

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โครงสร้างประชากรโลกปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลง ขนาดสัดส่วนประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากร้อยละ 5.9 ในปี พ.ศ.2518 เป็นร้อยละ 6.9 ในปี พ.ศ.2543 และคาดประมาณการว่าในปี พ.ศ.2578 ถึง พ.ศ.2593 สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.4 เป็นร้อยละ 15.6 ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่าอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชากรโลกเพิ่มขึ้นจาก 59.6 ปี ในพ.ศ.2518-2523 เป็น 66 ปี ใน พ.ศ.2543-2548 และคาดหมายว่าจะเพิ่มเป็น 72.4 ปี ใน พ.ศ.2578-2593 (United Nations, 2002) โดยเฉพาะทวีปเอเชียมีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 7.0 และพบว่าบางประเทศ เช่น ญี่ปุ่น มีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุสูงที่สุดในโลกถึงร้อยละ 22.0 และมีอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดสูงสุดในโลกถึง 82 ปี (Population Reference Bureau, 2008)

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่เผชิญกับการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปอย่างรวดเร็ว ปี พ.ศ.2545 พบสัดส่วนร้อยละ 9.4 ต่อมาในปี พ.ศ.2550 สัดส่วนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.7 และ ร้อยละ 12.0 ใน พ.ศ.2553 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553) อีกทั้งอายุขัยเฉลี่ยของประชากรแรกเกิด เพิ่มขึ้นจาก 61.4 ปี ใน พ.ศ.2518-2523 เป็น 70.8 ปี ใน พ.ศ.2543-2548 และประมาณการว่าจะเพิ่มเป็น 76.8 ปี ใน พ.ศ.2578-2593 (United Nations, 2002) แนวโน้มจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และอายุขัยของประชากรที่ยืนยาวมากขึ้นทำให้ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสังคมที่แสดงภาวะการพึ่งพา ทั้งการพึ่งพาทางเศรษฐกิจ สุขภาพ และ การดูแลกิจวัตรประจำวัน โดยพบว่าผู้สูงอายุไทยมีภาวะเปราะบางทางเศรษฐกิจถึง 1 ใน 4 คน และ ร้อยละ 13.7 มีรายได้ไม่เพียงพอรายจ่าย (Chayovan, 2005) ในขณะเดียวกันปัญหาสุขภาพและโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุเป็นสาเหตุให้เกิดการพึ่งพาทางสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้นตามอายุ (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2552) พบว่าผู้สูงอายุไทยป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ถึงร้อยละ 31.7 โรคเบาหวาน ร้อยละ 13.3 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) ปัญหาโรคเรื้อรังเป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะทุพพลภาพ (Verbrugge & Jette, 1994; WHO, 2001; Spiers et al., 2005; Jagger et al., 2007)

ภาวะทุพพลภาพเป็นภาวะความต้องการการพึ่งพาการดูแลกิจวัตรประจำวัน ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุไทย ร้อยละ 15.5 มีภาวะทุพพลภาพ (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2552) และร้อยละ 10.1 ต้องมีผู้ดูแลกิจวัตรประจำวัน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) และยังมีอายุยืนยาวขึ้น โอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพจะเพิ่มสูงขึ้น (Spiers et al., 2005; Marengoni et al., 2009) โดยเฉพาะภาวะทุพพลภาพรุนแรง เป็นภาวะยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันในระดับรุนแรงที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจกรรม (Lafortune & Balestat, 2007; Jitapunkul et al., 2003) และมีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลระยะยาว (Lafortune & Balestat, 2007) จากการคาดประมาณจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพรุนแรง ในปี 2552 พบว่ามีความต้องการการดูแลระยะยาว ในเพศชาย ประมาณ 60,000 คน เพศหญิง 100,000 คน และอีก 20 ปีข้างหน้า จะเพิ่มขึ้นเป็น 100,000 คน และ 140,000 คน ในเพศหญิงและชายตามลำดับ และจากประมาณการค่าใช้จ่ายด้านการรักษาของ ผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพรุนแรง ในปี พ.ศ.

2552 พบประมาณ 90-11,354 ล้านบาท และจะเพิ่มเป็น 2766-34,573 ล้านบาทในปี พ.ศ.2567 (Srithamrongsawat et al., 2009) ภาวะทุพพลภาพรุนแรงจึงส่งผลกระทบต่ออัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศ ซึ่งในประเทศสวีเดนพบว่าทำให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจำนวนมากเมื่อเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ(GDP)และมีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้น โดยในปีพ.ศ.2543 พบร้อยละ 2.84 และคาดว่าปีค.ศ. 2563 จะเพิ่มสูงเป็นร้อยละ 3.61(Jacobzone, Cambois & Robine, 2000)

