

โครงการศึกษาการดำเนินการมาตรการป้องกันการพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ
ในชุมชนในประเทศไทย

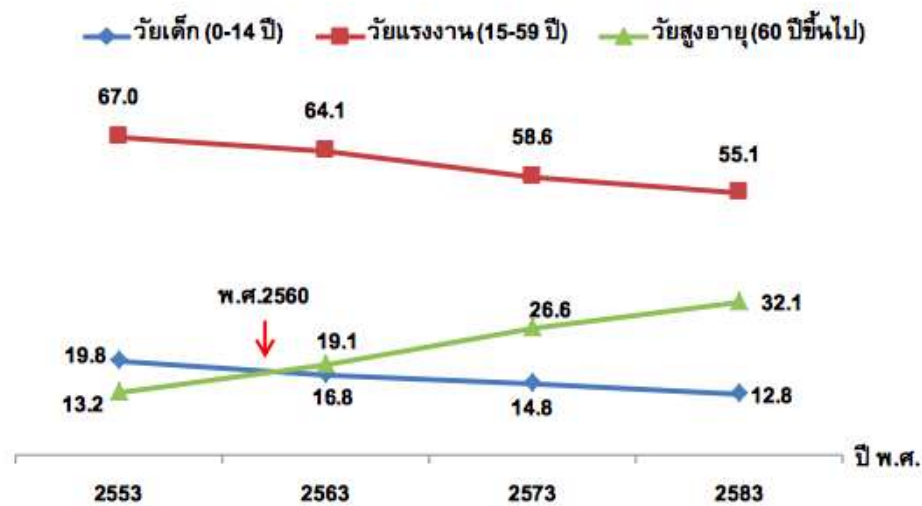
A study on the introduction of community-based preventive interventions for fall and dementia in the Thai elderly

ผู้รับผิดชอบโครงการ

1. นางสาววันทนีย์ กุลเพ็ง (หัวหน้าโครงการ)
2. ดร.พญ.ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี
3. นายวิฑริช พันธุมงคล
4. นางสาวจิตติ วิสัยพรม
5. ดร. ภาณุ.ศรีเพ็ญ ตันติเวสส

1. ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งองค์การเฮลท์เพจ อินเตอร์เนชันแนล (HelpAge International) ได้วิเคราะห์แนวโน้มของประชากรสูงอายุทั่วโลกในช่วงระหว่าง ปี พ.ศ. 2558-2593 [1] พบว่า ในปี พ.ศ. 2558 (ค.ศ. 2015) ทั่วโลกมีประชากรสูงอายุประมาณ 901 ล้านคน (ร้อยละ 12.3 ของประชากรทั้งหมด) โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 2,092 ล้านคน (ร้อยละ 16.5 ของประชากรทั้งหมด) ในปี พ.ศ. 2593 (ค.ศ. 2050) สำนักงานสถิติแห่งชาติระบุว่าประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) ตั้งแต่ในช่วงปี พ.ศ. 2547-2548 (ค.ศ. 2004-2005) ในขณะนั้นประชากรผู้สูงอายुर้อยละ 10.4 ของประชากรทั้งหมด และผลสำรวจจำนวนผู้สูงอายุครั้งที่ 5 ในปี พ.ศ. 2557 (ค.ศ. 2014) พบว่าประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14.9 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในช่วงปี พ.ศ. 2567-2568 (ค.ศ. 2024-2025) และในปี พ.ศ. 2583 (ค.ศ.2040) สัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นสูงถึงร้อยละ 32.1 ซึ่งจะทำให้ประเทศไทยกลายเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด เนื่องจากคนไทยจะมีอายุคาดเฉลี่ยยืนยาวยิ่งขึ้นและอัตราการเกิดมีแนวโน้มลดต่ำลง ดังรูปที่ 1 [2]



