรือรองเท้า หรือสิ่งกีดขวาง	64	100.0
ห้องน้ำ	-อยู่ในตัวบ้าน -มีที่นั่งอาบน้ำ หรือเก้าอี้ที่ยึดติดกับผนัง -มีส้วมแบบนั่งราบ และมีราวจับใกล้โถ่ง -ไม่มีธรณีประตูห้องน้ำ -พื้นไม่ลื่น	55	85.93
ห้องนอน	-มีแสงสว่างเพียงพอ -ห้องนอนอยู่ชั้นล่าง -ห้องนอนมีเตียงนอน -มีราวจับ พยุงตัวเวลาลุกขึ้น -ไม่มีสิ่งของ สายไฟ หรือวัสดุอื่นใดขวางทางเดิน -มีแสงสว่างเพียงพอ	61	95.31
ห้องครัว	-โต๊ะประกอบอาหารสูงจากพื้นใช้งานได้สะดวก -อุปกรณ์สามารถหยิบจับได้สะดวกไม่ก้ำกัย เกะกะ -การจัดวางสิ่งของอย่างเป็นระเบียบ ไม่เกะกะ -รับประทานอาหารบนโต๊ะรับประทานอาหาร -มีแสงสว่างเพียงพอ	64	100.0
นอกบ้าน	บริเวณภายนอกบ้านไม่มีหลุม/บ่อ/พื้นต่างระดับ	64	100.0

การประเมินคัดกรองสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ หลังการดำเนินรูปแบบเพื่อป้องกันการ
พลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่า มีความเสี่ยงในการหกล้ม อยู่ใน ระดับมาก ร้อยละ 3.12 ระดับปาน
กลาง ร้อยละ 7.81 ระดับน้อย ร้อยละ 89.08 รายละเอียดดังแสดงในตาราง 18

พญ. ปณ จิตโต ชีโว

ตาราง 18 การประเมินเพื่อคัดกรองความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุขณะอาศัยอยู่ที่บ้าน
หลังการดำเนินรูปแบบเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามระดับ
ความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (n=64)

ระดับความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความเสี่ยงมาก (14-20 คะแนน)	2	3.12
ระดับความเสี่ยงปานกลาง (8-13 คะแนน)	5	7.81
ระดับความเสี่ยงน้อย (1-7 คะแนน)	57	89.08
Mean=15.65 SD=2.12 Max=18 Min=14		

ตาราง 19 แนวทางการพัฒนารูปแบบการพัฒนารูปแบบการป้องกันการหกล้มในสูงอายุ โดยการมี
ส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

การประเมินความเสี่ยง	การลด/จัดการความเสี่ยง	การกำกับติดตามและประเมินผล
ประชาคม (1) การศึกษาบริบทชุมชน	ประชาคม (2) กิจกรรม	ประชาคม (3) ความต่อเนื่อง
การวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงฯ ร่วมกัน	การออกแบบกิจกรรมลด/จัดการความเสี่ยงการหกล้ม	-การกำกับติดตามและประเมินผลเชิงกระบวนการ
การคืนข้อมูลความเสี่ยง	-กิจกรรมการเรียนรู้แบบกลุ่มใหญ่ผ่านการทำโครงการ รณรงค์ในพื้นที่สาธารณะ	-การทำกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง
ชุมชนประเมินความเสี่ยงของตน	-กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านรายบุคคล -กิจกรรมรณรงค์การออกกำลังกายเหมาะสม	ประชาคม (4) สรุป กระบวนการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน 6 เสาหลัก

4.3.6 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)

ผลการศึกษาถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อสะท้อนผลการเรียนรู้ของการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ทั้งผู้วิจัย และผู้เข้าร่วมวิจัย ได้ร่วมกันสะท้อนผลการศึกษา โดยกระบวนการขับเคลื่อนการดำเนินงาน มีกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ผู้มีส่วนในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน

ผลจากการจัดเวทีถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อสะท้อนผลการเรียนรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเมื่อวันที่ 3 กันยายน 2567 สถานที่วัดหนองคุ่ม ตำบลโป่งตาลอง โดยใช้วิธีการถอดบทเรียนและประยุกต์ใช้กระบวนการจัดการความรู้ จากการเล่าเรื่อง เล่าประสบการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินการวิจัย โดยผลการถอดบทเรียน สามารถแยกเป็นประเด็นการเรียนรู้ ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

การเรียนรู้จากข้อมูลสถานการณ์ที่เป็นจริงในชุมชน ซึ่งกระบวนการนี้เกิดขึ้นจากกิจกรรมการคืนข้อมูล การสนทนากลุ่มและการสังเกตการณ์เกี่ยวกับประเด็นปัญหา สถานการณ์ การเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ จึงทำให้เห็นถึงความสำคัญของการนำไปจัดการปัญหาในด้านต่าง ๆ ร่วมกัน โดยสะท้อนจากการถอดบทเรียน ดังคำกล่าวที่ว่า

“...แนะนำบ้านที่มีผู้สูงอายุ บอกญาติให้ดูแลและหลีกเลี่ยงในพื้นที่เสี่ยง และถ้าบ้านที่มีสภาพพื้นที่เสี่ยง สามารถของบประมาณมาปรับปรุงบ้านได้ และอยากให้มีการมีกิจกรรมผู้สูงอายุในหมู่บ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรม...”

(อสม, 2567:สัมภาษณ์)

“...อยากให้มีการอบรมให้ความรู้ในด้านที่จะทำให้ไม่เกิดอุบัติเหตุแก่ผู้สูงอายุในชุมชน...”

(อสม, 2567:สัมภาษณ์)

“...อยากให้มีการมีอบรมผู้สูงอายุเรื่องสุขภาพร่างกาย การส่งเสริมสุขภาพ ออกกำลังกาย เพื่อให้สุขภาพแข็งแรง กล้ามเนื้อแข็งแรงอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมที่ได้เข้าร่วมถือว่าดีและมีประโยชน์มาก ๆ ค่ะ...”

(อสม, 2567:สัมภาษณ์)

“...การจัดกิจกรรมในวันนี้ทำให้ได้ความรู้มากมาย เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม ดิฉันได้ทราบข้อมูลว่าผู้สูงอายุบ้านเรามีพลัดตกหกล้ม ทุกปี บางคนก็ได้รับบาดเจ็บ ในฐานะเป็นตัวแทนประชาชนของชาวตำบลโป่งตาลอง วันนี้ได้ทราบว่าเราเองก็สามารถช่วยไม่ให้ผู้สูงอายุพลัดตกหกล้มได้ โดยการช่วยดูแล สอดส่อง ประเมินทั้งร่างกายและสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ค่ะ...”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1, การสนทนากลุ่ม)

“...กิจกรรมในวันนี้ทำให้ ได้รู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย การป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ การพลัดตกหกล้มเกิดจากหลายสาเหตุแต่เราก็สามารถช่วยกันป้องกันได้...”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2, การสนทนากลุ่ม)

การปรับปรุงสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ของตำบลโป่งตาลองนั้น การกิจกรรมดี ๆ ที่ดิฉันได้ร่วมดำเนินงาน เช่น เรื่องการประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ การสำรวจจุดเสี่ยงในบ้าน นอกบ้านของผู้สูงอายุ และร่วมวางแผน

ทางการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับบริบทของ ผู้สูงอายุรายนั้น ๆ มีหน่วยงานหลายหน่วยงาน บูรณาการการทำงานร่วมกันอย่างเข้มแข็ง และมีงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ สนับสนุนงบประมาณจากหลายส่วน เป็นเรื่องที่ดีที่คนในตำบลของเรา ร่วมแรง ร่วมใจ ส่วนผู้สูงอายุและญาติพี่น้องเองนั้น มีความสุข ดีใจและมีความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรมต่าง ๆ...

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3, การสนทนากลุ่ม)

"...ได้มีโอกาสไปเยี่ยมบ้านปรับปรุงสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม พบว่าคนแก่หลายคนอยู่คนเดียว สายตาก็มไม่ค่อยดี เลยไม่ค่อยได้ไปไหน ดีใจเวลามีคนมาเยี่ยม มาพูดคุย ให้ความรู้ ให้คำแนะนำและกำลังใจ รวมถึงการให้คำแนะนำการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้. ผู้สูงอายุนั้น คิดว่ามีความสำคัญอย่างมาก..."

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4, การสนทนากลุ่ม)

มีใคร กลุ่มคน หรือหน่วยงานใดบ้าง ที่เข้ามาช่วยเหลือและป้องกันปัญหาการพลัดตกหกล้ม ในการดูแลผู้สูงอายุอยากได้รับการสนับสนุนอะไรเพิ่มเติมบ้าง

"...อสม. อบต. รวมกลุ่ม ช่วยทำความสะอาด ดูแลสิ่งแวดล้อม..."

(ผู้ดูแล, 2567:สัมภาษณ์)

"...อบต./รพ.สต. สนับสนุนเรื่องห้องน้ำกับเรื่องสุขภาพ..."

(ผู้ดูแล, 2567:สัมภาษณ์)

ในบทบาทที่เป็น อสม. ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหรือกิจกรรมของการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุอย่างไร

"...แนะนำการให้ความรู้การใช้ชีวิตประจำวัน ให้หลีกเลี่ยงในพื้นที่ต่าง ๆ ที่เสี่ยงต่อการหกล้ม การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายเพื่อให้กล้ามเนื้อขาแข็งแรง..."

(อสม, 2567:สัมภาษณ์)

"...ให้ความรู้ คัดกรอง แนะนำผู้สูงอายุในหมู่บ้านของตนเอง..."

(อสม, 2567:สัมภาษณ์)

"...มีการประเมินผู้สูงอายุ แนะนำการไม่ให้หกล้ม..."

(อสม, 2567:สัมภาษณ์)

"...ช่วยแนะนำร่วมทำกิจกรรมของผู้สูงอายุผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม ..."

(อสม, 2567:สัมภาษณ์)

“...พาผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรม แนะนำการออกกำลังกาย...”

(อสม, 2567:สัมภาษณ์)

“...ได้พาผู้สูงอายุมาทำกิจกรรม และนำความรู้ไปแนะนำผู้สูงอายุในชุมชน...”

(อสม, 2567:สัมภาษณ์)

“...ให้คำแนะนำผู้สูงอายุทำกิจกรรมในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุตื่นตัวมากขึ้น...”

(อสม, 2567:สัมภาษณ์)

“...มีการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ ตรวจสอบสุขภาพเป็นประจำ ก่อนประชุมพาออกกำลังกาย...”

(อสม, 2567:สัมภาษณ์)

“...มีกลุ่ม CG ที่เข้ามาดูแลผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกับจนท.สธ. ผู้นำชุมชน อบต.และภาคีเครือข่ายสุขภาพ...”

(อสม, 2567:สัมภาษณ์)

“...หน่วยงานเจ้าหน้าที่ทางภาครัฐ งบทาง อบต. หน่วยงาน รพ.สต...”

(อสม, 2567:สัมภาษณ์)

“...ปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัย โดยใช้งบของ อบต. อบจ. และให้เจ้าหน้าที่ออกมาอบรมให้ความรู้...”

(อสม, 2567:สัมภาษณ์)

“...ร่วมกันดำเนินงานร่วมกับคุณหมอ อบต. ผู้ดูแลผู้สูงอายุให้การดูแลผู้สูงอายุครบทุกคนในหมู่บ้าน...”

(อสม, 2567:สัมภาษณ์)

“...เจ้าหน้าที่ทางกระทรวงสาธารณสุขให้ความรู้โดยการจัดการอบรม มีหน่วยงานจาก อบต. โดยมีงบประมาณกองทุนฟื้นฟู มีงบจากอำเภอที่ผ่านมาโดยผู้นำชุมชน มีสิทธิ์ต่าง ๆ ที่มีไว้ให้ผู้สูงอายุ เช่น ขึ้นรถฟรี รักษาฟรี ฯลฯ...”

(อสม, 2567:สัมภาษณ์)

“...มีเจ้าหน้าที่มาอบรมให้ความรู้ มีงบประมาณปรับปรุงที่พักอาศัย บ้านของผู้สูงอายุ...”

(อสม, 2567:สัมภาษณ์)

“...ผู้นำกลุ่ม CG รพ.สต เข้าเยี่ยมช่วยเหลือ แนะนำให้ความรู้...”

(อสม, 2567:สัมภาษณ์)

“...มีเจ้าหน้าที่อนามัย อบต. อสม. ออกมาดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง...”

(อสม, 2567:สัมภาษณ์)

“...แนะนำบ้านที่มีผู้สูงอายุ บอกญาติให้ดูแลและหลีกเลี่ยงในพื้นที่เสี่ยง และถ้าบ้านที่มีสภาพพื้นที่เสี่ยง สามารถของบประมาณมาปรับปรุงบ้านได้ และอยากให้มิกิจกรรมผู้สูงอายุในหมู่บ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้ามามีกิจกรรม...”

(อสม, 2567:สัมภาษณ์)

“...มีการอบรมให้ความรู้ และได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทุกครั้ง การดูแลผู้สูงอายุต้องดูแลหลายด้านเพื่อเป็นการป้องกันที่จะทำให้เกิดอุบัติเหตุแก่ผู้สูงอายุในชุมชน...”

(อสม, 2567:สัมภาษณ์)

“...มีการอบรมผู้สูงอายุเรื่องสุขภาพร่างกาย การส่งเสริมสุขภาพ ออกกำลังกายเพื่อให้สุขภาพแข็งแรง กล้ามเนื้อขาแข็งแรงอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมที่ได้เข้าร่วมถือว่าดีและมีประโยชน์มากๆค่ะ...”

(อสม, 2567:สัมภาษณ์)

“...ทำกิจกรรมพาผู้สูงอายุไปร่วมกิจกรรมทุกครั้ง ควรมีการจัดการความเสี่ยง จุดเสี่ยงที่อาจเกิดอันตรายหรือเป็นสาเหตุของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ...”

(อสม, 2567:สัมภาษณ์)

“...เชิญชวนแจ้งให้ผู้สูงอายุร่วมกิจกรรมออกกำลังกายให้ร่างกายแข็งแรง การส่งเสริมสุขภาพ ชมรมผู้สูงอายุผู้สูงอายุคนไหนป่วยเป็นเบาหวาน ได้เชิญชวนให้สมัครเป็นนักเรียนโรงเรียนเบาหวาน...”

(อสม, 2567:สัมภาษณ์)

“...มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หลายภาคส่วน มาช่วยจัดกิจกรรมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตนในหมู่บ้านเป็นการทำงานเชิงรุกเพราะผู้สูงอายุบางคน เดินทางไปลำบากไม่มีรถหรือลูกหลานพาไป ดิฉันรู้สึกขอบคุณแทนคนแก่และประชาชนทุกคน และภูมิใจที่มีส่วนในการทำงานร่วมกันกับทุกหน่วยงาน ทุกคน เพื่อให้คนแก่บ้านเราแข็งแรง ไม่เสี่ยงต่อการหกล้มเพราะผู้สูงอายุบางคน เดินทางไปลำบาก...”

(อสม, 2567:สัมภาษณ์)

“...อบรมผู้สูงอายุในชุมชน โดยการมีหมอออกไปให้ความรู้กับผู้สูงอายุ เพราะการนำผู้สูงอายุบางท่านไม่สะดวกในการที่บ้านมาไกล ผู้สูงอายุบางท่านติดงานไม่มีเวลา...”

(อสม, 2567:สัมภาษณ์)

“...อยากให้มิกิจกรรมให้คุณหมอเข้าถึงผู้สูงอายุในหมู่บ้านมากขึ้น ผู้สูงอายุได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพทุกคนและได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้...”

(อสม, 2567:สัมภาษณ์)

“...รูปแบบที่ดำเนินการด้วยกันนี้ ดิฉันคิดเห็นว่าเป็นเรื่องที่ดีมาก ๆ เพราะมีการร่วมมือกันจากหลายฝ่าย ควรปฏิบัติต่อไป ขยายไปในผู้สูงอายุทุกคนได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในหมู่บ้านในตำบลของเราอย่างต่อเนื่อง...”

(อสม, 2567:สัมภาษณ์)

“...เมื่อดิฉันได้รับการอบรมให้ความรู้ ความเข้าใจการช่วยเหลือ เฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุ และการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ สอนออกกำลังกายแก่ผู้สูงอายุ...”

(อสม, 2567:สัมภาษณ์)

“...มิกิจกรรมต่างๆเกี่ยวกับผู้สูงอายุในหมู่บ้านมากขึ้น อยากให้หมอ วิทยากร เข้าไปเยี่ยมบ้าน...”

(อสม, 2567:สัมภาษณ์)

ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุอย่างไร

“...ประเมินสภาพแวดล้อมบริเวณบ้าน และประสานงาน อบต. อสม. ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยฯ...”

(จนท.สธ, 2567:สัมภาษณ์)

“...ประสานงาน ให้คำแนะนำ ผู้ดูแลญาติและเครือข่ายในชุมชน...”

(จนท.สธ, 2567:สัมภาษณ์)

“...เครือข่ายผู้นำและพื้นที่ชุมชน, ต้องการงบประมาณ...”

(จนท.สธ, 2567:สัมภาษณ์)

“...ผู้ใหญ่ ผู้ช่วย อบต. และอสม. ต้องการงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหา...”

(จนท.สธ, 2567:สัมภาษณ์)

“...การดำเนินงานอย่างเป็นระบบ มีรูปแบบที่ชัดเจน ทุกฝ่ายร่วมมือกันและมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ถือว่าเป็นเรื่องที่ดีมาก ๆ เมื่อไหร่ที่คนในชุมชนและผู้สูงอายุ มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มแล้ว คิดว่าจะลดจำนวนผู้ป่วยและผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ระบบสุขภาพจะเข้มแข็งจึงควรให้มีรูปแบบการดำเนินงานนี้ ให้ชุมชนมีส่วนร่วม รู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ

ปัญหา ในการดูแลจัดบริการสุขภาพและการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุจึงจะเกิดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม...”

(จนท.สธ, 2567:สัมภาษณ์)

“...การมีกิจกรรมต่อเนื่อง มีรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ในตำบลของเราที่หลากหลาย ทุกฝ่ายร่วมมือกันเป็นอย่างดี จากที่มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรม บางครั้งกิจกรรมจัดในชุมชน อาจใช้สถานที่ในชุมชนเช่นศาลาประชาคม ศาลาการเปรียญวัดสำหรับการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ เพื่อผู้สูงอายุจะได้เดินทางสะดวก ไม่ต้องกังวลเรื่องการเดินทางถือว่าเป็นสิ่งที่ดีมาก ๆ...”

(จนท.สธ, 2567:สัมภาษณ์)

การสนทนากลุ่ม ร่วมถอดบทเรียน สะท้อนผลปฏิบัติงาน การหาแนวทางแก้ไข และร่วมกำหนดปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน เพื่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในเขตตำบลโป่งตาลอง ในกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการ โครงการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลโป่งตาลอง วันที่ 13 กันยายน 2567 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคุ้ม โดยมีคณะเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลปากช่องนานา,โรงพยาบาลมวกะแก้วศรีวัน สาธารณสุขอำเภอปากช่อง, ประธานสภาองค์การบริหารส่วนตำบล, ผู้นำชุมชน, อสม. ตำบลโป่งตาลอง , ผู้ดูแลผู้สูงอายุ, และ คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุตำบลโป่งตาลอง ได้ร่วมสะท้อนผล ดังคำกล่าวที่ว่า

"...การป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลตำบลโป่งตาลอง มีหลายกิจกรรม ในฐานะที่เป็น อสม.และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อาสาเข้ามาช่วยงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนั้นส่วนตัวคิดว่า จะช่วยป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุได้ ในเรื่องของการช่วยประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ คัดกรองความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การติดตามเยี่ยมบ้านตามที่หมอสุชาดาและ คณะกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ได้ให้การอบรมให้ฟัง และปัจจัยของความสำเร็จคิดว่า เป็นเรื่องของการที่เราอยู่ในชุมชน อยู่ใกล้ผู้สูงอายุ การที่เราทำงาน และได้เข้าไปเยี่ยมผู้สูงอายุบ่อยๆ เราจะได้มีความไว้วางใจ ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือ และได้ทราบปัญหาของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง โดยเฉพาะปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ เพราะเวลาเราเข้าไป ผู้สูงอายุจะดีใจ และเล่าเรื่องราวหลายอย่างให้เราฟัง เพราะฉะนั้นเราควรเข้าไปเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอ..."

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1, 2567 การสนทนากลุ่ม)

"...การป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลโป่งตาลอง ดิฉันได้มาปฏิบัติงานในพื้นที่ตำบลโป่งตาลองระยะหนึ่ง ก็พอทราบบริบทของพื้นที่ การดำเนินงานเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม นอกจากที่ตำบลโป่งตาลอง ที่ได้ดำเนินการแบบชัดเจน โดย การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การรับประทาน การออกกำลังกายสร้างความแข็งแรงของร่างกาย และกล้ามเนื้อทั้ง การร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ โดยดิฉันคิดว่าการจะป้องกันการพลัดตกหกล้มเราจึงต้องจัดการในแต่ละปัจจัยที่เรียกว่าเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้สูงอายุรายนั้น ๆ ค่ะเช่นการปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยกับผู้สูงอายุ ซึ่งสาเหตุของการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ สำหรับปัจจัย

ของความสำเร็จ ดิฉันคิดว่าเกิดจากความพร้อมของ คน เงิน ของค่ะ การมีบุคลากรที่ดูแลเรื่องนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพอ การมีงบประมาณดำเนินการอย่างเหมาะสม การมีวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ในการดำเนินงานอย่างเพียงพอ จะช่วยให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น และที่ขาดไม่ได้เลยคือการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน ต้องช่วยกันในการดูแล จัดบริการให้แก่ผู้สูงอายุค่ะ..."

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2, 2567 การสนทนากลุ่ม)

"...เมื่อก่อนเวลาทำงานในชุมชน เช่นออกประเมิน คัดกรองสุขภาพก็จะไม่ได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มเท่าที่ควร แต่หลังจากได้เข้าร่วมกิจกรรมก็ทำให้ได้ความรู้มากมาย ได้เห็นถึงความสำคัญ รับรู้ปัญหาและผลกระทบที่จะตามของผู้สูงอายุที่หกล้มแล้วนั้น จึงได้อาสาเข้าร่วมการดำเนินงานที่เป็นประโยชน์นี้ และเราสามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตัวเองและให้คำแนะนำดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในหมู่บ้าน อีกทั้งการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การป้องกันการพลัดตกหกล้มในชุมชน คิดว่ามีผู้สูงอายุที่พลัดตกหกล้มบ่อย บางรายไม่หนักก็ไม่ได้ถูกส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาล หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมในวันนี้แล้ว ก็ได้เห็นแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุและมีภาคีเครือข่ายมาช่วยในการทำงานเกี่ยวกับเรื่องนี้มากขึ้น ทำให้รู้สึกดีใจ ภูมิใจที่ได้อยู่ตำบลโป่งตาลองค่ะ..."

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3, 2567 การสนทนากลุ่ม)

"...สาเหตุของการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุมีหลายสาเหตุ เราที่อยู่ในชุมชนสามารถช่วยป้องกันสาเหตุของการพลัดตกหกล้มได้ และปัจจัยของความสำเร็จคิดว่า เราให้ความร่วมมือกับ ทั้ง ตำบลฯ โรงพยาบาล หรือหน่วยงานอื่นได้ เราคุ้น รู้พื้นที่ ซึ่งจะทำให้การทำงานสะดวก และ ย่ายขึ้น เป็นการร่วมมือ ร่วมใจกัน เพื่อดูแลคนในชุมชนและผู้สูงอายุในชุมชนของเรามีสุขภาพแข็งแรง ลดความเสี่ยงต่อการหกล้มได้จริง ๆ..."

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4, 2567 การสนทนากลุ่ม)

สรุปผลการดำเนินงาน จากที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า การได้รับความร่วมมือ และการสนับสนุนจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง มีการทำงานร่วมกันเป็นทีม มีความเป็นเจ้าของร่วมกัน การเรียนรู้จากการเสริมแรงและการสร้างกำลังใจที่ดีร่วมกัน การปฏิบัติงานบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย และการประสานงานและการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง จึงทำให้เกิดกระบวนการพัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา มีการดำเนินงานอย่างชัดเจน เป็นรูปธรรมอย่างต่อเนื่องเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ สามารถสรุปแนวทางการพัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

ผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสะท้อนผลการเรียนรู้และถอดบทเรียนการดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้ดำเนินการจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสะท้อนผลการเรียนรู้และถอดบทเรียนในวันที่ 3 กันยายน 2567 ณ วัดหนองคุ้ม ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้วิธีการถอดบทเรียนและ

ประยุกต์ใช้กระบวนการจัดการความรู้ การเล่าเรื่องประสบการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินการวิจัย โดยได้ผลจากการถอดบทเรียน แยกเป็นประเด็น ดังนี้

การเรียนรู้จากข้อมูลและสถานการณ์ที่เป็นจริงในชุมชน การเรียนรู้จากกิจกรรมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ การเรียนรู้จากการทำงานร่วมกันเป็นทีม การเรียนรู้จากการเป็นเจ้าของร่วมกัน การเรียนรู้จากการเสริมแรงและการสร้างกำลังใจที่ร่วมกัน การเรียนรู้จากการทำบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย และเรียนรู้จากการประสานงานและการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

การเรียนรู้และข้อมูลและสถานการณ์ที่เป็นจริงในชุมชน โดยการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมการค้นข้อมูล การสนทนากลุ่มและการอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับประเด็นปัญหาและสถานการณ์ การดำเนินการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยผู้ร่วมดำเนินการวิจัยได้รับรู้ข้อมูลที่เป็นจริง รวมทั้งรายละเอียด ที่มาของการเกิดการพลัดตกหกล้ม ความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้ม จึงทำให้เห็นความสำคัญและนำไปสู่การเรียนรู้ในการจัดการปัญหาร่วมกัน

การเรียนรู้จากกิจกรรมการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งผู้ร่วมการดำเนินการวิจัยสะท้อนว่าเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ เป็นการเพิ่มพูนทักษะความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องในการดำเนินการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมผู้ร่วมดำเนินการส่วนใหญ่ยังไม่มี ความมั่นใจเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ แต่ภายหลังการร่วมกิจกรรมในแผนปฏิบัติการทำให้เกิดการเรียนรู้ มีความรู้ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้นและสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น โดยกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ที่ดี ได้แก่ 1) การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจและในการดำเนินการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ 2) กิจกรรมการออกกำลังกาย สร้างความแข็งแรงของร่างกายและกล้ามเนื้อ 3) กิจกรรมการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ 4) กิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เพื่อให้ความรู้ คำแนะนำ การดำเนินการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องและมี การดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมและ 5) กิจกรรมการแก้ไขจุดเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การสำรวจจุดเสี่ยงภายในชุมชน และการจัดการแก้ไขจุดเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยการสำรวจจุดเสี่ยงภายในชุมชนของภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน โดยใช้แบบประเมินบ้านผู้สูงอายุ และร่วมกันระบุจุดเสี่ยงในชุมชน และประเมินบ้านผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เช่น แสงสว่างไม่เพียงพอ ห้องน้ำพื้นลื่น พื้นไม่เรียบ เก้าอี้ไม่เป็นระเบียบ พื้นไม่เรียบเสมอกัน ไม่มีแถบสีแสดงความต่างของพื้นระดับ มีการจัดการแก้ไขจุดเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุพร้อมทั้งให้คำแนะนำในการปรับปรุงบ้าน แสวงหางบประมาณในการปรับปรุงบ้านพักอาศัยของผู้สูงอายุ เพื่อลดความเสี่ยงการเกิดการพลัดตกหกล้ม และผู้สูงอายุจะมีที่อยู่ที่มั่นคง ปลอดภัย สร้างความสุข ความพึงพอใจให้แก่ผู้สูงอายุและญาติ

การเรียนรู้จากการทำงานร่วมกันเป็นทีมในรูปแบบคณะกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในชุมชน และการร่วมกันจัดตั้งทีมป้องกันการพลัดตกหกล้มตำบลโป่งตาลองขึ้น โดยการทำงานร่วมกันด้วยความเข้มแข็ง กิจกรรมได้แก่ การประชุมเพื่อหาแนวทางในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ การส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการเฝ้าระวังป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุของแต่ละ

หมู่บ้าน การศึกษาดูงานในพื้นที่อื่น ๆ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในพื้นที่ กิจกรรมตามองค์ประกอบ 10 ด้านของทิมการป้องกันพลัดตกหกล้ม ที่ทางสำนักงานควบคุมและป้องกันโรคที่ 9 กำหนดและกิจกรรมการติดตามการเยี่ยมบ้าน ประเมินผลและการเสริมกำลังใจในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งการเรียนรู้ที่ผ่านมากิจกรรมดังกล่าว ทำให้คณะกรรมการที่ร่วมดำเนินงานมีความรู้ความสามารถเพิ่มขึ้น มีความมั่นใจในการดำเนินการที่จะนำไปสู่การจัดการในชุมชนที่ยั่งยืน รวมถึงการทาบหาบทหน้าได้อย่างเต็มที่เพื่อความอยู่ดีมีสุขของคนในชุมชน ดังคำกล่าวที่ว่า “...คนโป่งตาลองไม่ทิ้งกัน...”