นอกจากนี้ พบว่า ภาวะทุพพลภาพทำให้ผู้สูงอายุประสบกับความยากลำบากในการดูแลตนเอง ทำให้อายุคาดหวังที่ดูแลตนเองได้ (ALE) หลัง 60 ปีขึ้นไปลดลง ดังพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี, 70 ปี และ 80 ปี ในเพศชายมีอายุคาดหวังที่จะดูแลตนเอง 18.52, 11.70 และ 7.64 ตามลำดับ ส่วนเพศหญิงอายุคาดหวังที่ดูแลตนเองเท่ากับ 20.29, 13.15 และ 7.40 ตามลำดับ (The nation commission on the elderly, 2006; Knodel & Chayovan, 2008) และพบว่าอายุคาดหวังและอายุคาดหวังที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ (DFLE) หลังจากอายุ 60 ปี ของเพศชายเป็น 20.3 ปีและ 16.4 ปี ส่วนเพศหญิง คือ 23.9 ปีและ 18.2 ปีตามลำดับ ในเพศหญิงจึงมีส่วนของการเกิดภาวะทุพพลภาพที่ยาวนานมากกว่าเพศชาย (Jitapunkul et al., 2003) และภาวะทุพพลภาพยังทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ในผู้สูงอายุ ดังพบว่าปี 2548 ผู้สูงอายุชายไทยมีการสูญเสียปีสุขภาวะ ร้อยละ 5 และผู้สูงอายุหญิงมีการสูญเสียปี สุขภาวะร้อยละ 7 (The nation commission on the elderly, 2006) ภาวะทุพพลภาพจึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตต่ำ (Bowling et al., 2007; White et al., 2009) ทำให้อัตราการรอดของชีวิตลดลง เกิดการพึ่งพาผู้อื่นสูงขึ้น (Marengoni et al., 2008)

ภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุจึงเป็นปัญหาที่ทำให้เกิดการดูแล ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม และแนวโน้มขนาดของปัญหาจะเพิ่มสูงขึ้นในอนาคต ในขณะที่การศึกษาภาวะทุพพลภาพที่ผ่านมายังมีข้อจำกัดในการเปรียบเทียบและสรุปผล เนื่องจากความแตกต่างด้านวิธีการวัด สถานที่ประเมิน และลักษณะของประชากร (Lafortune & Balestat, 2007) ในประเทศไทยมีเพียงรายงานภาวะทุพพลภาพรุนแรงในเขตกรุงเทพมหานคร พบร้อยละ 19.0 (Jitapunkul et al., 2003) และพบว่าการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน การชะลอ และลดการเกิดภาวะทุพพลภาพ มีข้อจำกัดในการขยายผลไปสู่ประชากร เนื่องจากความแตกต่างทางด้านนโยบายสุขภาพและระบบการดูแลสุขภาพ ทำให้มีช่องว่างขององค์ความรู้ในการป้องกันภาวะทุพพลภาพ และ ผลลัพธ์ของการป้องกันภาวะทุพพลภาพในรูปแบบต่าง ๆ (WHO, 2003) ส่วนในประเทศไทยการศึกษาเกี่ยวกับภาวะทุพพลภาพรุนแรงเขตชนบทมีจำกัด โดยเฉพาะการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพของประเทศไทยยังไม่เคยปรากฏในบริบทของสังคมไทย

อย่างไรก็ตาม การป้องกันภาวะทุพพลภาพเป็นเป้าหมายที่สำคัญของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และการป้องกันภาวะทุพพลภาพที่ดีควรเป็นวิธีการที่มีการเชื่อมโยงการใช้ทรัพยากร การจัดการ และ นโยบายร่วมกับชุมชน (WHO, 2003) การศึกษารูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนครั้งนี้ จึงอาศัยแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน และ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นกลวิธีในการดำเนินกิจกรรม เพื่อทำให้ชุมชนเกิดการตระหนักในศักยภาพของตนเอง ตัดสินใจและเลือกวิธีการปฏิบัติด้วยตนเอง ทำให้เกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในศักยภาพของบุคคลที่เกี่ยวข้อง (Stringer,1999; Stringer & Genat, 2004) และเป็นกลวิธีในการส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือและสร้างความตระหนักถึงความสามารถ และสิทธิของบุคคลที่จะ

สามารถตัดสินใจจัดการควบคุมชีวิตได้ด้วยตนเองเป็นเป้าหมายสูงสุดของการมีส่วนร่วมในชุมชน (Zakus & Lysack, 1998)

โดยมีพื้นที่ครอบคลุม 8 หมู่บ้าน ของตำบลลูกคำ อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นชุมชนเขตชนบทที่ประชาชนส่วนใหญ่เป็นชาวอีสาน ดำรงชีวิตด้วยอาชีพเกษตรกรรม (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชำสูง, 2551) และเป็นตำบลที่มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 12.27 ใกล้เคียงกับสัดส่วนผู้สูงอายุของจังหวัดขอนแก่น และอำเภอชำสูง (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2553) เพื่อค้นหารูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพในเขตชนบท โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้การจัดการป้องกันปัญหาทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการป้องกันปัญหาภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนอย่างยั่งยืน สร้างองค์ความรู้ใหม่ในการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่สามารถใช้เป็นบทเรียนสู่ในการวางแผนรองรับสังคมผู้สูงอายุในอนาคต และเป็นบทเรียนสู่ในป้องกันภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุสำหรับพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.2.1 วัตถุประสงค์การวิจัยหลัก