รูปที่ 1 สัดส่วนประชากรวัยเด็ก วัยแรงงาน และวัยสูงอายุ พ.ศ. 2553-2583¹

การพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554 พบว่ามีผู้สูงอายุที่เคยหกล้มร้อยละ 8.6 และในปี พ.ศ. 2557 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11.6 ทั้งนี้ การพลัดตกหกล้มยังเป็นอีกหนึ่งสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเสียชีวิต โดยทั่วโลกมีผู้สูงอายุเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มในปี พ.ศ. 2545 ประมาณ 391,000 คน และเพิ่มขึ้นเป็น 424,000 คน ในปี พ.ศ. 2555 (เฉลี่ยวันละ 1,160 คน) [3, 4] สำหรับประเทศไทยมีผู้สูงอายุเสียชีวิตจากสาเหตุดังกล่าวกว่า 1,000 คน หรือเฉลี่ยวันละ 3 คน [5] การคาดการณ์ในปี พ.ศ. 2560 จะมีผู้สูงอายุพลัดตกหกล้ม จำนวน 3,030,900 - 4,714,800 คน และระหว่างปีพ.ศ. 2560 - 2564 มีผู้สูงอายุพลัดตกหกล้มปีละประมาณ 3,030,900 - 5,506,000 คน ซึ่งในจำนวนนี้จะมีผู้เสียชีวิต จำนวน 5,700 - 10,400 คนต่อปี [6] สำหรับภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ประมาณ 16.71 รายต่อแสนประชากร (พ.ศ. 2558) [7] นอกจากนี้ การสำรวจความชุกของผู้มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย พบประมาณร้อยละ 3.3 ของประชากรสูงอายุทั้งหมด [8]

การพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี และคณะ [9, 10] พบว่าการออกกำลังกายแบบผสมผสาน ได้แก่ การออกกำลังกายที่ช่วยในการเดิน การทรงตัวของร่างกาย และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (gait, balance และ strengthening exercise) เป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุได้ และ

¹ สำนะโนประชากรและเคหะ พ.ศ.2513, 2533, 2553, 2573 และ 2583 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2553-2583, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (aerobic) อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที 2 ครั้งต่อสัปดาห์ สามารถป้องกันการลดลงของ cognitive function ได้

ในขณะที่การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่กล่าวข้างต้นชี้ว่า การออกกำลังกายบางประเภทจะช่วยป้องกันการพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ แต่สัดส่วนของผู้สูงอายุในประเทศไทยที่ออกกำลังกายเป็นประจำในปี 2552 และ 2557 ลดลงอย่างเห็นได้ชัดในทุกกลุ่มอายุ ดังจะเห็นได้จากผลการสำรวจสถานะสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 4 (พ.ศ.2552) เปรียบเทียบกับครั้งที่ 5 (พ.ศ. 2557) [11, 12] ที่พบว่าผู้สูงอายุออกกำลังกายขึ้นปานกลางถึงหนักลดลง โดยในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ลดลงจากร้อยละ 32-47 เป็นร้อยละ 19 ในขณะที่กลุ่มอายุ 70-79 ปี ลดลงจากร้อยละ 35-30 เป็นร้อยละ 16 และกลุ่มอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปลดลงจากร้อยละ 25-15 เป็นร้อยละ 13

ประเทศไทยตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาการพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยมีหลายหน่วยงานที่มีบทบาทในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาดังกล่าว ทั้งที่เป็นหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและอื่นๆ เช่น สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต และกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ รวมทั้งภาคส่วนอื่น เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) สมาคมพญาพิทยาศาสตร์และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย ฯลฯ ทั้งนี้ แต่ละหน่วยงานมีนโยบายสนับสนุนการดำเนินมาตรการป้องกันการพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน เช่น การพัฒนาคู่มือป้องกันการพลัดตกหกล้มและคู่มือป้องกันภาวะสมองเสื่อม คัดกรองสุขภาพและคัดกรองภาวะสมองเสื่อม พัฒนา application จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ปรับปรุงสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ ดำเนินกิจกรรมออกกำลังกาย จัดอบรมและให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ เป็นต้น อีกทั้งยังมีข้อแตกต่างในด้านกลวิธีดำเนินงานรวมถึงเครือข่ายของหน่วยงานที่รับผิดชอบการนำนโยบายจากส่วนกลางไปสู่การปฏิบัติทั้งในระดับสถานพยาบาลและชุมชน นอกจากนี้ในบางพื้นที่อาจมีการดำเนินโครงการและมาตรการที่ริเริ่มโดยหลายหน่วยงานหรือประกอบด้วยหลายมาตรการ/กิจกรรมในเวลาเดียวกัน

ในระดับชุมชน ชมรมผู้สูงอายุเป็นองค์กรหนึ่งที่น่าจะมีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ปัจจุบันมีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในทุกภูมิภาคของประเทศ ในปี 2557 ผู้สูงอายุร้อยละ 33 เป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุ (การสำรวจประชากรผู้สูงอายุไทย 2557) [13] ชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งโรงพยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร กิจกรรมที่ดำเนินการส่วนหนึ่งจึงเน้นไปที่การดูแลสุขภาพทางกายและจิตใจ เช่น การตรวจร่างกาย การคัดกรอง