การเรียนรู้จากการทำงานร่วมกันกับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน โดยผู้ร่วมวิจัยสะท้อนบทเรียนให้เห็นถึงการรับรู้ปัญหาและการเป็นเจ้าของปัญหาร่วมกันในการดำเนินการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมมีการรับรู้ว่าการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุดังกล่าวเป็นหน้าที่ของ อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ดูแลผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จะต้องเข้ามาดูแลและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น แต่เมื่อได้เข้าร่วมกิจกรรมทำให้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาและทำให้เกิดการเรียนรู้ว่าการพลัดตกหกล้มเกิดจากการไม่ค่อยดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุในชุมชน ดังนั้นการจัดการกับปัญหาคือต้องอาศัยความร่วมมือกับทุกฝ่ายเพราะทุกคนในชุมชนเป็นเจ้าของปัญหาร่วมกัน หากไม่มีการดูแลการจัดการผลกระทบก็จะเกิดปัญหากับผู้สูงอายุในชุมชน โดยกิจกรรมทุกระยะในระหว่างดำเนินการวิจัยนั้น ได้เปิดโอกาสให้ผู้ที่มีส่วนร่วมรับผิดชอบที่เกี่ยวข้อง รับรู้เข้ามามีส่วนร่วมช่วยกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ถึงกระบวนการปฏิบัติงานและผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ และพยายามให้การร่วมด้วยช่วยกันดำรงอยู่ เพราะเป็นการควบคุมกระบวนการปฏิบัติงานให้มีความเหมาะสมไปในตัวด้วย

การเรียนรู้จากการเสริมพลังชุมชน และการสร้างกำลังใจที่ตีร่วมกัน โดยสะท้อนให้เห็นว่าการดำเนินการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนมีความท้าทายที่จะทำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาร่วมกัน โดยในช่วงแรกของการดำเนินงานได้รับความร่วมมือจากชุมชนและภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนน้อย เนื่องจากยังไม่เห็นถึงความสำคัญและสถานการณ์ของปัญหาที่เกิดขึ้น จึงทำให้มีการปรับวิธีการโดยการดูแลผู้สูงอายุบรรจุเข้าไปในการดูแลของชุมชนและจัดตั้งคณะกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ตำบลโป่งตาลองขึ้นโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนทุกหมู่บ้าน หน่วยงานราชการ อปท. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคุ้ม โรงพยาบาลมุกดคีรีวัน โรงพยาบาลปากช่องนานา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากช่อง และเพิ่มกิจกรรมการกระตุ้นและเสริมแรงให้แต่ละหมู่บ้านมีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ รับสมัครสมาชิกเพิ่มและกำหนดให้มีกิจกรรมการดำเนินงานที่ต่อเนื่องและการดูแลผู้สูงอายุให้ครบวงจร เน้นประเด็นการพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยองค์การบริหารส่วนตำบลโป่งตาลอง มีการสนับสนุนงบประมาณตั้งต้นในการดำเนินการเพื่อกระตุ้นให้แต่ละชุมชนมีการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกต้อง จากนั้นให้แต่ละหมู่บ้านรายงานและนำเสนอผลการดำเนินงานในเวทีการประชุมประจำเดือนในแต่ละเดือน และมีการกล่าวยกย่องชมเชยหมู่บ้านที่มีผลการดำเนินงานดีเยี่ยม ซึ่งการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวทำให้ชุมชนเกิดการตื่นตัวและให้ความร่วมมือในการดำเนินการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุอย่างถูกต้องเหมาะสม เป็นการสร้างความสัมพันธ์ของบุคลากรในเครือข่าย สนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายได้ดำเนินงานอย่างเต็มกำลังตามศักยภาพและความชำนาญที่มีอยู่ โดยร่วมกันตั้งเป้าหมายในการ

พัฒนางานให้กับสมาชิกแต่ละกลุ่ม ส่งผลให้สร้างความหลากหลายและเข้มแข็งให้กับเครือข่ายสุขภาพชุมชนต่อไป

การเรียนรู้จากการประสานงานและการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การดำเนินงานในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการประสานงานและมีการติดต่อสื่อสารโดยเฉพาะในทีมคณะกรรมการ ภาควิชาเครือข่ายสุขภาพและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน การดำเนินการร่วมกัน ซึ่งผู้ร่วมวิจัยได้สะท้อนการเรียนรู้ว่าการประสานงานและการติดต่อสื่อสารที่ดีเป็นหัวใจหลักของการดำเนินงานในครั้งนี้ เนื่องจากการทำงานร่วมกันจากหลายหน่วยงานจำเป็นต้องมีการสื่อสารและการประสานงานที่ชัดเจนถูกต้อง เช่นการนัดหมายการประชุม หรือการประสานงานขอความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ หากไม่ชัดเจนจะเป็นการสื่อสารที่ซับซ้อนไม่มีประสิทธิภาพก็จะทำให้การดำเนินงานนั้นล้มเหลวได้ ดังคำกล่าวที่สะท้อนจากการถอดบทเรียนว่า

การเรียนรู้จากการทำบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยได้สะท้อนถึงการทำบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายอย่างเต็มความสามารถ ทั้งบทบาทการดูแลผู้สูงอายุ บทบาทในผู้สนับสนุนการขับเคลื่อนงานดูแลผู้สูงอายุในการดำเนินการป้องกันการพลัดตกหกล้ม รวมถึงบทบาทของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการสนับสนุนการส่งเสริมให้เกิดการดำเนินการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยบทบาทดังกล่าวเกิดขึ้นจากการระดมความคิดเพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่ายในการดำเนินงาน ซึ่งแต่ละฝ่ายได้รับมอบหมาย ได้ทำบทบาทของตนเองอย่างเต็มที่ เช่น การให้ความร่วมมือในการช่วยดำเนินการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน การทำงานตามบทบาทของตนเองอย่างเต็มที่จะช่วยสนับสนุนและส่งเสริมให้การดำเนินการทุกอย่างลุล่วงไปได้ด้วยดีและการออกแบบการสื่อสารที่ง่ายต่อการเข้าถึงที่ทันสมัยและเป็นปัจจุบัน เช่น มีการสร้างไลน์กลุ่มตำบลขึ้น เพื่อประสานงาน สื่อสาร ติดตามระบบการดำเนินงาน มีหน่วยบริการสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขเป็นที่ปรึกษาที่ดีคอยให้คำแนะนำและคอยช่วยเหลือจะช่วยให้ภาควิชาเครือข่ายสุขภาพชุมชนสามารถดำเนินการต่อไปได้ และช่วยหนุนเสริมให้เกิดความเข้มแข็งยิ่งขึ้น

ผลของการศึกษาด้านความพึงพอใจของภาควิชาเครือข่ายสุขภาพตำบลในการมีส่วนร่วมในกิจกรรม พบว่า การจัดกิจกรรมในครั้งนี้มีประโยชน์ มีความพึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ 47.1 มีความพึงพอใจมาก ร้อยละ 51.8 มีความพึงพอใจปานกลาง ร้อยละ 1.2 ได้มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม มีความพึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ 48.2 มีความพึงพอใจมาก ร้อยละ 50.6 มีความพึงพอใจปานกลาง ร้อยละ 1.2 ได้รับความรู้/ประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อไปปรับใช้ได้ มีความพึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ 57.6 มีความพึงพอใจมาก ร้อยละ 42.4 รูปแบบ/หัวข้อ ในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม มีความพึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ 20.0 มีความพึงพอใจมาก ร้อยละ 76.5 มีความพึงพอใจปานกลาง ร้อยละ 3.5 ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม มีความพึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ 8.2 มีความพึงพอใจมาก ร้อยละ 85.9 มีความพึงพอใจปานกลาง ร้อยละ 5.9 การประชาสัมพันธ์การจัดกิจกรรม มีความพึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ 2.4 มีความพึงพอใจมาก ร้อยละ 83.5 มีความพึงพอใจปานกลาง ร้อยละ 14.1 เจ้าหน้าที่มีความสุภาพ เป็นมิตร และเป็นกันเอง มีความพึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ 22.4 มีความพึงพอใจมาก ร้อยละ 74.1 มีความพึงพอใจปานกลาง ร้อยละ 3.5 ภาพรวมความพึงพอใจก่อนการจัดกิจกรรมครั้งนี้ มีความพึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ 4.7 มีความพึงพอใจมาก

ร้อยละ 56.5 มีความพึงพอใจปานกลาง ร้อยละ 38.8 ภาพรวมความพึงพอใจหลังการจัดกิจกรรมครั้งนี้ มีความพึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ 35.3 มีความพึงพอใจมาก ร้อยละ 61.2 มีความพึงพอใจปานกลาง ร้อยละ 3.5 รายละเอียดดังแสดงในตาราง 20

ตาราง 20 การประเมินความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

ความพึงพอใจของผู้ร่วมกิจกรรม	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	$\bar{x}$	SD
1.การจัดกิจกรรมในครั้งนี้มีประโยชน์ต่อท่าน	40 (47.1)	44 (51.8)	1 (1.2)	4.46	0.524
2.ได้มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม	41 (48.2)	43 (50.6)	1 (1.2)	4.47	0.525
3.ได้รับความรู้/ประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อไปปรับใช้ได้	49 (57.6)	36 (42.4)	0 (0.0)	4.52	0.497
4.รูปแบบ/หัวข้อ ในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม	17 (20.0)	65 (76.5)	3 (3.5)	4.16	0.459
5.ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม	7 (8.2)	73 (85.9)	5 (5.9)	4.02	0.377
6.การประชาสัมพันธ์การจัดกิจกรรม	2 (2.4)	71 (83.5)	12 (14.1)	3.88	0.391
7.เจ้าหน้าที่มีความสุภาพ เป็นมิตร และเป็นกันเอง	19 (22.4)	63 (74.1)	3 (3.5)	4.19	0.475
8.ภาพรวมความพึงพอใจก่อนการจัดกิจกรรมครั้งนี้	4 (4.7)	48 (56.5)	33 (38.8)	3.66	0.568
9.ภาพรวมความพึงพอใจหลังการจัดกิจกรรมครั้งนี้	30 (35.3)	52 (61.2)	3 (3.5)	4.32	0.539

นอกจากนั้นได้ถอดบทเรียนเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติที่ดีและปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยผู้ร่วมดำเนินการวิจัยได้สะท้อนผ่านการเล่าเรื่อง การแสดงความคิดเห็น รวมทั้งการอภิปรายกลุ่มในประเด็นวิธีการปฏิบัติที่ดีและความสำเร็จที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานในชุมชน โดยได้สะท้อนมุมมองและความคิดหลากหลายประเด็น จากนั้นผู้วิจัยได้สรุปเป็นประเด็นร่วมกันอีกครั้งว่าวิธีการปฏิบัติที่ดี การดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถก่อให้เกิดความสำเร็จได้นั้นสามารถสรุปได้ 5 ประเด็น ได้แก่ 1. มุมมองรอบด้าน คือมองปัญหาให้ครอบคลุมในทุก ๆ มิติและทำความเข้าใจร่วมกัน 2. ระดมความคิดคือการระดมสมอง ร่วมคิดวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไขปัญหาและคิดออกแบบวางแผนงานร่วมกัน 3. ลงมือทำทันที คือลงมือปฏิบัติ ไม่ค้างคาปัญหาไว้ เพื่อจัดการปัญหาร่วมปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการและร่วมประเมินผลการปฏิบัติร่วมกัน ร่วมรับความสำเร็จร่วมกัน 4. ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง คือ การนำแนวทางการจัดการ

ดำเนินการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ 5. เรียงร้อยเรื่องราว เล่าสู่คนในชุมชน โดยการคืนข้อมูลให้ชุมชนรับรู้ปัญหา ให้ทันทั่วทั้งที่ ส่งเสริมความรู้สึกรู้สึกการเป็นเจ้าของปัญหาร่วมกันจากนั้นผู้ร่วมดำเนินการวิจัยได้ตรวจสอบและยืนยันความถูกต้องและสรุปร่วมกันว่าวิธีการปฏิบัติที่ดีหรือการดำเนินการที่ดีก่อให้เกิดความสำเร็จ ประกอบด้วย 5 ประการหลักคือ “1.มุมมอง 2.ระดมความคิด 3.ลงมือทำทันที 4. ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง 5.คืนข้อมูลชุมชน “และกลยุทธ์สำคัญที่ผู้ดำเนินการวิจัยสรุปจะทำให้การดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา เกิดผลเป็นรูปธรรมต่อเนื่องยั่งยืน ได้แก่ 1) cooperative การทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วน ซึ่งรวมกลุ่มกันโดยความสมัครใจในการดำเนินงาน ด้วยความรู้สึกรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหา เจ้าของชุมชน เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนได้อย่างแท้จริง โดยการกำหนดกิจกรรมโครงการการเรียนรู้ อบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชนตามบริบทของพื้นที่โดยมีการสนับสนุนงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ที่พอเพียงกับการดำเนินงาน 2) Caring การดูแลและจัดบริการผู้สูงอายุให้ครบทุกมิติ ครบวงจร แบบไร้รอยต่อ เป็นไปตามมาตรฐานที่ทางกระทรวงสาธารณสุขกำหนด บนพื้นฐานของการเข้าถึงและเท่าเทียมกันสำหรับผู้สูงอายุทุกคน การดูแลในด้านต่าง ๆ ทั้งการดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแลสุขภาพกาย สุขภาพจิต ด้านสังคมและเศรษฐกิจ การจัดปรับปรุงสิ่งแวดล้อมต่อการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ สังคมที่เป็นมิตรแก่ผู้สูงอายุ กิจกรรมการดูแลรายบุคคลในผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความสุขอย่างแท้จริงผู้ดำเนินการวิจัยเห็นว่าการดูแลผู้สูงอายุที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความกตัญญู เพื่อต้องการตอบแทนบุญคุณนั้นเป็นการแสดงความรักความผูกพันยังคงขาดเนื่องจากได้ดูแลตอนที่ ท่านยังมีชีวิตอยู่ และเป็นการเตรียมพร้อมสำหรับการดูแลตัวเอง เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุได้ดีอีกด้วย 3) campaign Content การกำหนดกิจกรรมหลักและกิจกรรมย่อยในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูในกลุ่มผู้สูงอายุ ให้ตรงกับปัญหาและความต้องการ ภายใต้บริบทของคนในชุมชน โดยรูปแบบกิจกรรมการเรียนรู้ การฝึกทักษะ การให้ความรู้มีสาระครบถ้วน และสร้างความสุข ดึงดูดความสนใจทำให้ผู้สูงอายุและคนในชุมชนต้องการเข้าร่วมกิจกรรม ทำให้เกิดการดำเนินงานที่ดี มีความสุขและมีประสิทธิภาพ

4.3.7 ปัจจัยแห่งความสำเร็จการดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

- 1) มีการวิเคราะห์ปัญหาและประเด็นร่วมกันจากทุกฝ่ายทำให้มีความเข้าใจตรงกันและมองเห็นปัญหาร่วมกัน รวมทั้งมีเป้าหมายร่วมกันในการดำเนินการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ
- 2) เกิดการเรียนรู้และประยุกต์วิธีการดำเนินการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุให้เกิดประโยชน์สูงสุดได้
- 3) มีการวางแผนการดูแลการดำเนินการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่ดี และการออกแบบกิจกรรมในการจัดการที่หลากหลายจากการระดมความคิดเห็นของทุกคนในการวางแผนร่วมกัน
- 4) การกำหนดนโยบายร่วมกันเกี่ยวกับการดำเนินการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ รวมถึงการบันทึกข้อตกลงร่วมกันของทุกหมู่บ้าน เช่น กำหนดหน้าที่ในการดูแล กำหนดหน้าที่ในการรับผิดชอบ กำหนดแนวทางในการปฏิบัติร่วมกัน

- 5) การมีเครือข่ายความร่วมมือที่ดีทั้งภายในและภายนอกชุมชน และมีการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานที่ประกอบด้วยฝ่ายต่าง ๆ และมีที่มาของคณะกรรมการจากทุกหมู่บ้าน
- 6) มีการแจ้ง ประกาศ บอกข่าว ให้ประชาชนในชุมชนรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน ป้องกันการพลัดตกหกล้ม ทำให้เกิดความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
- 7) การได้เรียนรู้ถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อตนเองและชุมชน ทำให้เห็นความสำคัญในการมีส่วนร่วมดูแลและจัดการอย่างเหมาะสม
- 8) บริบทชุมชนและวัฒนธรรมการอยู่ร่วมกันของคนในชุมชน ส่งผลให้เกิดความรู้สึกรัก ผูกพัน ดูแล และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
- 9) มีการวางแผนการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่ดีและมีการออกแบบกิจกรรมที่หลากหลาย และเกิดจากการระดมความคิดเห็นของทุกคนในการวางแผนร่วมกัน
- 10) เกิดการเรียนรู้ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม และเกิดประโยชน์ต่อตัวผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

สรุปผลการดำเนินงาน จากที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า การได้รับความร่วมมือ และการสนับสนุนจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง จึงทำให้เกิดกระบวนการพัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา มีการดำเนินงานอย่างชัดเจน เป็นรูปธรรมอย่างต่อเนื่อง เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ สามารถสรุปแนวทางการพัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

4.4 ผลการศึกษารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

การดำเนินงานป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เริ่มต้นจากการศึกษาบริบท สถานการณ์ และ ปัจจัยที่เกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ จากนั้นนำข้อมูลจากการศึกษาในระยะที่ 1 เข้าสู่กระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งเริ่มจากการจัดการจัดการประชุมเพื่อคืนข้อมูลให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพได้รับรู้ข้อมูล และการสะท้อนให้เข้าใจถึงสถานการณ์ ความรุนแรงและปัจจัยที่ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลโป่งตาลองที่ผ่านมา จากนั้นเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพทุกคนมีส่วนร่วมในการนำปัญหามาอภิปรายและวิจัยได้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญในการร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหา และนำเข้าสู่กระบวนการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้น การออกแบบระบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ออกแบบแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน กำหนดแผนปฏิบัติการในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ซึ่งประกอบด้วย 2 แผนหลัก กิจกรรมตามองค์ประกอบ 10 องค์ประกอบของการทำงานที่มป้องกันพลัดตกหกล้มตำบลโป่งตาลอง และ แผนกิจกรรม 4 แผนกิจกรรมย่อย จากนั้นมีการจัดตั้งคณะทำงานป้องกันการพลัดตกหกล้มระดับตำบล กำหนดบทบาทหน้าที่และมีการมอบหมายงานแต่ละฝ่ายเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งในระหว่างการปฏิบัติได้ดำเนินการเป็นไปด้วยความเรียบร้อย แต่อาจมีอุปสรรคในเรื่องการเดินทางของผู้สูงอายุในบางรายที่ไม่มีลูกหลานหรือญาตินำมาช่วยกิจกรรม ภาคีเครือข่าย จึงแก้ไข

ปัญหาโดยช่วยรับ-ส่งให้แต่การดำเนินกิจกรรมภาพรวมสามารถเป็นไปได้ด้วยดี จากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการสังเกตการณ์ในระหว่างการจัดกิจกรรม ตามแผนปฏิบัติการ พบว่า ผู้ร่วมวิจัยให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมอย่างดีในทุก ๆ กิจกรรม บรรยายภาคในการทำกิจกรรมเป็นไปได้ด้วยดี รวมถึงได้รับทราบข้อมูล สถานการณ์ ความรุนแรงและปัจจัยที่ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมในการรับข้อมูลข่าวสารร่วมรับฟังข้อมูลปัญหาสุขภาพและความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน ได้เข้าร่วมรับฟังการวางแผนการดำเนินงาน ร่วมรับฟังผลการดำเนินงาน การป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในพื้นที่ และการปรึกษาหารือ มีส่วนร่วมในการเสนอข้อมูลและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการกำหนดนโยบายการดำเนินงาน การป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในระดับตำบล มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุในตำบล มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน รวมถึงในการติดตาม ตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินงาน และในการประชุมสรุปผลและถอดบทเรียนผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเพื่อพัฒนารูปแบบ ได้เกิดการตัดสินใจ การออกแบบ วางแผน ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และ กำหนดแนวทางการปฏิบัติที่เป็นประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน ด้านความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ในกลุ่มผู้สูงอายุ และของผู้มีส่วนขับเคลื่อน การดำเนินงานของภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน พบว่า มีด้านความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มเพิ่มมากขึ้น รู้ถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้ม นำไปสู่การป้องกันตนเอง และการแก้ไขปัญหา การจัดการความเสี่ยงของ เช่น การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ที่พักอาศัยให้มีความปลอดภัยมากขึ้น ดังมีรายละเอียดดังนี้

4.4.1 ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายสุขภาพ มีความรู้ การรับรู้ ความเข้าใจ พฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยจำแนกเป็น 3 ด้านสาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการหกล้ม การมีสายตาผิดปกติ เช่น ต้อกระจก ต้อหินต้อลมเป็นสาเหตุปัจจัยทำให้เกิดการหกล้ม ร้อยละ 95.3 การมีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูงการมีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดการหกล้ม ร้อยละ 95.3 อาการเจ็บปวดเข่า ข้อเข่าติด เป็นสาเหตุ/ปัจจัยที่ทำให้เกิดการหกล้ม ร้อยละ 98.4 การรับประทานยา เช่น ยาแก้หวัด ยานอนหลับ เป็นสาเหตุ/ปัจจัยที่ทำให้เกิดการหกล้ม ร้อยละ 84.4 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จนควบคุมการทรงตัวได้ไม่ดี เป็นสาเหตุ/ปัจจัยที่ทำให้เกิดการหกล้ม ร้อยละ 93.8 รองเท้าที่ไม่มีดอกยาง เป็นสาเหตุ/ปัจจัยที่ทำให้เกิดการหกล้ม ร้อยละ 93.8 การใส่ถุงเท้าเดินบนพื้นขัดมัน/พื้นกระเบื้องเป็นสาเหตุ/ปัจจัยที่ทำให้เกิดการหกล้ม ร้อยละ 93.8 สีและลวดลายของพรมปูพื้น เป็นสาเหตุ/ปัจจัยที่ทำให้เกิดการหกล้ม ร้อยละ 82.8 คิดว่าทางเดินต่างระดับ/ไม่สม่ำเสมอ เป็นสาเหตุ/ปัจจัยที่ทำให้เกิดการหกล้ม ร้อยละ 100 การขึ้น-ลงบันไดบ่อย ๆ เป็นสาเหตุ/ปัจจัยที่ทำให้เกิดการหกล้ม ร้อยละ 98.4 การเปลี่ยนอิริยาบถด้วยความระมัดระวัง เช่น การนั่ง นอน ยืน เดิน สามารถช่วยลดการเกิดการหกล้มได้ ร้อยละ 96.9 เมื่อภายในบ้านมีดส่ว แสงสว่างไม่เพียงพอ ยิ่งทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย ร้อยละ 95.3 โรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดการหกล้ม ร้อยละ 95.3 อาการเจ็บปวดเข่า ข้อเข่าติด เป็นสาเหตุ/ปัจจัยที่ทำให้เกิดการหกล้ม ร้อยละ 98.4 ด้านอันตราย/ผลกระทบของการหกล้ม

ล้ม พบว่า ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มแล้วเกิดบาดเจ็บทำให้ต้องเข้ารับรักษาในสถานพยาบาลมักจะเกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 87.5 การบาดเจ็บจากการหกล้มที่พบบ่อย คือกระดูกหัก ร้อยละ 98.4 ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มจะทำให้ขาดความมั่นใจและกลัวการทํากิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 90.6 ด้านการปฏิบัติตัวในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่า การสวมเสื้อผ้าที่มีขนาดพอดีไม่คับหรือหลวมจนเกินไป จะป้องกันการหกล้มได้ ร้อยละ 84.4 การใช้ไม้เท้าที่มียางกันลื่นจะป้องกันการหกล้มได้ ร้อยละ 93.8 การเดินด้วยความระมัดระวังเวลาฝนตกถนนลื่นจะป้องกันการหกล้มได้ ร้อยละ 96.9 การติดตั้งราวจับในห้องน้ำ จะป้องกันการหกล้มได้ ร้อยละ 100 การเกาะราวบันไดเวลาขึ้น-ลงบันได จะทำให้ไม่เสียการทรงตัวและป้องกันการหกล้มได้ ร้อยละ 100 การจัดวางของใช้ภายในบ้านที่เป็นระเบียบเรียบร้อย จะป้องกันการหกล้มได้ ร้อยละ 98.4 ผู้ที่มีการทรงตัวไม่ดีควรใช้ไม้เท้าช่วยเดินจะป้องกันการหกล้มได้ ร้อยละ 93.8 การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งจะช่วยทำให้ทรงตัวดีขึ้น และป้องกันการหกล้มได้ ร้อยละ 90.6 ด้านพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมเข้ารับการตรวจวัดสายตาอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 40.6 กรณีที่มีปัญหาทางสายตา เช่น สายตาวัว ท่านรับการตรวจรักษาเพื่อแก้ไขปัญหาทางสายตาปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 45.3 รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด ไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 90.6 ปรีกษาแพทย์ทุกครั้งเมื่อมีปัญหาเรื่องการรับประทานยาหรือผลข้างเคียงของยา เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด ปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 89.1 ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 68.8

4.4.2 มีแนวทางและวิธีปฏิบัติการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ที่เหมาะสม และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

4.4.2.1 กลุ่มผู้สูงอายุ ได้รับการคัดกรอง/ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุ (TUGT) การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุทุก 6 เดือน และ มีการประเมินด้านสิ่งแวดล้อม ที่พักอาศัย โดย อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลครอบคลุมตามตัวชี้วัดด้านสาธารณสุข และ ได้รับคำแนะนำแนวทางการป้องกันและวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุนำกลับไปปฏิบัติที่บ้านเอง โดยมีอสม. และ ผู้สูงอายุ ติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง และ มีการบันทึกในแผนสุขภาพดี (Wellness plan) รายบุคคลของผู้สูงอายุ

4.4.2.2 การพัฒนานักกิจกรรมด้านการส่งเสริมการทรงตัวที่ดีและสร้างเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุด้วยการออกกำลังกาย ดำเนินการโดยการบูรณาการการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน และ ชมรมผู้สูงอายุตำบลโป่งตาลอง

4.4.2.3 มีระบบการประเมิน/จัดการแก้ไขจุดเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การสำรวจจุดเสี่ยงภายในบ้านและในชุมชน และการจัดการแก้ไขจุดเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม โดยคนในชุมชน ภาคีเครือข่ายชุมชนร่วมดำเนินการ

4.4.2.4 มีการจัดทำรายงานสถานการณ์และข้อมูลการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม การสอบสวนกรณีที่มีผู้สูงอายุพลัดตกหกล้มในพื้นที่ และ จำนวนผู้สูงอายุที่พลัดตกหกล้ม โดย คณะทำงานการป้องกันการพลัดตกหกล้มในระดับตำบล ผ่านกลไกการขับเคลื่อนตำบลพัฒนาคุณภาพชีวิต ร่วมมือกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ระดับตำบล ระดับหมู่บ้าน

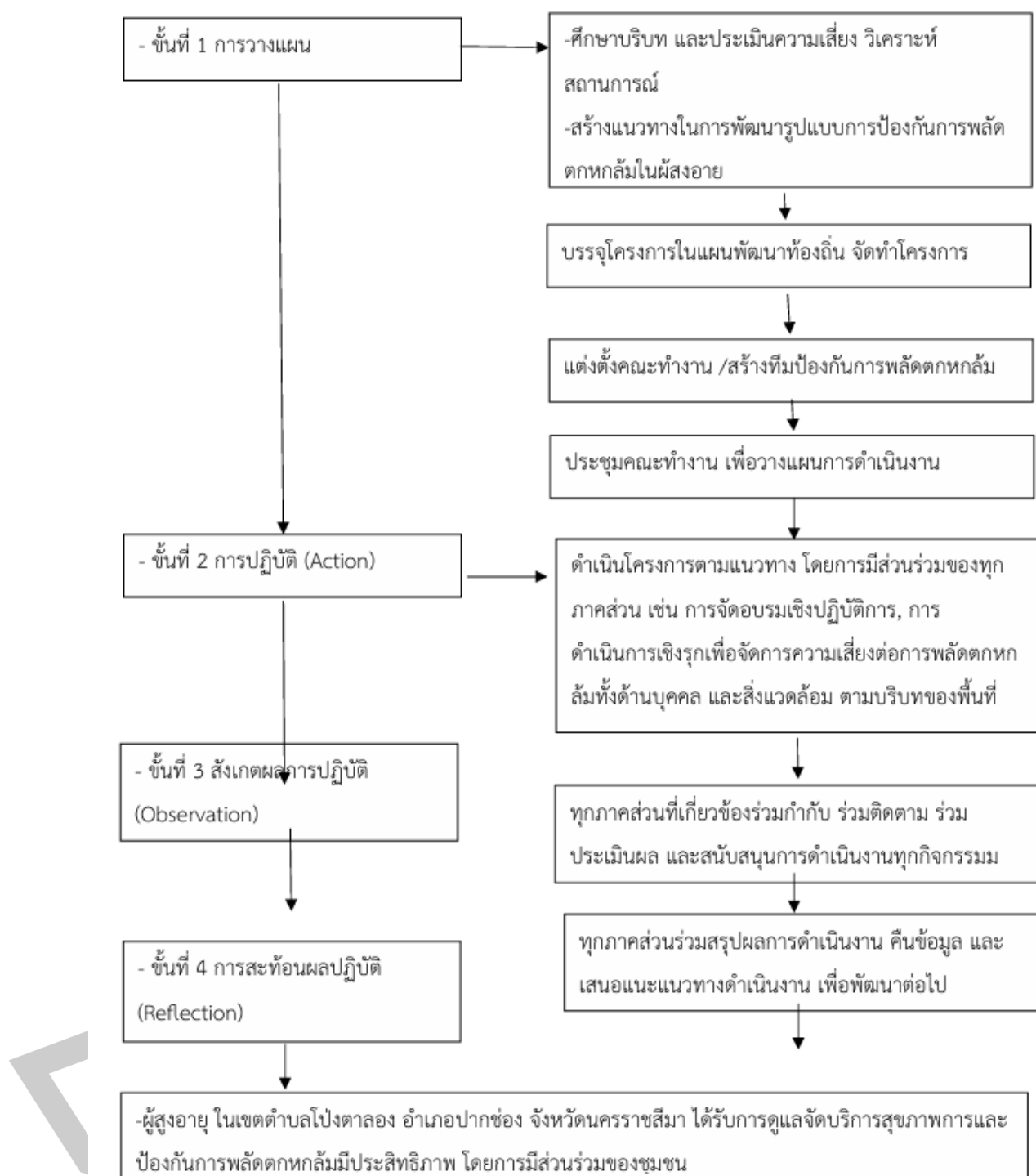
4.4.2.5 มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ ได้แก่ การจัด/ผลักดัน/สนับสนุนให้เกิดกิจกรรมรณรงค์การป้องกันการพลัดตกหกล้มและการสื่อสารประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางต่าง ๆ ในวงกว้างในระดับพื้นที่

4.4.2.6 มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบสหสาขาร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพ มีการดำเนินกระบวนการ การมีส่วนร่วมและการประชาคมโดยใช้เป็นตัวนำในการวางแผนโครงการ ให้ชุมชน และภาคีเครือข่ายสุขภาพ เข้ามาร่วมกัน พุดคุย ถกแถลง ปรึกษาหารือและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีเป้าหมายคือเพื่อให้ได้มาตรการ วิธีการป้องกันการเกิดการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนทุก 6 เดือน

