

รายงานการศึกษาส่วนบุคคล
(Individual Study)

โครงการพัฒนาการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ
ของชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร

จัดทำโดย นายอหวัช หวังเปี่ยมศักดิ์
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานออร์โธปิดิกส์
โรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม
หลักสูตรนักบริหารมหานคร ระดับกลาง รุ่นที่ ๑๖
สถาบันพัฒนาข้าราชการกรุงเทพมหานคร
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๘

รายงานการศึกษาส่วนบุคคล

(Individual Study)

โครงการพัฒนาการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ
ของชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร

จัดทำโดย นายอเนช หวังเปี่ยมศักดิ์

ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานออร์โธปิดิกส์
โรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร

หลักสูตรนักบริหารมหานคร ระดับกลาง รุ่นที่ ๑๖

สถาบันพัฒนาข้าราชการกรุงเทพมหานคร

ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๘

รายงานนี้เป็นความคิดเห็นเฉพาะบุคคลของผู้ศึกษา

๑. ผู้สูงอายุที่ได้เข้ารับการอบรมโครงการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุของชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร มีค่าเฉลี่ยการพลัดตกหกล้มน้อยกว่ากลุ่มที่ได้ผ่านพบอธิบายการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ และกลุ่มที่ไม่ได้เข้าอบรมและไม่ได้ผ่านพบดังกล่าว

๒. อุบัติการณ์การเกิดกระดูกสะโพกหักลดลง

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงเปรียบเทียบโดยใช้แหล่งข้อมูลจากชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร และกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุสิทธิบัตรทองโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

เชิญวิทยากรมาอบรมในโครงการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุของชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร มีการทำแบบทดสอบก่อนและหลังอบรมของผู้เข้ารับการอบรม

ประโยชน์/ผลการศึกษา

ผลการดำเนินการที่คาดว่าจะได้รับคือ การลดการเกิดอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าโครงการอบรมดังกล่าวเมื่อเทียบกับอีก ๒ กลุ่ม ลดการเกิดข้อสะโพกหักในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยข้อสะโพกหัก

ข้อเสนอแนะ

หากโครงการประสบความสำเร็จอาจจะของงบประมาณเป็นรายปีเพื่อจัดการอบรมทุกปี แต่เนื่องจากงบประมาณที่ได้มาไม่น่าจะจัดอบรมผู้สูงอายุได้ทั้งหมด อาจจะต้องมีการตรวจคัดกรองเพื่อแยกเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเท่านั้นมาเข้าโครงการ ส่วนที่เหลืออาจทำเป็นซีดีหนังสือสารคดีเพื่อฉายให้ผู้สูงอายุดูที่โอพีดีในระหว่างรอตรวจ ร่วมกับการแจกแผ่นพับคำแนะนำการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

รายงานส่วนบุคคล (Individual Study) ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความอนุเคราะห์ของบุคคลหลายท่าน ท่านแรก คือ ท่านศาสตราจารย์(พิเศษ) มานิต ศรีปราโมทย์ ที่ปรึกษาด้านการวิจัยทางการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ผู้ที่ได้ให้ความรู้ คำแนะนำ ตรวจสอบ และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆทุกขั้นตอน ท่านที่สองคือ อาจารย์ ดร.รัฐ ธนาติเรก ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวางแผนกลยุทธ์ และการพัฒนาคุณภาพบุคลากรด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ หลักสูตรนักรับบริหารมหานครระดับกลาง ที่ได้ให้ความรู้ แนวคิด การประยุกต์ และการพลิกแพลงต่างๆ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมาย นอกจากนี้ยังให้คำปรึกษาถึงความคุ้มค่า ซึ่งได้มาช่วยจุดประกายความคิดในการศึกษารายงานส่วนบุคคลนี้ ผู้ศึกษาใคร่ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ท่านสองเป็นอย่างนี้

นอกจากนี้ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกๆท่านที่ได้มาบรรยายให้ความรู้ในการอบรมครั้งนี้ที่มีอาจกล่าวนามได้ทั้งหมดไว้ ณ ที่นี้ด้วย และขอขอบคุณสถาบันพัฒนาข้าราชการกรุงเทพมหานคร คณะกรรมการหลักสูตรและคณะเจ้าหน้าที่ที่ดำเนินการหลักสูตรนักรับบริหารมหานครระดับกลางรุ่นที่ ๑๖ ทุกท่าน ที่ช่วยติดตาม ให้ความช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกในทุกขั้นตอน

นายอนวัช หวังเปี่ยมศักดิ์

สารบัญ

บทสรุปผู้บริหาร	
กิตติกรรมประกาศ	
หลักการและเหตุผล	๑
- สถานการณ์/สภาพปัญหา	๑
- การนำหลักวิชามาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์	๘
- แนวทาง/ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา	๙
วัตถุประสงค์	๙
เป้าหมาย	๑๐
นิยามศัพท์	๑๑
ปัจจัยหลักแห่งความสำเร็จ	๑๒
ภารกิจดำเนินการ	๑๓
ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	๑๓
งบประมาณ	๑๓
แผนการปฏิบัติการ	๑๔
แนวทางในการบริหารความเสี่ยง	๑๕
การประเมินผล	๑๕
ข้อเสนอแนะ	๑๖
บรรณานุกรม	๑๗
ประวัติผู้เขียนเอกสารรายงานการศึกษาส่วนบุคคล	๑๘

โครงการพัฒนาการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุของชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร

หลักการและเหตุผล

สถานการณ์และปัญหา

ผลจากความก้าวหน้าทางด้านสาธารณสุขและการแพทย์ของประเทศไทยทำให้อายุเฉลี่ยของคนไทยเพิ่มขึ้นตลอดในช่วง ๕๐ ปีที่ผ่านมา ขณะเดียวกันค่าใช้จ่ายเพื่อทำให้บริการสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุก็เพิ่มขึ้นตามความก้าวหน้าด้านการรักษาพยาบาลตลอดเวลา จากการสำรวจสำมะโนประชากรปี ๒๕๓๓ ประเทศไทยมีผู้สูงอายุร้อยละ ๗.๔ ปี ๒๕๔๓^(๑) เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๙.๔ และเป็นร้อยละ ๑๐.๗ ในปี ๒๕๕๐^(๒) ซึ่งเป็นที่ชัดเจนว่าสังคมไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี ๒๕๕๐แล้ว (ตามมาตรฐานสากล สังคมผู้สูงอายุ คือประเทศที่มีประชากรอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ ๑๐) ปัญหาหนึ่งของผู้สูงอายุ คือการเกิดอุบัติเหตุ มีสาเหตุจากความเสื่อมตามวัย อีกทั้งโรคภัยไข้เจ็บอันเป็นผลให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดลง ผู้สูงอายุบางรายมองเห็นไม่ชัด หูตึง การทรงตัวไม่ดี กล้ามเนื้อช่วยพยุงตัวไม่แข็งแรง ระบบประสาทสัมผัสเสื่อม ร่วมกับปัจจัยแวดล้อม เช่น แสงสว่างไม่เพียงพอ พื้นไม่เรียบ เปียกชื้น เสื้อผ้าที่สวมใส่รุ่มร่าม รองเท้าที่ใส่ไม่กระชับ และผลข้างเคียงจากยาที่ได้รับประทานทำให้เกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ การให้การดูแลรักษาหากไม่ถูกต้อง เหมาะสม ทันทีที่จะทำให้เกิดผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บมีอาการรุนแรงขึ้นเร็วกว่าคนปกติทั่วไป ก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลสูงขึ้น บางรายหลังเกิดอุบัติเหตุแล้วเกิด

ภาวะทุพพลภาพจนต้องพึ่งพิงผู้อื่นบางรายถึงกับเสียชีวิตไปก็มี

การหกล้มในผู้สูงอายุนับเป็นปัญหาสำคัญด้านการสาธารณสุข^(๓) เนื่องจากปัจจุบันประชากรโลกกำลังเข้าสู่วัยชรา ซึ่งเป็นผลจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้ผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้นและมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น โดยการหกล้มจัดเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome) ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและอาจเสียชีวิตในเวลาต่อมา จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าในแต่ละปี จะมีผู้สูงอายุหกล้มถึงร้อยละ ๓๕-๔๐ และพบว่าการเสียชีวิตที่เกิดจากการบาดเจ็บในผู้สูงอายุตั้งแต่ ๗๕ ปี ขึ้นไปร้อยละ ๗๐ มีสาเหตุจากการหกล้ม อุบัติการณ์ของการหกล้มในผู้สูงอายุไทยในเขตเมืองเมื่อติดตามไปเป็นเวลา ๑ ปี พบว่าเท่ากับร้อยละ ๑๐.๑ โดยเฉลี่ยแล้วพบว่าผู้สูงอายุไทยจะหกล้มประมาณร้อยละ ๒๐ เมื่อถามย้อนหลังไปนาน ๖ เดือน โดยพบว่ามีการหกล้มมากกว่า ๒ ครั้งถึงร้อยละ ๘ นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการหกล้มเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น และเกิดในเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ ๑.๕ เท่า ส่วนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราจะมีอุบัติการณ์การหกล้มเพิ่มขึ้นถึงประมาณร้อยละ ๕๐ เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีสุขภาพโดยรวมด้อยกว่าผู้สูงอายุที่สามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างอิสระ และยังมีอาการบาดเจ็บจากการหกล้มที่รุนแรงกว่าอีกด้วย