โรค (รวมทั้งการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม) การออกกำลังกาย การให้ความรู้ด้านสุขภาพ และการให้บริการป้องกันและรักษาโรค จากการสำรวจในปี 2553 (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ 2555) [14] พบว่า ร้อยละ 91 ของชมรมผู้สูงอายุมีการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายให้สมาชิก โดยร้อยละ 32 จัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ร้อยละ 29 จัดตามวาระโอกาส มีเพียงร้อยละ 18.5 ที่รายงานว่าจัดให้สมาชิกได้ออกกำลังกายเป็นประจำทุกวัน ตัวอย่างกิจกรรมการออกกำลังกายที่จัดขึ้นโดยชมรมผู้สูงอายุ ได้แก่ การรำไม้พลอง การเต้นแอโรบิก สีสาค การรำมวยจีน เปตอง และการประยุกต์การฟ้อนรำหรือจังหวะดนตรีพื้นบ้านมาใช้กับการออกกำลังกาย เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การสวดมนต์ ไหว้พระ ถวายเทียน และฝึกสมาธิ ความสำเร็จในการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น การไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ความเชื่อที่ว่า การพลัดตกหกล้มเป็นอุบัติเหตุไม่มีวิธีที่จะใช้ป้องกัน ภาระการทำงานบ้านและเลี้ยงดูหลานทำให้ไม่มีเวลาออกกำลังกาย ความรู้สึกเกรงใจเจ้าหน้าที่ที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าจะมีการติดตามประเมินโครงการ เป็นต้น [15] การศึกษาของ จิตติมา บุญเกิด และคณะ (2558) [16] พบว่า กลวิธีการสื่อสารที่อาสาสมัครสาธารณสุขสุมนำมาใช้สามารถสร้างความตระหนักรู้และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุได้

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีหลายหน่วยงานที่ดำเนินการส่งเสริมและป้องกันปัญหาการพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ แต่ยังคงมีช่องว่างของการรวบรวมและบูรณาการข้อมูลในระดับประเทศ เช่น การกระจายตัวของการดำเนินมาตรการในพื้นที่ ข้อมูลความต่อเนื่องในการดำเนินงานของแต่ละมาตรการ ปัจจัยสนับสนุนและปัญหา/อุปสรรคของการดำเนินมาตรการในพื้นที่ ดังนั้น จึงควรมีศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของการป้องกันการพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในประเทศไทย เพื่อให้ทราบถึงความครอบคลุมและความต่อเนื่องของการดำเนินมาตรการ รวมทั้งถอดบทเรียนจากพื้นที่ที่ดำเนินมาตรการป้องกันการพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

2. วัตถุประสงค์

ศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับการดำเนินมาตรการป้องกันการพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

- 1) สำรวจการกระจาย/การเข้าถึงในด้านกายภาพของมาตรการป้องกันการพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในชุมชน
- 2) สำรวจความต่อเนื่องของการดำเนินมาตรการป้องกันการพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในชุมชน

- 3) ศึกษาเนื้อหา นโยบาย/โครงการป้องกันการพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในชุมชน ของหน่วยงานระดับกรมในกระทรวงสาธารณสุข และกลไกการดำเนินการตามนโยบาย
- 4) ศึกษา รูปแบบ กระบวนการ ปัจจัยสนับสนุนและปัญหา/อุปสรรค ของการดำเนินมาตรการป้องกันการพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในชุมชน

3. เป้าหมายของผลผลิต (output) และตัวชี้วัด

รายงานการศึกษาศาสนาการณปัจจุบันของการดำเนินมาตรการป้องกันการพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในประเทศไทย 1 ฉบับ โดยผ่านการกลั่นกรองจากผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิ

4. เป้าหมายของผลลัพธ์ (Outcome) และตัวชี้วัด

หน่วยงานที่เป็นผู้กำหนดนโยบายด้านผู้สูงอายุอ้างอิงหลักฐานจากรายงานการศึกษาศาสนาการณฯ

5. ผลกระทบ (Impact)

คาดว่าจะเกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับนโยบาย/แผนการส่งเสริมการใช้มาตรการป้องกันการพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในประเทศไทย

6. ทฤษฎี สมมติฐาน และ/หรือ กรอบแนวความคิดของแผนงานวิจัย

การศึกษานี้มีขอบเขตครอบคลุมเฉพาะมาตรการที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันเรื่องในประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงต่อการหกล้มและการเพิ่มสมรรถภาพการทำงานของสมอง โดยมาตรการที่ช่วยความเสี่ยงต่อการหกล้มได้อย่างมีนัยสำคัญคือ การออกกำลังกายที่ช่วยเรื่องการเดินทางและการทรงตัว (gait, balance, and functional training) [17] การออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหวแบบ 3 ระนาบ (three dimensions exercise) เช่น โไทเก็ก [18] การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสม [19] และการให้มาตรการป้องกันการหกล้มหลายมาตรการร่วมกันโดยจะต้องมีการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุแต่ละคน (multifactorial intervention) [20] และมาตรการที่ช่วยเพิ่มสมรรถภาพการทำงานของสมองได้อย่างมีนัยสำคัญคือ การออกกำลังกายแบบ aerobic exercise อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที 2 ครั้งต่ออาทิตย์ [21] และการฝึกการใช้สมอง (cognitive activity training) [22] และศึกษาปัจจัยความสำเร็จ ตลอดจนปัญหา/อุปสรรคของการดำเนินมาตรการป้องกันการพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในชุมชน (ไม่รวมมาตรการที่ดำเนินการเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในสถานพยาบาล) ในจังหวัดที่เป็นกรณีศึกษาใน 4 จังหวัดซึ่งกระจายตามภูมิภาค และกรุงเทพมหานคร (รูปที่ 2) อย่างไรก็ตามผู้วิจัยตระหนักว่ามาตรการป้องกันการพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อม

ในผู้สูงอายุในชุมชนที่หน่วยงานต่างๆ ดำเนินการอยู่ อาจมีได้อ้างอิงหลักฐานจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ หรือเป็นการดำเนินมาตรการโดยเป็นส่วนหนึ่งของโครงการศึกษาวิจัยหรือโครงการนำร่อง

ในการพัฒนากรอบแนวคิดของการศึกษานี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ตัวแบบ (model) เกี่ยวกับการนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติ (Policy implementation) แบบ bottom-up หรือ street-level bureaucracy model [23, 24] ผสมผสานกับแนวคิดในการศึกษาการดำเนินมาตรการที่มีความซับซ้อน (complex interventions) ซึ่งมักนำมาใช้ในการประเมินโครงการสร้างเสริมสุขภาพ ตามแนวคิดดังกล่าว การประเมินไม่ควรเน้นเฉพาะผลผลิตและผลลัพธ์ของโครงการ แต่ยังต้องทำความเข้าใจกับกระบวนการ กลไก และปัจจัยบริบท (Contextual factors) ที่ส่งผลต่อผลผลิตและผลลัพธ์เหล่านั้นด้วย [25, 26]

กรอบแนวคิดของการศึกษานี้ให้ความสำคัญกับหน่วยงานผู้ปฏิบัติ (implementers) ที่ให้บริการและประสานงานให้มีกิจกรรมเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่หรือชุมชน ซึ่งในที่นี้คือชมรมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทของหน่วยงานผู้ปฏิบัติ และทรัพยากรที่หน่วยงานมีอยู่ (เช่น บุคลากรและความรู้และทักษะความเชี่ยวชาญในการให้บริการที่เกี่ยวข้องกับมาตรการ เครื่องมือ/อุปกรณ์ ข้อมูลข่าวสาร ระบบบริหารจัดการ และเงินทุน/งบประมาณ) สำหรับนโยบายสาธารณะโดยทั่วไป การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติโดยหน่วยงานในพื้นที่ (peripheral units) อาจมีเป้าประสงค์และกระบวนการที่เบี่ยงเบนไปจากที่กำหนดโดยหน่วยงานในส่วนกลาง (central departments) ซึ่งมีสาเหตุหลายประการ เช่น ความไม่ชัดเจนของเนื้อหา นโยบาย ขาดแคลนทรัพยากรที่จำเป็น ข้อจำกัดเฉพาะพื้นที่ทำให้หน่วยงานที่รับผิดชอบต้องดัดแปลงหรือปรับเปลี่ยนกลวิธีดำเนินงาน เป็นต้น มาตรการป้องกันการพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อมในชุมชนก็เช่นเดียวกัน ประสิทธิภาพหรือความสำเร็จของมาตรการน่าจะขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านคุณลักษณะของนโยบาย (เช่น การสื่อสารถ่ายทอดนโยบาย ความง่ายของมาตรการ ค่าใช้จ่าย/ต้นทุนสำหรับการดำเนินงาน การติดตามประเมินผลโดยผู้กำหนดนโยบาย ความสอดคล้องกับค่านิยม ความเชื่อ และวิถีชีวิตของชุมชน การยอมรับของบุคลากรผู้ให้บริการ) และปัจจัยบริบท (เช่น ประสบการณ์การดำเนินมาตรการที่คล้ายกันชุมชน ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมของชุมชน การสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอกหรือผู้นำทางความคิดในชุมชน การยอมรับ/การดำเนินมาตรการ และประสิทธิภาพ/ความสำเร็จของการดำเนินมาตรการโดยชุมชนใกล้เคียง) จะเห็นได้ว่า ปัจจัยเกี่ยวกับหน่วยงานผู้ปฏิบัติ ปัจจัยด้านคุณลักษณะของนโยบาย และปัจจัยบริบท อาจมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน อีกทั้งยังมีผลให้เกิดความแตกต่างกันในรูปแบบ การบูรณาการเข้ากับระบบดูแลสุขภาพ ความยั่งยืน และประสิทธิผลของการดำเนินมาตรการป้องกันการพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อมในชุมชนแต่ละแห่ง