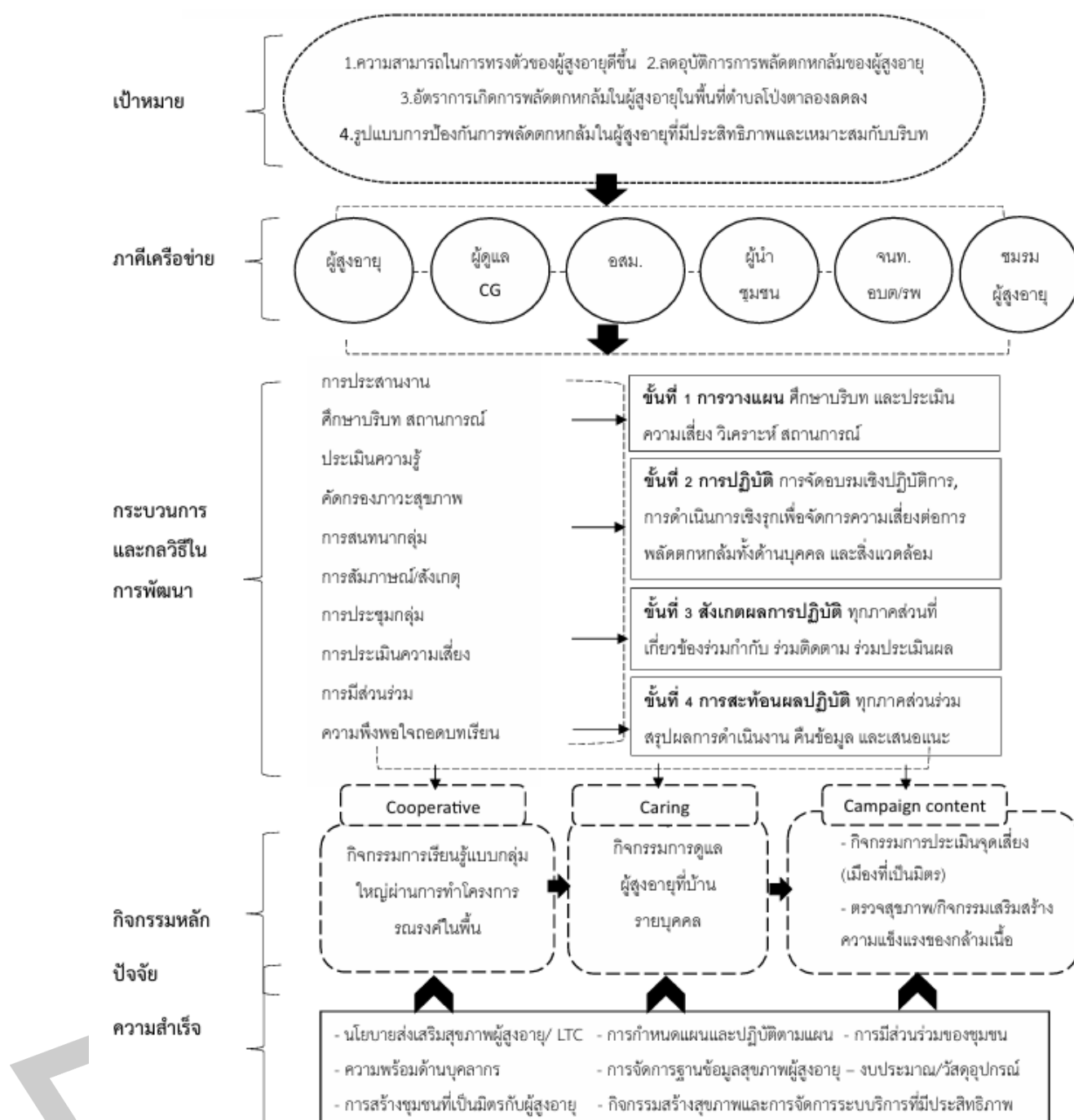
4.4.2.7 มีระบบการส่งต่อผู้สูงอายุที่พบปัญหาสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้ม โดยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายชุมชน เข้ารับการรักษายาบาลและฟื้นฟูร่างกาย ได้ครบทุกคน ทุกหมู่บ้านและเป็นไปอย่างทันเวลา เพื่อลดโอกาสเกิดความสูญเสียและลดความพิการที่จะตามมา

4.4.2.8 การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคุ่ม กลุ่มโรค Geriatric syndromes ในคลินิกผู้สูงอายุ การวินิจฉัย รักษา ส่งต่อ อย่างน้อย 2 โรคคือ ภาวะสมองเสื่อม และพลัดตกหกล้ม ตามเกณฑ์ตัวชี้วัด





ภาพประกอบ 3 แผนผังขั้นตอนการดำเนินงานเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ
ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา



ภาพประกอบ 4 รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาในครั้งนี้ มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา เป็นการวิจัยแบบผสมผสานมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินการวิจัยนี้ ในแต่ละระยะจะมีทั้งการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อช่วยอธิบายหรือยืนยันผลการศึกษาร่วมกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลโป่งตาลองอำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา เพื่อศึกษาบริบท ศึกษากระบวนการพัฒนา ศึกษาผลการดำเนินงาน และเพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพ (Qualitative - data) และเชิงปริมาณ (Quantitative - data) โดยผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารงานวิจัย ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และนำมาประยุกต์สร้างเครื่องมือให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การ วิจัย กรอบแนวคิดการวิจัย และรูปแบบวิธีดำเนินการวิจัย การศึกษา พัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ เขตตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งสามารถสรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ จากการศึกษาได้ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

- 5.1 สรุปผล
- 5.2 อภิปรายผล
- 5.3 ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผล

5.1.1 บริบทสถานการณ์ปัญหาและปัจจัยที่เป็นสาเหตุการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

สถานการณ์ของปัญหา พบว่า ประมาณ 2 ใน 3 เป็นเพศหญิง ผู้สูงอายุ 3 ใน 5 มีโรคประจำตัว เกือบครึ่งจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่เป็นลักษณะครอบครัวเดี่ยว เกือบ 3 ใน 4 มีค่าดัชนีมวลกายปกติ เมื่อทดสอบสมดุร่างกายด้วยวิธีอ้อมมือ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ผ่าน การทดสอบสมดุร่างกายด้วยการยืนบนขาข้างเดียว ขาขวา ผ่านทั้งหมด ส่วนขาซ้าย ผ่านเกือบทั้งหมด ความเร็วของการเดิน ผ่านทั้งหมด การทดสอบความทนทานของหัวใจ ผ่านเกือบทั้งหมด เมื่อประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน พบว่า ผู้สูงอายุ เป็นเพศหญิง จำนวน 43 คน ร้อยละ 67.2 เป็นเพศชาย จำนวน 21 คน ร้อยละ 32.8 การมองเห็น ไม่สามารถอ่านตัวเลขที่ระยะ 6/12 ได้มากกว่าครึ่ง จำนวน 6 คน ร้อยละ 9.38 อ่านตัวเลขที่ระยะ 6/12 ได้มากกว่าครึ่ง จำนวน 58 คน ร้อยละ 90.62 การทรงตัวบกพร่อง ยืนต่อเท้าเป็นเส้นตรงไม่ได้ หรือยืนได้ไม่ถึง 10 วินาที จำนวน 3 คน ร้อยละ 4.69 ยืนต่อเท้าเป็นเส้นตรงได้นาน 10 วินาที จำนวน 61 คน ร้อยละ 95.31 การใช้ยา กินยาต่อไปนั้ตั้งแต่ 1 ชนิดไป ได้แก่ ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท ยาลดความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะ หรือยาชนิดใดก็ได้ ตั้งแต่ 4 ชนิดขึ้นไป (ไม่รวมวิตามิน) จำนวน 2 คน ร้อยละ 3.13 ไม่กินยาต่อไปนั้ ได้แก่ ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท ยาลดความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะ หรือ

กีนยาชนิดใดก็ได้ แต่น้อยกว่า 4 ชนิด จำนวน 62 คน ร้อยละ 96.87 ประวัติการหกล้ม มีประวัติหกล้มตั้งแต่ 2 ครั้ง ขึ้นไปใน 6 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 4 คน ร้อยละ 6.25 ไม่มีประวัติการหกล้ม จำนวน 60 คน ร้อยละ 93.67 สภาพบ้าน ที่อยู่อาศัย ไม่ได้อยู่บ้านยกพื้นสูง ตั้งแต่ 1.5 เมตร ขึ้นไป ต้องขึ้นลงโดยใช้ จำนวน 64 คน ร้อยละ 100 2) ภาควิชาอายุรศาสตร์สุขภาพตำบล จำนวน 85 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 48.2 และเป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.8 ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 51 ปี ด้านสถานภาพเป็นเจ้าหน้าที่องค์การบริหารปกครองส่วนท้องถิ่น ร้อยละ 2.4 ผู้นำศาสนา ร้อยละ 2.4 ประธานชมรมผู้สูงอายุ/สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 47.1 อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม) ร้อยละ 37.6 อื่น ๆ เช่น ญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 10.6

ด้านสถานการณ์การเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมาพบว่า หมู่บ้านที่พบความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ลำดับ 1.บ้านสระน้ำใส หมู่ที่ 7 ลำดับ 2 บ้านตะเคียนงาม หมู่ที่ 8 ลำดับ 3.บ้านมอตะเคียน หมู่ที่ 9 ลำดับ 4. บ้านหนองข่อม หมู่ที่ 5 ลำดับ 5.บ้านเทพนิมิตร หมู่ที่ 12 และ ปี 2564 – 2566 มีผู้สูงอายุเคยหกล้ม จำนวน 14 คน, 13 คน, และ 5 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 2.04, 1.88, 0.71, เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80. และ เพศชาย ร้อยละ 20. ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มโดยส่วนใหญ่มีปัญหาน้ำหนักเกินมาตรฐาน ร้อยละ 21.87 ส่งผลให้มีปัญหาเรื่องกระดูกและข้อเข่า ร้อยละ 62.33 เมื่อคัดกรองความเสี่ยงต่อการหกล้ม (TUGT) พบว่ามีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 6.29 และมีประวัติเคยพลัดตกหกล้มซึ่งมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการลื่นล้มและการสะดุด นอกจากนั้นข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพในด้านต่าง ๆ เช่น มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว โรคเรื้อรัง ข้อเข่าเสื่อม สมอเสื่อม หลงลืม สายตามองไม่ชัดเจนจากต้อกระจก เป็นต้น และผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มไม่เพียงพอ โดยส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม

ด้านการดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ในครอบครัว ชุมชน สถานบริการสาธารณสุข มีรูปแบบการดูแลหลัก 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวและญาติ เป็นการดูแลโดยมีสมาชิกในครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่มีสถานะเป็นบุตร คู่สมรส หลานและญาติพี่น้อง ซึ่งเป็นผู้ที่ใกล้ชิดและสำคัญที่สุด 2) รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยชุมชน ได้แก่ อสม.ผู้นำชุมชน และ เพื่อน ๆ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ 3) รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยหน่วยบริการสาธารณสุข โดยมีการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคุ่ม ร่วมกันดำเนินงาน การจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและดำเนินงานเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม แบ่งเป็นแบบตั้งรับ และแบบเชิงรุก ร่วมกับโรงพยาบาลปากช่องนานาและโรงพยาบาลมกุฏศิรินทร์ และทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ นักกายภาพบำบัดแพทย์แผนไทย พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน อสม.และผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ด้านนโยบาย แหล่งทรัพยากร สิ่งสนับสนุน การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีนโยบายดูแลและจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุและจัดบริการการดูแลยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long term care) รวมทั้งการป้องกันการพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน มีมาตรการหรือโครงการเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มและการป้องกัน

ภาวะสมองเสื่อมในชุมชน โดยมุ่งเน้นงานด้านวิชาการ เช่นการผลิตคู่มือ/แนวทางในการป้องกันฯ พัฒนามาตรฐานการคัดกรอง และการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรอื่นๆ ตามแนวทาง “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ซึ่งเป็นแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งมีนโยบายการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายที่กระทรวงกำลังให้ความสำคัญ เช่น การพัฒนาทักษะกายภาพบำบัด การอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตามความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ ในส่วนของการดำเนินงานการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก็มีการวางแผนกิจกรรมร่วมกับชมรมผู้สูงอายุ และจัดการอบรมถ่ายทอดความรู้ การตรวจคัดกรองโรคเป็นของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ซึ่งเป็นหน่วยงานที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุในชุมชนมากที่สุด และ อสม. ซึ่งมีเป็นผู้คัดกรองโรคเบื้องต้นให้แก่ผู้สูงอายุ โดยเจ้าหน้าที่จะสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุให้กับ อสม. รวมทั้งให้ข้อมูลสุขภาพและมอบหมายให้ อสม. ติดตามเฝ้าระวังผู้สูงอายุในความรับผิดชอบแต่ละรายเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาที่รุนแรงขึ้นนอกจากนี้ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ยังประสานกับเจ้าหน้าที่สาขาที่เกี่ยวข้อง เช่น นักกายภาพบำบัด และเจ้าหน้าที่ ทันตสาธารณสุข เพื่อให้ความรู้และคำแนะนำโดยตรงกับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพแต่ละด้าน การตรวจคัดกรองผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมินผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) หลังจากนั้นจึงแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง และกลุ่มติดสังคม สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง เจ้าหน้าที่และอสม. จะเยี่ยมบ้านเพื่อให้ความรู้/คำแนะนำด้านการดูแลสุขภาพซึ่งรวมถึงการป้องกันการพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งการตรวจคัดกรองโรคเบื้องต้น ส่วนผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมจะให้ความรู้/คำแนะนำผ่านชมรมผู้สูงอายุ รวมถึงการบูรณาการความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการ ดูแลความเป็นอยู่และสวัสดิการของผู้สูงอายุในชุมชนส่วน ร่วมจัดกิจกรรมที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สสำรวจชุมชนในเรื่องของสภาพที่พักอาศัย ห้องน้ำ และแสงสว่าง อีกทั้งเป็นผู้ให้ข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องปรับปรุงสภาพแวดล้อมและที่พักอาศัยแก่อปท. เพื่อดำเนินการต่อไป ซึ่งการแก้ไขปัญหาดังกล่าวส่วนหนึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของ พมจ.

ด้านทรัพยากรด้านบุคลากร มีการดำเนินงานป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในรูปแบบสหวิชาชีพ ในการดำเนินงานที่มีเครือข่ายเพิ่มมากขึ้น มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน การใช้ทรัพยากรร่วมกัน การจัดอบรมโดยคำนึงถึงทรัพยากรด้านบุคคล ด้านการเงิน/งบประมาณ ด้านอุปกรณ์ ดังนี้ มีการประสานงานไปยังกลุ่มเครือข่ายต่าง ๆ เพื่อเข้าร่วมโครงการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ และเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินงาน ซึ่งทรัพยากรด้านบุคคล ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคุ่ม โรงพยาบาลมกุฏศิรีวัน โรงพยาบาลปากช่องนานา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) องค์การบริหารส่วนตำบลโป่งตาลอง วัตถุประสงค์ผู้นำชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุ ทั้งหมด 13 หมู่บ้าน ให้ความสนใจและเข้าร่วมสนับสนุนการดำเนินงานด้านงบประมาณ

ด้านทรัพยากรงบประมาณ โดยได้รับงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ซึ่งคือกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ได้เริ่มมีนโยบายจากผู้บริหาร และได้บรรจุโครงการลงในแผนพัฒนา ท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนตำบลโป่งตาลอง พ.ศ.2566 - 2570 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ

อสม.และ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ในการเฝ้าระวัง และป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเท่าที่ควร ตำบลโป่งตาลอง ได้มีการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมในกลุ่มผู้สูงอายุทุกคน

ด้านทรัพยากรด้านสิ่งของหรือวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ กระบวนการดำเนินงานการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลโป่งตาลองนั้น ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ด้านการแพทย์ จากวิทยาลัยจุฬาภรณ์ โรงพยาบาลปากช่องนานา โรงพยาบาลมกุฏคีรีวัน และได้รับการปรับปรุงบ้านหรือสิ่งแวดล้อมจากงบประมาณองค์การบริหารส่วนตำบลโป่งตาลอง กองทุนหมู่บ้าน และสนับสนุนถุงยังชีพสำหรับนำไปมอบแก่ผู้สูงอายุจากที่ว่าการอำเภอปากช่อง องค์การบริหารส่วนตำบลโป่งตาลอง และอุปกรณ์อื่น ๆ จากบุคคลภายนอกกิจกรรมจิตอาสาปรับปรุง พัฒนาสิ่งแวดล้อม ช่อมแซมที่อยู่อาศัย กิจกรรมด้านศาสนา วัฒนธรรมต่าง ๆ ในชุมชน

ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ การดำเนินงานเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นนโยบายใหม่ ซึ่งผู้บริหารได้เห็นความสำคัญของการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ภายใต้การเป็นสังคมผู้สูงอายุของอบต.ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา แต่ในส่วนการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุในชุมชน พบว่าขาดการบูรณาการร่วมกัน ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรอื่นๆ ที่สนับสนุนชุมชน ต่างคิดต่างทำ ซึ่งบางกิจกรรมซ้ำซ้อนกัน ทำให้การใช้งบประมาณไม่มีประสิทธิภาพ การดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมาขาดการบูรณาการทำงานแยกส่วน ขาดการส่งต่อข้อมูลด้านสุขภาพในชุมชนทำให้คนในชุมชนไม่ทราบปัญหาและปัญหาไม่ได้รับการหาแนวทางแก้ไข ป้องกันร่วมกันได้

5.1.2 ปัจจัยมีความสัมพันธ์ต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุชาย มีโอกาสเกิดการหกล้มได้มากกว่าผู้สูงอายุหญิง ร้อยละ 54.7 ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวมีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มสูง เนื่องจากไม่มีคนดูแล ร้อยละ 87.5 ผู้สูงอายุที่มีปัญหาในด้านการมองเห็นบกพร่อง เช่น สายตามองเห็นไม่ชัดเจน พร่ามัว เป็นโรคต้อหิน/ต้อกระจก จะมีโอกาสหกล้มได้ง่าย ร้อยละ 90.6 ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน (โรคสั่น) จะมีโอกาสเกิดการหกล้มได้ง่าย ร้อยละ 89.1 ผู้สูงอายุที่รับประทานยานอนหลับ ยากล่อมประสาท หรือยาลดความดันโลหิต จะมีโอกาสเกิดการหกล้มได้ง่าย ร้อยละ 81.3

การประเมินสุขภาพทางกายผู้สูงอายุ โดยแบบทดสอบความเสี่ยงภาวะหกล้ม Timed Up and Go Test(TUGT) พบว่า ผู้สูงอายุ มีค่าดัชนีมวลกายปกติ จำนวน 45 คน ร้อยละ 70.31 ภาวะผอม จำนวน 5 คน ร้อยละ 7.81 ภาวะ น้ำหนักเกิน จำนวน 14 คน ร้อยละ 21.88 สัญญาณชีพปกติ จำนวน 56 คน ร้อยละ 87.5 เร็ว จำนวน 8 คน ร้อยละ 12.5 สัตส่วนรอบเอว-สะโพก ผ่าน จำนวน 59 คน ร้อยละ 92.18 ไม่ผ่าน จำนวน 5 คน ร้อยละ 7.81 การทดสอบสมดุลร่างกายด้วยการนั่งลูกยีนเดิน ผ่าน จำนวน 62 คน ร้อยละ 96.87 ไม่ผ่าน จำนวน 2 คน ร้อยละ 3.13 การทดสอบสมดุลร่างกายด้วยวิธีอ้อมมือ ผ่าน จำนวน 59 คน ร้อยละ 92.18 ไม่ผ่าน จำนวน 5 คน ร้อยละ 7.81 การทดสอบสมดุลร่างกายด้วยการยืนบนขาข้างเดียว ขาขวา ผ่าน จำนวน 64 คน ร้อย

ละ 100 ขาซ้าย ผ่าน จำนวน 62 คน ร้อยละ 96.87 ไม่ผ่าน จำนวน 2 คน ร้อยละ 3.13 ความเร็วของการเดิน ผ่าน จำนวน 64 คน ร้อยละ 100 การทดสอบความทนทานของหัวใจ ผ่าน จำนวน 62 คน ร้อยละ 96.87 ไม่ผ่าน จำนวน 2 คน ร้อยละ 3.13

การประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มโดยแบบประเมิน Thai FRAT แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุ เป็นเพศหญิง จำนวน 43 คน ร้อยละ 67.2 เป็นเพศชาย จำนวน 21 คน ร้อยละ 32.8 การมองเห็น ไม่สามารถอ่านตัวเลขที่ระยะ 6/12 ได้ มากกว่าครึ่ง จำนวน 6 คน ร้อยละ 9.38 อ่านตัวเลขที่ระยะ 6/12 ได้มากกว่าครึ่ง จำนวน 58 คน ร้อยละ 90.62 การทรงตัวบกพร่อง ยืนต่อเท้าเป็นเส้นตรงไม่ได้ หรือยืนได้ไม่ถึง 10 วินาที จำนวน 3 คน ร้อยละ 4.69 ยืนต่อเท้าเป็นเส้นตรงได้นาน 10 วินาที จำนวน 61 คน ร้อยละ 95.31 การใช้ยา กินยาต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ชนิดไป ได้แก่ ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท ยาลดความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะ หรือยาชนิดใดก็ได้ ตั้งแต่ 4 ชนิดขึ้นไป (ไม่รวมวิตามิน) จำนวน 2 คน ร้อยละ 3.13 ไม่กินยาต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ชนิดไป ได้แก่ ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท ยาลดความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะ หรือยาชนิดใดก็ได้ แต่น้อยกว่า 4 ชนิด จำนวน 62 คน ร้อยละ 96.87 ประวัติการหกล้ม มีประวัติหกล้มตั้งแต่ 2 ครั้ง ขึ้นไปใน 6 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 4 คน ร้อยละ 6.25 ไม่มีประวัติการหกล้ม จำนวน 60 คน ร้อยละ 93.67 สภาพบ้าน ที่อยู่อาศัย ไม่ได้อยู่บ้านยกพื้นสูง ตั้งแต่ 1.5 เมตร ขึ้นไป ต้องขึ้นลงโดยใช้ จำนวน 64 คน ร้อยละ 100

การประเมินเพื่อคัดกรองความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุขณะอาศัยอยู่ที่บ้าน โดยแบบประเมินคัดกรองสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ (Environmental screening) ระดับความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ จำนวนผู้สูงอายุ 64 คน พบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงในการหกล้ม อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 10.93 ระดับปานกลาง ร้อยละ 6.25 ระดับน้อย ร้อยละ 82.81 (Mean=15.65 SD=2.12 Max=18 Min=14)

5.1.3 กระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการรับรู้สถานการณ์ สภาพปัญหาเกี่ยวกับการเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยได้ร่วมกันอภิปราย วางแผนปฏิบัติการในการแก้ไขปัญหา ตามที่ผู้ร่วมศึกษาได้ร่วมกันกำหนดแผนปฏิบัติการ โดยมีกระบวนการในการดำเนินการดังนี้

1) การคืนข้อมูลที่ได้จากการศึกษาบริบท สถานการณ์ การรับรู้ ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดการพลัดตกหกล้ม ผลกระทบจากการล้มในด้านต่าง ๆ โดยได้สรุปข้อมูลประเด็นปัญหาเพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อผู้วิจัยได้มีกิจกรรมให้ภาคีเครือข่ายผู้มีส่วนร่วมในการวางแผนร่วมออกแบบระบบการจัดระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน และการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนโดยใช้กระบวนการแผนภูมิชีวิต การวิเคราะห์และนำเสนอประเด็นในการคืนข้อมูลได้ จำนวน 7 ประเด็น

2) การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและพัฒนาแผนปฏิบัติการเพื่อการแก้ไขผู้วิจัยได้มีการจัดประชุมกับผู้ร่วมดำเนินการวิจัยเพื่อร่วมกันคิดวิเคราะห์ ค้นหาปัญหา และ ความต้องการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ กระบวนการนี้ผู้วิจัยได้สรุปและร่วมอภิปรายถึงความเป็นไปได้ในการวางแผนแนวทางแก้ไขปัญหาและความต้องการจากชุมชน ซึ่งทุกประเด็นมี

ความสำคัญและเป็นปัจจัยที่มีความเชื่อมโยง และ เกี่ยวข้องในการจัดการปัญหา และ ออกแบบระบบ รูปแบบรวมถึงการเสนอแนะเพิ่มเติมในการมองประเด็นปัญหา สถานการณ์และความต้องการของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ในการนำไปสู่การออกแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุและรูปแบบป้องกันพลัดตกหกล้ม ในผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยได้เลือกประเด็น ปัญหาและความต้องการ ทั้งหมด 5 ประเด็น คือ (1) ประเด็นนโยบายในระดับพื้นที่ ตลอดจนการ คำนึงถึงปัญหาและผลกระทบของการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนยังไม่ชัดเจน ตลอดจนการ คำนึงถึงปัญหาและผลกระทบของการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ของทั้งชุมชนและของครอบครัวซึ่ง อาจจะมีไม่มากนักเพียงพอ (2) ประเด็นแนวทางการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนยังขาดความ ชัดเจนของการดำเนินงาน และการกำหนดบทบาทหน้าที่ของภาคส่วนต่าง ๆ ที่มีส่วนในการขับเคลื่อน งาน และ ในส่วนของการจัดการลดความเสี่ยงในต่าง ๆ เช่น ด้านบุคคล ครอบครัว สังคม สิ่งแวดล้อม การป้องกันการพลัดตกหกล้มของตัวผู้สูงอายุ ครอบครัวหรือผู้ดูแล (3) ประเด็นการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานผู้สูงอายุในชุมชน พบว่าขาดการบูรณางานร่วมกัน ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กร อื่นๆที่สนับสนุนชุมชน ต่างคิดต่างทำ ทำให้การใช้งบประมาณไม่มีประสิทธิภาพ (4) ประเด็นด้านการ ให้ความรู้ ความเข้าใจ ผลกระทบด้านต่าง ๆ และการดำเนินกิจกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ตาม บริบทของผู้สูงอายุรายบุคคลและรายกลุ่ม ยังมีไม่ครอบคลุมในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน ขาดการ ประเมินความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม และ การประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่พิกอาศัย (5) ประเด็นงบประมาณสนับสนุนการจัดกิจกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มและกิจกรรมส่งเสริม สุขภาพของผู้สูงอายุ หรือได้รับงบประมาณสนับสนุนการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม บ้านที่พิกอาศัยให้กับ ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม ยังไม่เพียงพอกับการจัดการหรือแก้ไขปัญหในระดับพื้นที่

3) การพัฒนาแผนปฏิบัติการแก้ไขปัญหและความต้องการ ได้ร่วมกันระดมความคิด เพื่อออกแบบวางแผนกิจกรรม แผนปฏิบัติการในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการมี ส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งประกอบด้วยแผนปฏิบัติ การ 4 แผน ดังนี้

แผนปฏิบัติที่ 1 การอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจในการ ป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ครั้งที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2567 เมื่อวันที่ 24 มิถุนายน 2567 สถานที่ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วน ตำบลโป่งตาลอง กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ภาควิชาเครือข่ายสุขภาพตำบลโป่งตาลอง เพื่อพัฒนา รูปแบบการ ป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา มีกิจกรรมในการอบรมเชิงปฏิบัติการ ได้แก่ การบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ มีการแบ่งกลุ่มในการระดมความคิดของกลุ่มภาควิชาเครือข่าย และเสริมสร้างความรู้ ความ เข้าใจในการดำเนินงานร่วมกัน ร่วมวิเคราะห์ สรรวจจุดเสี่ยง วางแผน สนับสนุนการจัดการปัญหา แก้ไขจุดเสี่ยงร่วมกัน

แผนกิจกรรมที่ 2 การจัดตั้งและดำเนินงาน ทีมป้องกันการพลัดตกหกล้ม ตำบลโป่ง ตาลอง โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคุ่มร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบลโป่งตาลอง และภาควิชาเครือข่าย เมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม 2567 มีการแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม มอบหมายภารกิจ โดยบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงพยาบาลปากช่องนานา

โรงพยาบาลมกุฏคีรีวัน สาธารณสุขอำเภอปากช่อง องค์การบริหารส่วนตำบลโป่งตาลอง ผู้นำ ชุมชน อสม.ตำบลโป่งตาลอง อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นตำบลโป่งตาลอง ตัวแทนประชาชนหรือผู้ดูแล ผู้สูงอายุในระดับดีมาก มีการดำเนินงานตามองค์ประกอบ 10 ด้านพร้อมการสรุป ติดตามผล

แผนกิจกรรมที่ 3 โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ห้างโกลด์ดกหกล้ม ปีงบประมาณ 2567 ได้ดำเนินการในวันที่ 6 สิงหาคม 2567 ในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนตำบลโป่งตาลอง จำนวน 40 คน ณ ศาลาการเปรียญวัดสระน้ำใส หมู่ที่ 7 ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัด นครราชสีมา และดำเนินการในวันที่ 14 สิงหาคม 2567 ในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกับชมรม ผู้สูงอายุตำบลโป่งตาลอง โดยมีการให้ความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ การคัดกรองข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ การให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรง กล้ามเนื้อสะโพก เข่า และข้อเท้า การใช้อุปกรณ์ช่วยป้องกัน การพลัดตกหกล้ม การให้ความรู้เรื่อง สภาพแวดล้อมในบ้านที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม พบว่า ผู้สูงอายุให้ความสนใจเข้าร่วม กิจกรรมอย่างยิ่ง ในวันอบรมได้มีภาคีเครือข่ายสุขภาพร่วมสนับสนุน ดำเนินกิจกรรมตลอดจนสิ้นสุด กิจกรรม

แผนปฏิบัติการที่ 4 การติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยคณะทำงานป้องกันการพลัดตกหกล้มตำบลโป่งตาลอง ร่วมกับ เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลปากช่องนานา โรงพยาบาลมกุฏคีรีวัน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคุ้ม นักกายภาพบำบัด องค์การบริหารส่วนตำบลโป่งตาลอง ผู้นำชุมชน อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ การ ติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง จำนวน 8 คน พบว่า ผู้สูงอายุและญาติได้รับความรู้ คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม พุดคุยแนวทางในการ ปรับปรุงสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยเป็นการบูรณาการความ ร่วมมือกันในการดำเนินงาน และร่วมวางแผนทางการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับบริบทของ ผู้สูงอายุ และติดตามประเมินผลการแก้ไขปัญหารายบุคคล และ ชุมชน โดยคณะทำงานป้องกันการ พลัดตกหกล้มตำบลโป่งตาลอง ร่วมกับ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Care giver) เป็นผู้ติดตามให้ คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้าน มอบบ้านผู้สูงอายุตามโครงการปรับสภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ผู้พิการ จำนวน 2 หลัง เพื่อติดตามประเมินผลการดำเนินงาน และเยี่ยม เสริมกำลังใจแก่ผู้สูงอายุในชุมชน

สรุปผลการดำเนินงานในกระบวนการพัฒนาแผนปฏิบัติการแก้ไขปัญหาและความ ต้องการเริ่มดำเนินการระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึง เดือน กันยายน พ.ศ. 2567 ดำเนินการตาม แผนปฏิบัติการ 3 แผนปฏิบัติการ ในพื้นที่ตำบลโป่งตาลอง 13 หมู่บ้าน ในเขตความรับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคุ้ม การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการเน้นการมีส่วนร่วมของ ภาคีเครือข่ายสุขภาพตำบล และกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำ ชุมชน (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน แพทย์ประจำตำบล) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมองค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ

4) การสังเกตการณ์ ติดตามและประเมินผลการดำเนินการการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่ายสุขภาพตำบล การประเมินผลความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ใน