ปัจจัยที่ทำให้เกิดการหกล้มในผู้สูงอายุแบ่งเป็นปัจจัยภายในบุคคล (Intrinsic factors) และปัจจัยภายนอกบุคคล (Extrinsic factors) ซึ่งปัจจัยภายในบุคคลจะรวมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยด้านร่างกายเกี่ยวข้องกับกระบวนการสูงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลงได้แก่ ปัญหาความผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ เช่น ความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อลดลง ข้อเสื่อม การอักเสบของข้อ ความหนาแน่นของมวลกระดูกต่ำ และภาวะทุพโภชนาการสายตาดูผิดปกติการมองเห็นไม่ชัดเจนจากเลนส์ตาขุ่นหรือต่อกระจกการเสื่อมของหูชั้นในทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะ มึนงง และการทรงตัวไม่มั่นคงจากลักษณะท่าทางการเดินที่เปลี่ยนไปตามวัย นอกจากนี้ผู้สูงอายุมักเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ซึ่งอาการของโรคจะส่งผลให้การทรงตัวลดลง เช่น โรคหลอดเลือดในสมองโรคพาร์กินสัน และโรคสมองเสื่อม เป็นต้น ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง และมีท่าเดินที่ผิดปกติ ทำให้เดินไม่สะดวก และเสียสมดุลได้ง่าย โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับยาลดความดันโลหิต ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า (Postural hypotension) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และลิ้นหัวใจตีบหรือรั่ว ซึ่งทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจน้อยลง ส่งผลให้มีการไหลเวียนเลือดที่สมองลดลง เกิดอาการหน้ามืด เป็นลม และการหกล้มตามมาได้ โรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะหมดสติและเกิดการหกล้มตามมา นอกจากนี้การใช้จ่ายยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุมักมีภาวะความเจ็บป่วยร่วมกันหลายโรค ทำให้มักได้รับยาหลายชนิด ซึ่งอาจมีผลข้างเคียงต่อระบบประสาทและระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น ยานอนหลับ ยาระงับประสาท เป็นต้น ซึ่งมีผลข้างเคียงทำให้เกิดการเดินเซ กระวนกระวาย และสับสน ยาลดความดันโลหิต ยาต้านการเต้นผิดจังหวะของหัวใจ ทำให้หัวใจเต้นช้าและความดันโลหิตต่ำ ยิ่งผู้สูงอายุได้รับยาจำนวนมากเท่าไร ก็ยิ่งมีความเสี่ยงต่อการหกล้มมากเท่านั้น ส่วนด้านจิตใจ พบว่าผู้สูงอายุบางคนที่มีภาวะสุขภาพไม่ดี เช่น มีความวิตกกังวล หลงลืมและซึมเศร้า จะมีความเสี่ยงสูงต่อการหกล้ม เนื่องจากการรับรู้และการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายลดลง

สำหรับปัจจัยภายนอกบุคคลที่เป็นสาเหตุให้เกิดการหกล้ม หมายถึง สิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยทั้งภายในบ้านและภายนอกบ้าน สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ได้แก่ แสงสว่างที่มากหรือน้อยเกินไป พื้นลื่น พื้นเปียก ทางต่างระดับ บันไดบ้านไม่มีราวเกาะ และการจัดวางสิ่งของที่ไม่เป็นระเบียบ สิ่งแวดล้อมภายนอกบ้าน ได้แก่ ถนนนอกบ้านไม่มีบาทวิถี ทางเดินชำรุด และมีสิ่งกีดขวางทางเดิน เช่น พุ่มไม้ การหกล้มมีผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ด้านร่างกาย พบว่าผลกระทบจากการหกล้มทำให้ผู้สูงอายุได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย ร้อยละ ๘๗.๖ และบาดเจ็บรุนแรง ร้อยละ ๔๔.๖ ลักษณะของการบาดเจ็บที่พบ ได้แก่ ฟกช้ำ เคล็ดขัดยอก แผลฉีกขาด ข้อเคลื่อน กระดูกหัก และมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง ซึ่งอาจทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ผลของการหกล้มที่คุกคามต่อชีวิตของผู้สูงอายุมากที่สุดคือกระดูกสะโพกหัก ทำให้ต้องได้รับการผ่าตัดและนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน และมักส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ได้แก่ แผลกดทับ การ

ติดเชื่อในระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื่อในระบบทางเดินหายใจ และภาวะล้มเลือดอุดตันในปอดซึ่งเป็นสาเหตุชักนำให้เสียชีวิตในเวลาต่อมาโดยพบอัตราการเสียชีวิตถึงร้อยละ ๒๐-๓๐ โดยร้อยละ ๔ เสียชีวิตขณะอยู่โรงพยาบาลและมีถึงร้อยละ ๒๕-๓๕ ที่สูญเสียความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันด้วย สำหรับผู้สูงอายุที่รอดชีวิตและสามารถใช้ชีวิตตามปกติได้นั้น ต้องใช้เวลาในการรักษาและฟื้นฟูสภาพนานเป็นการสร้างความทุกข์ทรมานต่อตัวผู้สูงอายุเองและผู้ดูแล ส่วนผลกระทบด้านสุขภาพจิต พบว่าผู้สูงอายุที่เคยมีประสบการณ์การหกล้มจะเกิดความกังวล ภาวะซึมเศร้า ตลอดจนสูญเสียความมั่นใจในการเดิน และพบผู้ป่วยร้อยละ ๓๐-๓๓ มีความกลัวการหกล้มซ้ำจนไม่กล้าเดินออกนอกบ้าน ทำให้หลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น แยกตัว และไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม บางคนไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ สูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และเกิดภาวะพึ่งพาตามมา ทำให้สูญเสียความภาคภูมิใจและความมีคุณค่าในตนเองลดลง ในที่สุดก็จะทำให้คุณภาพชีวิตลดลงได้สำหรับด้านสังคมและเศรษฐกิจพบว่า การหกล้มทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งต่อครอบครัวของผู้สูงอายุเองและต่อสังคมโดยรวม ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล การสูญเสียเวลาทำงานของญาติ การดูแลระยะยาวเมื่อเกิดความพิการ เป็นต้น การศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การหกล้มมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยคนละ ๑,๒๐๐ บาทต่อปี และในผู้สูงอายุที่หกล้มและต้องผ่าตัดรักษากระดูกสะโพกหัก มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยคนละ ๖๐,๐๐๐ บาท

อุบัติเหตุที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ^(๔)

๑. ลื่นหกล้ม พบมากที่สุดโดยเฉพาะลื่นล้มในห้องน้ำ ทำให้กระดูกสะโพกหัก บางรายอาจเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยมักมีโรคประจำตัวเช่นมีความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจไตวายร่วมด้วย ก่อให้เกิดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนเมื่อต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล

๒. พลัดตกหกล้ม เกิดกับผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง ๖๕-๗๕ ปี มักเกิดจากการตกเตียง ตกบันได เก้าอี้ ระเบียงบ้าน ต้นไม้ ตกหลุมและตกท่อ เป็นอุบัติเหตุเกิดขึ้นในบ้านเป็นส่วนใหญ่

๓. ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก เนื่องจากประสาธสัมผัสความร้อนลวกเช่นขณะอาบน้ำ ปรุงอาหาร

๔. สำลักอาหาร น้ำและอาหารติดค้างในหลอดลม พบบ่อยในผู้สูงอายุที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหว แขน ขา อ่อนแรง เป็นอัมพาต ฟันปลอมหลวม

๕. อุบัติเหตุอื่นที่พบบ่อยและควรระวังเช่น หยิบยาผิด จากสายตาไม่ดี แสงสว่างไม่เพียงพอ รับประทานยาเกินหรือขาดยาจากการลืม และถูกรถเฉี่ยวชนขณะเดินข้ามถนนเนื่องจากสายตาไม่ดี หูไม่ได้ยินเสียงชัดเจนและการตัดสินใจหลบหลีกไม่ทัน

ปัญหาที่พบบ่อยของผู้สูงอายุที่ได้รับอุบัติเหตุ^(๔)