รูปที่ 2 กรอบแนวความคิดของแผนงานวิจัย

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้สามารถเติมเต็มช่องว่างของความรู้และทำให้ทราบถึงสถานการณ์การป้องกันการพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในประเทศไทยที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่/ชุมชน ณ ปัจจุบัน นอกจากนี้ ผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติงานด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุสามารถใช้ข้อมูลเชิงลึกเรื่องปัญหา/อุปสรรคและบทเรียนจากพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จ ในการวางแผนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในอนาคต

8. แนวทางการดำเนินโครงการ/วิธีการดำเนินการ

การศึกษานี้ใช้รูปแบบวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) และเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยมีรายละเอียดวิธีการศึกษาเบื้องต้น ดังต่อไปนี้

1) การสำรวจการกระจายและความต่อเนื่องของการดำเนินงานมาตรการป้องกันการพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อมในในพื้นที่

- รูปแบบการศึกษา
การศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study)
- กลุ่มเป้าหมาย

เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เทศบาล และศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ มีรายละเอียดดังนี้

พื้นที่	จำนวน (แห่ง)
เทศบาล	2,442
ตำบล	5,334
ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร	76
รวม	7,852

ที่มา: สรุปลงข้อมูลองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นทั่วประเทศ ณ วันที่ 30 มีนาคม 2560, กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

- เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล
แบบสำรวจมีข้อคำถามแบบปลายเปิด (open-ended questions) และปลายปิด (close-ended questions) พัฒนาโดยนักวิจัย และให้มีการทดสอบความถูกต้องและทำการสำรวจเชิงทดสอบ (pilot test) กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อดูความเป็นไปได้ของการใช้แบบสำรวจชุดดังกล่าว
- การเก็บรวบรวมข้อมูล
 - ส่งแบบสำรวจและหนังสือขอความร่วมมือไปยังกลุ่ม รพ.สต. เทศบาล และศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ทางไปรษณีย์ (mail survey) โดยกำหนดให้มีการตอบกลับทางไปรษณีย์ภายใน 1 เดือน นับจากวันที่ส่งแบบสำรวจ และให้มีการติดตามหน่วยตัวอย่างทางโทรศัพท์ในกรณีที่ไม่ได้รับตอบกลับแบบสำรวจ
 - กรณีที่ได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วนหรือมีความไม่ชัดเจน จะให้มีการโทรศัพท์เพื่อตรวจสอบหรือขอข้อมูลเพิ่มเติม
 - เมื่อสิ้นสุดการปิดรับแบบตอบกลับทางไปรษณีย์ครั้งที่ 2 (ประมาณ 2 สัปดาห์หลังจากมีการโทรศัพท์ติดตาม) นักวิจัยจะสุ่มหน่วยตัวอย่างที่ไม่ได้ตอบกลับแบบสำรวจอีกร้อยละ 3 เพื่อทำการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ทั้งนี้ เพื่อตรวจสอบความลำเอียงที่อาจเกิดขึ้นจากการ

เลือกตอบแบบสำรวจ เนื่องจากหน่วยตัวอย่างที่ไม่มีการดำเนินการป้องกันการพลัดตก
หกล้มและภาวะสมองเสื่อมมีแนวโน้มที่จะเลือกไม่ตอบกลับแบบสำรวจ

- การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) เพื่อแสดงการกระจายมาตรการ
ป้องกันการพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อม และความต่อเนื่องของมาตรการฯ แสดงผลใน
รูปกราฟ ความถี่ และร้อยละ