การป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในเขตตำบลโป่งตาลอง ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องร่วมกำกับ ร่วมติดตาม ร่วมประเมินผลและสนับสนุนการดำเนินงานทุกกิจกรรมตามบทบาทหน้าที่ มีดังนี้ (1) สังเกตการณ์การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมและติดตามการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มศึกษา พบว่าได้รับความร่วมมือ และการสนับสนุนจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี โดยการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน ตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ตำบลทุกภาคส่วน มีการดำเนินงานอย่างชัดเจน เป็นรูปธรรมอย่างต่อเนื่อง เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ สามารถสรุปแนวทางการพัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา (2) สังเกตการณ์การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ชุมชน พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมในระดับให้ข้อมูลข่าวสาร ได้เข้าร่วมรับฟังข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายการดำเนินงานการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ มีส่วนร่วม เข้าร่วมรับฟังข้อมูลปัญหาสุขภาพและความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน มีส่วนร่วมรับฟังการวางแผนการดำเนินงานการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในพื้นที่ และมีส่วนร่วมในการร่วมรับฟังผลการดำเนินงานการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ด้านการมีส่วนร่วมในระดับการปรึกษาหารือ มีส่วนร่วมในการเสนอข้อมูล และแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการกำหนดนโยบายการดำเนินงาน การป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในระดับตำบล ร้อยละ 50.6 มีส่วนร่วมในการเสนอข้อมูลและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อมูลปัญหาสุขภาพ การพลัดตกหกล้ม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน มีส่วนร่วมและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการวางแผนดำเนินกิจกรรมตามกิจกรรมต่าง ๆ ในกระบวนการแก้ไขปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ และมีส่วนร่วมในการเสนอข้อมูลและแสดงความคิดเห็นต่อผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน มีส่วนร่วมทุกครั้ง ด้านการมีส่วนร่วมในระดับเข้ามามีบทบาท ในการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน และการกำหนดวิธีการหรือแนวทางการดำเนินงานการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน มีส่วนร่วมทุก มีส่วนร่วมในการติดตาม ตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินงานการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน มีส่วนร่วมทุกครั้ง ด้านการมีส่วนร่วมในระดับสร้างความร่วมมือ มีส่วนร่วมในการนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ นำไปกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา/การป้องกัน นำไปสู่การปฏิบัติ มีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามแผนงานกิจกรรมหรือโครงการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน มีส่วนร่วมในการติดตาม ประเมิน สรุปผลและถอดบทเรียนผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในหมู่บ้าน/ตำบล มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบในการดำเนินการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน มีส่วนร่วมทุกครั้ง (3) ผลการศึกษาความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พบว่าในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในเขตตำบลโป่งตาลอง พบว่า กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในข้อ อธิยาศัย ความสนใจของผู้จัดบริการ ในระดับมาก รองลงมาคือ ข้อการประสานงานของเจ้าหน้าที่ในการให้บริการ ในระดับมาก และน้อยที่สุดคือ ข้อสะดวกที่ได้รับจากการจัดบริการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สำหรับผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ในระดับน้อย โดยมีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมาก

5) สรุปและการสะท้อนผล (1) สรุปผลการพัฒนารูปแบบพัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุร่วมดำเนินการวิจัยและ

ภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ได้รับทราบข้อมูล สถานการณ์การพลัดตกหกล้ม เกิดการมีส่วนร่วมในการเลือก ตัดสินใจ ออกแบบวางแผน ดำเนินการและประเมินผลร่วมกัน จึงทำให้เกิดกระบวนการพัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ในเขตตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา มีการดำเนินงานอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรมอย่างต่อเนื่อง เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ สามารถสรุปแนวทางการพัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา รวมทั้งหน่วยงาน องค์กร บุคคลที่เกี่ยวข้องนำข้อมูลจากการศึกษาไปใช้ประโยชน์ด้านการดำเนินนโยบาย การวางแผนแก้ไขปัญหา และการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนในการดำเนินงานและกำหนด แนวทาง การวางแผนป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุตำบลโป่งตาลองต่อไป (2) ผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสะท้อนผลและถอดบทเรียนสามารถแยกประเด็นการเรียนรู้ได้แก่ การเรียนรู้จากข้อมูลและสถานการณ์ที่เป็นจริงตามบริบทชุมชน การเรียนรู้จากกิจกรรมการส่งเสริม สร้างความรู้ ความเข้าใจ การปฏิบัติตนเอง การป้องกันการพลัดตกหกล้ม การเรียนรู้จากการทำงานร่วมกันโดยการบูรณาการทุกภาคส่วนตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ได้แก่ คณะทำงานการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ทีมป้องกันการพลัดตกหกล้มตำบลโป่งตาลอง และภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ภายใต้บรรยากาศของทีมที่ดี การเรียนรู้จากการเป็นเจ้าของร่วมกัน การเรียนรู้การเสริมแรง การสร้างพลังชุมชนร่วมกัน การเรียนรู้การสื่อสารประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ ตามแนวคิด “คนโป่งตาลองไม่ทิ้งกัน” ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมแก้ ร่วมรับผลลัพธ์ด้วยกัน การเรียนรู้และปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ มีดังนี้ ด้านบริบทสังคม ด้านการวิเคราะห์สถานการณ์ การค้นหาข้อมูล ด้านนโยบายและการดำเนินงานภายใต้คณะกรรมการ คณะทำงานและทีมป้องกันการพลัดตกหกล้มระดับตำบล ด้านกลยุทธ์ เทคนิควิธีการจัดการ การสื่อสารและการประสานงานที่ดี ด้านการสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่าย ด้านการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้และสัมพันธภาพที่ดี

5.1.4 ผลของการใช้รูปแบบการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

ดำเนินการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ในการวางแผนโครงการฯเป็นการรวมตัวของชาวบ้านและผู้นำชุมชน โดยมีเป้าหมายคือเพื่อให้ได้มาตรการ/วิธีการป้องกันการเกิดการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนนี้ และเพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนการดูแล การแก้ไขปัญหาในทุกมิติต่อไปนำไปสู่การแสวงหาคำตอบร่วมกัน การนำเสนอข้อมูลสุขภาพอย่างเป็นระบบระบบ เข้าใจง่าย ตามกระบวนการวินิจฉัยชุมชน โดยให้ผู้ร่วมกระบวนการและกิจกรรมได้มีโอกาสวิเคราะห์และอธิบาย ทุกคนสามารถแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่าง ๆ การตัดสินใจ การวางแผนและลงมือกระทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงการคิดสะท้อนกลับเพื่อประเมินว่าผลการดำเนินงานที่ผ่านมาได้ทำให้ความเสี่ยงการหกล้มลดลงหรือไม่ และจะอย่างไรให้ชาวบ้านและภาคส่วนอื่น ๆ ให้ความร่วมมืออย่างจริงจังมากขึ้น กระบวนการดังกล่าวสะท้อนถึงการเสริมพลังระหว่างผู้วิจัย-ชุมชน และสมาชิกในชุมชนด้วยกันเอง ทั้งนี้ โดยมีกลุ่มผู้นำชุมชน อสม. Caregiverและพยาบาลเวชปฏิบัติและทีมสหวิชาชีพ ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคุ่ม เป็นกลไกการขับเคลื่อนที่ทำงานร่วมกันอย่างมีความเสียสละ กระตือรือร้น ภายใต้บรรยากาศการทำงานร่วมกันและสัมพันธภาพที่ดี และการทำงานแบบเครือข่ายที่ทำงานร่วมกันมาช้านานจึงนับเป็นปัจจัยเกื้อหนุน

ให้ชุมชนสามารถพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนี้ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิศรดา ตีเมืองชัย (2567) พบว่ากระบวนการพัฒนาสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนแบบพหุปัจจัยใช้กิจกรรมหลายหลาย อาทิ การจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผ่านโครงการรณรงค์ฯ และการเยี่ยมบ้านเพื่อชี้แนะการปรับลดความเสี่ยงของสภาพแวดล้อมและฝึกทักษะการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการสร้างระบบการดูแลสุขภาพของชุมชนเอง กิจกรรมดังกล่าวส่งผลดีที่ต่อผู้สูงอายุ/กลุ่มตัวอย่าง โดยพบว่าหลังการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การออกกำลังกายและการสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุมีการทรงตัวดีขึ้น จึงทำให้ใช้ระยะเวลาการทรงตัวน้อยลง สอดคล้องกับแนวปฏิบัติที่ดีและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตติพร พาณิษฐ์กุล (2562) พบว่า การส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุเหมาะสมกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชุมชนเนื่องด้วยผู้สูงอายุสามารถรวมตัวกันทำกิจกรรมร่วมกัน หรือนำไปออกกำลังกายที่บ้านตนเองได้ สามารถทำได้ง่าย สะดวกและมีความสุข

5.2 อภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเพื่อมุ่งเน้นในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา โดยมีวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อศึกษาบริบท สถานการณ์ และปัจจัยที่ทำให้เกิดการเกิดพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ 2) เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 3) เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 4) เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จการดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มุ่งเน้นความเข้มแข็งให้ภาคีเครือข่าย และชุมชน โดยปรับกระบวนการดำเนินงานโดยอาศัยแนวคิดการแก้ปัญหาโดยใช้ครอบครัว และชุมชน อีกทั้งยังกระตุ้นให้ภาคีเครือข่าย ชุมชน รวมถึงญาติ เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน พร้อมทั้งอภิปรายผลการศึกษาให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ จึงสามารถอภิปรายได้ในประเด็นดังนี้

5.2.1 ด้านบริบท สถานการณ์และปัจจัยที่ทำให้เกิดการเกิดพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า หมู่บ้านที่พบความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ หมู่ที่ 7 บ้านสระน้ำใส, หมู่ที่ 8 บ้านตะเคียนงาม, หมู่ที่ 9 บ้านมอตะเคียน, หมู่ที่ 5 บ้านหนองซอม และหมู่ที่ 12 บ้านเทพนิมิตร โดยผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มส่วนใหญ่มีปัญหาน้ำหนักเกินมาตรฐาน ทั้งจากการดำเนินการ พบว่า การดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในครอบครัว ชุมชน สถานบริการสาธารณสุข มีรูปแบบการจัดบริการและดูแลผู้สูงอายุหลัก ๆ มี 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวของผู้สูงอายุ เป็นการดูแลโดยมีสมาชิกในครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่มีสถานะเป็นบุตร คู่สมรส หลานและญาติพี่น้อง ซึ่งเป็นผู้ที่ใกล้ชิดและสำคัญที่สุด 2) รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยชุมชน ได้แก่ อสม. ผู้นำชุมชน และ เพื่อน ๆ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ 3) รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยหน่วยบริการสาธารณสุข ทั้งนี้ในรูปแบบและระบบ

การดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในชุมชน ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงการมีส่วนร่วมจากครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการสาธารณสุขที่ต้องอาศัยความดูแลเอาใจใส่ต่อผู้สูงอายุและคนในชุมชนช่วยดูแลซึ่งกันและกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรัชญา เหล่าคมพญาจารย์ และคณะ (2567) ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน ท้องถิ่น พบว่า รูปแบบในการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่นที่มีประสิทธิภาพ มีส่วนช่วยป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุและสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีการทรงตัวที่ดีขึ้น การมีส่วนร่วมโดยการกระตุ้นให้เกิดการตระหนักรู้ต่อปัญหา คิทธิเคราะห์ การแสดงความคิดเห็น การรับฟัง การตัดสินใจ การวางแผน และลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ และสอดคล้องกับการศึกษาของ นงพิมล นิมิตอนันท์ และคณะ (2563) การศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน เกิดจากการมีความรู้สึกร่วมกันของการเป็นชุมชนและการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในระดับบุคคลและชุมชน รวมถึงข้อมูลความสอดคล้องจากการศึกษาของ กานต์วี กอบสุข (2562) พบว่า การส่งเสริมดูแลผู้สูงอายุต้องมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแล อาสาสมัคร สาธารณสุข ผู้นำชุมชน ดำเนินการส่งเสริมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีการออกกำลังกาย ตรวจสุขภาพ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และเข้าวัดทำบุญฟังธรรม มีการรับรู้ข่าวสารและเข้าร่วมกิจกรรมใน ชุมชน การดำเนินกิจกรรม พบว่า ครอบครัว ชุมชน มีการเกื้อหนุนผู้สูงอายุตามบริบทของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและการดูแลสุขภาพจากหน่วยบริการ โดยผู้ให้บริการจัดกิจกรรมในการ ดูแลสุขภาพมุ่งเน้นให้ครอบครัวทุกมิติสุขภาพ ซึ่งมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการประสานงาน และสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรม และสอดคล้องกับ งานวิจัยเรื่องการบูรณาการระบบ การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย โดยมีองค์ประกอบของการสร้างพลังและการทำงานแบบเครือข่ายร่วมกันมาช้านานจึงนับเป็นปัจจัยเกื้อหนุนให้ชุมชนสามารถพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุนี้ได้

ด้านนโยบาย แหล่งทรัพยากร สิ่งสนับสนุน รวมถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มผู้สูงอายุ นั้น ตำบลโป่งตาลอง รับผิดชอบการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long term care) รวมทั้งการป้องกันการพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน สอดคล้องกับมาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่องสังคมสูงอายุ ที่มีหลักการว่า ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลด้านคุณภาพชีวิตอย่างครอบคลุมทุกด้าน จึงจำเป็นต้องมีการเสริมสร้างขีดความสามารถของบุคลากรเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน โดยการสนับสนุนทรัพยากร การสนับสนุนความรู้ การนิเทศงาน หรือการฝึกอบรมเพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ผู้สูงอายุ และองค์ความรู้ด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ทั้งนี้ เพื่อให้บุคลากร และผู้ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุได้อย่างมืออาชีพ นโยบายการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ รวมถึงมีมาตรการหรือโครงการเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน ในตำบลโป่งตาลอง มีกระบวนการดำเนินงานที่ใช้ทรัพยากรด้านต่าง ๆ ร่วมกัน ได้แก่ ทรัพยากรด้านบุคลากร ด้านงบประมาณการ ด้านสิ่งของหรือวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน การใช้ทรัพยากรร่วมกัน โดยคำนึงถึงทรัพยากรด้านบุคคล ด้านการเงิน/งบประมาณ ด้านอุปกรณ์ ดังนี้ มีการประสานงานไปยังกลุ่มเครือข่ายต่าง ๆ เพื่อ

เข้าร่วมโครงการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ รวมถึงการคืนข้อมูลให้กับครอบครัว ชุมชน และ อสม. รวมถึงภาคีเครือข่าย ร่วมรับรู้ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการแก้ไข เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุต่อไป

5.2.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

กระบวนการพัฒนานี้ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988; อ้างถึงในภัทราพร เกษสังข์, 2559) มาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา การดำเนินโครงการนั้นต้องให้ความสำคัญกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ทั้งในด้านการบริหารระดับพื้นที่ พร้อมทั้งทำความเข้าใจกรอบทิศทาง เพื่อให้สามารถมองเห็นถึงปัญหาพร้อมทั้งเข้าใจเป้าหมาย รวมถึงการใช้ประโยชน์ร่วมกันของหน่วยงาน และชุมชน พร้อมทั้งการสร้างระบบข้อมูล ในการจัดการระบบข้อมูลการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ รวมถึงการแสวงหาความร่วมมือจากหน่วยงานในพื้นที่ รวมถึงการแสวงหาข้อมูลทั้งด้านการข่าว ข้อมูลสถิติ และข้อมูลวิชาการ พร้อมทั้งการกำหนดกรอบข้อมูลที่ต้องการนำมาวิเคราะห์ โดยในส่วนของกระบวนการ (Process) เป็นการดำเนินการต่อข้อมูลที่ได้เก็บรวบรวมมาแล้ว พร้อมทั้งตั้งสมมุติฐานทดสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ซึ่งนำไปสู่การ วิเคราะห์ข้อมูลออกมาเป็นผลผลิต โดยในส่วน (Output) ซึ่งในรูปการณ์ป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่า รูปแบบที่มีประสิทธิภาพ เกิดจากการร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ ร่วมสังเกตผล และร่วมสะท้อนผล ซึ่งแต่ละขั้นตอนจะได้มาซึ่งข้อมูลจากบริบทสถานการณ์สภาพปัญหา และปัจจัยที่ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัย ได้รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญกับการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับแรก ผ่านกระบวนการระดมความคิด วางแผน สังเกต ปฏิบัติตามแผน และสะท้อนผล ตามลำดับ เพื่อนำไปสู่กระบวนการวางแผนแนวทางปรับปรุงแก้ไขและสรุปผลการพัฒนา นอกจากนี้การพัฒนาดังกล่าวยังสามารถอธิบายผลที่เกิดขึ้นในการดำเนินงานแต่ละขั้นตอน ดังนี้ ผู้วิจัยได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่ายและตัวแทนประชาชนในเขตตำบลโป่งตาลอง ผลจากการดำเนินการ เป็นการสร้างแนวทางการปฏิบัติงาน และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม กิจกรรมที่ได้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่วิจัย โดยทุกภาคส่วนที่มีส่วนในการขับเคลื่อนการดำเนินงานและมีการแบ่งบทบาทหน้าที่ ฝานความร่วมมือ รวมถึงได้บรรจุโครงการป้องกันการพลัดตกหกล้มลงในแผนกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลโป่งตาลอง ประจำปีงบประมาณ 2567 เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และมีความชัดเจนมากขึ้น สำหรับจัดกิจกรรมตามโครงการอบรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงวัย ห้างไกลพลัดตกหกล้ม ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ประจำปีงบประมาณ 2567 และการปรับปรุงสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยตำบลโป่งตาลอง หน่วยงานสนับสนุนงบประมาณ ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลโป่งตาลอง มีการจัดตั้งคณะทำงานการป้องกันการพลัดตกหกล้ม มีส่วนร่วมในการประเมินความเสี่ยง การสำรวจจุดเสี่ยง และร่วมวางแผนการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุในชุมชนรายนั้น ๆ โดยความร่วมมือของทุกภาคส่วน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นฤพนธ์ จินดาวัลย์ และคณะ (2562) กล่าวว่า แนวปฏิบัติการป้องกันการหกล้ม

แบบสหปัจจัย ตามหลัก 10 ป. ของผู้สูงอายุในชุมชน มีประโยชน์และสามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มเปลี่ยนแปลงไปและยังลดอุบัติเหตุการหกล้มของผู้สูงอายุได้จึงควรนำไปใช้ในชุมชนอื่นได้ และผลการศึกษาของ พรณวรดา สุวัน และคณะ (2563) กล่าวว่า แนวปฏิบัติการป้องกันการพลัดตกหกล้มแบบสหปัจจัยตามหลักการ 10 ป. ของผู้สูงอายุในชุมชน มีขั้นตอนปฏิบัติที่ชัดเจน สามารถนำไปใช้กับผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นแกนนำ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ และพฤติกรรมป้องกันการหกล้มดีขึ้น ผลการจัดตั้งทีมป้องกันการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับดีมาก (Very good) ซึ่งดำเนินการโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคุ่ม ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อสม. และจิตอาสาสมัครร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงาน และการแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา บูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงพยาบาลปากช่องนานา โรงพยาบาลมกุฏคีรีวัน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากช่อง อบต.โป่งตาลอง ผู้นำชุมชน อสม.ตำบลโป่งตาลอง ตัวแทนประชาชนหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในการดำเนินงานเพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในมิติทางกายนั้น เน้นหนักไปที่การมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นปัจจัยหลักสำคัญที่ต้องพิจารณา โดยในการดำเนินงานต้องครอบคลุมในแง่ของสภาพปัญหา และความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุและชุมชน ซึ่งต้องอาศัยการรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพอย่างครบถ้วน นอกจากนี้ต้องพิจารณาถึงปัจจัยส่วนบุคคล หรือของชุมชนเพิ่มเติมอีกด้วย ซึ่งหากสามารถหาแนวทางหรือรูปแบบที่เหมาะสมโดยอาศัยการมีส่วนร่วมเป็นหลัก ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการดำเนินงานที่ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ด้านการมีส่วนร่วมในระดับการศึกษาหรือ มีส่วนร่วมในการเสนอข้อมูลและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการกำหนดนโยบายการดำเนินงาน การป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในระดับตำบล มีส่วนร่วมทุกครั้ง ร้อยละ 50.6 มีส่วนร่วมในการเสนอข้อมูลและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อมูลปัญหาสุขภาพ การพลัดตกหกล้ม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนมีส่วนร่วมทุกครั้ง ร้อยละ 51.8 มีส่วนร่วมในการเสนอข้อมูลและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการวางแผนดำเนินกิจกรรมตามกิจกรรมต่าง ๆ ในกระบวนการแก้ไขปัญหการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมบางครั้ง ร้อยละ 50.6 มีส่วนร่วมในการเสนอข้อมูลและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการติดตามประเมินการดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการ/กิจกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน มีส่วนร่วมทุกครั้ง ร้อยละ 51.8 มีส่วนร่วมในการเสนอข้อมูลและแสดงความคิดเห็นต่อผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน มีส่วนร่วมทุกครั้ง ร้อยละ 51.8

ด้านการมีส่วนร่วมในระดับเข้ามามีบทบาท ท่านมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุในตำบล มีส่วนร่วมทุกครั้ง ร้อยละ 50.6 มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน มีส่วนร่วมทุกครั้ง ร้อยละ 50.6 มีส่วนร่วมในการกำหนดวิธีการหรือแนวทางการดำเนินงานการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน มีส่วนร่วมทุกครั้ง ร้อยละ 55.3 มีส่วนร่วมในการติดตาม ตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินงานการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน มีส่วนร่วมทุกครั้ง ร้อยละ 55.3

ด้านการมีส่วนร่วมในระดับสร้างความร่วมมือ มีส่วนร่วมในการนำผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ นำไปกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา/การป้องกัน มีส่วนร่วมทุกครั้ง ร้อยละ 51.8 มีส่วนร่วมในการนำแนวทางการดำเนินงานการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนไปสู่การปฏิบัติ มีส่วนร่วมทุกครั้ง ร้อยละ 52.9 มีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามแผนงาน กิจกรรมหรือโครงการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน มีส่วนร่วมทุกครั้ง ร้อยละ 51.8 มีส่วนร่วมในการติดตาม ประเมิน สรุปผลและถอดบทเรียนผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในหมู่บ้าน/ตำบล มีส่วนร่วมทุกครั้ง ร้อยละ 52.9 มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบในการดำเนินการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน มีส่วนร่วมทุกครั้ง ร้อยละ 50.6 มีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการปฏิบัติที่เป็นประโยชน์ในการแก้ไขปัญหการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมทุกครั้ง ร้อยละ 49.4 มีส่วนร่วมบางครั้ง ร้อยละ 49.4 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพวรรณ โคตรสี และคณะ (2565) ได้ศึกษาพบว่ารูปแบบในการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของ ครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่นที่มีประสิทธิภาพ มีส่วนช่วยป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุและสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีการทรงตัวที่ดีขึ้น การมีส่วนร่วมโดยการกระตุ้นให้เกิดการตระหนักรู้ต่อ ปัญหา คติวิเคราะห์ การแสดงความคิดเห็น การรับฟัง การตัดสินใจ การวางแผนและลงมือปฏิบัติ กิจกรรมต่าง ๆ รวมถึง การสะท้อนกลับเพื่อประเมินผลการดำเนินงาน ซึ่งกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้จะช่วยส่งผลให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแล มีความมั่นใจ สามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

5.2.3 การพัฒนารูปแบบการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ในการศึกษารั้งนี้ได้นำมาพิจารณาการแนวความคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation) มาพัฒนาในกระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย 1) การประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพและความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การสำรวจปัจจัยเสี่ยง การให้ข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบการหกล้ม เพื่อให้ชุมชนและผู้สูงอายุสามารถประเมินความเสี่ยงด้วยตนเองได้ มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสาเหตุและอันตรายของการหกล้ม นำไปสู่การปรับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม และเกิดความร่วมมือต่อโครงการ/กิจกรรม การป้องกันในระดับชุมชนที่ดี ชุมชนที่เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ นงพิมล นิมิตรอนันท์และคณะ (2563) ที่กล่าวถึงการระดมความคิดเห็นความเสี่ยงในชุมชนของตนเอง มุ่งหวังให้เป็นชุมชนหรือหมู่บ้านที่ประชาชนโดยเฉพาะผู้สูงอายุปลอดภัย และลดโอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม รวมถึงกิจกรรมสำรวจจุดเสี่ยงการจัดการเพื่อลดความเสี่ยงผู้วิจัยให้ข้อมูลความรู้ทางสุขภาพผ่านการจัดทำโครงการรณรงค์ ฯ 2 โครงการ เน้นข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยง การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยในเื่อต่อการมีสุขภาพดี ลดความเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้ม จากสภาพแวดล้อมและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่บ้านโดยอาศัยญาติ คนในครอบครัว และ ชุมชนเป็นหลัก 2) การจัดตั้งคณะทำงานการป้องกันการพลัดตกหกล้มในระดับตำบลขับเคลื่อน และ 3) การกำกับติดตามและการประเมินผล กระบวนการสื่อสารความเสี่ยงนี้ เน้นการสื่อสารแบบสองทาง จากผู้วิจัยกับกลุ่มผู้สูงอายุเสี่ยงและผู้มีส่วนได้-ส่วนเสีย ในการแลกเปลี่ยนข้อมูล การติดตามและประเมินผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการประชุมเพื่อการประเมินและสะท้อนผลการวิจัย รวมถึงการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่

ชุมชน อย่างน้อย จำนวน 2 ครั้ง โดยใช้กลวิธีและเทคนิคการถอดบทเรียน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งผลจากการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่าภายหลังการดำเนินการวิจัย มีทิศทางและแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี ซึ่งผลการประเมินด้านการทรงตัวของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมสะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มที่ดีขึ้น ทั้งนี้ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอาจต้องอาศัยระยะเวลา ในการดำเนินการที่ยาวนาน ซึ่งระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยนี้ เป็นเพียงผลการเปลี่ยนแปลงเบื้องต้น ผลการวิจัยในครั้งนี้เป็นส่วนสนับสนุนและทำให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน การพลัดตกหกล้มมากยิ่งขึ้นและผู้ดูแลรวมถึงครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่น ได้มีส่วนร่วมในการจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสมและเป็นรูปธรรมมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีความเข้าใจร่วมกัน (Mutual collaborative approach) ที่กล่าวว่า การร่วมกันค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นหรือที่มีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้น ในสถานการณ์จริง ผลที่ได้รับคือจะเกิดความเข้าใจในปัญหาและสาเหตุของปัญหาในมุมมองใหม่ ๆ ตลอดจนได้ทางเลือกสำหรับแก้ไขปัญหา ที่เหมาะสม และสอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่ารูปแบบในการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่นที่มีประสิทธิภาพ มีส่วนช่วยป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุและสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีการทรงตัวที่ดีขึ้น การมีส่วนร่วมโดยการกระตุ้นให้เกิดการตระหนักรู้ต่อปัญหา คิววิเคราะห การแสดงความคิดเห็น การรับฟัง การตัดสินใจ การวางแผนและลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึง การสะท้อนกลับเพื่อประเมินผลการดำเนินงาน ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้จะช่วยส่งผลให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความมั่นใจ สามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับการศึกษาของ วิทยา วาโยและคณะ (2560) ที่พบว่า การป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จะเป็นการมุ่งเน้นกิจกรรมสำคัญที่ครอบคลุม ในประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ 1) การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุ 2) การให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเพื่อสร้างความตระหนักต่อปัญหาและการป้องกันการเกิดการพลัดตกหกล้ม 3) การจัดกิจกรรมด้านการเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และ 4) การกำกับติดตามผลลัพธ์ที่เกิดจากการดำเนินกิจกรรม ทั้งนี้ควรเน้นการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วนเพื่อการดำเนินด้านป้องกันการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.2.4 ผลของการใช้รูปแบบการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

โดยใช้เป็นการใช้ทฤษฎีเสริมพลังอำนาจและสร้างการมีส่วนร่วมเป็นตัวนำในการวางแผนโครงการเป็นการรวมตัวของชาวบ้านและผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่ายสุขภาพที่เข้าร่วมกันพูดคุย ถกแถลง ปรีกษาหารือและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นมีเป้าหมายคือเพื่อให้ได้มาตรการ/วิธีการป้องกันการเกิดการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนนี้ เทคนิคสำคัญใช้เทคนิคการระดมสมองผ่านเครื่องมือแผนภูมิชีวิตมีองค์ประกอบต่อกันเป็น 3 ท่อน คือ 1) ประวัติชีวิต 2) เหตุการณ์และการเจ็บป่วย ปัญหาความต้องการในปัจจุบัน 3) เส้นทางการดูแลเยียวยา กาย จิต สังคม ทบทวน เพิ่มเติม เหตุการณ์ ข้อสังเกตเล็ก ๆ ที่สะท้อนเรื่องราวเชิงระบบ/นโยบาย โครงสร้างสังคมเศรษฐกิจ การปรับตัว แล้วตอบแต่งให้สวยงาม น่าสนใจ เข้าใจง่ายด้วยภาพวาดต่าง ๆ โดยการเลือกผู้สูงอายุที่มีภาวะการเจ็บป่วยจากการพลัดตกหกล้มในชุมชน จำนวน 4 คน นำมาเป็นกรณีศึกษา เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนการดูแล การแก้ไขปัญหาในทุกมิติต่อไปและเทคนิคปลายเปิดและการตั้ง

คำถาม เพื่อนำไปสู่การแสวงหาคำตอบร่วมกัน การนำเสนอข้อมูลสุขภาพอย่างเป็นระบบ เข้าใจง่าย ตามกระบวนการวินิจฉัยชุมชน อาทิ ผลการสำรวจคัดกรองที่สะท้อนถึงขนาดของปัญหา การนำเสนอ ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับอันตรายของการหกล้ม การใช้เทคนิคการสรุปความ เพื่อให้ผู้ร่วมกระบวนการ และกิจกรรมได้มีโอกาสวิเคราะห์และอธิบายสาเหตุที่แท้จริงของการหกล้มในมุมมองของตนเองอย่างทั่วถึง ทั้งนี้ อยู่ภายใต้บรรยากาศความเป็นประชาธิปไตย กล่าวคือ ทุกคนสามารถแสดงความคิดเห็น และข้อเสนอแนะต่าง ๆ ได้อย่างเท่าเทียม การรับฟัง ให้เกียรติซึ่งกันและกัน ยอมรับนับถือและไว้ว่างใจกัน เพื่อทำให้เกิดความร่วมมือรับผิดชอบ ความเป็นเจ้าของและได้ข้อตกลงในการดำเนิน กิจกรรมขั้นต่อไปความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการป้องกันการหกล้มฯ โดยการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้มีส่วนได้-ส่วนเสียในชุมชนนี้ อธิบายตามแนวคิดการสร้างพลังของกลุ่มคน/ชุมชน ได้ว่าเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกร่วมกันของการเป็นชุมชน และการมีส่วนร่วมทำกิจกรรมในชุมชนทั้งระดับบุคคลและชุมชน โดยมีองค์ประกอบสำคัญของการสร้างพลัง คือ การคิดวิเคราะห์ของกลุ่ม การริเริ่ม ความตระหนักรู้ต่อปัญหา การฟัง และการสนทนาถกแถลงอันนำไปสู่การพัฒนาต่อไป กลุ่มคนเหล่านี้ ได้เริ่มเรียนรู้วิธีคิด ก่อนที่จะมีการพัฒนาทักษะการนำเสนอความคิดเห็น การตัดสินใจ การวางแผน และลงมือกระทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงการคิดสะท้อนกลับเพื่อประเมินว่าผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ได้ทำให้ความเสี่ยงการหกล้มลดลงหรือไม่ และจะอย่างไรให้ชาวบ้านและภาคส่วนอื่น ๆ ให้ความร่วมมืออย่างจริงจังมากขึ้น กระบวนการดังกล่าวสะท้อนถึงการเสริมพลังระหว่างผู้วิจัย-ชุมชน และสมาชิกในชุมชนด้วยกันเอง ทั้งนี้ โดยมีกลุ่มผู้นำชุมชน อสม. Caregiver และพยาบาลเวชปฏิบัติและ ทีมสหวิชาชีพ ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคุ่ม เป็นกลไกการขับเคลื่อนที่ทำงาน ร่วมกันอย่างมีความเสียสละ กระตือรือร้น ภายใต้บรรยากาศการทำงานร่วมกันและสัมพันธ์ภาพที่ดี และการทำงานแบบเครือข่ายที่ทำงานร่วมกันมาช้านานจึงนับเป็นปัจจัยเกื้อหนุนให้ชุมชนสามารถ พัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน นี้ได้ สอดคล้อง กับการศึกษาของ วิศรดา ตีเมืองซ้าย (2567) พบว่ากระบวนการพัฒนาสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันการ หกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนแบบพหุปัจจัยใช้กิจกรรมหลายหลาย อาทิ การจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผ่านโครงการรณรงค์ฯ และการเยี่ยมบ้านเพื่อชี้แนะการปรับลดความเสี่ยงของสภาพแวดล้อมและ ฝึกทักษะการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการสร้างระบบการดูแลสุขภาพของชุมชนเอง กิจกรรมดังกล่าวส่งผลดีที่ต่อผู้สูงอายุ/กลุ่มตัวอย่าง โดยพบว่าหลังการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริม สุขภาพ การออกกำลังกายและการสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุมีการทรงตัวดีขึ้น จึง ทำให้ใช้ระยะเวลาการทรงตัวน้อยลง สอดคล้องกับแนวปฏิบัติที่ดีและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตติพร พาณิษฐ์กุล (2562) พบว่าการส่งเสริมการออกกำลังกายที่ เหมาะสมกับผู้สูงอายุเหมาะสมกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชุมชนเนื่องด้วยผู้สูงอายุสามารถ รวมตัวกันทำกิจกรรมร่วมกัน หรือนำไปออกกำลังกายที่บ้านตนเองได้ สามารถทำได้ง่าย สะดวกและมีความสนุกสนาน