๑. กระดูกแตกหัก(fracture) เช่นกระดูกสะโพกแตกหัก กระดูกเชิงกรานแตกหัก เกิดจากหลาย

สาเหตุทั้งที่เกิดจากกลไกการบาดเจ็บรุนแรงและไม่รุนแรง เช่น ฤดูรถชน ยืนอยู่แล้วล้มลง โดนชนแล้วล้ม มีทั้งการแตกหักของ Pubic rami ซึ่งเกิดมากที่สุด acetabulum และ ischium การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นทำให้มีภาวะเลือดออกและปวด อาจมีสิ่งหลุดลอยเข้าเส้นเลือด (embolization) ในผู้สูงอายุที่มีเลือดออกมากและอายุมากกว่า ๕๕ ปี การจัดการทางการแพทย์บาลคือทำงานร่วมกับ trauma team ในการห้ามเลือด การจัดส่วนที่แตกหักอยู่นิ่ง ลดความปวดและการช่วยชีวิตในรายที่มีการคุกคามชีวิต

๒. บาดเจ็บที่ศีรษะ (trauma brain injury) พบบ่อยในห้องฉุกเฉิน อาการแสดงที่มีอาจไม่สัมพันธ์กับความรุนแรงที่ได้รับเพราะอายุที่มากขึ้นจะทำให้เนื้อสมองมีขนาดเล็ก (atrophy) เกิดความดันในโพรงกะโหลกศีรษะหรือมีเลือดออกซึ่งอยู่ภายในโดยไม่ปรากฏอาการแสดงภายนอกให้เห็นเด่นชัด เป็นสาเหตุให้การวินิจฉัยล่าช้าอีกทั้งประวัติมีโรคประจำตัวก่อนได้รับอุบัติเหตุ ทำให้เกิดมีอันตรายจากความดันโลหิตลดลง ขาดออกซิเจนและเกล็ดเลือดทำงานลดลง

๓. กระดูกซี่โครงแตกหัก (rib fracture) มักเกิดจากแรงกระแทก จากการบาดเจ็บที่มีกลไกการบาดเจ็บที่ไม่รุนแรงเช่นจากสายเข็มขัดนิรภัยรััดขณะขับรถเคลื่อนที่ในความเร็วสูง หกล้ม การบาดเจ็บทำให้มีความดันโลหิตต่ำและความเจ็บปวด บางรายมีการบาดเจ็บที่ตับ ม้ามด้วย

กระดูกสะโพกหักมักพบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ หลายคนมองกระดูกหักเป็นเรื่องธรรมดา แต่ในความเป็นจริงแล้วหากไม่ได้รับการรักษาทันเวลาอาจเกิดผลร้ายจนถึงกับเสียชีวิตได้ สำหรับข้อมูลในประเทศไทย^(๕) จากรายงานการศึกษาผู้ที่เคยมีกระดูกสะโพกหักในจังหวัดขอนแก่นพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า ๘๐ ปี มีโรคประจำตัว มีปัญหาในการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีปัญหาในการเดิน (poor prefracture walking ability) และเมื่อมีกระดูกสะโพกหักเพศชายมีระยะเวลาที่รอดชีวิตสั้นกว่าเพศหญิงโดยพบว่าอัตราการตายของผู้ที่มีปัญหากระดูกสะโพกหักระหว่างที่รักษาในโรงพยาบาลพบร้อยละ ๒.๑ และเพิ่มเป็นร้อยละ ๙ ร้อยละ ๑๒ และร้อยละ ๑๗ ใน เดือนที่ ๓, ๖, และ ๑๒ (Pongchaiyakul, Songpattanasilp, & Taechakraichana, ๒๐๐๘) นอกจากนี้ยังพบว่ามีอัตราการตายในผู้ป่วยกลุ่ม ดังกล่าวถึงร้อยละ ๒๙ ใน ๑ ปีแรก (Chariyalertsak, Suriyawongpisal, & Thakkinstain, ๒๐๐๑ as cited in Pongchaiyakul et al., ๒๐๐๘) ซึ่งสอดคล้องกับการรายงานขององค์กรกระดูกพรุนนานาชาติที่พบว่าร้อยละ ๘๕ ของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักไม่สามารถเดินได้ภายใน ๖ เดือน (NOF, ๒๐๐๘) จะเห็นว่าปัญหากระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุเป็นปัญหาในระดับนานาชาติ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิต และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา (Harty, McKenna, Moloney, D'Souza, & Masterson, ๒๐๐๗)

การรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักมี ๒ วิธี คือ ๑) การรักษาแบบอนุรักษ์ เป็นวิธีที่ไม่ต้องทำการผ่าตัด โดยทำการดึงถ่วงน้ำหนักขาข้างที่มีพยาธิสภาพให้อยู่หนึ่ง (traction) ผู้ป่วยจะต้องนอนอยู่บนเตียงนานประมาณ ๒-๓ เดือน ผลตามมา คือ มักทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เกิดการติดของกระดูกผิดรูป โดยกระดูกต้นขาจะสั้นลงบิดหมุนออกและโก่งงอ (external rotation and varus deformity) นอกจากนั้นแล้วยังพบปัญหา การเกิดแผลกดทับบริเวณก้น ปอดอักเสบ หลอดเลือดดำอุดตัน ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอาจเป็นสาเหตุส่งเสริมให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมได้ และ ๒) การรักษาโดยการผ่าตัด เป้าหมายสำคัญของการผ่าตัดคือ การจัดกระดูกให้เข้าที่ และทำการยึด

ตรึงกระดูกด้วยวัสดุที่เหมาะสมในตำแหน่งที่ดี เพื่อให้เกิดความมั่นคงสูงสุดในตำแหน่งรอยหักของกระดูก (บรรจง ไทสวริยะ, ๒๕๔๒; NHS [National Health Service] Foundation Trust, ๒๐๐๘) การรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ทั้งวิธีอนุรักษ์และวิธีการผ่าตัดล้วนมีเป้าหมายหลักของการรักษาคือ ให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาทำหน้าที่ได้เหมือนเดิม หรือใกล้เคียงเดิมก่อนการเกิดกระดูกหัก โดยวิธีรักษาที่ดีที่สุดและนิยมทำกันในปัจจุบัน คือ การผ่าตัด (บรรจง ไทสวริยะ, ๒๕๔๒; Lewis & Knortz, ๑๙๙๓; Zuckerman & Schon, ๑๙๙๐ as cited in Koval & Zuckerman, ๒๐๐๐) ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อผ่าตัด ผู้ป่วยจะถูกจำกัดการเคลื่อนไหวโดยให้นอนพักบนเตียง และผู้ป่วยอาจได้รับการดัดง้างน้ำหนักขาข้างที่มีกระดูกสะโพกหักไว้เพื่อให้ขาข้างที่มีกระดูกสะโพกหักอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมและลดอาการปวด การเตรียมผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดโดยเฉพาะกระดูกสะโพกหักซึ่งมักเกิดกับผู้ป่วยสูงอายุดังกล่าวมาแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินร่างกายก่อนการผ่าตัด ระดับความรุนแรงของพยาธิสภาพ ความเสี่ยง หรือภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นในระหว่างหรือหลังการผ่าตัด เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยมากที่สุด การประเมินก่อนการผ่าตัดประกอบด้วย การทำงานของหัวใจ ปอด ความดันโลหิตของสารน้ำและเกลือแร่ นอกจากการเตรียมผู้ป่วยแล้ว ต้องมีการเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์การแพทย์ เครื่องมือผ่าตัด และเจ้าหน้าที่ที่มีคุณภาพที่เกี่ยวข้อง (นลินี โกวิทาวงษ์, ๒๕๕๐; Lewis & Knortz, ๑๙๙๓; Pudner, ๒๐๐๕) บางครั้งต้องใช้เวลาในการเตรียมความพร้อม ทำให้ต้องมีการชะลอการผ่าตัดผู้ป่วยการผ่าตัดผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักควรกระทำภายใน ๒๔-๔๘ ชั่วโมง และไม่ควรงเกิน ๔ วันหลังจากที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจะช่วยลดปัญหาเนื้อกระดูกตายจากการขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้กระดูกติดเร็ว ลดปัญหาความไม่สุขสบาย การฟื้นตัวของผู้ป่วยเร็วขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการตายได้ (Charalambous et al., ๒๐๐๓; Guryel, Redfern, & Ricketts, ๒๐๐๔; Koval & Zuckerman, ๒๐๐๐; Perez, & Warwick, ๑๙๙๕ as cited in Guryel et al., ๒๐๐๔; Scottish Intercollegiate Guidelines Network [SIGN], ๒๐๐๒) ในทางตรงกันข้ามเมื่อมีเหตุการณ์ให้ต้องมีการชะลอการผ่าตัดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะส่งผลให้เกิดการตายของกระดูกที่หักเนื่องจากขาดเลือดไปเลี้ยง (osteonecrosis) ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อน มีการติดเชื้อและเพิ่มอัตราการตาย (Koval & Zuckerman, ๒๐๐๐; Lewis & Knortz, ๑๙๙๓) จากการศึกษาของโนเวค, จอตกวิทซ์, อีตเซีย และโพราตท (Novack, Jotkowitz, Etzion, & Porath, ๒๐๐๗) พบว่าผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักร้อยละ ๓๕.๔^(๖) ที่ชะลอการผ่าตัดภายใน ๒ วันจะมีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานขึ้นโดยผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายใน ๒ วัน จะมีวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย ๘ วัน ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน ๒-๔ วันจะมีวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย ๑๐ วัน และผู้ที่ชะลอการผ่าตัดนานกว่า ๔ วัน จะมีวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย ๑๖ วัน และนอกจากนั้น ยังพบอัตราการตายสูงขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่มีการชะลอการผ่าตัดโดยผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายใน ๒ วัน พบอัตราการตายในโรงพยาบาลร้อยละ ๒.๙ อัตราการตายในหนึ่งเดือนแรกร้อยละ ๔ และอัตราการตายในหนึ่งปีแรกร้อยละ ๑๗.๔ เมื่อชะลอการผ่าตัดในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักมากกว่า ๔ วัน อัตราการตายในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๔.๖ ในหนึ่งเดือนแรกร้อยละ ๖.๑ และในหนึ่งปีแรกร้อยละ ๒๖.๒ ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มอร์แรน, เวนน, ซิคคานด์ และเทย์เลอร์ (Moran, Wenn, Sikand, & Taylor, ๒๐๐๕) ที่พบว่าการชะลอการผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหักเกิน ๔ วัน จะเพิ่มอัตราการตายใน ๙๐ วันและในหนึ่งปีแรก นอกจากนั้นแล้วในการศึกษาของ เฮฟลีย์, เนลสัน และพูสคาร์ริช-เมย์ (Hefley, Nelson, & Puskarich-May, ๑๙๙๖)^(๗) พบว่าผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มารับการรักษาจำนวน ๑๓๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๒ ที่มารับการรักษาภายใน ๔๘ ชั่วโมง ประสบปัญหาหลอดเลือดดำอุดตันส่วนปลาย (deep-vein thrombosis [DVT]) จำนวน ๗ ราย และในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับการรักษาช้ากว่า ๔๘