2) การศึกษาเนื้อหา นโยบาย/โครงการป้องกันการพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในชุมชน ของ
หน่วยงานระดับกรมในกระทรวงสาธารณสุข และกลไกการดำเนินการตามนโยบาย ใช้วิธีทบทวนเอกสารของ
หน่วยงานทั้งที่เป็นสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ เว็บไซต์ และเอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่น นโยบาย/ยุทธศาสตร์
ระดับชาติ รายงานการวิจัยที่ดำเนินการโดยหน่วยงานภายนอก เป็นต้น ในกรณีที่ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วนหรือ
ขาดความชัดเจน ผู้วิจัยจะขอสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบการดำเนินนโยบาย/โครงการเหล่านั้น

3) การศึกษาศึกษารูปแบบ กระบวนการ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ และปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการ
ดำเนินงานมาตรการป้องกันการพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

- รูปแบบการศึกษา

การศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม (focus group discussion)

- กลุ่มเป้าหมาย

แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

- ผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุในพื้นที่ตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล/เทศบาล
- สมาชิกในชมรมผู้สูงอายุในตำบล/เทศบาลที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง
- สมาชิกในชมรมผู้สูงอายุในตำบล/เทศบาลที่เคยมีการดำเนินการ หรือปัจจุบันดำเนิน
มาตรการแต่ไม่ต่อเนื่อง

- สถานที่ศึกษา

การศึกษานี้แบ่งออกเป็น 5 พื้นที่ ตามเกณฑ์การแบ่งภาคของกรมการปกครอง ได้แก่ ภาคเหนือ ภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และ ภาคใต้ ในแต่ละภาคสุ่มเลือกจังหวัดแบบเจาะจง (purposive
sampling) ภาคละ 1 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร เมื่อพิจารณาจากกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่การศึกษา
แล้ว จะมีการทำสนทนากลุ่มจำนวน 15 กลุ่ม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การพิจารณากลุ่มเป้าหมายและพื้นที่การศึกษาสำหรับการสนทนากลุ่ม

ภาค	ตัวอย่าง จังหวัด	กลุ่มเป้าหมาย		
		ผู้ปฏิบัติงาน	สมาชิกในชมรมผู้สูงอายุในตำบล/เทศบาล	
			ดำเนินมาตรการอย่าง ต่อเนื่อง	เคยดำเนินมาตรการ หรือ ดำเนินมาตรการแต่ไม่ต่อเนื่อง
ภาคเหนือ	ยังไม่ระบุ	ตัวแทนจาก - พมจ 1 คน - สสจ 1 คน - รพ.จังหวัด 1 คน - สสอ 2 คน* - รพ.ชุมชน 2 คน* - อบต/เทศบาล 2 คน* - รพสต 2 คน*	สมาชิก 5-10 คน จาก ชมรมเดียวกัน	สมาชิก 5-10 คน จากชมรม เดียวกัน
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ยังไม่ระบุ	ตัวแทนจาก - พมจ 1 คน - สสจ 1 คน - รพ.จังหวัด 1 คน - สสอ 2 คน* - รพ.ชุมชน 2 คน* - อบต/เทศบาล 2 คน* - รพสต 2 คน*	สมาชิก 5-10 คน จาก ชมรมเดียวกัน	สมาชิก 5-10 คน จากชมรม เดียวกัน
ภาคกลาง	ยังไม่ระบุ	ตัวแทนจาก - พมจ 1 คน - สสจ 1 คน - รพ.จังหวัด 1 คน - สสอ 2 คน* - รพ.ชุมชน 2 คน* - อบต/เทศบาล 2 คน* - รพสต 2 คน*	สมาชิก 5-10 คน จาก ชมรมเดียวกัน	สมาชิก 5-10 คน จากชมรม เดียวกัน
ภาคใต้	ยังไม่ระบุ	ตัวแทนจาก - พมจ 1 คน - สสจ 1 คน - รพ.จังหวัด 1 คน - สสอ 2 คน*	สมาชิก 5-10 คน จาก ชมรมเดียวกัน	สมาชิก 5-10 คน จากชมรม เดียวกัน