5.2.5 ด้านปัจจัยผลสำเร็จที่เกิดขึ้นเกิดจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องร่วมกำกับ ร่วมติดตาม ร่วมประเมินผลและสนับสนุนการดำเนินงานทุกกิจกรรมตามบทบาทหน้าที่ ดำเนินการสังเกตการณ์ ติดตามและประเมินผลการดำเนินการ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในการป้องกันการพลัด ตกหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลโป่งตาลอง และยังพบว่า ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยให้ความร่วมมือและมีส่วน

ร่วมในการดำเนินการเป็นอย่างดี ในทุกขั้นตอนของกระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมในระดับให้ข้อมูลข่าวสาร ได้เข้าร่วมรับฟังข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายการดำเนินงานการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมทุกครั้ง ร้อยละ 49.4 มีส่วนร่วมบางครั้ง ร้อยละ 49.4 ได้เข้าร่วมรับฟังข้อมูลปัญหาสุขภาพและความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน มีส่วนร่วมทุกครั้ง ร้อยละ 55.3 ได้เข้าร่วมรับฟังการวางแผนการดำเนินงานการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในพื้นที่ มีส่วนร่วมทุกครั้ง ร้อยละ 50.6 ได้เข้าร่วมรับฟังผลการดำเนินงานการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมทุกครั้ง ร้อยละ 51.8 สอดคล้องกับการศึกษาทุกภาคส่วนร่วมสรุปผลการดำเนินงาน ค้นข้อมูลและเสนอแนะแนวทางดำเนินงาน เพื่อพัฒนาต่อไป ซึ่งการได้รับความร่วมมือและการสนับสนุนจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง จึงทำให้เกิดกระบวนการพัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของ ผู้สูงอายุ ในเขตตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา มีการดำเนินงานอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรมอย่างต่อเนื่อง เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ สามารถสรุปแนวทางการพัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1) ผลการศึกษา พบว่าความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในเขตตำบลโป่งตาลอง พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีความพึงพอใจน้อยที่สุด ในด้านความสะดวกที่ได้รับความจากการจัดบริการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ดังนั้นจึงควรมีกิจกรรมเชิงรุกในชุมชน เพื่ออำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุในหมู่บ้าน

2) การพัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม ทำให้เกิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ร่วมคิด ร่วมแก้ปัญหา ที่ทำให้เกิดแนวทางที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ดังนั้น จึงควรมีกระบวนการดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ และมีวิธีการ รูปแบบในการจัดกิจกรรมที่หลากหลาย และเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่

3) กลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีการเปลี่ยนแปลงเสมอ โดยเฉพาะการย้ายที่อยู่ การเสียชีวิต การเปลี่ยนแปลงของคะแนน การดำเนินกิจวัตรประจำวัน (ADL) ซึ่งส่งผลต่อการศึกษา

4) ควรจัดให้มีกิจกรรม หรือการอบรมพัฒนาศักยภาพในกลุ่มญาติหรือผู้ดูแลและผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องทุกปี

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

5.3.2.1 ด้านการจัดบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

1) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ควรนำรูปแบบการทำงานไปใช้ในการจัดการปัญหาการหกล้มในผู้สูงอายุ รวมทั้งกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มคุณภาพบริการตามมาตรฐานและเพิ่มความปลอดภัย ลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มแก่ผู้สูงอายุในชุมชนได้

2) การจัดบริการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ควรนำผู้ที่เกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยสนับสนุนการสร้างแนวความคิดการเป็นเจ้าของปัญหาสุขภาพร่วมกัน จึงจะเกิดการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

3) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการคัดกรองความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มให้ครอบคลุม และให้ข้อเสนอแนะ ผู้ที่ผ่านการคัดกรองความเสี่ยงฯ รู้ถึงปัจจัยเสี่ยง วิธีจัดการลดความเสี่ยง และการส่งต่อให้ได้รับการดูแลแก้ไขปัจจัยเสี่ยง ซึ่งจากข้อมูลการสำรวจพบว่า ยังมีผู้สูงอายุที่ไม่เคยได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มถึง ร้อยละ 58 สนับสนุนบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้ได้รับการพัฒนาความรู้ความเข้าใจถึงวิธีการคัดกรองที่ถูกต้องเพื่อให้สามารถจัดบริการแก่กลุ่มเป้าหมายได้ถูกต้อง ครบถ้วน

4) การสร้างนวัตกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการใช้นวัตกรรมเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติทำกายบริหาร ขยายกิจกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุคนอื่น ๆ

5.3.2.2 ด้านการกำหนดนโยบาย

1) ด้านนโยบาย หน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง ควรให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ และกำหนดแผนงานด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมในทุกพื้นที่

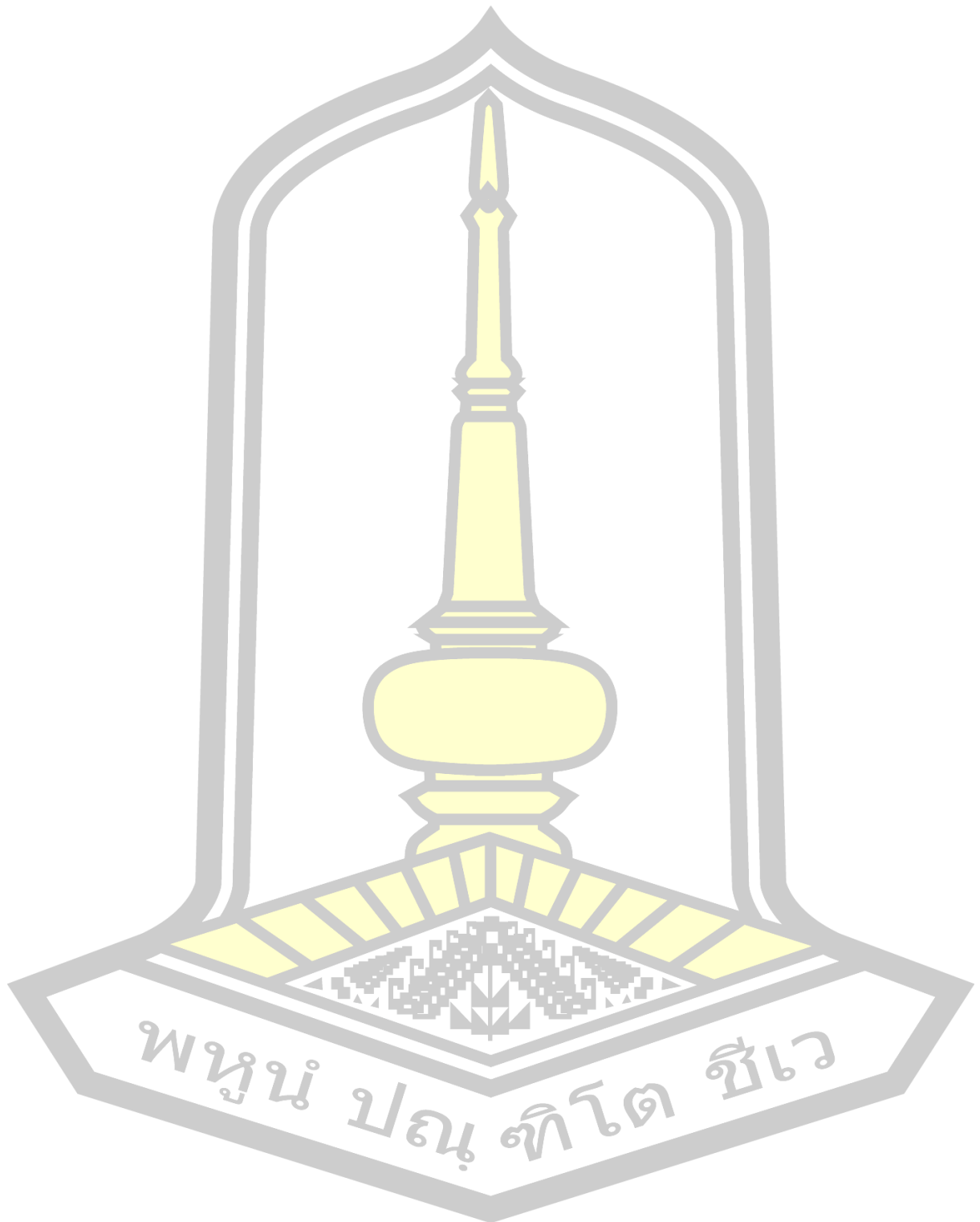
2) การดำเนินงานควรดำเนินงานภายใต้กลไกการขับเคลื่อนในรูปแบบคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและระดับตำบล โดยกำหนดเป็นนโยบายสำคัญของพื้นที่ บรรจุเข้าแผนพัฒนาท้องถิ่น

3) สามารถนำแนวทางด้านการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนลดความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มและการ มีภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป

4) ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมเพื่อติดตามประเมินผลการดำเนินงานด้านการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มอย่างต่อเนื่องในระดับพื้นที่



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กนกวรรณ เมืองศิริ, นิภา มหารัชพงศ์ และยุวดี รอดจากภัย. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. Science and Technology, (25)4.
- กมลทิพย์ หลีกมัน. (2558). การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลทาชูเงิน อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน. สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์. (2558). ประสิทธิภาพของรูปแบบการป้องกันการหกล้มที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน ต่อสมรรถภาพทางกายและการผลิตตกหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 29(1), 98-113.
- กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2566). สถิติประชากรทางการทะเบียนราษฎร(รายปี). ประทุมธานี. [เข้าถึงเมื่อ 30 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://stat.bora.dopa.go.th>
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562). มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ (ฉบับปรับปรุง) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- _____. (2565). แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ.2566-2580) โดยความร่วมมือระหว่าง กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กับจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ.
- กรมควบคุมโรค. (2560). ยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างประเทศด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔. นนทบุรี. [เข้าถึงเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.oic.go.th>.
- กลุ่มการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2553). คู่มือการปฏิบัติงานของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน. [เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://www.dop.go.th/th/know/5/page=1>
- กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักผู้สูงอายุ. (2561). “แนวทางการดำเนินงานผู้สูงอายุ” เอกสารอัดสำเนา ในการประชุม 20 กุมภาพันธ์ 2561
- กองสุศึกษา. (2556). การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน. [เข้าถึงเมื่อ 15 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://hed.go.th>
- กาญจนา พิบูลย์. (2560). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- กานต์วี กอบสุข. (2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองเส้ง ตำบลแว้งน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการการสาธารณสุขชุมชน.

- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2560). แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564). กรุงเทพฯ: เทพเพ็ญวิสัย 2553 [เข้าถึงเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.oppo.opp.go.th>.
- คัมภีร์ สุดแท้. (2553). การพัฒนารูปแบบการบริหารงานวิชาการสำหรับโรงเรียนขนาดเล็ก. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต. สาขาการบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
- จิรัชญา เหล่าคมพุดาจารย์, ปาริชาติ ญาตินิยม และธิดิรัตน์ เหล่าคมพุดาจารย์. (2567). การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุ โดยการใช้มีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน ท้องถิ่น ในพื้นที่เป้าหมาย ABC 6-D จังหวัดชัยภูมิ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 18(3), 851-865.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา และ ภัทรพร คงบุญ. (2563). โครงการศึกษานโยบายและการดำเนินงานการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในประเทศไทย (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.).
- จุฬารัตน์ ห้าวหาญ และคณะ. (2561). ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม ในผู้สูงอายุเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 26-38.
- ชญาณิชฐ์ เอี้ยวสกุล และสายจิตา ลาภอนันตสิน. (2566). ปัจจัยเสี่ยงการล้มด้านความแข็งแรงกล้ามเนื้อขาและการทรงตัวขณะเดินในผู้สูงอายุวัยต้น เขตเทศบาลตำบลเสาธงหิน จังหวัดนนทบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 32(6), 1000-1014
- ฐิติมา ทาสวรรณอินทร์ และกรรณิการ์ เทพกิจ. (2560). ผลของโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ. Journal of Nursing and Health Care, 35(3), 186-195.
- ณัฐชา พวงทอง. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ณัฐนิชา ธัญญาดี และคณะ. (2565). การใช้ยาหลายขนาน การใช้ยาที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม และภาวะหกล้มในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการระบบบริการปฐมภูมิ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 16(1), 236-250.
- ณัฐศักดิ์ จันทรผล. (2552). การพัฒนารูปแบบการบริหารงานสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาที่เน้นการกระจายอำนาจ. วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยสยาม.
- ดารณี ทองสัมฤทธิ์ และเยาวลักษณ์ มีบุญมาก. (2565). ผลของโปรแกรมการป้องกันการหกล้มซ้ำในผู้สูงอายุ อำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต, 2(1), 62-73.
- ดารารวรรณ รองเมืองและคณะ. (2559). อุบัติการณ์ของการหกล้ม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้ม ในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 27(ฉบับเพิ่มเติม), 125.
- ทิพวรรณ โคตรสี และดิษฐ์พล ใจซื่อ. (2565). การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการใช้มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 4(2), กรกฎาคม – ธันวาคม 2565.

- ทศนา แคมมณี. (2550). ศาสตร์การสอนองค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธีระศักดิ์ อาภาวัฒนาสกุล. (2552). หลักวิทยาศาสตร์ในการฝึกกีฬา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นงนุช เขาวนศิลป์, พิมพ์สุภาว จันทนะโสทธิ์ และจุฑารัตน์ ผู้พิทักษ์กุล. (2563). การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานตามแนวคิดของเศรษฐกิจพอเพียง มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.
- นงพิมพ์ นิมิตรอนันท์, วิชุดา กลิ่นหอม, เจือจันทน์ วัฒนกิจเจริญ และชลทิพย์ ทิพย์แก้ว. (2563). การพัฒนารูปแบบการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารพยาบาลทหารบก, 21(2), 389-399.
- นงเยาว์ ชัยทอง. (2542). การได้รับการดูแลและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลชุมชน. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นรินทร์ชัย พัฒนพงศา. (2546). การมีส่วนร่วม: หลักการพื้นฐาน เทคนิคและกรณีตัวอย่าง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สิริลักษณ์การพิมพ์.
- นฤพนธ์ จินดาวงศ์, นิตยา วันดีฤทธิลาภ, รวีวรรณ ยิ้มเนียม และจุฑามาศ มากสวัสดิ์. (2562). ผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุ ตำบลเสม็ดใต้ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา.
- นารินทร์ สุพัฒน์ชาติ. (2555). การพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังแผนกผู้ป่วยใน รพ.ส่งเสริมสุขภาพ. ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา.
- นิภาพร มีชินรุจิรา ดงเรืองราช และสุรรัตน์ ดาวเรือง. (2566). ศึกษาสถานการณ์การพลัดตกหกล้มพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น.
- เบญจลักษณ์ อัครพสุชาติ. (2550). บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในเขตเทศบาลเมืองอุดรดิตถ์. ศิลปะศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการวิจัยและพัฒนาท้องถิ่น. มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์.
- ปัญญา ทองนิล. (2553). รูปแบบการพัฒนาสมรรถภาพการสอนโดยการบูรณาการแบบสอดแทรกสำหรับนักศึกษาครู เพื่อเสริมสร้างคุณลักษณะอันพึงประสงค์ของผู้เรียน. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- พจน์ พจนพานิชย์กุล. (2556). การพัฒนาประสิทธิภาพในการทำงานของบุคคล. [เข้าถึงเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://sites.google.com/site/potarticle/>.
- พรรณทิพ แสงสว่าง, โรจน์ จินตนาวัฒน์, และ กนกพร สุคำวัง. (2559). ผลของการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางต่อสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุ. Thai Journal of Nursing Council, 31(1), 5-18.

- พรรณวรดา สุวัน, ฌภัทรธร กานต์ธนาภัทร, จุฑารัตน์ เสาวพันธ์, สุปรีดาอินทรสงเคราะห์, อัญชลี อ้วนแก้ว และสุภาพัทตร์ หาญกล้า. (2563). การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัย ตามหลัก 10 ป. ของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารแพทยนาวิ, 47(2), 414-431.
- พรศิริ พฤกษ์ศรี, วิภาวี คงอินทร์ และปิยะนุช จิตตนนท์. (2008). ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยลีลาศต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม. สงขลานครินทร์เวชสาร, 26(4), 323-337.
- พัทธ์พิมล โต๊ะบุรินทร์. (2567). การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน : บทบาทพยาบาลกับการดูแลสภาพที่บ้าน. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน, 9(1), 748-758
- เพ็ญผกา กาญจนโกส. (2541). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ.
- ฟาอิส วาเลาะเต และคณะ. (2565). การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 9(2), 13-25.
- ภณทิลา ผ่องอำไพ, สุธีรา อุ้นตระกูล และศศิธร รุจนเวช. (2561). ผลของโปรแกรมการเสริมพลังครอบครัวต่อความสามารถในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ. วารสารแพทยนาวิ, 45(2), 311-32.
- ภัทรพร เกษสังข์. (2559). การวิจัยปฏิบัติการ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มาลินี วงษ์สิทธิ์. (2545). “ชุมชนและผู้สูงอายุ” ในผู้สูงอายุในประเทศไทย: รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบันตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มาลี สืบกระแสน. (2552). การพัฒนารูปแบบองค์การแห่งการเรียนรู้ของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยสยาม.
- มียากาวะ, ทาดาโอะ. (2550). เศรษฐมิติเบื้องต้น. แปลโดย คงศักดิ์ สันติพิภพวงศ์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์รู้แจ้ง.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2558). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยปี 2557. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- _____. (2560). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยปี 2559. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- เยาวลักษณ์ คุ้มขวัญ, อภิรดี คำเงิน, อุษณีย์ วรรณลัย และนิพร ชัดตา. (2561). แนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่บ้านในผู้สูงอายุ: บริบทประเทศไทย. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 28(3), 10-22.
- เยาวเรศ ก้านมะลิ. (2564). การพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาล. กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. มหราชชนนศรีธรรมราชเวชสาร, 4(2), มกราคม – มิถุนายน.

- รัฐภัทร์ บุญมาทอง. (2558). ผลลัพธ์ของโปรแกรมการดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสาคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- รัตติพร พาณิชกุล. (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายแบบบาสโลบต่อการทรงตัวและความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ: นานมี บุ๊คส์พับลิเคชั่นส์. ราชกิจจานุเบกษา.
- ลัดดา เถียมวงศ์. (2547). แนวทางการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 5(2), 42-47.
- วัลนิกา ฉลากบาง. (2560). การวิจัยแบบผสมผสาน. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม, 7(2), 124-132.
- วาสนา พาหิระ. (2550). ผลของการออกกำลังกายโดยการรำมวยจีนซึ่งต่อสมรรถภาพทางกายระดับน้ำตาลในเลือด และไขมันของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์คุรุศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.
- วาโร เพ็งสวัสดิ์. (2553). การวิจัยพัฒนารูปแบบ. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร. 2(4), 3.
- วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรหมเจริญ และ วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. (2564). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิทยา วาโย และคณะ. (2560). ผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 35(2), 25-33.
- วิลลสิทธิ์ หรยางกูร. (2549). พฤติกรรมมนุษย์กับสภาพแวดล้อม: มूलฐานทางพฤติกรรมเพื่อการออกแบบและวางแผน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิลาวลัย เอี่ยมสะอาด และกรรณิการ์ พินิจ. (2566). ศึกษาผลของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุจังหวัดระยอง. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา.
- วิศรดา ตีเมืองซ้าย. (2567). การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม.
- วีระยุทธ ชาศะกาญจน์. (2557). การวิจัยเพื่อพัฒนาการบริหารการศึกษา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรวณีย์ หนูชิต, ดนัย ชินคา, ญัฐิตามาลาทอง, สุรเดช ดวงทิพย์ศิริกุล และศรีเพ็ญ ต้นติเวส. (2562). สถานการณ์ของระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่พลัดตกหกล้ม: ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย. วารสารการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย, 6, 57-68

- ศิริภาณี ศรีหาภาค, วัชร อมรโรจน์วรวุฒิ, ณรงค์ คาอ่อน, พัฒน์ ศรีโอษฐ์, พลอยลดา ศรีหาณุ และ ทิพวรรณ ทับซ้าย. (2564). สถานการณ์ปัญหา และความต้องการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ในชุมชน ภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 15(36), 44-62
- ศุภาพร รัตนศิริ. (2551). ผลของการออกกำลังกายฟิตเนส มช. ต่อสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ. บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศูนย์ฝึกอบรมและแพทยศาสตรศึกษา. (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมและ ป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ. ศูนย์อนามัยที่ 5 จังหวัดราชบุรี.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2551). แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: ซีจีฟูล.
- สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สันทนาการพิมพ์
- สนธยา พลศรี. (2547). ทฤษฎีและหลักการพัฒนาชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- สัญญา สัญญาวิวัฒน์. (2547). ทฤษฎีสังคมวิทยา เนื้อหาและแนวทางการใช้ประโยชน์เบื้องต้น. พิมพ์ ครั้งที่ 11. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สายธิดา ลาภอนันตสิน, วาสนา เตโชวานิชย์, พันพิสสา ณ สงขลา, ยุพารัตน์ อดกลิ่น, และ สุนันทา วิ ขำ. (2558). การพัฒนาสมรรถภาพการทรงตัวและความกลัวการล้มของผู้สูงอายุหญิงใน ตำบลลองครักษ์และบางลูกเสือจังหวัดนครนายกด้วยการบริการวิชาการชุมชน. วารสาร กายภาพบำบัด, 37(2), 63-77.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2565). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 – 2567). กรุงเทพฯ.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ใน ปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ.
- สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม และอัมมิชา นาไว้อย. (2563) การหกล้ม ความกลัวการหกล้ม และการจำกัด กิจกรรมเนื่องจากกลัวหกล้ม ในผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนเมืองเชียงใหม่. วารสาร วิจัยสุขภาพและการพยาบาล, 36(1), 22-38.
- สุพิตร สมาธิโต. (2556). แบบทดสอบและเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกาย สำหรับประชาชนไทย อายุ 19-59 ปี. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สัมปชัญญะ.
- สุรพล ชยภพ. (2552). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัด นครราชสีมา. ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวัฒนธรรมศาสตร์. มหาวิทยาลัย มหาสารคาม.

- สุรินทร์รัตน์ บัวเร่งเทียนทอง และอรทัย ยินดี. (2564). ศึกษาความเสี่ยง ความกลัวการหกล้ม และแนวทางการจัดการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง. วารสารการพยาบาล, 23(2).
- สุรีย์ หรงจิตร์, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล และบุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี. (2562). การพัฒนาแบบประเมินภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม. การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 6.
- เสถียร จิรรังสีมันต์. (2549). บทความความรู้เกี่ยวกับองค์กรเครือข่าย. สำนักส่งเสริมและประสานการมีส่วนร่วมองค์กรเครือข่าย. สำนักงานสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- เสาวภา เต็ดขาด, สุดารัตน์ ทองคง และพยอม ถิ่นอ่อน. (2565). ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ, 9(2).
- อมรรัตน์ เนียมสวรรณ, นงนุช โอเบ และสมบุญรณ์ ต้นสุภสวัสดิกุล. (2555). ผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิกโดยใช้ดนตรีโปลงต่อสมรรถภาพทางกาย และระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 6(2), 62-75.
- อรทัย กักพล. (2546). คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชน. กรุงเทพฯ: มูลนิธิปัญญาโทสำหรับนักบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อจรรยา ปุราคม, ชญานิศ ลือวานิช, กาญจนา พิบูลย์ และคณะ. (2559). กิจกรรมทางกายเพื่อลดการเสื่อมถอยของสมรรถภาพ การทำหน้าที่ทางกายสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).
- อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง และภักดี โพธิ์สิงห์. (2560). การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในยุคประเทศไทย 4.0. วารสารวิชาการธรรมศาสตร์, 17(3), 236-243.
- อัญญารัตน์ มุสิก และพิมลลักษณ์ ดาเนียร. (2562). ผลของโปรแกรมการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยโรคมะเร็งห่อผู้ป่วยสามัญหญิงโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 1-9.
- อัศนัย เล่งอี และพันธพัฒน์ บุญมา. (2564). สภาพแวดล้อมในบ้านของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม: กรณีศึกษา ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. วารสารสิ่งแวดล้อมสรรค์สร้างวิจัย คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 19(3), 43-60.
- AR Dictionary. (2008). Retrieved 24 March 2024. Available from: <http://ardictionary.com/Model/5908>
- Brannen, J. (2005). Mixed Methods Research: A Discussion Paper. Retrieved 1 May 2024, Available from: www.eprints.Ncrm.ac.uk/Methods/Review/Paper
- Carpintero, P., Caeiro, J.R., Carpintero, C., Morales, A., Silva, S., & Mesa, M. (2014). Complications of hip fractures: A review. World J Orthop, 5(4), 402-411.

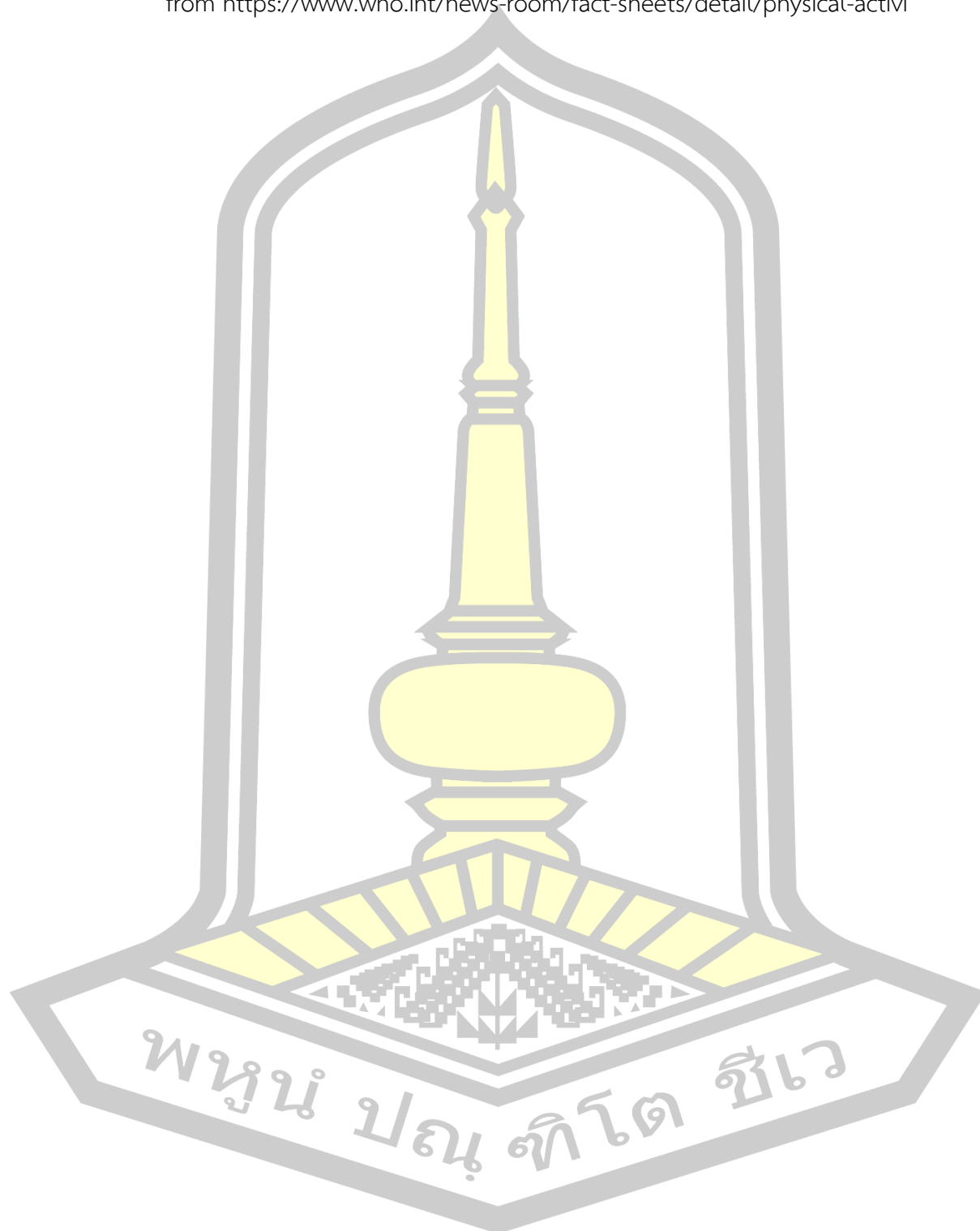
- Centers for Disease Control and Prevention. (2008). Preventing falls: How to develop community-based fall prevention programs for older adults. National Center for Injury Prevention and Control. Atlanta, Georgia.
- _____. (2019). Older adult fall. Retrieved 5 March 2024. Available from: <https://www.cdc.gov/homeandrecreationalafety/falls/index.html>.
- Chiba, Y., Kimbara, Y., Koder, R., Tsuboi, Y., Sato, K., Tamura, Y., Mori, S., Ito, H., & Araki, A. (2015). Risk factors associated with falls in elderly patients with type 2 diabetes. *Journal of Diabetes and Its Complications*, (29) 898–902.
- Creswell, J.W., & Clark, V.L.P. (2011). Designing and conducting mixed methods research. 2nd ed. Los Angeles, CA: Sage.
- Dhargave & Sendhilkumar. (2016). Epidemiology of Falls among Older Adults: A Cross Sectional Study from Chandigarh, India. *Injury*, 38(9)
- El-Khoury, F., Cassou, B., Charles, M.A., & Dargent-Molina, P. (2013). The effect of fall prevention exercise programmes on fall induced injuries in community dwelling older adults: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMJ*, 347, 1–13
- Freiberger, E., Haberle, L., Spirduso, W.W., & Rixt Zijlstra, G.A. (2012). Long-term effects of three multicomponent exercise interventions on physical performance and fall-related psychological outcomes in community-dwelling older adults: a randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(3), 437–46
- Gamage, N., Rathnayake, N., & Alwis, G. (2018). Knowledge and Perception of Falls among Community Dwelling Elderly: A Study from Southern Sri Lanka. *Current Gerontology and Geriatrics Research*. Retrieved 1 March 2024. Available from: <https://doi.org/10.1155/2018/765346>.
- Gillespie, L.D., Robertson, M.C., Gillespie, W.J., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L.M., & et al. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *The Cochrane database of systematic*.
- Good, V. Carter. (2005). *Dictionary of Education*. 5th ed. New York: McGraw-Hill.
- Gschwind, Y.J., Wolf, I., Bridenbaugh, S.A., & Kressig, R.W. (2011). Basis for a Swiss perspective on fall prevention in vulnerable older people. *Swiss Medical Weekly*, 141.
- Health Data Center (HDC). (2566). ข้อมูลระดับจังหวัด : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. [เข้าถึงเมื่อ 30 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://nma.hdc.moph.go.th>.
- Husen, Torsten & Postlethwaite, T. Neville. Ed. (1994). *The International Encyclopedia of Education* (2nd ed.). Great Britain: Pergamon Press.