ชั่วโมง เฉลี่ย ๘ วัน (SD = ๕) คิดเป็นร้อยละ ๘ มีปัญหาหลอดเลือดดำส่วนปลายอุดตันจำนวน ๑๑ รายซึ่งปัญหาหลอดเลือดดำส่วนปลายอุดตันก็เป็นปัญหาหนึ่งที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ชะลอการผ่าตัดเนื่องจากการมารับการรักษาจะเห็นว่าการชะลอการผ่าตัดเป็นปัญหาทางคลินิกที่ส่งผลต่อผู้ป่วยและระบบบริการสุขภาพ การดูแลผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการประสานการดูแลจากสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะพยาบาลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลบุคคลในทุกระยะของการเจ็บป่วย การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเป็นบทบาทที่สำคัญเช่นกัน ที่จะต้องมีการประเมินประสานความพร้อมของผู้ป่วย เครื่องมือ อุปกรณ์ และทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่รวดเร็ว ลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายจากการชะลอการผ่าตัดซึ่งมีสาเหตุมาจากปัจจัยที่แก้ไขได้ อย่างไรก็ตามจากประสบการณ์ทำงานยังพบว่าผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มีการชะลอการผ่าตัด

นอกจากนี้อัตราการเสียชีวิตภายในปีแรกหลังเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ ๒๐-๓๐ เปอร์เซ็นต์ และเป็นต้นเหตุที่นำไปสู่ความพิการ ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ๔๐ เปอร์เซ็นต์ ไม่สามารถเดินได้ด้วยตนเอง ๖๐ เปอร์เซ็นต์ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

จากแนวโน้มดังกล่าว จึงควรจัดระบบป้องกันการเกิดอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ในกลุ่มบุคคลที่กำลังเข้าสู่ผู้สูงอายุ (๕๐ ปีขึ้นไป) ก็สมควรให้ความรู้เพื่อป้องกันโรคกระดูกพรุนและการป้องกันอุบัติเหตุซึ่งเป็นสาเหตุที่มักพบร่วมด้วยในผู้สูงอายุที่มีกระดูกหักเพื่อเตรียมตัวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ หากเกิดกระดูกสะโพกหักก็ควรสร้างระบบให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดภายใน ๒-๔ วันโดยใช้วิธีการหรือเทคนิคและเครื่องมือที่ถูกต้องในการรักษา กระดูกสะโพกหักแก่ผู้สูงอายุมักเป็นผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวค่อนข้างมาก และมีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการเสียชีวิต

การตัดสินใจของแพทย์ในการเลือกแนวทางการรักษาว่าวิธีใดเป็นวิธีที่ดีที่สุดระหว่างผ่าตัดกับไม่ผ่าตัด และถ้าเลือกวิธีผ่าตัดแล้วแพทย์ออร์โธปิดิกส์จะใช้วิธีไหน อุปกรณ์แบบไหนจึงจะดีที่สุดกับคนไข้จึงเป็นศาสตร์และศิลปะที่สลับซับซ้อนและยังเกี่ยวข้องกับแพทย์หลายแผนกได้แก่อายุรแพทย์แผนกต่างๆที่ต้องดูแลโรคหรือภาวะต่างๆที่มีมาแต่เดิมและกำลังเกิดขึ้นก่อนผ่าตัดรวมถึงต้องตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด วัสดุอุปกรณ์ที่จะต้องทำหน้าที่ระงับความรู้สึกของคนไข้ระหว่างผ่าตัด แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและทีมกายภาพบำบัดที่จะทำหน้าที่ฟื้นฟูคนไข้หลังผ่าตัด ทีมพยาบาลหอผู้ป่วยและทีมพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีความชำนาญ อาจจะรวมถึงพยาบาลไอซียูด้วย เนื่องจากต้องประเมินผู้ป่วยอย่างละเอียด และวางขั้นตอนการรักษาอย่างรัดกุมเหมาะสมทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด จึงมีความจำเป็นต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์โดยเฉพาะในการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุซึ่งมีกระดูกหักเข้ามาช่วยประสานงานเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษา เมื่อผู้ป่วยมีมากโรคก็ต้องมีการรักษาที่มากหมอบางหมอบางก็ดู ในแต่ละด้านต้องใช้เวลาในการประสานงานและอาจเกิดการซ้ำซ้อนสับสนและล่าช้า จึงทำให้เกิดแนวคิดพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหักขึ้นมาโดยเฉพาะ

ปัญหากระดูกหักในผู้สูงอายุหลายๆที่พบร่วมกับการพลัดตกหกล้มมีอยู่ ๔ ที่ คือ ข้อมือ สันหลัง กระดูกเชิงกราน และสะโพก ขึ้นอยู่กับว่าล้มท่าไหน แต่กระดูกข้อมือหัก กระดูกสันหลังยุบตัวไม่ถึงขั้นเสียชีวิต กระดูกเชิงกรานหักโดยมากไม่รุนแรงและโดยมากไม่จำเป็นต้องผ่าตัด ส่วนกระดูกสะโพกหักถ้าไม่ได้รับการ ผ่าตัดรักษาอาจต้องนอนติดเตียงทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนจากการนอนนิ่งๆเป็นระยะเวลานานทำให้เกิดแผลกดทับ กระเพาะปัสสาวะอักเสบติดเชื้อ หรือปอดบวม ซึ่งอาจเสียชีวิตในที่สุด

ถ้ามือหรือแขนหักใส่เฝือกได้ สันหลังหักยังเดินได้ไม่ถึงขั้นเป็นอัมพาต แต่ถ้าสะโพกหักจะเกิดอันตรายจากโรคแทรกซ้อน จากประสบการณ์ถ้ากระดูกสะโพกหักส่วนใหญ่เกินกว่า ๙๐% ถ้าไม่ได้รับการ ผ่าตัดมักจะเดินไม่ได้ บางรายที่เป็นแค่กระดูกร้าวถือว่าโชคดีซึ่งกระดูกอาจจะสามารถติดได้ภายในระยะเวลา ๒-๓ เดือน ไม่ต้องผ่าตัด ทั้งนี้ถ้ากระดูกสะโพกหักแล้วได้รับการผ่าตัดเร็วผู้สูงอายุก็จะฟื้นตัวเร็ว ความเจ็บปวด น้อย สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงเดิมได้เร็ว กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุจะเป็นกลุ่มที่เราต้องรักษาให้เร็ว พยายาม ให้เจ็บปวดน้อย สามารถลุกออกจากเตียงได้เร็ว ป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อน" ลูกหลานควรใส่ใจกับผู้ป่วยวัย หนึ่งที่ล้มควรมาพบแพทย์เพื่อตรวจเช็คกระดูกหักหรือไม่โดยเฉพาะกระดูกสะโพกเพราะถ้ากระดูก สะโพกหักอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต อย่าคิดไปเองว่าอาการลุกยืนเดินไม่ได้เกิดจากความเสื่อมของร่างกาย ตามปกติ หรือเกิดจากโรคประจำตัว เช่น โรคสมองเสื่อม โรคซึมเศร้า