ภาค	ตัวอย่าง จังหวัด	กลุ่มเป้าหมาย		
		ผู้ปฏิบัติงาน	สมาชิกในชมรมผู้สูงอายุในตำบล/เทศบาล	
			ดำเนินมาตรการอย่าง ต่อเนื่อง	เคยดำเนินมาตรการ หรือ ดำเนินมาตรการแต่ไม่ต่อเนื่อง
		- รพ.ชุมชน 2 คน* - อบต/เทศบาล 2 คน* - รพสต 2 คน*		
กรุงเทพมหานคร		ตัวแทนจาก - กองยุทธศาสตร์ สาธารณสุขและ สิ่งแวดล้อม 1 คน - สำนักอนามัย กทม 1 คน - สำนักงานเขต 2 คน - ศูนย์บริการ สาธารณสุข 2 คน	สมาชิก 5-10 คน จาก ชมรมเดียวกัน	สมาชิก 5-10 คน จากชมรม เดียวกัน

*ผู้ปฏิบัติงานที่ดูแลพื้นที่ของชมรมผู้สูงอายุที่ถูกคัดเลือกในการทำสนทนากลุ่ม

- เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

แนวคำถามพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมาตรการป้องกันการปลด
ตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อม ในประเด็นที่ระบุในกรอบแนวคิดของการศึกษานี้ ตรวจสอบความ
ครอบคลุมและความครบถ้วนของคำถามโดยจะส่งแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มให้
ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุทบทวนและให้ความเห็นต่อความถูกต้องทางวิชาการ และตรวจสอบความ
เหมาะสมของการใช้ถ้อยคำ (wording)

- การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม นักวิจัยจะทำการบันทึกเสียงการสนทนาโดยใช้เครื่องบันทึกเสียง
และเก็บเป็นไฟล์เสียงในรูปแบบ MP3 โดยจะขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มก่อนเริ่มทำ
การเก็บข้อมูล

- การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาถอดเทปแบบคำต่อคำ (verbatim transcription) จากนั้น จะ
นำบทสนทนามาวิเคราะห์โดยใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และนำเสนอผลการ

วิเคราะห์ต่อผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาความครอบคลุม ความถูกต้องของเนื้อหา แล้วดำเนินการแก้ไข
ตามข้อเสนอแนะ

9. ระยะเวลาในการดำเนินงาน

การศึกษานี้กำหนดระยะเวลาดำเนินงาน 10 เดือน

กิจกรรม	เดือนที่									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
พัฒนาโครงร่างงานวิจัย	■									
พัฒนาและทดสอบเครื่องมือ		■								
ขออนุมัติจริยธรรม			■	■						
ทบทวนเอกสารนโยบาย				■	■					
เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ					■	■				
วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเบื้องต้น						■				
เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ						■	■			
ติดตามแบบสำรวจ ตรวจสอบความถูกต้อง บันทึกข้อมูล							■			
วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ							■			
วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ								■		
นำเสนอผลการศึกษาเบื้องต้น								■		
แก้ไขการผลการศึกษาและเขียนรายงาน									■	■

10. ผลสำเร็จและความคุ้มค่าของงาน

การทราบข้อมูลการกระจายและความต่อเนื่องของมาตรการฯ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น จะช่วยให้รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุทราบถึงสถานการณ์ปัจจุบัน ตระหนักถึงความสำเร็จ/ปัญหาของการดำเนินงานที่ผ่านมา และสามารถใช้อ้างอิงเหล่านี้ในการวางแผนการดำเนินงาน การบริหารทรัพยากร เพื่อนำสู่การเพิ่มการเข้าถึงมาตรการฯ ในกลุ่มผู้สูงอายุได้

11. แผนบริหารความเสี่ยง

ในการทำ mail survey อาจมี response rate ที่ต่ำ จึงให้มีการติดตามกลุ่มเป้าหมายทางโทรศัพท์ในกรณีที่ไม่ได้ตอบกลับแบบสำรวจ และอาจมีลำเอียงที่เกิดขึ้นจากการเลือกตอบแบบสำรวจ เนื่องจากชมรมผู้สูงอายุที่ไม่มีการดำเนินมาตรการฯ มีแนวโน้มที่จะเลือกไม่ตอบกลับแบบสำรวจ จึงให้มีการสุ่มร้อยละ 3 ของชมรมที่ไม่ตอบแบบสำรวจ จากนั้น ทำการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์เพื่อหาข้อมูลการมี/ไม่มีการดำเนินมาตรการฯ