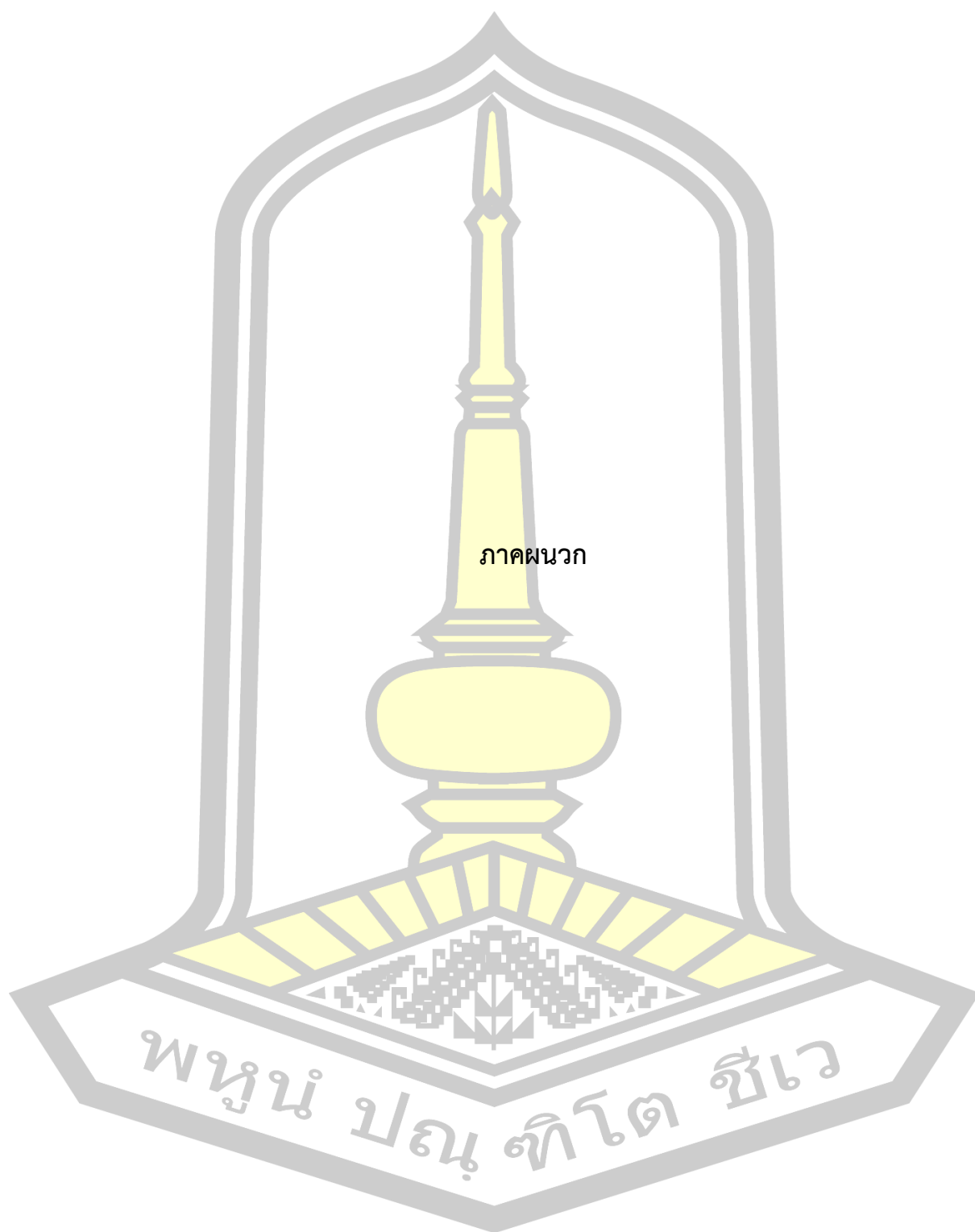
- Johanson, E., Jonsson, H., Dahlberg, R., & Patomella, A. (2018). The efficacy of a multifactorial falls-prevention programme, implemented in primary health care. *British Journal of Occupational Therapy*, 81(8), 474-481.
- Keeves, P.J. (1988). *Educational research, methodology and measurement: An international handbook*. Oxford: Pergamon Press, 7(2), 560-565.
- Kim, H.K., Susuki, T., Saito, K., Yoshida, H., Kobayashi, H., Kato, H., & Katayama, M. (2012). Effects of exercise and amino acid supplementation on body composition and physical function in community-dwelling elderly Japanese sarcopenic women: a randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc*, 60, 16-23.
- Kim, S., & So, W. Y. (2013). Prevalence and correlates of fear of falling in Korean community-dwelling elderly subjects. *Experimental Gerontology*, 48(11), 1323-1328.
- Kim, S.N., & Lee, S. B. (2013). Spiritual well-being, social support, life satisfaction and depression in the community dwelling elderly. *Journal of East-West Nursing Research*, 19(2), 186-194.
- Kinoshita, S. (2012). Handrail position and shape that best facilitate sit-to-stand movement. *J Back Musculoskeletal Rehabil*, 25(1), 33-45.
- Kittipimpanon, K., Amnatsatsue, K., Kerdmongkol, P., Maruo, S.J., & Nityasuddhi, D. (2012). Development and evaluation of a community-based fall prevention program for elderly Thais. *Pacific Rim Int J Nurs Res*, 16(3), 222-235.
- Lee, D-C. A., Pritchard, E., McDermott, F., & Haines, T.P. (2014). Falls prevention education for older adults during and after hospitalization: a systematic review and meta-analysis. *Health Education Journal*, 73(5), 530-44.
- Li, I. F., Hsiung, Y., Hsing, H. F., Lee, M. Y., Chang, T. H., & Huang, M. Y. (2016). Elderly Taiwanese's intrinsic risk factors for fall-related injuries. *International journal of gerontology*, 10(3), 137-141.
- Lyons, S., Adams, S., & Titler, M. (2005). Evidence-based protocol: Fall prevention for Older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 31(11), 9-14.
- Miller, C. A. (2012). *Nursing for wellness in older adults* (6 ed.). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Muangpaisan, W., Suwanpatoomlerd, S., Srinonprasert, V., Sutipornpalangkul, W., Wongprikron, A., & Assantchai, P. (2015). Causes and course of falls resulting in Hip fracture among elderly Thai patients. *J Med Assoc Thai*, 98 (3), 298-305.
- Nancy E. et al. *Fall Risk Assessment and Prevention*. ONCOLOGY Nurse Edition, 25(2), 17 – 22.

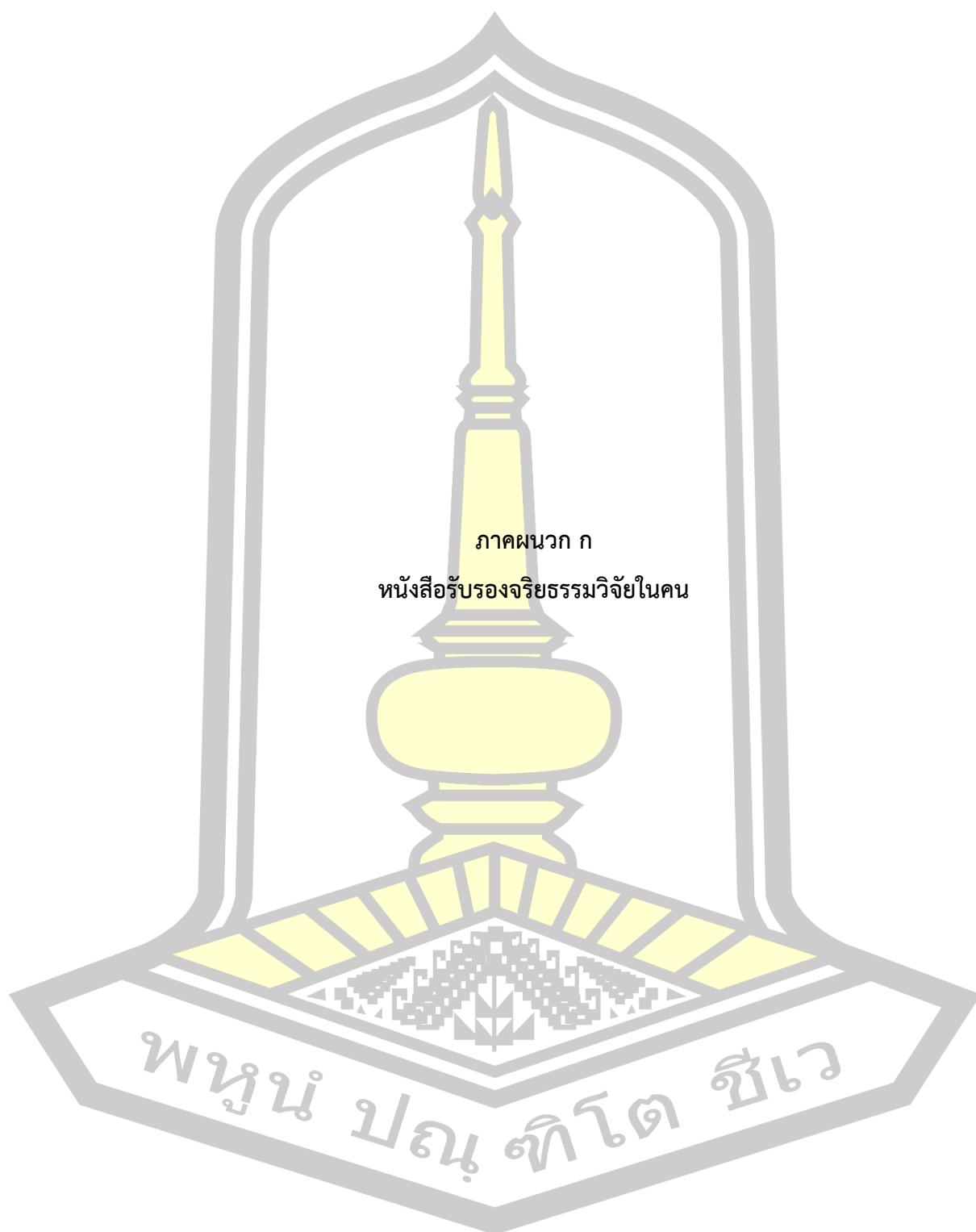
- Ping & Xiaohua. (2012). Risk factors for accidental falls in the elderly and intervention strategy. October 2012 *Journal of Medical Colleges of PLA*, 27(5), 299–305.
- Podsiadlo, D., & Richardson, S. (1991). The timed “Up & Go”: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American geriatrics Society*, 39(2), 142-148.
- Poomsawat V. (2006). The national survey of health status of older adults in 4 regions of Thailand. Bangkok, Thailand: The Agricultural Cooperative Society Assembly of Thailand Limited.
- Pruksasri, P., Kongin, W., & Jittanoon, P (2008). The effects of social-dance exercise program on balance among the fall-risk elderly. *Songkla Med J*, 26, 323-337.
- Raj, Madhu. (1996). *Encyclopedic Dictionary of Psychology and Education*. New Delhi : Anmol Publications PVT. Results of Cooperatives Learning Tasks, (2006). *Masters Abstracts International*, 44(2)
- Rikli, R.E.; & Jones, C.J. (1999a). The Development and Validation of a Functional Fitness Test For Community-Residingolder Adults. *Journal of Aging and Physical Activity*. 7(2), 129–161.
- Rikli, R.E.; & Jones, C.J. (1999b). Functional Fitness Normative Scores for Community-Residing Older Adults, Ages 60-94. *Journal of Aging and Physical Activity*. 7(2), 162-181.
- _____. (2001). *Senior Fitness Test Manual*. Champaign: Human Kinetics.
- Rimland, J.M., Abraha, I., Dell’Aquila G., Cruz-Jentoft, A., Soiza, R., Gudmusson, A., Petrovic, M., O’ Mahony, D., Todd, C., & Cherubini, A. (2016). Effectiveness of nonpharmacological interventions to prevent falls in older people: a systematic overview. The SENATOR Project ONTOP Series. *PLoS ONE*, 11(8).
- Scheffer, A. C., Schuurmans, M. J., Dijk, N. V., Hooft T. V., & Rooij, S. E. (2008). Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among olderpersons. *Age and Ageing*, 37, 19–24.
- Schmid, A.A., Van Puymbroeck, M., & Koceja, D.M. (2010). Effect of a 12-week yoga intervention on fear of falling and balance in older adults: a pilot study. *Arch Phys Med Rehabil*, 91(4), 576-583
- Schwendimann, R. Bühlr,H., De Geest, S. & Milisen, K. (2006). Falls and consequentinjuries in hospitalized patients: effects of an interdisciplinary falls prevention program. *BMC Health Services Research*. Retrieved January, 5, 2024. Available from: <http://www.biomedcentral.com/>

- Shah K. Mittendorfer B. (2011). Regular multicomponent exercise increases physical fitness and muscle protein anabolism in frail, obese, older adults. *Obesity*, 19, 312–318
- Shimizu, M., Kinoshita, K., Hattori, K., Ota, Y., Kanai, T., Kobayashi, H., & Tokuda, Y. (2012). Physical signs of dehydration in the elderly. *Internal medicine*, 51(10), 1207-1210.
- Shumway-Cook, A., Ilene F. Silver, L. F., LeMier, M., York, S., Cummings, P., & Koepsell, T.D. (2007). Effectiveness of a Community-Based Multifactorial Intervention on Falls and Fall Risk Factors in Community-Living Older Adults: A Randomized, Controlled Trial. *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES*, 62(12), 1420–1427.
- Simek, E.M., McPhate, L., & Haines, T.P. (2012). Adherence to and efficacy of home exercise programs to prevent falls: A systematic review and meta-analysis of the impact of exercise program characteristics. *Preventive Medicine*, 55(4), 262–275.
- Smith. E.W. et al. (1980). *The education's encyclopedia*. New York: Prentice–Hall.
- Soon, K.M. (2011). Effects of a Fall Prevention Program on Physical Fitness and Psychological Functions in Community Dwelling Elders. *J Korean Acad Nurs*, 41 (2), 165-174
- Stevens, M., Holman, C. D. A. J., & Bennett, N. (2001). Preventing falls in older people: impact of an intervention to reduce environmental hazards in the home. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(11), 1442-1447.
- Tashakkori, A. & Teddie, C. (1998). *Mixed Methodology: Combining qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- ThinkExist. (2008). *The Leadership Challenge: How to Get Extraordinary Things Done in Organizations*. San Francisco: Jossey Bass.
- Udell JE. Et al. (2011). Intervention for preventing falls in older people: an over view of Cochrane Reviews (Protocol). THE COCHRANE COLLABORATION.
- United Nations. (2020). *World Population Prospects The 2019 Revision*. [Internet]. 2019. [Cited 2020 May 3]. Available from: <https://population.un.org>.
- World Health Organization [WHO]. (2007). *WHO global report on falls prevention in older Age*. Geneva:
- _____. (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva: World Health Organization. February 02, 2019, from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44399>.

World Health Organization [WHO]. (2018). Physical activity. Retrieved 1 March 2019
from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activi>







ภาคผนวก ก
หนังสือรับรองจริยธรรมวิจัยในคน

พูน ปรณ จิตโต ชีเว



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 283-248/2567

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) การพัฒนารูปแบบการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วม
ของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) Developing a Fall Prevention Model for the Elderly Through
Community Participation. Pong Ta Long Subdistrict, Pak Chong District, Nakhon Ratchasima
Province.

ผู้วิจัย : นางรุจิเรข ลือไป

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 1 พฤษภาคม 2567

วันหมดอายุ : 30 เมษายน 2568

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐาน
ของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์ม
การปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัย
มหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

ศาสตราจารย์ ดร. สว่างจิตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกษียรหญิงรัตติ สว่างจิตร์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



ภาคผนวก ข

แบบสอบถาม เรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง

จังหวัดนครราชสีมา

พูน ปณ จิโต ชีเว

เลขที่แบบสอบถาม □□□



แบบสอบถาม

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาขารัฐศาสตร์ระดับบัณฑิต
คณะสาขารัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยข้อมูลการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยจัดเก็บเป็น
ความลับ การตอบคำถามไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสอบถามใด ๆ ทั้งสิ้น และจะเก็บเป็นความลับ
ไม่เปิดเผยชื่อ ในการนี้ผู้วิจัยขอความร่วมมือโปรดกรอกข้อมูลและตอบคำถามที่ตรงกับความเป็นจริง
ของท่าน เพื่อนำข้อมูลอื่นเป็นประโยชน์ต่อไป

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 5 ปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

นางจิรพร ลือไชย
ผู้วิจัย

พญัน ปณฺ ทิโต ชีเว

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร

1. เพศ
() ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สภาพภาพสมรส
() โสด () คู่ () หย่า/หม้าย () แยกกันอยู่
4. ลักษณะของครอบครัว
() ครอบครัวขยาย () ครอบครัวเดี่ยว
5. ระดับการศึกษา
() ไม่ได้รับการศึกษาตามระบบ () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา
() อนุปริญญา () ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี
6. รายได้
() เงินเลี้ยงชีพผู้สูงอายุ () บุตรหลาน () ตนเอง () อื่นๆ ระบุ
.....
7. ท่านมีรายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายหรือไม่
() ใช้จ่ายเพียงพอ () ใช้จ่ายเพียงพอไม่มีหนี้สิน
() ใช้จ่ายเพียงพอแต่มีหนี้สิน () มีเงินเหลือเก็บ
8. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่
() มี ระบุ..... () ไม่มี
9. หากมีโรคประจำตัวได้รับประทานยาหรือไม่
() รับประทานยาประจำสม่ำเสมอ () ไม่สม่ำเสมอ
10. การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ สะดวกในการเข้าถึงหรือไม่
() สะดวก () ไม่สะดวก เนื่องจาก.....
11. การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ
() มีผู้ดูแล () ไม่มีผู้ดูแล
12. การเข้าร่วมกิจกรรม
() เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และเข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอ (8-12 ครั้งต่อปี)
() เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และเข้าร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอ (น้อยกว่า 8 ครั้งต่อปี)
() ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ
13. มีภาวะข้อเข่าเสื่อม หรือมีอาการปวดเข่าหรือไม่ () ไม่ปวดเข่า () ปวดเข่า
14. เคยมีการหกล้มหรืออุบัติเหตุในบ้านหรือไม่ () ไม่เคย () เคย จำนวนครั้งที่ล้ม.....
สาเหตุ ของอุบัติเหตุที่หกล้ม.....



ชน ปณ จิต

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

คำชี้แจง: แบบประเมินนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความรู้การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโดยผู้สัมภาษณ์เป็นผู้ถามคำถามให้ผู้สูงอายุฟัง และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้สูงอายุมากที่สุด เพียง 1 ช่อง ดังนี้

“ใช่” หมายถึง ผู้สูงอายุคิดว่าข้อความในประโยคนั้นถูกต้อง

“ไม่ใช่” หมายถึง ผู้สูงอายุคิดว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ถูกต้อง

ลำดับที่	ด้านสาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการหกล้มในผู้สูงอายุ	ใช่	ไม่ใช่
1	ผู้สูงอายุชายมีโอกาสเกิดการหกล้มได้มากกว่าผู้สูงอายุหญิง		
2	ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวมีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มสูง เนื่องจากไม่มีคนดูแล		
3	ผู้สูงอายุที่มีปัญหาในด้านการมองเห็นบกพร่อง เช่น สายตามองเห็นไม่ชัดเจน พรำมัว เป็นโรคต้อหิน/ต้อกระจก จะมีโอกาสหกล้มได้ง่าย		
4	ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน (โรคสั่น) จะมีโอกาสเกิดการหกล้มได้ง่าย		
5	ผู้สูงอายุที่รับประทานยานอนหลับ ยากล่อมประสาท หรือยาลดความดันโลหิต จะมีโอกาสเกิดการหกล้มได้ง่าย		
คะแนนรวม			



ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหล่ม

คำชี้แจง ข้อคำถามมีทั้งหมด 25 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่

- 1) สาเหตุปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการหล่ม จำนวน 12 ข้อ
- 2) อันตราย ผลกระทบของการหล่ม จำนวน 5 ข้อ และ
- 3) การปฏิบัติตัวในการป้องกันการหล่ม จำนวน 3 ข้อ

ให้เติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบ

เหมาะสม หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นถูกต้อง

ไม่เหมาะสม หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ถูกต้อง

คำถาม	ข้อความ	เหมาะสม	ไม่ เหมาะสม	ผู้วิจัย
	สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการหล่ม			
1	ท่านคิดว่ากรณีมีสายตามืดปกติ เช่น ต้อกระจก ต้อหิน ต้อลมเป็นสาเหตุปัจจัยทำให้เกิดการหล่ม			
2	ท่านคิดว่ากรณีมีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุ ปัจจัยที่ทำให้เกิดการ หล่ม			
3	ท่านคิดว่าอาการเจ็บปวดเข้า ข้อเข่าติด เป็นสาเหตุ/ ปัจจัยที่ทำให้เกิดการหล่ม			
4	ท่านคิดว่ากรับประทานยา เช่น ยาแก้หวัด ยานอน หลับ เป็นสาเหตุ/ปัจจัยที่ทำให้เกิดการหล่ม			
5	ท่านคิดว่ากรดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จนควบคุมการทรง ตัวได้ไม่ดี เป็นสาเหตุ/ปัจจัยที่ทำให้เกิดการหล่ม			
6	ท่านคิดว่ารองเท้าที่ไม่มีดอกยาง เป็นสาเหตุ/ปัจจัยที่ทำให้ เกิดการหล่ม			



คำถาม	ข้อความ	เหมาะสม	ไม่ เหมาะสม	ผู้วิจัย
7	ท่านคิดว่าการใส่ถุงเท้าเดินบนพื้นขัดมัน/พื้นกระเบื้อง เป็นสาเหตุ/ปัจจัยที่ทำให้เกิดการหกล้ม			
8	ท่านคิดว่าสีและลวดลายของพรมปูพื้น เป็นสาเหตุ/ปัจจัยที่ทำให้เกิดการหกล้ม			
9	ท่านคิดว่าทางเดินต่างระดับ/ไม่สม่ำเสมอ เป็นสาเหตุ/ปัจจัยที่ทำให้เกิดการหกล้ม			
10	ท่านคิดว่าการขึ้น-ลงบันไดบ่อยๆ เป็นสาเหตุ/ปัจจัยที่ทำให้เกิดการหกล้ม			
11	ท่านคิดว่าการเปลี่ยนอิริยาบถด้วยความระมัดระวังเช่น การนั่ง นอน ยืน เดิน สามารถช่วยลดการเกิดการหกล้มได้			
12	ท่านคิดว่าเมื่อภายในบ้านมืดสลัว แสงสว่างไม่เพียงพอ ยิ่งทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย			
	อันตราย/ผลกระทบของการหกล้ม			
13	ท่านคิดว่าผู้สูงอายุที่เคยหกล้มแล้วเกิดบาดแผลที่ทำให้ต้องเข้ารักษาในสถานพยาบาลมักจะมีภาวะซึมเศร้า			
14	ท่านคิดว่าการบาดเจ็บจากการหกล้มที่พบบ่อย คือกระดูกหัก			
15	ท่านคิดว่าผู้สูงอายุที่เคยหกล้มจะทำให้ขาดความมั่นใจและกลัวการทำกิจวัตรประจำวัน			
16	ท่านคิดว่าผู้สูงอายุที่เคยหกล้มจะใช้ระยะเวลานานในการรักษา และฟื้นฟูสภาพ หรือไม่สามารถรักษาให้หายได้			
17	ท่านคิดว่าผู้สูงอายุที่เคยหกล้มจะทำให้ขาดความสามารถในการรักษาภาวะสมดุลของการทรงตัว			
	การปฏิบัติตัวในการป้องกันการหกล้ม			
18	ท่านคิดว่าการสวมเสื้อผ้าที่มีขนาดพอดีไม่คับหรือหลวมจนเกินไป จะป้องกันการหกล้มได้			
19	ท่านคิดว่าการใช้ไม้เท้าที่มียางกันลื่นจะป้องกันการหกล้มได้			



คำถาม	ข้อความ	เหมาะสม	ไม่ เหมาะสม	ผู้วิจัย
20	ท่านคิดว่าการเดินด้วยความระมัดระวังเวลาฝนตกถนนลื่น จะป้องกันการหกล้มได้			
21	ท่านคิดว่าการติดตั้งราวจับในห้องน้ำ จะป้องกันการหกล้มได้			
22	ท่านคิดว่าการเกาะราวบันไดเวลาขึ้น-ลงบันได จะทำให้ไม่ เสี่ยงการทรงตัวและป้องกันการหกล้มได้			
23	ท่านคิดว่าการจัดวางของใช้ภายในบ้านที่เป็นระเบียบ เรียบร้อยจะป้องกันการหกล้มได้			
24	ท่านคิดว่าผู้ที่มีการทรงตัวไม่ดีควรใช้ไม้เท้าช่วยเดินจะ ป้องกันการหกล้มได้			
25	ท่านคิดว่าการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้งจะช่วยให้ทรงตัวดีขึ้น และ ป้องกันการหกล้มได้			



ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

คำชี้แจง: แบบสอบถามนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโดยให้ผู้สัมภาษณ์เป็นผู้อ่านคำถามและทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับพฤติกรรมของผู้สูงอายุมากที่สุดเพียงพฤติกรรมเดียว

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ผู้สูงอายุกระทำตามข้อความนั้นมากกว่าหรือเท่ากับ 4 วัน/สัปดาห์

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ผู้สูงอายุ กระทำตามข้อความนั้นน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 วัน/สัปดาห์

ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ผู้สูงอายุ ไม่เคยกระทำตามข้อความนั้นเลย

ลำดับที่	ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย
1	ท่านไปรับการตรวจวัดสายตาอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง			
2	กรณีที่ท่านมีปัญหาทางสายตา เช่น สายตาวัว ท่านรับการตรวจรักษาเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว			
3	ท่านรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด ไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเอง			
4	ท่านปรึกษาแพทย์ทุกครั้งเมื่อมีปัญหาเรื่องการรับประทานยาหรือผลข้างเคียงของยา เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด ฯลฯ			
5	ท่านไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์			

ส่วนที่ 5 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

5.1 ปัญหา/อุปสรรค

.....

.....

.....

5.2 ข้อเสนอแนะ

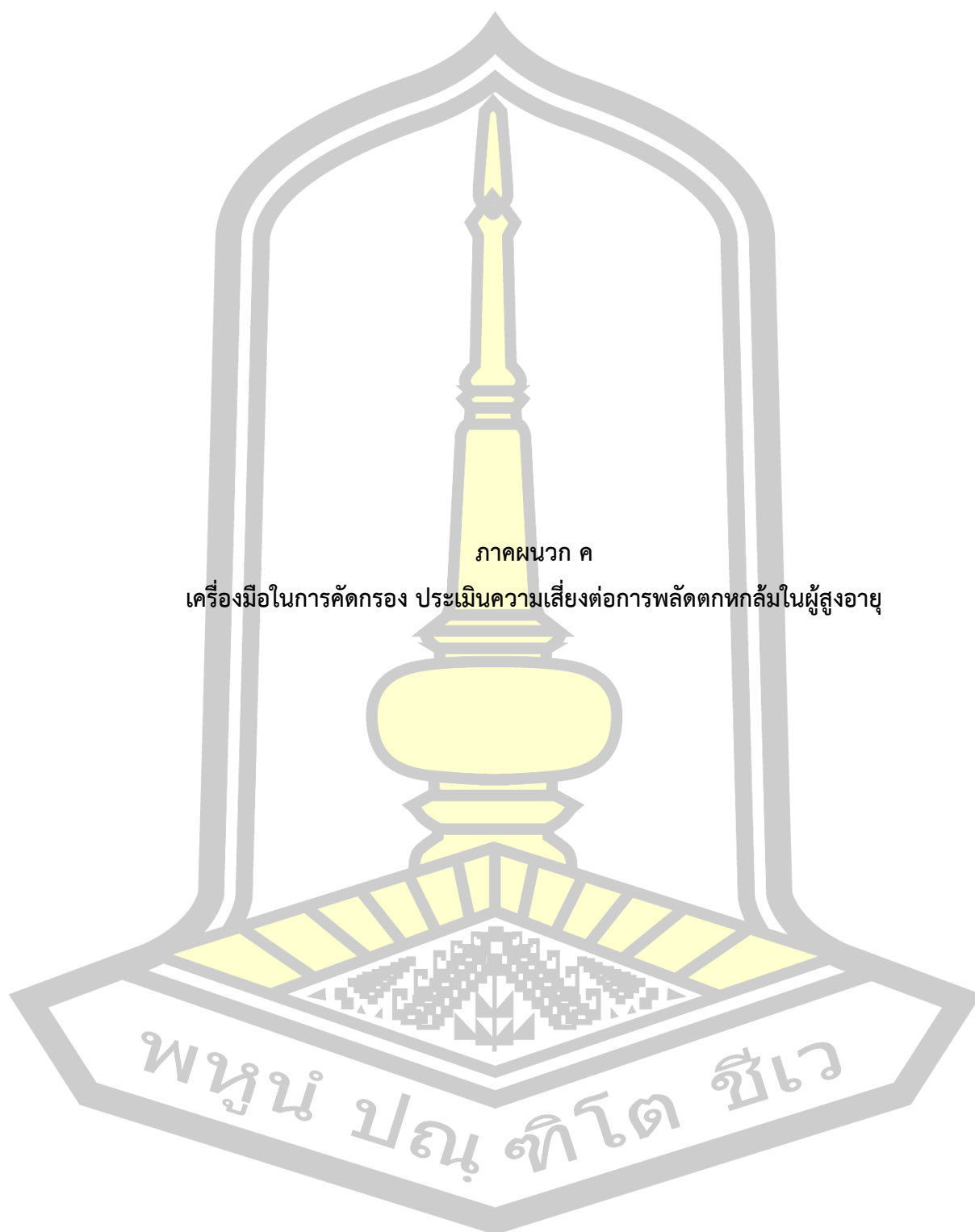
.....