แนวทางการรักษากระดูกสะโพกหักในปัจจุบันที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่สุดคือการรักษาด้วยการผ่าตัด จาก งานวิจัยของคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาพบว่า การรักษา ผู้ป่วยด้วยวิธีการไม่ผ่าตัด นอนดิ่งให้กระดูกติด จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่รักษา ด้วยการผ่าตัดมากถึง ๒ - ๓ เท่า ดังนั้นการรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักด้วยการผ่าตัดจะช่วยรักษาให้ผู้ป่วย สามารถลุกเดิน เคลื่อนไหวได้ไวขึ้น มีการเกิดโรคแทรกซ้อนน้อย และช่วยลดอัตราการเสียชีวิตลงได้ การผ่าตัด ส่วนใหญ่นั้นขึ้นอยู่กับตำแหน่งการหักของกระดูกสะโพกบางครั้งก็ใช้วิธีการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกด้วยแผ่นเหล็ก สกรูหรือเหล็กใส่แกนกระดูก บางครั้งก็ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

พบว่าผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักร้อยละ ๓๕.๔ ที่ชะลอการผ่าตัดภายใน ๒ วันจะมีระยะเวลาในการนอน โรงพยาบาลนานขึ้นโดยผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายใน ๒ วัน จะมีวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย ๘ วัน ผู้ที่ได้รับการ ผ่าตัดภายใน ๒-๔ วันจะมีวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย ๑๐ วัน และผู้ที่ชะลอการผ่าตัดนานกว่า ๔ วัน จะมีวัน นอนโรงพยาบาลเฉลี่ย ๑๖ วัน และนอกจากนั้น ยังพบอัตราการตายสูงขึ้นใน ผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่มีการชะลอการ ผ่าตัดโดยผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายใน ๒ วัน พบอัตราการตายในโรงพยาบาลร้อยละ ๒.๙ อัตราการตายใน หนึ่งเดือนแรกร้อยละ ๔ และอัตราตายในหนึ่งปีแรกร้อยละ ๑๗.๔ เมื่อชะลอการผ่าตัดในผู้ป่วยกระดูกสะโพก หักมากกว่า ๔ วัน อัตราการตายในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๔.๖ ในหนึ่งเดือนแรกร้อยละ ๖.๑ และใน หนึ่งปีแรกร้อยละ ๒๖.๒ ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มอร์แรน, เวนน, ซิคานด์ และเทย์เลอร์ (Moran, Wenn, Sikand, & Taylor, ๒๐๐๕) ที่พบว่าการชะลอการผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหักเกิน ๔ วัน จะเพิ่มอัตราการตาย ใน ๙๐ วันและในหนึ่งปีแรก

กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุร้อยละ๙๐เกิดจากการลื่นล้มตกหกล้ม และร้อยละ ๕๐-๗๐ เกิดขึ้นที่บ้าน การป้องกันการลื่นล้มตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยเน้นตั้งแต่การระมัดระวังตัวทั้งภายในบ้านและภายนอกบ้านจึงน่าจะเป็นผลดีกับคนไข้มากที่สุด และยังช่วยลดภาระของโรงพยาบาลในการรักษาผู้สูงอายุข้อสะโพกหักซึ่งมักเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในการรักษา นอกจากนี้ยังลดค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วย

กรณีผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก วิธีการรักษาจะพิจารณาตามความเหมาะสมของผู้ป่วยและตำแหน่งการหักของกระดูกสะโพก โดยจะมี ๒ วิธีคือ วิธีแรกการผ่าตัดใส่ข้อสะโพกข้อเทียม วิธีที่สองการผ่าตัดเพื่อยึดตรึงกระดูกไว้ภายใน โดยการผ่าตัดใส่โลหะพิเศษยึดกระดูกไว้ให้เข้าที่และเกิดการติดของกระดูกตามธรรมชาติ ซึ่งแนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักไม่ได้จบแค่การผ่าตัด ยังต้องมีการประเมินและรักษาภาวะกระดูกพรุน ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญอีกส่วนหนึ่ง ตลอดจนกระทั่งการป้องกันภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน และยังรวมถึงการดูแลหลังการผ่าตัดด้วยการกายภาพบำบัด เฉพาะสำหรับผู้สูงวัย เช่น การฝึกเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยต่างๆ เช่น เครื่องพยุงน้ำหนักคนไข้ให้เหมือนเดินอยู่ในอวกาศ เรียกว่า Alter G หรือกายภาพบำบัดในน้ำที่เรียกว่า ธาราบำบัด เป็นต้นทั้งนี้การประเมินการทรงตัวและการฝึกการทรงตัวเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องเน้นเพื่อป้องกันการหกล้มซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดกระดูกสะโพกหักซ้ำได้ นอกจากนี้ฝ่ายโภชนาการก็อาจมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยด้วยในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานหรือภาวะทุโภชนา

การนำหลักวิชาการมาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์

ประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี๒๕๕๐ และเปอร์เซ็นต์ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ปี ๒๕๕๖พบผู้สูงอายุมากกว่า๖๐ปีกว่า๘.๑ล้านคนคิดเป็น๑๒เปอร์เซ็นต์และเป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า๘๐ปีขึ้นไปถึง ๘แสนคน คาดว่าในปี๒๕๖๔จะมีผู้สูงอายุถึง๒๐เปอร์เซ็นต์ เนื่องจากจำนวนเด็กเกิดใหม่ที่ลดลงและอัตราส่วนประชากรสูงอายุเท่ากับ๑ใน๒๐ของประชากรในวัยเด็กส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพิงทางสังคมมากขึ้น และพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง

การลื่นล้มตกหกล้มเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก พบว่า๑ใน๓ของผู้ที่บาดเจ็บจากการลื่นล้มตกหกล้มเป็นผู้สูงอายุมากกว่า๖๐ปีขึ้นไป ความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ประมาณ๕๐-๖๗ เปอร์เซ็นต์เกิดที่บ้านซึ่งน่าจะเป็นสาเหตุที่ป้องกันหรือทำให้ลดลงได้ ๑๐ เปอร์เซ็นต์ของผู้สูงอายุที่หกล้มเกิดกระดูกสะโพกหักและ๙๐เปอร์เซ็นต์ของผู้สูงอายุที่สะโพกหักเกิดจากการลื่นล้ม ได้มีการศึกษาการหกล้มในผู้สูงอายุพบincidenceในผู้ชายร้อยละ ๑๒ ในผู้หญิงร้อยละ ๒๕ (ประเสริฐ อัสสันตชัย๒๕๔๔)ในอนาคตเมื่อเปอร์เซ็นต์ผู้สูงอายุมากขึ้นแนวโน้มการเกิดกระดูกสะโพกหักจึงน่าจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นและเป็นปัญหาที่ท้าทายทั้งทางด้าน การป้องกันและการรักษาเพื่อให้ลดอัตราการตาย อัตราความพิการ ทั้งยังพุ่งเป้าลดจำนวนวันนอนลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย และลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

ข้อมูลในต่างประเทศพบอัตราการตายในผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกบริเวณสะโพกหักจากการบาดเจ็บที่ไม่รุนแรงค่อนข้างสูงโดยประมาณร้อยละ ๑๕-๒๐ และอาจจะมากถึงร้อยละ ๑๓-๓๗) ซึ่งแตกต่างจากอัตราการตายในผู้ป่วยคนหนุ่มสาวที่มีกระดูกบริเวณสะโพกหักจากการบาดเจ็บที่รุนแรง จึงทำให้เกิดความไม่เข้าใจของญาติของผู้ป่วยต่อผลการรักษา ดังนั้นแพทย์จึงต้องอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงข้อมูลพื้นฐานรวมถึงความรุนแรงของโรค อัตราการเกิดความพิการ ภาวะแทรกซ้อนของการรักษาแบบผ่าตัดหรือไม่ผ่าตัด

ผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสมุทรสาครที่มีกระดูกสะโพกหักช่วงเวลาตั้งแต่ตุลาคม ๒๕๔๙ ถึง กันยายน ๒๕๕๑ ที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไป^(๘) ที่มาด้วยภาวะกระดูกบริเวณสะโพกหักจากอุบัติเหตุที่ไม่รุนแรง เช่นการหกล้มขณะเดิน หรือตกจากที่ไม่สูงมาก เช่นเก้าอี้หรือเตียง เป็นต้น และได้รับการดูแลจากแพทย์ในโรงพยาบาลสมุทรสาคร รวมทั้งสามารถมารับการรักษาได้ต่อเนื่องจนสิ้นสุดการรักษาของศัลยแพทย์ออร์โธปีดิกส์ พบว่ามีผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลสมุทรสาครแบบผู้ป่วยในเนื่องจากกระดูกสะโพกหักจำนวน ๙๕ ราย อายุตั้งแต่ ๖๐ - ๙๐ ปีอายุเฉลี่ย ๗๗.๔ ปีแบ่งเป็นเพศชาย ๒๒ ราย (ร้อยละ ๒๓.๑๖) เพศหญิง ๗๓ ราย (ร้อยละ ๗๖.๘๔) ได้รับการติดตามการรักษาตั้งแต่แรกเริ่มที่ได้รับการบาดเจ็บและมีกระดูกบริเวณสะโพกหักเป็นเวลาเฉลี่ย ๑.๙๖ ปี (๐.๐๒ - ๔.๘๘ ปี) เมื่อติดตามต่อเนื่องพบว่าอัตราการตายในผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหักสูงมากถึงร้อยละ ๓๐.๕๓ ในช่วง ๑ ปีแรกหลังการรักษา ซึ่งสูงกว่าช่วงระยะเวลาติดตามที่นานกว่าหนึ่งปีโดยสาเหตุการตายมักมาจากโรคติดเชื้อในกระแสโลหิต (sepsis) โดยมีโรคเดิมเป็นพื้นฐานได้แก่เบาหวาน โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูงอัมพาต รวมทั้งมะเร็งต่างๆ นอกจากนี้การต้องนอนพักรักษาตัวเป็นเวลานานบนเตียง หรือมีการเคลื่อนไหวได้ลำบากและน้อยทำให้เกิดมีปอดอักเสบ ทางเดินปัสสาวะอักเสบ การติดเชื้อรุนแรงขึ้นจากสภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรง ประกอบกับความชรา ทำให้มีการติดเชื้อเข้าสู่กระแสเลือด ประกอบกับเป็นการรักษาแบบผู้ป่วยในในโรงพยาบาลซึ่งมีการติดเชื้อโรคที่รุนแรงและดื้อยาทำให้เสียชีวิตในที่สุด หลังจากระยะเวลา ๑ ปีแล้วการตายของผู้ป่วยเหล่านี้ไม่มีอัตราการตายที่สูงเท่ากับปีแรก ส่วนใหญ่เสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคติดเชื้อในกระแสเลือดที่เกิดตามมาจากการอักเสบติดเชื้อของแผลกดทับ การติดเชื้อในปอด และทางเดินปัสสาวะ รวมทั้งโรคมะเร็งเช่นมะเร็งปอด เป็นต้น และเมื่อดูโดยรวมตลอดระยะเวลาที่ติดตามผู้ป่วยทั้งหมดตามการศึกษานี้จะพบว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิตทั้งหมดสูงถึงร้อยละ ๔๓.๑๖ ผู้ป่วยกระดูกต้นขาบริเวณสะโพกหักที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลสมุทรสาครเป็นระยะเวลาเฉลี่ย ๒๔.๖๖ วัน (๗-๑๕๐ วัน) โดยเป็นการรักษาด้วยวิธีไม่ผ่าตัดและวิธีผ่าตัด วิธีการรักษาแบบไม่ผ่าตัดจะได้รับการรักษาด้วยการดึงขาที่ผิวหนัง (skin traction) ส่วนวิธีการรักษาแบบผ่าตัด จะรักษาโดยจัดกระดูกให้เข้าที่และยึดตามด้วยโลหะตามกระดูก ได้แก่ Angle blade plate, ๓-screw fixation, Dynamic hip screw หรือการเปลี่ยนหัวกระดูกต้นขาเทียม (Hemiarthroplasty) พบว่าผู้ป่วยที่มีกระดูกต้นขาบริเวณคอหัก มีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ ๓๒.๑๔ การตายนี้เกิดกับผู้ป่วยในกลุ่มการรักษาแบบไม่ผ่าตัดร้อยละ ๔๔.๔๔ แบบผ่าตัดร้อยละ ๒๐.๖๙ ผู้ป่วยที่มีกระดูกอินเทอร์โทรแคนเตอร์หักมีอัตราการตายร้อยละ ๒๘.๒๐ เกิดกับผู้ป่วยในกลุ่มการรักษาแบบไม่ผ่าตัด ร้อยละ ๓๘.๘๙ แบบผ่าตัดร้อยละ ๑๙.๐๕สรุปคือกลุ่มที่รักษาแบบไม่ผ่าตัดจะเกิดอัตราการตายสูงกว่ากลุ่มที่ผ่าตัด

แนวทาง/ข้อเสนอในการแก้ไขปัญหา

การวางแผนวางแนวทางการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุทั้งที่บ้านและที่โรงพยาบาลและวางแผนปฏิบัติ เพื่อป้องกันการข้อสะโพกหักในผู้สูงอายุ โดยลดการพลัดตกหกล้มและลดจำนวนผู้ป่วยข้อสะโพกหักและทำให้ผู้ป่วยสูงอายุข้อสะโพกหัก กลับไปใช้ชีวิตตามปกติได้เร็วที่สุด โดยเกิดภาวะแทรกซ้อนให้น้อยที่สุดและลดอัตราการตายในผู้สูงอายุข้อสะโพกหัก เพื่อให้เกิดประโยชน์กับคนไข้สูงสุด นอกจากนี้ยังช่วยลดอัตราฟุ้งฟิงไม่เป็นภาระกับผู้อื่นด้วย ถ้าหลังการรักษาแล้วไม่เกิดความพิการและกลับมาเดินได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติ

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนาการป้องกันผู้สูงอายุจากการพลัดตกหกล้มซึ่งเป็นสาเหตุนำไปสู่การเกิดสะโพกหัก ซึ่งเป็นสาเหตุการตาย การพิการต่อมาที่สำคัญ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อลดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ และลดการเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ

เป้าหมาย

- ลดอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้เข้าอบรมให้น้อยกว่าร้อยละ ๒๐
- ลดการเกิดข้อสะโพกหักในผู้สูงอายุในกลุ่มผู้เข้ารับการอบรม

SWOT Analysis

Strength (จุดแข็ง)

- มีชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานครซึ่งให้ความร่วมมือกับโรงพยาบาลลาดกระบังเป็นอย่างดี
- มีคลินิกผู้สูงอายุ
- มีกลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนและผู้สูงอายุ

Weakness (จุดอ่อน)

- มีแพทย์ประจำคลินิกผู้สูงอายุเพียง ๑ ท่าน และแพทย์ต้องช่วยงานคลินิกอายุรกรรมอื่นๆด้วย
- คลินิกผู้สูงอายุมีเพียงสัปดาห์ละ ๑ วัน

Opportunity (โอกาส)

- การสร้างระบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ เพื่อลดการพลัดตกหกล้มและลดการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม
- อาจจะตรวจแยกผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มมาดูแลและให้ความรู้เป็นพิเศษในอนาคต

Threats (อุปสรรค)

- ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม
- ค่าใช้จ่ายในการทำแผ่นพับอธิบายการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ
- อาจารย์ที่เชิญมาเป็นวิทยากรอาจไม่ว่าง
- ห้องประชุมโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานครปัจจุบันมีขนาดเล็ก สรรถรองรับผู้เข้ารับการอบรมได้เพียง ๖๐-๑๐๐ คน

นิยาม

เพื่อให้การดำเนินการมีความชัดเจนจึงกำหนดความหมายนิยามศัพท์ ดังนี้

๑. นิยามศัพท์ผู้สูงอายุ หมายถึงผู้ที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไป
๒. นิยามตัวแปร หมายถึง ผู้สูงอายุของชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร และผล

ที่จะศึกษา

๓. “การล้ม” น้อมจิตต์ นวลเนตร์ (๒๕๔๓) (๒๖) “การล้ม” หมายถึง เหตุการณ์ที่บุคคลหนึ่งการสูญเสีย

การทรงตัวอย่างไม่ได้ตั้งใจ ทำให้มือ แขน เข่า ก้น หรือร่างกายทั้งตัวต้องสัมผัสหรือกระทบกับพื้นโดย เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนี้ไม่ได้มีสาเหตุจากแรงภายนอกกระทำ (ได้แก่ โดนชน กระแทก ผลัก หรือมีแรงลมมาปะทะ) และไม่ได้เกิดจากสาเหตุจากตัวบุคคลนั่นเอง เช่น เป็นลม หรือมีอากาศล้ามนื้ออ่อนแรงอย่างกะทันหัน เป็นต้น

๔. “การหกล้ม” สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (๒๕๔๔) (๖) “การหกล้ม” หมายถึง การที่เกิดการเปลี่ยนท่าโดยไม่ตั้งใจ และเป็นผลให้ร่างกายทรุดหรือลงนอนกับพื้น หรือปะทะสิ่งของต่าง ๆ เช่น โต๊ะ เติง การเปลี่ยนท่าโดยไม่ตั้งใจเหล่านี้อาจเกิดจากอาการหน้ามือเป็นลม ขาอ่อนแรง และจากการสะดุด เกี่ยวดิ่ง ลื่นไถล โดยไม่รวมถึงการถูกชน หรือตี ทำร้าย

๕. สะโพกหัก หมายถึง กระดูกพีเมอร์บริเวณต้นขาขวาใกล้สะโพกหักอาจรวมถึงเข้าสะโพกด้วย

นิยามศัพท์เฉพาะ จาก ตาม พ.ร.บ.ผู้สูงอายุ ๒๕๔๖^(๙)

๑. “ผู้สูงอายุ”หมายถึง บุคคลที่มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

๒. “สังคมผู้สูงอายุ”(Aging Society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ ๑๐ ขึ้นไป หรือมีประชากรอายุ ๖๕ ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ ๗ ขึ้นไป

๓. “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์”(Aged Society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรในทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ ๒๐ ขึ้นไป หรือมีประชากรอายุ ๖๕ ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ ๑๔ ขึ้นไป “เกณฑ์สังคมผู้สูงอายุ”เป็นการเอานิยาม “การก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ”(Aging Society) และ “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์”(Aged Society) ขององค์การสหประชาชาติ (UN) มากำหนดเป็นเกณฑ์เพื่อใช้ในการดำเนินงานเฝ้าระวังการเป็นสังคมผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่

๔. “เกณฑ์การก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ”หมายถึง พื้นที่ที่มีประชากรที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุที่อยู่ในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ ๑๐ ขึ้นไป หรือมีประชากรที่มีอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป ที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ ๗ ขึ้นไป

๕. “เกณฑ์การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” หมายถึงพื้นที่ที่มีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ ๒๐ ขึ้นไป หรือมีประชากรอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป ที่อยู่ในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ ๑๔ ขึ้นไป

๖. “เกณฑ์ปกติ” หมายถึง พื้นที่ที่มีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุที่อยู่ในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราน้อยกว่าร้อยละ ๑๐ หรือมีประชากรอายุ ๖๕ ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุที่อยู่ในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราน้อยกว่าร้อยละ ๗

แนวทาง

๑. เรียนผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครเพื่อขออนุมัติแต่งตั้งคณะกรรมการจัดอบรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

๒. ใช้ผู้สูงอายุของชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานครจำนวน ๖๐ คนเป็นกลุ่มเป้าหมายที่จะจัดให้เข้าอบรมในโครงการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยแบ่งเป็น ๒ กลุ่มคือกลุ่มอายุ ๖๐-๗๐ ปี จำนวน ๓๐ คน และกลุ่มอายุ ๗๐ ปีขึ้นไปจำนวน ๓๐ คน

๓. ใช้กลุ่มคนไข้ผู้สูงอายุบัตรทองโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานครที่ไม่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุ ๖๐ คน โดยแบ่งเป็น ๒ กลุ่มเช่นกันคือกลุ่มอายุ ๖๐-๗๐ ปีจำนวน ๓๐ คน และกลุ่มอายุ ๗๐ ปีขึ้นไปจำนวน ๓๐ คน คนไข้กลุ่มนี้จะให้คำแนะนำที่โอทีพร้อมทั้งให้แผ่นพับคำแนะนำการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

*หมายเหตุผู้สูงอายุทั้ง ๓ กลุ่มจะไม่เลือกผู้ที่มีปัญหาทางเส้นเลือดสมองและหรือมีอัมพฤกษ์หรืออัมพาติมาก่อน ใน ๒ กลุ่มหลังตามข้อ ๓ อาจใช้ผู้สูงอายุสิทธิกรมบัญชีกลางที่เป็นคนไข้ประจำของโรงพยาบาลร่วมด้วย

๔. จัดอบรมผู้สูงอายุในกลุ่มแรก (ตามข้อ ๒) ให้ตระหนักและระมัดระวังเรื่องการพลัดตกหกล้มโดยเฉพาะที่บ้านผู้สูงอายุเองเนื่องจากการพลัดตกหกล้มมากกว่ากึ่งหนึ่งเกิดที่บ้านของผู้สูงอายุโดยเฉพาะบันไดและห้องน้ำ อาจจะมีการประเมินผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มด้วย

ปัจจัยหลักแห่งความสำเร็จ (Critical success factors)

๑. ผู้บริหารให้การสนับสนุน
๒. การสร้างเครือข่ายความร่วมมือติดตามการทำงานอย่างจริงจัง
๓. การมีกลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนและผู้สูงอายุ
๔. ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

ภารกิจในการดำเนินงาน/แนวทางดำเนินงาน

๑. เสนอผู้อำนวยการขอจัดโครงการอบรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุของชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร การหกล้มเป็นต้นเหตุของการบาดเจ็บที่สำคัญและปัจจุบันคนไทย เสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มเป็นสาเหตุสูงถึงปีละ ๑,๖๐๐ คน ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับสองในกลุ่มของการบาดเจ็บโดยไม่ตั้งใจ (Unintentional) รองจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน โดย ๑ ใน ๓ พบว่า มักอยู่ในกลุ่ม ผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป และความเสี่ยงจะเพิ่มสูงขึ้นตามอายุ และปัญหาที่พบบ่อยของผู้สูงอายุที่ได้รับอุบัติเหตุดังกล่าว คือ กระดูกสะโพกแตกหัก หรืออุบัติเหตุทางสมอง ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้มีอัตราการความพิการและอัตราการเสียชีวิตค่อนข้างสูงมาก เพื่อให้ผู้สูงอายุใส่ใจและเตรียมตัวเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มอาจรวมถึงการจัดการบ้านและสิ่งแวดล้อมต่างๆให้เหมาะกับผู้สูงอายุ โดยเชิญวิทยากรมาบรรยายให้ผู้สูงอายุของโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

๒. จัดทำแผ่นพับคำแนะนำการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

๓. ขออนุมัติแต่งตั้งคณะกรรมการจัดการอบรมโครงการอบรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุของชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

๔. ทำหนังสือขอความร่วมมือองค์กรแพทย์ ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนและผู้สูงอายุ คณะกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

๑. องค์กรแพทย์
๒. กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนและผู้สูงอายุ
๓. ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร
๔. คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร
๕. คณะกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

ระยะเวลาดำเนินการ

๑ ตุลาคม ๒๕๕๘ ถึง ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๙

งบประมาณ

๑. การรักษาพยาบาลตามสิทธิของผู้ป่วยแต่ละกองทุน
๒. การฝึกอบรมให้ความรู้ผู้สูงอายุโครงการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานครจะขออนุมัติผู้อำนวยการโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานครเพื่อใช้เงินบำรุงโรงพยาบาลในการจัดการฝึกอบรม
๓. งบในการทำแผ่นพับจะขอการสนับสนุนจากบริษัทฯ

แผนปฏิบัติการ

ระยะที่ ๑ (กันยายน ๒๕๕๘ – ๓๑ ตุลาคม ๒๕๕๘)

เขียนแผนโครงการอบรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุของชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร เพื่อขออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานครโดยขอใช้เงินบำรุง และเสนอขอแต่งตั้งคณะกรรมการจัดการอบรมโครงการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยจะเชิญอาจารย์จากภายนอกมาเป็นวิทยากร และเลือกผู้สูงอายุทั้ง ๓ กลุ่มข้างต้น

ระยะที่ ๒ (๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๘ – ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๘)

ประชุมคณะกรรมการจัดการฝึกอบรมโครงการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร กำหนดกฎเกณฑ์และแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบของคณะกรรมการให้ชัดเจน แนวทางการปฏิบัติงาน ระดมความคิดของคณะกรรมการ กำหนดบุคคลผู้ที่จะเชิญมาเป็นวิทยากร แผนการโฆษณาประชาสัมพันธ์ การจองห้องประชุม การเตรียมห้องประชุม กำหนดวันประชุม ผู้ประสานติดต่อวิทยากร ประชุมและทำความเข้าใจกับองค์กรแพทย์ถึงการจัดอบรมดังกล่าวและขอคำแนะนำเพิ่มเติม

ระยะที่ ๓ (๑ มกราคม ๒๕๕๙ – ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙)

จัดอบรมโครงการป้องกันการพลัดตกหกล้มผู้สูงอายุโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

ระยะที่ ๔ (ตั้งแต่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๕๙ – ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๙)