12. เอกสารอ้างอิง

1. UNDESA Popoulation Divission. World popoulation prospects: the 2015 revision 2015 [cited 2017 October4]. Available from: <http://www.helpage.org>.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557.
3. World Health Organization. Violence and Injury Prevention: Falls [cited 2017 October 2]. Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/other_injury/falls/en/.
4. World Health Organization. Fact Sheet: Falls 2012 [cited 2017 October 2]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>.
5. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2558.
6. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการพยากรณ์การปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2560 - 2564. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2560.
7. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2558.
8. Jitapunkul S, Kuanusont C, Phoolcharoen W, Suriyawongpaisal P. Prevalence estimation of dementia among Thai elderly: a national survey. Journal of the Medical Association of Thailand= Chotmaihet thangphaet. 2001;84(4):461-7.
9. ัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี, แสงสุลี ธรรมไกรสร, พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ. รายงาน การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่องมาตรการการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ (Systematic review of dementia prevention in elderly). นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ 2557.
10. ัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี, แสงสุลี ธรรมไกรสร, พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ. รายงาน การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่องมาตรการการป้องกันการปลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ, 2557.
11. วิชัย เอกพลากร, เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล, หทัยชนก พรรคเจริญ, วราภรณ์ เสถียร นพเกล้า, กนิษฐา ไทยกล้า. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ. ศ. 2551-2. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชน ไทย, 2010.
12. วิชัย เอกพลากร, เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล, หทัยชนก พรรคเจริญ, วราภรณ์ เสถียร นพเกล้า, กนิษฐา ไทยกล้า. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ. ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), 2559.

13. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: เทีเกษ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น; 2557.
14. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ญัฐพัชร สโรบล, ธนิกันต์ ศักดาพร. ลักษณะการดำเนินงานและ กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: 2555.
15. ไพลวรรณ สัทธานนท์, ผกามาศ พิริยะประสาธน์, ฉันทยาภรณ์ อรัญวาลัย, กฤษณา ครุฑนาค. การล้มใน ผู้สูงอายุไทยในเขตเมืองและชานเมือง: อุบัติการณ์ ปัจจัยเสี่ยง การจัดการ และการป้องกัน. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2558.
16. จิตติมา บุญเกิด, อัญญาพร สุทัศน์วรวิฑู, พิชิต สุขสบาย, กัลยารัตน์ งามรงค์, ธเนศ แก่นสาร, รัชนีวรรณ รอส. การสร้างความตระหนักรู้และทัศนคติเชิงบวกแก่ผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อป้องกันการหกล้มโดยคำแนะนำจากอาสาสมัครและจากสื่อส่งเสริมสุขภาพ. วาสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2558;9(1).
17. Prevention of falls and fall-related injuries in community-dwelling seniors: an evidence-based analysis. Ontario health technology assessment series. 2008;8(2):1-78. PubMed PMID: 23074507. Pubmed Central PMCID: PMC3377567. Epub 2008/01/01. eng.
18. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. The Cochrane database of systematic reviews. 2012;9:CD007146. PubMed PMID: 22972103. Epub 2012/09/14. eng.
19. Clemson L, Mackenzie L, Ballinger C, Close JCT, Cumming RG. Environmental interventions to prevent falls in community-dwelling older people: A meta-analysis of randomized trials. Journal of Aging and Health. 2008;20(8):954-71.
20. Weatherall M. Prevention of falls and fall-related fractures in community-dwelling older adults: A meta-analysis of estimates of effectiveness based on recent guidelines. Internal Medicine Journal. 2004;34(3):102-8.
21. Angevaren M, Aufdemkampe G, Verhaar HJ, Aleman A, Vanhees L. Physical activity and enhanced fitness to improve cognitive function in older people without known cognitive impairment. The Cochrane database of systematic reviews. 2008 (3):CD005381. PubMed PMID: 18646126. Epub 2008/07/23. eng.
22. Valenzuela M, Sachdev P. Can cognitive exercise prevent the onset of dementia? Systematic review of randomized clinical trials with longitudinal follow-up. The American journal

of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry. 2009 Mar;17(3):179-87. PubMed PMID: 19225276. Epub 2009/02/20. eng.

23. Hill MJ, Hupe PL. Implementing public policy: governance in theory and practice: Wiley Online Library; 2002.

24. Lipsky M. Street-level bureaucracy, 30th ann. Ed.: dilemmas of the individual in public service: Russell Sage Foundation; 2010.

25. Fletcher A, Jamal F, Moore G, Evans RE, Murphy S, Bonell C. Realist complex intervention science: applying realist principles across all phases of the Medical Research Council framework for developing and evaluating complex interventions. *Evaluation*. 2016;22(3):286-303.

26. Pawson R, Greenhalgh T, Harvey G, Walshe K. Realist review-a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *Journal of health services research & policy*. 2005;10(1_suppl):21-34.