.....

.....

ขอบคุณในความร่วมมิตอบแบบสอบถาม



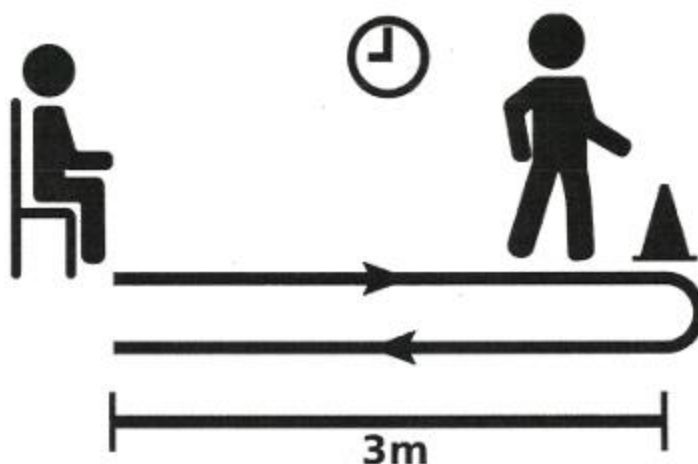


1.ประเมินด้วยแบบทดสอบความเสี่ยงภาวะหกล้ม Timed Up and Go Test (TUGT)

อุปกรณ์ เก้าอี้มีที่เท้าแขนที่นั่งสูงจากพื้น 44-47 เซนติเมตร เก้าอี้ควรมีความมั่นคงและ
ไม่ควรวางชิดผนัง นาฬิกาจับเวลา

วิธีการ ทำเครื่องหมายตั้งต้นที่พื้นให้ผู้สูงอายุเห็นชัดเจน วัดระยะทาง 3 เมตร
ทำเครื่องหมายบนพื้น อธิบายให้ผู้สูงอายุทราบว่า เมื่อเริ่มจับเวลาให้ผู้สูงอายุ
ลุกขึ้นจากเก้าอี้ เดินเป็นเส้นตรงด้วยความเร็วปกติ สามารถใช้อุปกรณ์ช่วย
เดินที่ใช้ประจำได้ เมื่อเดินถึงระยะทางที่กำหนดแล้วหมุนตัวและเดินกลับมา
นั่งที่เดิม

หมุนตัวและเดินกลับมานั่งที่เดิม จับเวลาได้ นาที วินาที



() ปกติ () เดินไม่ได้ () มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม

การพิจารณา : ใช้เวลาดังแต่ 12 วินาที ขึ้นไปแสดงว่ามีความเสี่ยงต่อการหกล้ม



2.แบบประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มโดยแบบประเมิน Thai FRAT

แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

ปัจจัยเสี่ยง	คะแนน
1.เพศ	
.....หญิง	1
.....ชาย	0
2.การมองเห็น	
.....ไม่สามารถอ่านตัวเลขที่ระยะ 6/12 ได้มากกว่าครึ่ง	1
.....อ่านตัวเลขที่ระยะ 6/12 ได้มากกว่าครึ่ง	0
3.การทรงตัวบกพร่อง	
.....ยืนต่อเท้าเป็นเส้นตรงไม่ได้ หรือยืนได้ไม่ถึง 10 วินาที	2
.....ยืนต่อเท้าเป็นเส้นตรงได้นาน 10 วินาที	0
4. การใช้ยา	
.....กินยาต่อไปนี้ตั้งแต่ 1 ชนิดขึ้นไป ได้แก่ ยานอนหลับ ยาแก้ปวดประสาท ยาลดความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะ หรือกินยาชนิดใดก็ได้ ตั้งแต่ 4 ชนิดขึ้นไป (ไม่รวมวิตามิน)	1
.....ไม่กินยาต่อไปนี้ ได้แก่ ยานอนหลับ ยาแก้ปวดประสาท ยาลดความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะ หรือกินยาชนิดใดก็ได้ แต่น้อยกว่า 4 ชนิด	0
5.ประวัติการหกล้ม	
..... มีประวัติหกล้มตั้งแต่ 2 ครั้ง ขึ้นไปใน 6 เดือนที่ผ่านมา	5
..... ไม่มี	0
6. สภาพบ้าน ที่อยู่อาศัย	
.....อยู่บ้านยกพื้นสูง ตั้งแต่ 1.5 เมตร ขึ้นไป ต้องขึ้นลงโดยใช้บันได	1
.....ไม่ได้อยู่บ้านลักษณะดังกล่าว	0

ความเสี่ยง : ผู้ที่ได้คะแนนรวม 4-11 คะแนน มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ต้องขอรับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทางสาธารณสุข เรื่องปัจจัยเสี่ยงและการป้องกัน



3.แบบประเมินคัดกรองสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ Environmental screening

แบบประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้านของผู้สูงอายุ

4. Environmental screening (ผู้ประเมิน.....)		ใช่ (0)	ไม่ใช่ (1)
พื้นบ้าน	-พื้นเรียบ ไม่ขรุขระ ไม่ลื่น ไม่มีพื้นต่างระดับ		
บันได	-มีแสงสว่างเพียงพอ ขอบบันไดมองเห็นได้ชัดเจน		
	-ไม่มีพรมปูพื้น หรือรองเท้า หรือสิ่งกีดขวาง		
ห้องน้ำ	-อยู่ในตัวบ้าน		
	-มีที่นั่งอาบน้ำ หรือเก้าอี้ซึ่งยึดติดกับผนัง		
	-มีส้วมแบบนั่งราบ และมีราวจับใกล้โถนั่ง		
	-ไม่มีธรณีประตูห้องน้ำ		
	-พื้นไม่ลื่น		
	-มีแสงสว่างเพียงพอ		
ห้องนอน	-ห้องนอนอยู่ชั้นล่าง		
	-ห้องนอนมีเตียงนอน		
	-มีราวจับ พยุงตัวเวลาลุกขึ้น		
	-ไม่มีสิ่งของ สายไฟ หรือวัสดุอื่นใดขวางทางเดิน		
	-มีแสงสว่างเพียงพอ		
ห้องครัว	-โต๊ะประกอบอาหารสูงจากพื้นใช้งานได้สะดวก		
	-อุปกรณ์สามารถหยิบจับได้สะดวกไม่กั้นๆ เงยๆ		
	-การจัดวางสิ่งของอย่างเป็นระเบียบ ไม่เกะกะ		
	-รับประทานอาหารบนโต๊ะรับประทานอาหาร		
	-มีแสงสว่างเพียงพอ		
นอกบ้าน	-บริเวณภายนอกบ้านไม่มีหลุม/บ่อ/พื้นต่างระดับ		
รวมคะแนน			



วิธีการประเมิน

แบบประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้านของผู้สูงอายุ เป็นแบบประเมินเพื่อคัดกรองความเสี่ยงในการพลัด ตกหกล้มของผู้สูงอายุขณะอาศัยอยู่ที่บ้าน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ (20 คะแนน) ได้แก่ พื้นบ้าน (เรียบ ไม่ชัน ไม่มีพื้นต่างระดับ) บันได (มีแสงสว่างเพียงพอ ขอบบันไดมองเห็นได้ชัดเจน, ไม่มีพรมปูพื้น หรือรองเท้า หรือสิ่งกีดขวาง) ห้องน้ำ (อยู่ในตัวบ้าน, มีที่นั่งอาบน้ำ หรือเก้าอี้ที่นั่งที่ติดติดกับผนังมีส้วมแบบนั่งราบ และมีราวจับใกล้โถนั่ง, ไม่มีธรณีประตูห้องน้ำ, พื้นไม่ลื่น, มีแสงสว่างเพียงพอ) ห้องนอน (อยู่ชั้นล่าง, มีเตียงนอน, มีราวจับ พยุงตัวเวลาลุกขึ้น, ไม่มีสิ่งของ สายไฟ หรือวัสดุอื่นใดขวางทางเดิน, มีแสงสว่างเพียงพอ) ห้องครัว (โต๊ะประกอบอาหาร สูงจากพื้นใช้งานได้สะดวก, อุปกรณ์สามารถหยิบจับได้สะดวกไม่ก้ำก๋ว เงยๆ, การจัดวางสิ่งของอย่างเป็นระเบียบ ไม่เกะกะ, รับประทานอาหารบนโต๊ะรับประทานอาหาร) ผู้ประเมินจะเป็นผู้อ่านข้อคำถามให้ผู้สูงอายุฟังด้วยน้ำเสียงไม่แหลมและออกเสียงชัดเจน โดยถ้า

ผู้สูงอายุตอบ “ใช่” จะได้คะแนน 0 คะแนน หรือถ้าตอบ “ไม่ใช่” จะได้คะแนน 1 คะแนน มีการแปลผลคะแนน ดังนี้

- 1-7 คะแนน หมายถึง เสี่ยงน้อย
- 8-13 คะแนน หมายถึง เสี่ยงปานกลาง
- 14-20 คะแนน หมายถึง เสี่ยงมาก





ภาคผนวก ง

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ภาควิชาช่วยในการพัฒนารูปแบบการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ
โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง
อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

พูน ปณ จิต ชีวะ

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ภาควิชาช่วยในการพัฒนารูปแบบการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

1.กลุ่มผู้ดูแล: ประเด็นการสัมภาษณ์/เก็บรวบรวมข้อมูล

- 1.1 ภาวะสุขภาพกับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่ท่านดูแลเป็นอย่างไร
- 1.2 รู้สึกอย่างไรกับปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ มีวิธีการแก้ไข หรือจัดการอย่างไร เมื่อผู้สูงอายุที่ท่านดูแล เกิดเหตุการณ์พลัดตกหกล้ม
- 1.3 มีใคร กลุ่มคน หรือหน่วยงานใดบ้าง ที่เข้ามาช่วยเหลือและป้องกันปัญหาการพลัดตกหกล้มในการดูแลผู้สูงอายุอยากได้รับการสนับสนุนอะไรเพิ่มเติมบ้าง
- 1.4 แนวทางการจัดการสภาพแวดล้อม และความปลอดภัยภายในบ้าน/หมู่บ้านเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ควรเป็นอย่างไร
- 1.5 ท่านคิดเห็นว่ารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ในชุมชนของท่าน ควรเป็นอย่างไร

2. กลุ่มผู้บริหาร/แกนนำ เช่น นายกอบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ส.อบต.

ประเด็นการสัมภาษณ์/เก็บรวบรวมข้อมูล

- 2.1 ปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ในพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบ เป็นอย่างไร
- 2.2 แนวทางการจัดการสภาพแวดล้อม และความปลอดภัยภายในตำบล/หมู่บ้านเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ เป็นอย่างไร
- 2.3 แนวทางการจัดหางบประมาณ และกองทุนสนับสนุนต่างๆ เพื่อดำเนินการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ เป็นอย่างไร
- 2.4 แนวทางการจัดสวัสดิการ การจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ เป็นอย่างไร
- 2.5 ท่านคิดเห็นว่ารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ในชุมชน/ตำบลของท่าน ควรเป็นอย่างไร

3 กลุ่ม อสม.: ประเด็นการสัมภาษณ์/เก็บรวบรวมข้อมูล

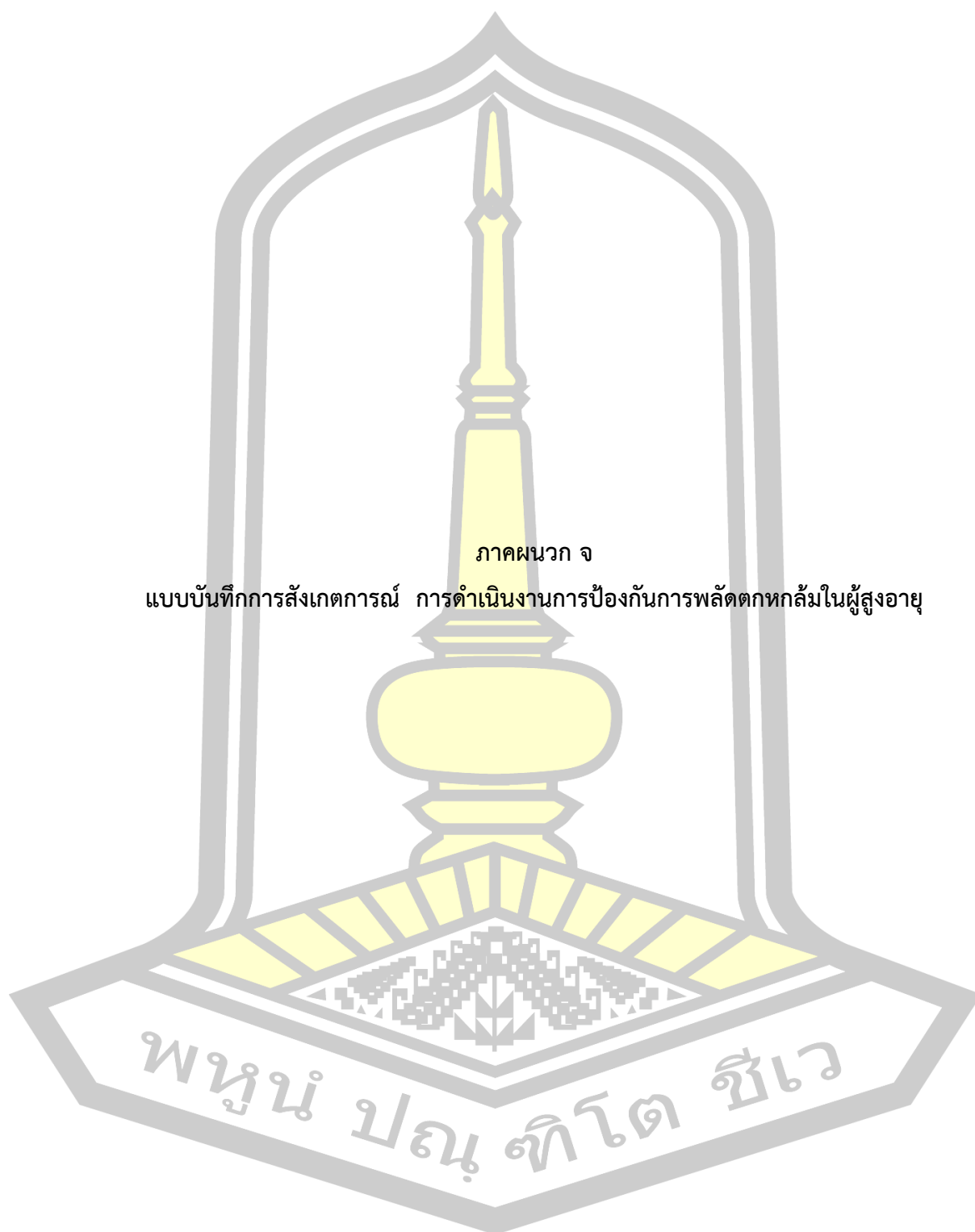
- 3.1 ปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ในครัวเรือนหรือชุมชนของท่าน เป็นอย่างไร
- 3.2 ในบทบาทที่เป็น อสม. ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหรือกิจกรรมของการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุอย่างไร
- 3.3 มีใคร กลุ่มคน หรือหน่วยงานใดบ้าง ที่เข้ามาช่วยเหลือในการดำเนินงานด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ อยากได้รับการสนับสนุนอะไรเพิ่มเติมบ้าง
- 3.4 ท่านคิดเห็นว่ารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนของท่าน ควรเป็นอย่างไร



4. กลุ่มที่มสุขภาพ: ประเด็นการสัมภาษณ์

- 4.1 ปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ในพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบ เป็นอย่างไร
- 4.2 ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุอย่างไร
- 4.3 มีใคร กลุ่มคน หรือหน่วยงานใดบ้าง ที่เข้ามาช่วยเหลือในการดำเนินงานด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุอยากได้รับการสนับสนุนอะไรเพิ่มเติมบ้าง
- 4.4 ท่านคิดว่างบประมาณในการสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุควรมาจากแหล่งไหน ท่านมีวิธีการอย่างไร
- 4.5 ท่านคิดเห็นว่ารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ในพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบ ควรเป็นอย่างไร





ภาคผนวก จ

แบบบันทึกการสังเกตการณ์ การดำเนินงานการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

พูน ปณ จิต ชีวะ

ประเด็นที่สังเกต	รายละเอียด
การประชุมกระบวนการ Planning - การเสนอความคิดเห็น	
- การร่วมอภิปราย	
- การวิเคราะห์ปัญหา	
- การสรุปประเด็นสำคัญ	
- การชี้แจงผู้มีส่วนร่วมในกลุ่ม	
กระบวนการปฏิบัติตามแผน (Action) - การให้ความร่วมมือในการดำเนิน กิจกรรม	



ประเด็นที่สังเกต	รายละเอียด
กระบวนการสังเกต (Observation) - การมีส่วนร่วม	
กระบวนการสะท้อนผล (Reflection) - การสรุปผลและถอดบทเรียน	
- การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้	
- การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงาน ตั้งแต่เริ่มวางแผน ถึงสรุปผลการดำเนินงาน	
อื่น ๆ	

ลงชื่อ นางรุจิเรข ล้อไป ผู้บันทึกข้อมูล





ภาคผนวก ฉ

แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

พูน ปณ จิต ชีวะ

แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

คำชี้แจง

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง () ตามความเป็นจริงของท่าน โดยแต่ละข้อจะมีคำตอบเพียงข้อเดียวและโปรดเติมข้อความลงในช่องว่างตามความคิดเห็นของท่าน โดยระดับการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1. การมีส่วนร่วมในระดับให้ข้อมูลข่าวสาร 2. การมีส่วนร่วมในระดับการศึกษาหรือ 3. การมีส่วนร่วมในระดับเข้ามามีบทบาท และ 4.การมีส่วนร่วมในระดับสร้างความร่วมมือ

ด้านที่ 1 การมีส่วนร่วมในระดับให้ข้อมูลข่าวสาร

1. ท่านได้เข้าร่วมรับฟังข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายการดำเนินงานการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

() 1. มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2. มีส่วนร่วมบางครั้ง () 3. ไม่เคยมีส่วนร่วม

เพราะสาเหตุใด

2. ท่านได้เข้าร่วมรับฟังข้อมูลปัญหาสุขภาพและความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน

() 1. มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2. มีส่วนร่วมบางครั้ง () 3. ไม่เคยมีส่วนร่วม

เพราะสาเหตุใด

3. ท่านได้เข้าร่วมรับฟังการวางแผนการดำเนินงานการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในพื้นที่

() 1. มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2. มีส่วนร่วมบางครั้ง () 3. ไม่เคยมีส่วนร่วม

เพราะสาเหตุใด.

4.ท่านได้เข้าร่วมรับฟังผลการดำเนินงานการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

() 1. มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2. มีส่วนร่วมบางครั้ง () 3. ไม่เคยมีส่วนร่วม

เพราะสาเหตุใด

ด้านที่ 2 การมีส่วนร่วมในระดับการศึกษาหรือ

6. ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอข้อมูลและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการกำหนดนโยบายการดำเนินงาน การป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในระดับตำบล

() 1. มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2. มีส่วนร่วมบางครั้ง () 3. ไม่เคยมีส่วนร่วม



เพราะสาเหตุใด

7. ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอข้อมูลและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อมูลปัญหาสุขภาพ การปลัดตก
หกล้ม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน

() 1. มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2. มีส่วนร่วมบางครั้ง () 3. ไม่เคยมีส่วนร่วม

เพราะสาเหตุใด

8. ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอข้อมูลและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการวางแผนดำเนินกิจกรรมตาม
กิจกรรมต่างๆ ในกระบวนการแก้ไขปัญหาการปลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

() 1. มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2. มีส่วนร่วมบางครั้ง () 3. ไม่เคยมีส่วนร่วม

เพราะสาเหตุใด

9. ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอข้อมูลและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการติดตามประเมินการ
ดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการ/กิจกรรมการป้องกันการปลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน

() 1. มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2. มีส่วนร่วมบางครั้ง () 3. ไม่เคยมีส่วนร่วม

เพราะสาเหตุใด

10. ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอข้อมูลและแสดงความคิดเห็นต่อผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการ
ป้องกันการปลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน

() 1. มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2. มีส่วนร่วมบางครั้ง () 3. ไม่เคยมีส่วนร่วม

เพราะสาเหตุใด

ด้านที่ 3 การมีส่วนร่วมในระดับเข้ามามีบทบาท

11. ท่านมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุใน
ตำบล

() 1. มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2. มีส่วนร่วมบางครั้ง () 3. ไม่เคยมีส่วนร่วม

เพราะสาเหตุใด



12. ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน

() 1. มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2. มีส่วนร่วมบางครั้ง () 3. ไม่เคยมีส่วนร่วม

เพราะสาเหตุใด

13. ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดวิธีการหรือแนวทางการดำเนินงานการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน

() 1. มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2. มีส่วนร่วมบางครั้ง () 3. ไม่เคยมีส่วนร่วม

เพราะสาเหตุใด

14. ท่านมีส่วนร่วมในการติดตาม ตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินงานการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน

() 1. มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2. มีส่วนร่วมบางครั้ง () 3. ไม่เคยมีส่วนร่วม

เพราะสาเหตุใด

ด้านที่ 4 การมีส่วนร่วมในระดับสร้างความร่วมมือ

15. ท่านมีส่วนร่วมในการนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ นำไปกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา / การป้องกัน

() 1. มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2. มีส่วนร่วมบางครั้ง () 3. ไม่เคยมีส่วนร่วม

เพราะสาเหตุใด

16. ท่านมีส่วนร่วมในการนำแนวทางการดำเนินงานการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนไปสู่การปฏิบัติ

() 1. มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2. มีส่วนร่วมบางครั้ง () 3. ไม่เคยมีส่วนร่วม

เพราะสาเหตุใด

17. ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามแผนงานกิจกรรมหรือโครงการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน

() 1. มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2. มีส่วนร่วมบางครั้ง () 3. ไม่เคยมีส่วนร่วม

เพราะสาเหตุใด



18. ท่านมีส่วนร่วมในการติดตาม ประเมิน สรุปผลและถอดบทเรียนผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบ การผลิตคหกรรมในผู้สูงอายุในหมู่บ้าน / ตำบล

() 1. มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2. มีส่วนร่วมบางครั้ง () 3. ไม่เคยมีส่วนร่วม
เพราะสาเหตุใด

19. ท่านมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบในการดำเนินการป้องกันการผลิตคหกรรมในผู้สูงอายุใน ชุมชน

() 1. มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2. มีส่วนร่วมบางครั้ง () 3. ไม่เคยมีส่วนร่วม
เพราะสาเหตุใด

20. ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการปฏิบัติที่เป็นประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาการผลิตคห กรรมในผู้สูงอายุ

() 1. มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2. มีส่วนร่วมบางครั้ง () 3. ไม่เคยมีส่วนร่วม
เพราะสาเหตุใด





ภาคผนวก ข

แบบสอบถามความพึงพอใจในการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการป้องกันพืดตกหกล้ม
ใน ผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง
อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

พูน ปณ จิต ชีวะ

แบบสอบถามความพึงพอใจในการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการป้องกันพลัดตกหกล้มใน
ผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. อายุ ☐ ต่ำกว่า 60 ปี ☐ 60-69 ปี ☐ 70 - 79 ปี ☐ 80 ปีขึ้นไป
3. สถานภาพผู้ตอบ ☐ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ☐ เจ้าหน้าที่องค์การบริหารปกครอง
ส่วนท้องถิ่น
- ☐ ผู้นำศาสนา ☐ ประธานชมรมผู้สูงอายุ/สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ
- ☐ อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม) ☐ อื่นๆ เช่น ญาติหรือผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 การประเมินความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

กรุณาขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านเห็นว่าตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

ที่	ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม	ระดับความพึงพอใจ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	การจัดกิจกรรมในครั้งนี้มีประโยชน์ต่อท่าน					
2	ท่านได้มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม					
3	ท่านได้รับความรู้/ประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อไปปรับใช้ได้					
4	รูปแบบ/หัวข้อ ในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม					
5	ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม					
6	การประชาสัมพันธ์การจัดกิจกรรม					
7	เจ้าหน้าที่มีความสุภาพ เป็นมิตร และเป็นกันเอง					
8	ภาพรวมความพึงพอใจก่อนการจัดกิจกรรมครั้งนี้					
9	ภาพรวมความพึงพอใจหลังการจัดกิจกรรมครั้งนี้					

ข้อคิดเห็นอื่น ๆ

.....

.....

☒ ขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ☒





แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

การพัฒนาแบบการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

ระยะปฏิบัติการวิจัย ระยะที่ 1 Survey research ขั้นตอนที่ 1

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/ เครื่องมือ	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การเกิด พลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอ ปากช่อง จังหวัด นครราชสีมา วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการ ป้องกันพลัดตกหกล้มใน ผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วม ของชุมชน ตำบลโป่งตา ลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา	- ผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากกลุ่มเป้าหมายเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์การเกิดพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา - รวบรวมข้อมูลประวัติเวชระเบียนผู้สูงอายุที่มีการเกิดการหกล้มจากรพ.สต.หนองคูมรรพ.มกุฏศิริวินด์ รพ.ปากช่องนานา	ระยะเวลา ตุลาคม 2566 – สิงหาคม 2567 สถานที่ พื้นที่ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา เครื่องมือ - แบบสอบถามความรู้เรื่องการพัฒนารูปแบบการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา - ประกอบด้วย - ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร - ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ - ส่วนที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม - ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ - ส่วนที่ 5 ปัญหา/อุปสรรคและข้อเสนอแนะ)	ได้ทราบถึงการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา	มีข้อมูลสถานการณ์การเกิดพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา	- ผู้วิจัย - ผู้ช่วยผู้วิจัย



ระยะปฏิบัติการวิจัย ระยะที่ 1 Survey research ขั้นตอนที่ 2

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/ เครื่องมือ	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 2 • ศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันผลิตภัณฑกัญชาในผู้สูงอายุ ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล รวมทั้งปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมในการป้องกันผลิตภัณฑกัญชาในผู้สูงอายุ ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ของนายกองค์การบริหารส่วนตำบลโป่งตาลอง ปลัด อบต.โป่งตาลอง กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สออบค.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำรพ.สต.จนท.กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม อบต.โป่งตาลอง คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุภูมิคุ้มกันและคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุตำบลโป่งตาลอง	• ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากกลุ่มเป้าหมายเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันผลิตภัณฑกัญชาในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ของนายกองค์การบริหารส่วนตำบลโป่งตาลอง ปลัด อบต.โป่งตาลอง กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สออบค.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำรพ.สต.จนท.กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม อบต.โป่งตาลอง คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุภูมิคุ้มกันและคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุตำบลโป่งตาลอง	ระยะเวลา มกราคม - กุมภาพันธ์ 2566 สถานที่ • พื้นที่ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา เครื่องมือ • แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการป้องกันผลิตภัณฑกัญชาในผู้สูงอายุ ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา	ได้ทราบปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล รวมทั้งปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมในการป้องกันผลิตภัณฑกัญชาในผู้สูงอายุ ตำบลโป่งตาลอง	มีข้อมูลเชิงปริมาณจากกลุ่มเป้าหมายเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันผลิตภัณฑกัญชาในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา	• ผู้วิจัย • ผู้ช่วยผู้วิจัย



ระเบียบปฏิบัติการวิจัย ระยะที่ 1 Survey research ขั้นตอนที่ 3

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/ เครื่องมือ	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยเสี่ยง สิ่งแวดล้อมที่เป็นความ เสี่ยงต่อการหกล้มและ อุปสรรคในการป้องกัน การลัดตกหกล้มใน ผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วม ของชุมชน ตำบล โป่งตาลอง อำเภอปาก ช่อง จังหวัดนครราชสีมา วัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัย เสี่ยง สิ่งแวดล้อมที่เป็น ความเสี่ยงต่อการหกล้ม และอุปสรรคในการ ป้องกันการลัดตกหกล้ม ในผู้สูงอายุโดยการมีส่วน ร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอ ปากช่อง จังหวัด นครราชสีมา	• สัมภาษณ์เชิงลึกและการ สนทนากลุ่มในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย โดยใช้ ประเด็นคำถาม คือ ความรู้ความ เข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการ ลัดตกหกล้ม การดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการลัดตกหกล้ม การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและ ครอบครัว รวมทั้งปัญหาอุปสรรค และความต้องการในการดูแล ช่วยเหลือ การรวบรวมข้อมูลใช้ วิธีการบันทึกเสียงด้วยเทป บันทึกเสียงและจดบันทึก รวมทั้ง การเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสังเกต ร่วมด้วย โดยผู้วิจัยเข้าไปร่วม สังเกตในระหว่างดำเนินการวิจัย	ระยะเวลา มกราคม 2567-มีนาคม 2567 สถานที่ • พื้นที่อำเภอตำบลโป่งตา ลอง อำเภอปากช่อง จังหวัด นครราชสีมา เครื่องมือ • แบบสอบถาม ปากช่อง จังหวัด นครราชสีมา	ข้อมูลปัจจัยเสี่ยง สิ่งแวดล้อมที่เป็น ความเสี่ยงต่อการ หกล้มและอุปสรรค ในการป้องกันการ ลัดตกหกล้มใน ผู้สูงอายุโดยการมี ส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัด นครราชสีมา	มีข้อมูล สถานการณ์ ระดับ หมู่บ้านและ ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัด นครราชสีมา	• ผู้วิจัย • ผู้ช่วย ผู้วิจัย



พูน ปณ ทิโต ชีเว

ระยะปฏิบัติการวิจัย ระยะที่ 1 Survey research ขั้นตอนที่ 4

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/ เครื่องมือ	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 4 วิเคราะห์รูปแบบการป้องกันการผลิตกกมในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา วัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์รูปแบบการป้องกันการผลิตกกมในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา	• ผู้วิจัยและกลุ่มเป้าหมายร่วมกันวิเคราะห์รูปแบบการป้องกันการผลิตกกมในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมากลุ่มเป้าหมายได้แก่นายกองค้การบริหารส่วนตำบลโป่งตาลอง ปลัดอบต.โป่งตาลอง กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สออบต./จนท.กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมอบต.โป่งตาลอง/กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุ/กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำพ.สค./คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ มกุฎีศรีวันและคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุตำบลโป่งตาลอง/กลุ่มผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว	ระยะเวลา ธันวาคม 2565 – มกราคม 2566 สถานที่ • พื้นที่ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา เครื่องมือ • แบบสัมภาษณ์การพัฒนา รูปแบบการป้องกัน และ ความคุ้มครองติดต่ออุบัติใหม่ ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา	ทราบสถานการณ์การดำเนินงานการผลิตกกมในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา	มีข้อมูลการดำเนินงานการป้องกันการผลิตกกมในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา	• ผู้วิจัย • ภาสดี เครือข่ายระดับพื้นที่ • ผู้เกี่ยวข้อง