พฤษภาคม ๒๕๕๙ ประชุมคณะกรรมการเพื่อติดตามประเมินผลครั้งแรก ระดมความคิดเห็นของคณะกรรมการเพื่อหาข้อดี ข้อเสียที่ควรแก้ไข เพื่อปรับปรุงแนวทางดำเนินงาน และรวบรวมข้อมูลการพลัดตกหกล้มและการเกิดบาดเจ็บกับส่วนใดโดยเฉพาะสะโพกหักในผู้สูงอายุทั้ง ๓ กลุ่มมาวิเคราะห์ ตั้งแต่จัดอบรมถึง ๓๐ เมษายน ๒๕๕๙

สิงหาคม ๒๕๕๙ ประชุมคณะกรรมการเพื่อติดตามประเมินผลครั้งที่สอง ตั้งแต่ฝึกอบรมถึง ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๕๙

ธันวาคม ๒๕๕๙ ประชุมคณะกรรมการเพื่อสรุปผลการดำเนินงาน ตั้งแต่เริ่มฝึกอบรมถึง ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๙

แนวทางบริหารความเสี่ยง	การป้องกัน
๑. มีแพทย์ประจำคลินิกผู้สูงอายุเพียง ท่าน ๑	ส่งแพทย์อบรมเพิ่มเติมเพื่อมาช่วยงานคลินิกผู้สูงอายุ- โดยตรง รับอายุรแพทย์บรรจุใหม่- -รับแพทย์ห้วงเวลาเพื่อมาช่วยงานคลินิกผู้สูงอายุ
๒. ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม	ถ้าโครงการประสบความสำเร็จ จะขอตั้งเป็นเงิน- งบประมาณรายจ่ายประจำปี
๓. วิทยากรที่เชิญมาบรรยายอาจไม่ว่าง	ขอการสนับสนุนจากบริษัทฯ หรือชมรมผู้สูงอายุ- โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร พัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาลลาดกระบัง- กรุงเทพมหานครให้เป็นผู้บรรยายในอนาคต
๔. ผู้สูงอายุอีกจำนวนมากไม่มีโอกาสเข้ารับการ อบรม	ตรวจคัดแยกผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม- เพื่อ เข้ารับการอบรม -ทำแผ่นซีดี “การป้องกันการพลัดตกหกล้มใน ผู้สูงอายุ”
๕. ห้องประชุมโรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร)ปัจจุบันมีขนาดเล็ก รองรับผู้เข้าอบรมได้ เพียง ๖๐-(คน ๑๐๐	แจก เร่งรัดการก่อสร้างอาคารใหม่ของโรงพยาบาล- ลาดกระบังกรุงเทพมหานครเพื่อรองรับผู้เข้ารับการ ๒๐๐ อบรม- ๔๐๐คน

การติดตามและประเมินผล

ระยะที่ ๔ (ตั้งแต่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๕๙ – ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๙)

พฤษภาคม ๒๕๕๙ ประชุมคณะกรรมการเพื่อติดตามประเมินผลครั้งแรก ระดมความคิดเห็นของ
คณะกรรมการเพื่อหาข้อดี ข้อเสียที่ควรแก้ไข เพื่อปรับปรุงแนวทางดำเนินงาน และรวบรวมข้อมูลการพลัดตก
หกล้มและการเกิดบาดเจ็บกับส่วนใดโดยเฉพาะสะโพกหักในผู้สูงอายุทั้ง๓กลุ่มมาวิเคราะห์ ตั้งแต่จัดอบรมถึง
๓๐ เมษายน ๒๕๕๙

สิงหาคม ๒๕๕๙ ประชุมคณะกรรมการเพื่อติดตามประเมินผลครั้งที่สอง ตั้งแต่ฝึกอบรมถึง ๓๑
กรกฎาคม ๒๕๕๙

ธันวาคม ๒๕๕๙ ประชุมคณะกรรมการเพื่อสรุปผลการดำเนินงาน ตั้งแต่เริ่มฝึกอบรมถึง ๓๐
พฤศจิกายน ๒๕๕๙

ข้อเสนอแนะ

หากโครงการประสบความสำเร็จอาจจะของงบประมาณเป็นรายปีเพื่อจัดการอบรมทุกปี แต่เนื่องจากงบประมาณที่ได้มาไม่น่าจะจัดอบรมผู้สูงอายุได้ทั้งหมด อาจจะต้องมีการตรวจคัดกรองเพื่อแยกเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเท่านั้นมาเข้าโครงการ ส่วนที่เหลืออาจทำเป็นซีดีหนังสือสารคดีเพื่อฉายให้ผู้สูงอายุดูที่โอพีดีในระหว่างรอตรวจ ร่วมกับการแจกแผ่นพับคำแนะนำการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

บรรณานุกรม

๑. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. สรุปผลโครงการสำมะโนประชากรและการเคหะ พ.ศ.๒๕๕๓. Available from:
http://service.nos.go.th/nso/nsopublish/service/serv_poph๕๓.html.
๒. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๐. Available from:
http://service.nos.go.th/nso/nsopublish/service/survey/rep_older๕๐.pdf. ๔.
๓. ประเสริฐ อัสสันตชัย. ภาวะหกล้มในผู้สูงอายุและการป้องกัน.ใน: ประเสริฐ อัสสันตชัย (บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน, พิมพ์ครั้งที่๒.กรุงเทพฯ: ภาควิชาเวชศาสตร์ ป้องกันและสังคม คณะแพทยศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๕๔. หน้า๕๑-๖๖.
๔. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล (๒๕๓๘) โรคกระดูกพรุน. สุรศักดิ์ นิลกานวงศ์.และสุรวุฒิ ปรีชานนท์ (บก.) .ตำราโรคข้อ (พิมพ์ครั้งที่๑.หน้า ๓๑๙-๓๓๙).กรุงเทพฯ
๕. รัชตะ รัชตะนาวิน. (๒๕๓๘). โรคกระดูกพรุน. ใน สุรศักดิ์ นิล กานวงศ์, และสุรวุฒิ ปรีชานนท์ (บก.), ตำราโรคข้อ (พิมพ์ครั้งที่ ๑, หน้า ๓๑๙-๓๓๙). กรุงเทพฯ
๖. Bottle, A., & Aylin, P. (๒๐๐๖). Mortality associated with delay in operation after hip fracture: Observational study. Retrieved March ๒๘, ๒๐๐๘, From [http:// www.bmj.com](http://www.bmj.com)
Charalambous, C. P., Yarwood, S., Paschalides, C
๗. Hefley, F. G., Nelson, C. L., & Puskarich-May, C. L. (๑๙๙๖). Effect of delay admission to the hospital on the preoperative prevalence of deep-vein thrombosis associated with fractures about the hip. The Journal of Bone and Joint Surgery, ๗๘(๔), ๕๘๑-๕๘๓.
๘. การศึกษากระดูกสะโพกหักในผู้ป่วยสูงอายุ ในโรงพยาบาลสมุทรสาคร ตั้งแต่ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๔๙-กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๑ นิพนธ์ตันฉบับ ชัยวิเชียร กิจพ้อคำ พ.บ.
๙. พ.ร.บ.ผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. ๒๕๕๓

ประวัติผู้เขียนประวัติผู้เขียนเอกสารรายงานการศึกษาส่วนบุคคล

ชื่อ-นามสกุล นายอนวัช หวังเปี่ยมศักดิ์

วันเดือนปีเกิด ๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๐๖

ตำแหน่งหน้าที่การงาน

รักษาการผู้อำนวยการโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร ลำดับที่ ๑

หัวหน้าศูนย์ประกันสุขภาพ

หัวหน้ากลุ่มงานออร์โธปิดิกส์

สถานที่ทำงานปัจจุบัน

โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร ๑๐๕๒๐

ประวัติการศึกษา

พ.ศ.๒๕๓๑ แพทยศาสตร์บัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

พ.ศ.๒๕๓๗ วุฒิบัตรศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พ.ศ.๒๕๔๙ นิติศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง

ประวัติการรับราชการ

พ.ศ.๒๕๓๑-๒๕๓๒ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสายบุรี จังหวัดปัตตานี

พ.ศ.๒๕๓๒-๒๕๔๙ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร

พ.ศ.๒๕๔๙-๒๕๕๔ ช่วยราชการโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร สำนักงานแพทย์
กรุงเทพมหานคร

พ.ศ.๒๕๕๔-ปัจจุบัน โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร

๔

พ.ศ.๒๕๕๕ หลักสูตรนักบริหารการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร รุ่นที่

พ.ศ.๒๕๕๖ หลักสูตรการแพทย์แผนจีนการฝังเข็มเบื้องต้น รุ่นที่ ๑๙

กรมการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ.๒๕๕๗ หลักสูตรการบริหารสารสนเทศทางการแพทย์ รุ่นที่ ๕

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