เพื่อศึกษารูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลลูกคำ อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น

1.2.2 วัตถุประสงค์การวิจัยรอง

1.2.2.1 เพื่อศึกษา ความหมาย มุมมอง และบริบททางสังคมวัฒนธรรม ที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลลูกคำ อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น

1.2.2.2 เพื่อศึกษาความชุกและลักษณะภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ตำบลลูกคำ อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น

1.2.2.3 เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ตำบลลูกคำ อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น

1.2.2.4 เพื่อศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ตำบลลูกคำ อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น

1.3 ขอบเขตของการวิจัย

1.3.1 เนื้อหาการวิจัย

ขอบเขตการศึกษา ประกอบด้วย ความชุกของการเกิดภาวะทุพพลภาพ ลักษณะของภาวะทุพพลภาพ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชน และพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะทุพพลภาพในชุมชน โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

1.3.2 ประชากร

ประชากรในการศึกษาในครั้งนี้มี 2 กลุ่ม คือ

1.3.2.1 ผู้สูงอายุ

เป็นประชากรกลุ่มเป้าหมายหลักของการวิจัย ได้แก่ ประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่มีภูมิลำเนาอยู่ในตำบลคูคำ อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น และอาศัยอยู่ในจริง ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาวิจัย

1.3.2.2 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

เป็นกลุ่มบุคคลในชุมชน ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มบุคคลที่ทำหน้าที่ประเมินภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งมีคุณลักษณะที่สำคัญ คือ สนใจเข้าร่วมทำหน้าที่ประเมินภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ สามารถอ่านออกเขียนได้ดี มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลคูคำ ผ่านการอบรมและการประเมินความสอดคล้องของการประเมินภาวะทุพพลภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ และ กลุ่มบุคคลที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและส่งเสริมกระบวนการดำเนินงานกิจกรรมป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ ได้แก่ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว แกนนำผู้สูงอายุในชุมชน และ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆ

1.3.3 พื้นที่ศึกษาวิจัย

พื้นที่การศึกษาวิจัยมีขอบเขตครอบคลุมพื้นที่ทั้ง 8 หมู่บ้าน ของตำบลคูคำ อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น

1.4 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.4.1 ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลคูคำ อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น

1.4.2 ภาวะทุพพลภาพ หมายถึง ความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของชีวิต (Basic Activity of daily living, ADLs) ด้วยตัวเองของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย 10 กิจกรรม คือ การรับประทานอาหาร (feeding) การลุกนั่ง (transfer) การใช้ห้องน้ำ (toilet use) การเข้าและออกจากห้องน้ำ การแต่งหน้าหวีผม (grooming) อาบน้ำ (bathing) เดินในทางราบ (mobility) เดินขึ้นลงบันได (stairs) แต่งตัว (dressing) การกลืนอุจจาระ (bowels) และกลืนปัสสาวะ (bladder) โดยใช้เครื่องมือประเมิน Modified Barthel index (Collin et al., 1988) ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทย และใช้เกณฑ์การตัดสินภาวะทุพพลภาพรุนแรง คือ 12 คะแนนขึ้นไปจากคะแนนเต็ม 20 คะแนน (Jitapunkul, 1994; Jitapunkul et al., 2003)

1.4.3 รูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพ หมายถึง องค์ประกอบและการทำหน้าที่ กลไกการขับเคลื่อน กระบวนการดำเนินงาน และแนวทางการประเมินผล การป้องกันภาวะทุพพลภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อลดการเกิดภาวะทุพพลภาพ และทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ

1.4.4 การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง กระบวนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งประเมินจากองค์ประกอบการมีส่วนร่วม 4 ด้าน ได้แก่ การประเมินความต้องการ (Need assessment) การจัดการ (Management) ภาวะผู้นำ (Leadership) การจัดองค์กร (Organization) การใช้ทรัพยากรในชุมชน (Resource Mobilization) (Rifkin et al., 1988)

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1.5.1 ด้านการจัดการปัญหาในระดับนโยบาย

- 1) เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องเชิงนโยบายระดับประเทศในการวางแผนจัดการปัญหาของผู้สูงอายุไทยในเขตชนบท
- 2) เพื่อนำเสนอองค์ความรู้ในการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชน อย่างยั่งยืน สำหรับเขตชนบทของประเทศไทย

1.5.2 ด้านการจัดการปัญหาในระดับพื้นที่

- 1) เพื่อป้องกันและลดปัญหาภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชน
- 2) เพื่อให้ชุมชนให้เกิดการเรียนรู้ในการจัดการและส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยชุมชนเอง
- 3) เพื่อส่งเสริมศักยภาพของชุมชนให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาความรู้ในชุมชนเพื่อการดูแลสุขภาพของกลุ่มคนในชุมชน เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ

1.5.3 ด้านวิชาการ

- 1) พัฒนาองค์ความรู้ในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตชนบท ที่สามารถเป็นบทเรียนรู้ในการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทยและสากลได้
- 2) สร้างนวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชนที่เกิดจากภูมิปัญญาชุมชน และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ของประเทศได้