ระยะปฏิบัติการวิจัย ระยะที่ 2 Action research ขั้นตอนการวางแผน (Planning)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/ เครื่องมือ	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 5 ปฏิบัติการโดยดำเนินการตามแผนโครงการ การพัฒนารูปแบบการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา	• ประชุมทีมคณะทำงานการดำเนินงานพลัดตกหกล้ม สำรวจข้อมูล คัดกรองข้อมูล ข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ/การคัดกรอง Timed Up and Go Test (TUGT) (กายภาพ/แผนไทย) และอบรมเชิงปฏิบัติการเจ้าหน้าที่และภาคเครือข่ายในการดำเนินงาน	ระยะเวลา กุมภาพันธ์ 2567 สถานที่ • พื้นที่ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา เครื่องมือ • ข้อมูลสถานการณ์ความรู้ และพฤติกรรมความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ผู้สูงอายุ ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา	มีรูปแบบการดำเนินงานป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น	มีรูปแบบและแผนการดำเนินงานป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ระดับพื้นที่ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับพื้นที่	• ผู้วิจัย • ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง



ระยะปฏิบัติการวิจัย ระยะที่ 2 Action research ขั้นตอนการปฏิบัติการ (Action)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/ เครื่องมือ	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 6 ปฏิบัติการโดยดำเนินการตามแผนโครงการพัฒนารูปแบบการดำเนินการป้องกันสัปดาห์หกในผู้สูงอายุ วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินการป้องกันสัปดาห์หกในผู้สูงอายุ	- จัดอบรมกลุ่มเป้าหมาย - คัดกรองผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยทีม อสม CG - จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุและคัดกรองส่งต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหา - จัดกิจกรรมให้ความรู้ ปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม - การให้การบริหารความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา - การให้ความรู้โปรแกรมการออกกำลังกาย - ติดตามและสรุปผลการดำเนินงาน	ระยะเวลา มีนาคม – พฤษภาคม 2567 สถานที่ • พื้นที่ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา เครื่องมือ • แบบทดสอบ แบบประเมินความรู้เอกสาร โปรแกรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ	ผลการดำเนินการความร่วมมือป้องกันสัปดาห์หกในผู้สูงอายุของภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับสถานการณ์และสามารถปฏิบัติได้จริงในพื้นที่ และเป็นที่ยอมรับ	ได้รูปแบบการป้องกันป้องกันสัปดาห์หกในผู้สูงอายุ โดยร่วมมือของภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมาที่มีประสิทธิภาพ	- ผู้วิจัย - CG - ญาติ - ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง



พูน ปรุ ทิโต ชีเว

ระยะปฏิบัติการวิจัย ระยะที่ 2 Action research ขั้นตอนสังเกตการณ์ (Observation)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/ เครื่องมือ	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 7 ประเมินรูปแบบการ ป้องกันการพลัดตกหกล้ม ในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วน ร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอ ปากช่อง จังหวัด นครราชสีมา วัตถุประสงค์ เพื่อติดตามและประเมิน รูปแบบการป้องกันการ พลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอ ปากช่อง จังหวัด นครราชสีมา	ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน ประเมินรูปแบบการป้องกันการ พลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดย การมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา	ระยะเวลา มีนาคม – พฤษภาคม 2567 สถานที่ พื้นที่ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัด นครราชสีมา เครื่องมือ แบบสังเกตการณ์ มีส่วนร่วมในการ ดำเนินงานป้องกัน และ ควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ โดยกลไกความร่วมมือของ ภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ ตำบลโป่งตาลอง อำเภอ ปากช่อง จังหวัด นครราชสีมา ตามแผนงานที่กำหนด	มีการติดตามการ ดำเนินงาน ป้องกัน การพลัด ตกหกล้มใน ผู้สูงอายุ โดยการ มีส่วนร่วมของ ชุมชน ภาคี เครือข่ายระดับ พื้นที่ตำบลโป่ง ตาลอง อำเภอ ปากช่อง จังหวัด นครราชสีมา เป็นไปตาม แผนงานและ ระยะเวลา ที่กำหนด	ได้ปฏิบัติงานใน พื้นที่ตามแผน งานและรูปแบบ การดำเนินงานที่ พัฒนาขึ้น	- ผู้วิจัย - ผู้ช่วยผู้วิจัย



พูน ปณ ทิโต ชีเว

ระยะปฏิบัติการวิจัย ระยะที่ 2 Action research ขั้นตอนสะท้อนผล (Reflection)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/ เครื่องมือ	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ ๑ การสะท้อนผลการปฏิบัติ ข้อค้นพบ/ปัจจัยแห่ง ความสำเร็จการป้องกัน การหลัดตกหล่นใน ผู้สูงอายุ โดยการมีส่วน ร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอ ปากช่อง จังหวัด นครราชสีมา วัตถุประสงค์ เพื่อสะท้อนผลการปฏิบัติ ข้อค้นพบ/ปัจจัยแห่ง ความสำเร็จการป้องกัน การหลัดตกหล่นใน ผู้สูงอายุ โดยการมีส่วน ร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอ ปากช่อง จังหวัด นครราชสีมา	ผู้วิจัยร่วมกับ ทีม วิจัย คณะทำงานร่วมกันสะท้อนผล การปฏิบัติ ข้อค้นพบ/ปัจจัยแห่ง ความสำเร็จการป้องกันการหลัด ตกหล่นในผู้สูงอายุ โดยการมี ส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ที่ได้พัฒนาขึ้น ดังนี้ - สะท้อนปัจจัยแห่งความสำเร็จ ของการดำเนินงาน - สะท้อนปัญหา อุปสรรค ในการ ดำเนินงาน - ถอดบทเรียนและหาแนว ทางแก้ไขร่วมกัน - กำหนดแนวทางในการ ดำเนินงานที่เหมาะสมต่อไป	ระยะเวลา มิถุนายน 2567 สถานที่ - พื้นที่ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัด นครราชสีมา เครื่องมือ - แบบสรุปผลการสะท้อน ปัญหาอุปสรรค และปัจจัย แห่งความ สำเร็จในการ ดำเนินงาน - แบบสรุปผลการถอด บทเรียนและแนวทางแก้ไข ในการดำเนินงานที่ เหมาะสม	ได้ทราบผลการ พัฒนารูปแบบการ ป้องกันการหลัดตก หล่นในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วม ของชุมชน ตำบล โป่งตาลอง อำเภอ ปากช่อง จังหวัด นครราชสีมา	ผลการพัฒนา รูปแบบการ ดำเนินงานการ ป้องกันการหลัด ตกหล่นใน ผู้สูงอายุ โดยการ มีส่วนร่วมของ ชุมชน ตำบล โป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัด นครราชสีมา	- ผู้วิจัย - ผู้มีส่วน เกี่ยวข้อง - ภาคี เครือข่าย ระดับ พื้นที่



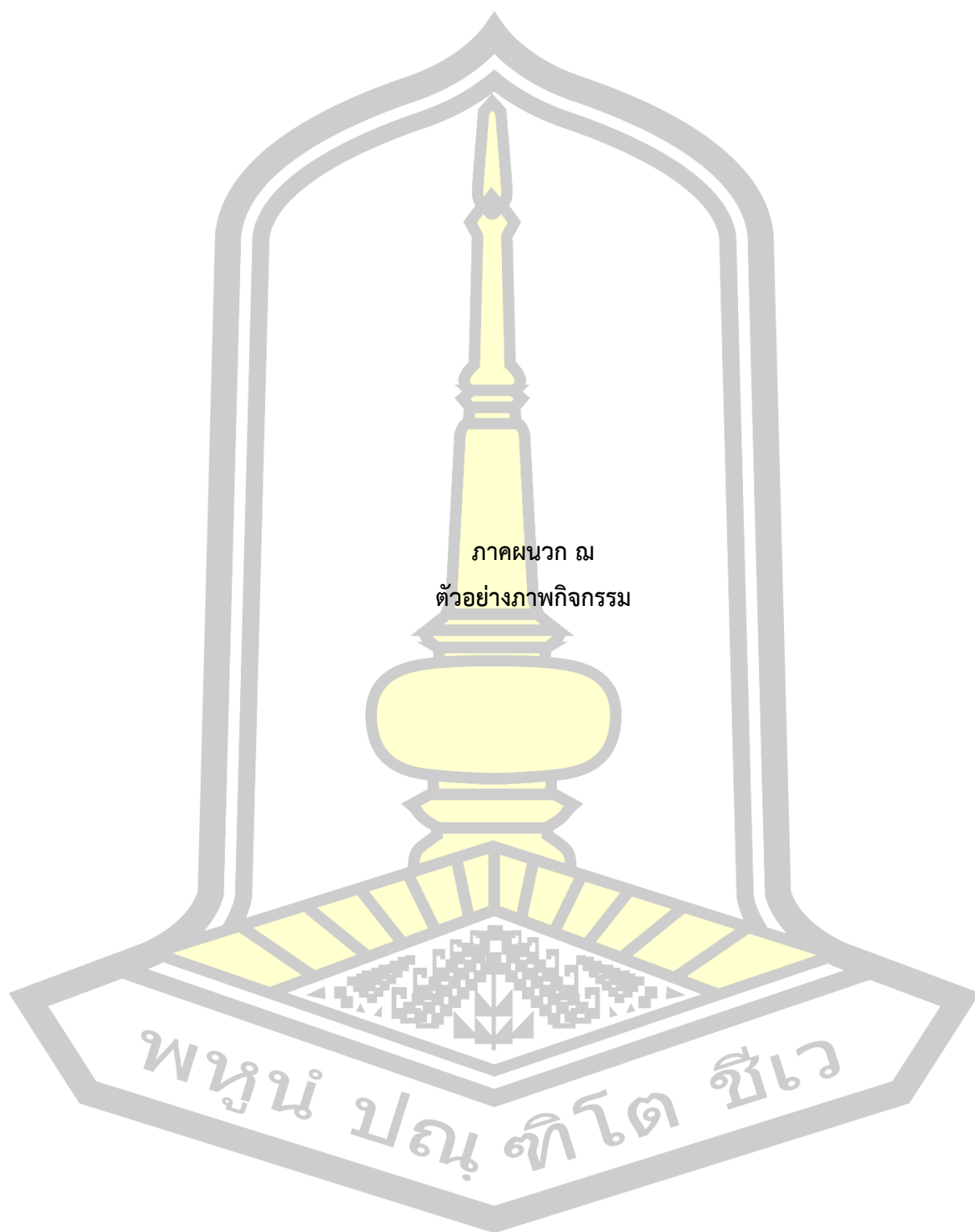
ชุมชน ปณฺ ทัต โท

ระยะปฏิบัติการวิจัย ระยะที่ 2 Action research ขั้นตอนสะท้อนผล (Reflection)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/ เครื่องมือ	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 2 การศึกษาความพึงพอใจ ในการพัฒนารูปแบบการ ป้องกันผลิตตกหล่นใน ผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วม ของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอ ปากช่อง จังหวัด นครราชสีมา วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความพึงพอใจ ในการพัฒนารูปแบบการ ป้องกันผลิตตกหล่นใน ผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วม ของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอ ปากช่อง จังหวัด นครราชสีมา	ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากทีมวิจัย นายกองค์การบริหารส่วนตำบล โป่งตาลอง ปลัดอบต.โป่งตาลอง กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วย ผู้ใหญ่บ้าน สอ.บด./จนท.กอง สาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมอบต. โป่งตาลอง/กลุ่มอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านและ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ/กลุ่มเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขประจำพ.สด./ คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ มกุฏศิรีวันและคณะกรรมการ ชมรมผู้สูงอายุตำบลโป่งตาลอง/ กลุ่มผู้สูงอายุและสมาชิกใน ครอบครัว	ระยะเวลา กรกฎาคม 2567 สถานที่ • พื้นที่ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัด นครราชสีมา จังหวัดชัยภูมิ เครื่องมือ • แบบสอบถามความพึง พอใจในการดำเนินงาน การ พัฒนารูปแบบการป้องกัน ผลิตตกหล่นในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปาก ช่อง จังหวัดนครราชสีมาที่ ได้พัฒนาขึ้น	ได้ทราบผลความ พึงพอใจ ในการป้องกันการ พัฒนารูปแบบการ ป้องกันผลิตตก หล่นในผู้สูงอายุโดย การมีส่วนร่วมของ ชุมชน ตำบลโป่งตา ลอง อำเภอปาก ช่อง จังหวัด นครราชสีมา	ข้อมูลความ พึงพอใจในการ ป้องกันการ พัฒนารูปแบบ การป้องกันผลิต ตกหล่นใน ผู้สูงอายุโดยการ มีส่วนร่วมของ ชุมชน ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัด นครราชสีมา	• ผู้วิจัย • ผู้ช่วยผู้วิจัย



พูน ปณ ฑิต ชีเว



ภาพกิจกรรมการศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้ม
ในผู้สูงอายุตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา



ภาพกิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวางแผนการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้ม
ในผู้สูงอายุ และจัดตั้งคณะกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ระดับตำบล
ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคุ่ม ตำบลโป่งตาลอง



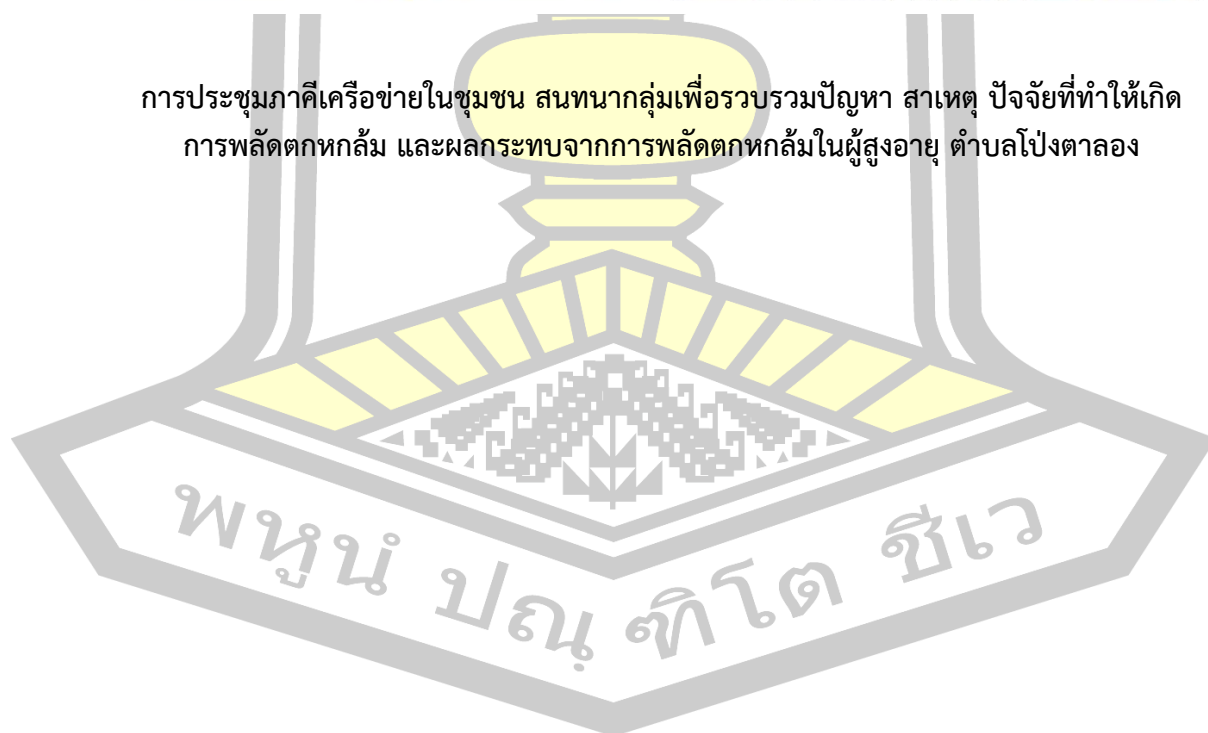
การประชุมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) และ อสม. เพื่อเตรียมการจัดทำแผนงานโครงการที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ



การประชุมภาคีเครือข่ายในชุมชน สนทนากลุ่มเพื่อรวบรวมปัญหา สาเหตุ ปัจจัยที่ทำให้เกิด การพลัดตกหกล้ม และผลกระทบจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลโป่งตาลอง

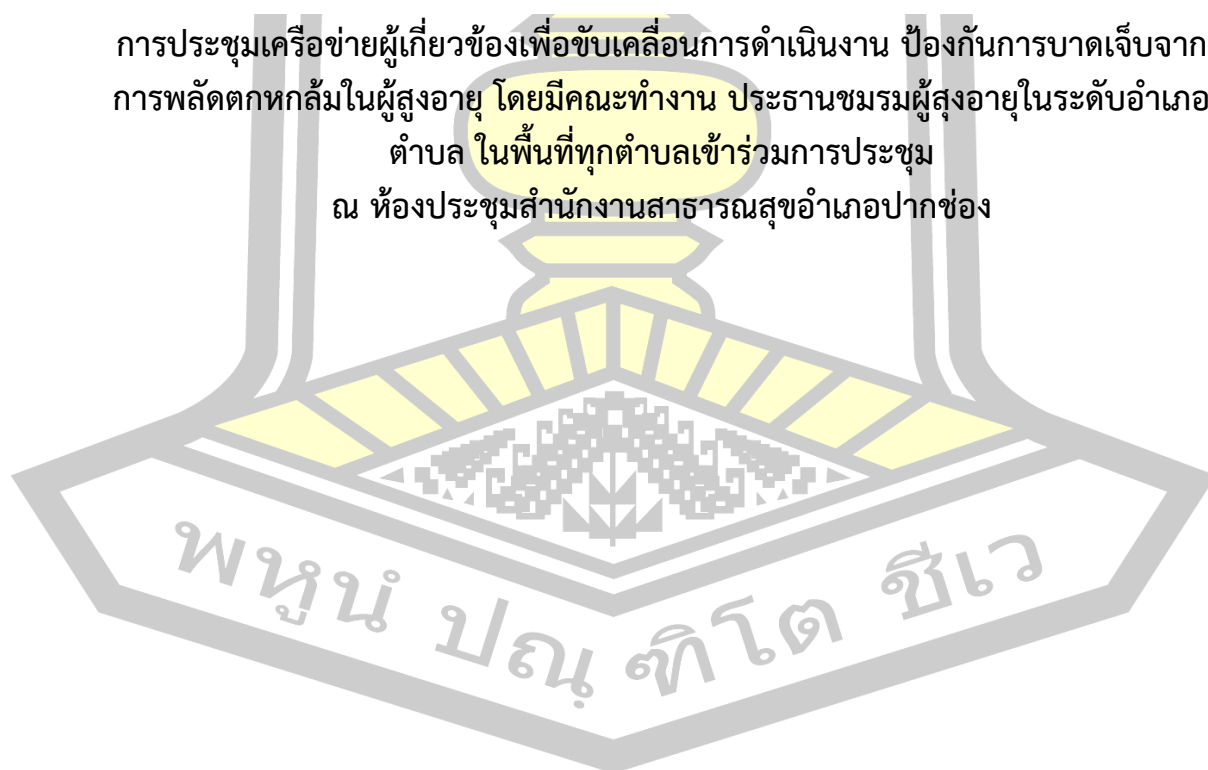


การประชุมภาคีเครือข่ายในชุมชน สนทนากลุ่มเพื่อรวบรวมปัญหา สาเหตุ ปัจจัยที่ทำให้เกิด
การพลัดตกหกล้ม และผลกระทบจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลโป่งตาลอง





การประชุมเครือข่ายผู้เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน ป้องกันการบาดเจ็บจาก
การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยมีคณะทำงาน ประธานชมรมผู้สูงอายุในระดับอำเภอ
ตำบล ในพื้นที่ทุกตำบลเข้าร่วมการประชุม
ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากช่อง





ภาพกิจกรรม วันที่ 24 มิถุนายน 2567 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อส่งเสริมความรู้
ความเข้าใจในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลโป่งตาลอง
ณ ห้องประชุม องค์การบริหารส่วนตำบลโป่งตาลอง



ภาพกิจกรรม การจัดประชุมกลุ่มเพื่อชี้แจงแนวทางดำเนินการ สัมภาษณ์ภาคีเครือข่ายสุขภาพ
ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา





ภาพกิจกรรม การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และมีการคืนข้อมูล สะท้อนผล รายงานผล
การดำเนินงานตามแผนการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ
ณ ศาลาวัดหนองคุ่ม ตำบลโป่งตาลอง



ภาพกิจกรรม การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และมีการคืนข้อมูล สะท้อนผล รายงานผล
การดำเนินงานตามแผนการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ
ณ ศาลาวัดหนองคุ้ม ตำบลโป่งตาลอง



ภาพกิจกรรม การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และมีการคืนข้อมูล สะท้อนผล รายงานผล
การดำเนินงานตามแผนการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ
ณ ศาลาวัดหนองคุ้ม ตำบลโป่งตาลอง



ภาพการประเมินความเสี่ยงภาวะหกล้ม Timed Up and Go Test (TUGT) ประเมินความเสี่ยงต่อการ พลัดตกหกล้มและประเมินการทรงตัวพลัดตกหกล้ม ณ ศาลาการเปรียญวัดสระน้ำใส ตำบลโป่งตาลอง



ภาพกิจกรรมให้ความรู้ผู้สูงอายุในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ
ณ ศาลาการเปรียญวัดสระน้ำใส



ภาพการประเมินความเสี่ยงภาวะหกล้ม Timed Up and Go Test (TUGT) ประเมินความเสี่ยงต่อการ พลัดตกหกล้ม และการประเมินการทรงตัว
ณ วัดหนองข้อมตะเคียนงาม ตำบลโป่งตาลอง อำเภอปากช่อง



ภาพกิจกรรม อสม. และ CG ประเมินความเสี่ยงผู้สูงอายุ ประเมินด้านสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย ณ ศาลาการเปรียญ วัดหนองข้อมตะเคียนงาม ตำบลโป่งตาลอง



ภาพกิจกรรม อสม. และ CG ประเมินความเสี่ยงผู้สูงอายุ ณ วัดหนองข้อมตะเคียนงาม (ต่อ)



ภาพกิจกรรมให้ความรู้ผู้สูงอายุในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ
ณ วัดหนองข้อมตะเคียนงาม



บ้านผู้สูงอายุที่ได้รับการปรับปรุงที่จับเดินบันได ให้มีความแข็งแรงขึ้น



ภาพบ้านผู้สูงอายุที่ได้รับการปรับปรุงที่อยู่อาศัย ภาศิเครือข่ายสุขภาพชุมชนและประชาชนในชุมชน ร่วมกันดำเนินงานปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้กับผู้สูงอายุ (ราวจับทางเดินไปห้องน้ำ)



ก่อนปรับปรุง



หลังปรับปรุง



ก่อนปรับปรุง



หลังปรับปรุง



ก่อนปรับปรุง



หลังปรับปรุง

ภาพบ้านผู้สูงอายุที่ได้รับการปรับปรุงที่อยู่อาศัย โดยภาศิเครือข่ายสุขภาพชุมชนตำบลโป่งตาลอง



ก่อนปรับปรุง



หลังปรับปรุง



ก่อนปรับปรุง



หลังปรับปรุง

ผู้สูงอายุได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกิ่งกาชาดอำเภอปากช่อง ร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพ
ชุมชนสนับสนุนบริจาคเพิ่มเติม ในการปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้ผู้สูงอายุ ตำบลโป่งตาลอง





องค์การบริหารส่วนตำบลโป่งตาลอง จัดหางบประมาณและประสานผู้นำชุมชนในหมู่บ้านร่วมกัน
ในการปรับปรุงบ้าน และสิ่งแวดล้อมให้ผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม



ภาพกิจกรรม มอบบ้านผู้ยากไร้ตามโครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคน
พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลันและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำปี 2567
โดยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในตำบลโป่งตาลอง

ภาพบ้านผู้สูงอายุที่ได้รับการปรับปรุงที่อยู่อาศัย โดยการบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน
จำนวน 2 หลัง



ภาพบ้านผู้สูงอายุ ได้รับการปรับปรุงที่พักอาศัย หลังที่ 1



ภาพบ้านผู้สูงอายุที่ได้รับการปรับปรุงที่อยู่อาศัย โดยการบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน
จำนวน 2 หลัง (ต่อ)



บ้านที่ได้รับการปรับปรุงหลังที่ 2





ภาพการเยี่ยมบ้านบ้านและประเมินด้านสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ
โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม.และผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
ตำบลโป่งตาลอง



ภาพเยี่ยมบ้านกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ตำบลโป่งตาลอง



ภาพเยี่ยมบ้านกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (ต่อ)



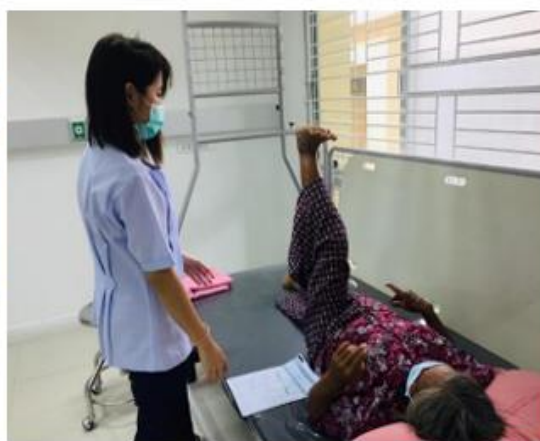
นักรกายภาพบำบัดโรงพยาบาลปากช่องนานา และ โรงพยาบาลมกุฏคีรีวัน การติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ และให้ความรู้ในการป้องกันการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ



นายอำเภอปากช่อง นายก อบต. โป่งตาลอง กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม.
ติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมินผลการแก้ปัญหา ให้ความรู้ในการป้องกันการบาดเจ็บ
จากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ



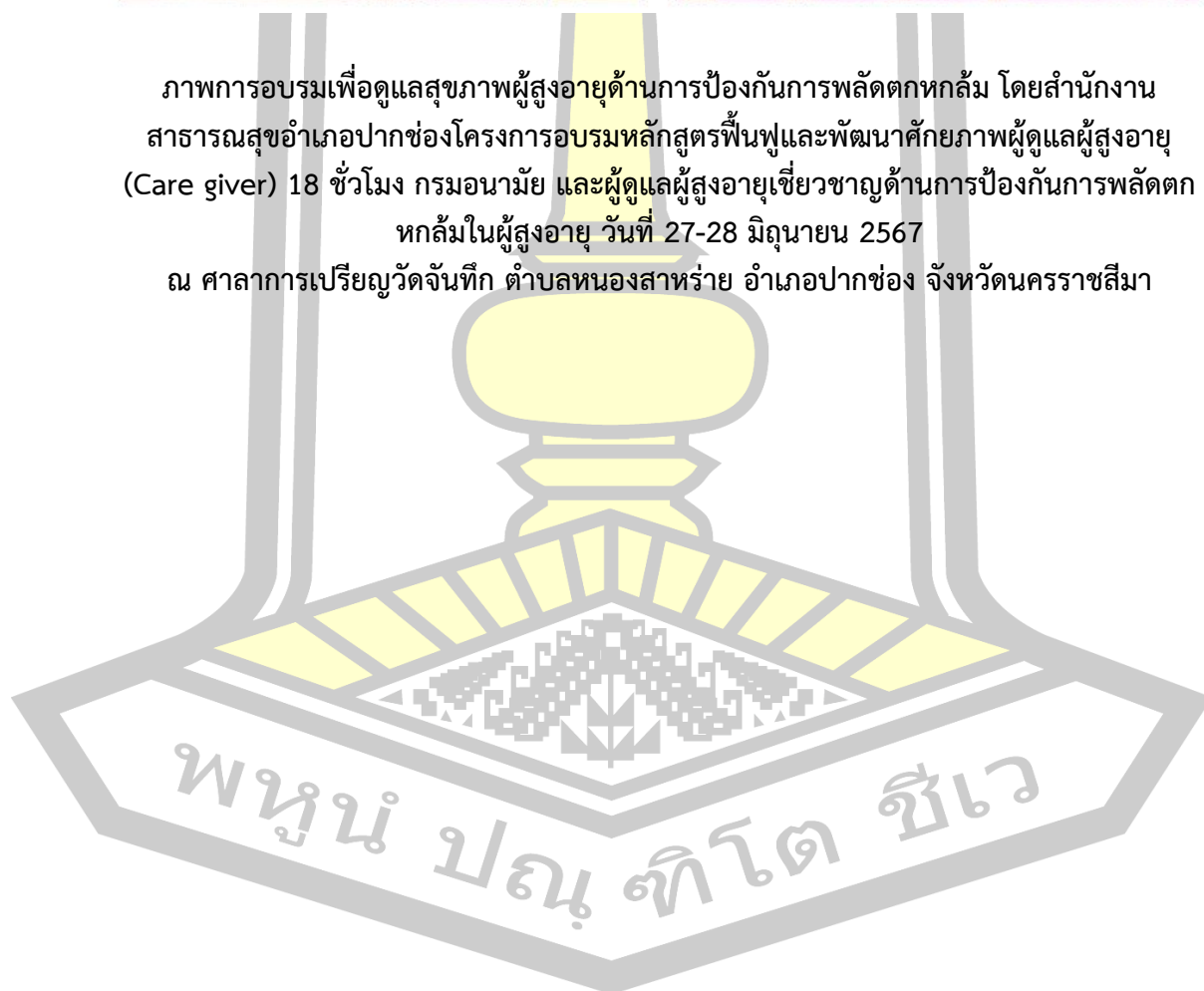
การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ให้บริการทุกวันศุกร์สัปดาห์ที่ 3 ของเดือน โดยการตรวจคัดกรอง สุขภาพผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่พบว่ามีปัญหาในด้านต่าง ๆ นัดพบแพทย์ที่คลินิกเพื่อรับการรักษาที่ คลินิก หรือส่งต่อการรักษาที่ รพ.มกุฎีศรีวัน และ รพ.ปากช่องนานา



กิจกรรมสอนการบริหารกล้ามเนื้อ เพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ ลดโอกาสในการพลัดตกหกล้ม



ภาพการอบรมเพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยสำนักงาน
สาธารณสุขอำเภอปากช่องโครงการอบรมหลักสูตรฟื้นฟูและพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ
(Care giver) 18 ชั่วโมง กรมอนามัย และผู้ดูแลผู้สูงอายุเชี่ยวชาญด้านการป้องกันการพลัดตก
หกล้มในผู้สูงอายุ วันที่ 27-28 มิถุนายน 2567
ณ ศาลาการเปรียญวัดจันทิก ตำบลหนองสาหร่าย อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางรุจิเรข ล้อไป
วันเกิด	วันที่ 24 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2518
สถานที่เกิด	จังหวัดชัยภูมิ
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 30/5 หมู่ที่ 5 ตำบลหนองพระ อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา 30130
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากช่อง ถนนมิตรภาพ ตำบลปากช่อง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา 30130
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2527 ประถมศึกษาปีที่ 1-4 โรงเรียนชุมชนชนวนวิทยา อำเภอบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ พ.ศ. 2529 ประถมศึกษาปีที่ 5-6 โรงเรียนสามัคคีรถไฟ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. 2535 มัธยมศึกษาปีที่ 1-6 โรงเรียนสุนารีวิทยา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. 2537 ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาธารณสุขศาสตร์ (สาธารณสุขชุมชน) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น พ.ศ. 2542 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พ.ศ. 2557 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พ.ศ. 2568 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม