

บทที่ 4

ผลการศึกษาวิจัย

ผลจากการศึกษาวิจัย เรื่อง รูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น ครั้งนี้ได้นำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังต่อไปนี้

4.1 ความหมาย มุมมอง และบริบททางสังคมวัฒนธรรม ที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น

4.1.1 บริบททั่วไปของชุมชน

จากการสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม และศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับบริบททางสังคมวัฒนธรรมของชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพในชุมชน ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2552 – สิงหาคม 2553 ผลการศึกษาวิจัยได้นำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

1) สภาพแวดล้อมของชุมชน

ตำบลคูคำ อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น เป็นอำเภอที่อยู่ห่างจากจังหวัดขอนแก่นระยะทาง 29 กิโลเมตร ทิศเหนือของตำบล คือ หมู่ที่ 5 บ้านหม้อ, หมู่ที่ 6 บ้านหม้อคำ ติดกับตำบลบ้านโนน อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น ทิศใต้ คือ หมู่ที่ 3 บ้านบ่อใหญ่ และหมู่ที่ 8 บ้านบ่อใหญ่ ติดกับอำเภอเขียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ทิศตะวันออกคือ หมู่ที่ 1 บ้านคู และหมู่ที่ 2 บ้านคูคำ ติดกับอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น และทิศตะวันตก คือ หมู่ที่ 7 บ้านคูคลอง และหมู่ที่ 3 บ้านบ่อใหญ่ ติดกับตำบลกระนวน อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น อำเภอเขียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

ในตำบลคูคำ มีทั้งหมด 8 หมู่บ้าน จากการสำรวจหมู่บ้านทั้ง 8 หมู่บ้าน พบว่าหมู่บ้านที่มีการคมนาคมขนส่งสะดวกมีเพียงกลุ่มบ้านคู หมู่ที่ 1, 2, 7 และบ้านหนองบัวคำมูล หมู่ที่ 4 เท่านั้น ส่วนบ้านบ่อ หมู่ที่ 3, 8 และบ้านหม้อ หมู่ที่ 5, 6 ถนนเส้นทางหลักของหมู่บ้านเป็นถนนลูกรัง จนกระทั่งต่อมาในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ – เมษายน 2554 มีการทำถนนลาดยางระยะทางประมาณ 2 กิโลเมตรของกลุ่มบ้านบ่อ และระยะทางประมาณ 900 เมตรของกลุ่มบ้านหม้อ จึงทำให้การคมนาคมสะดวกมากขึ้นกว่าเดิม อย่างไรก็ตามเส้นทางคมนาคมยังเป็นปัญหาของกลุ่มบ้านบ่อ และกลุ่มบ้านหม้อ ทั้ง 4 หมู่บ้านนี้เนื่องจากถนนสายหลักส่วนใหญ่ยังเป็นถนนลูกรังเต็มไปด้วยหลุมและบ่อ การเดินทางเข้าออกหมู่บ้านยากลำบาก โดยเฉพาะในช่วงฤดูฝน ทำให้เมื่อมีการเจ็บป่วยหรือฉุกเฉินต้องเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ชาวบ้านต้องเหมารถมารับบริการที่รพสต.ครั้งละประมาณ 100-200 บาทต่อครั้ง ส่วนในตัวอำเภอและโรงพยาบาลชุมชนประมาณ 300-400 บาทต่อครั้ง ส่วนถนนภายในหมู่บ้านทั้ง 8 หมู่บ้านถนนเส้นหลัก และถนนบริเวณซอยส่วนใหญ่เป็นถนนคอนกรีต และพบว่ามี 2 กลุ่มหมู่บ้านคือบ้านหม้อ และบ้านบ่อมีมูลสัตว์ให้เห็นตามถนนภายในหมู่บ้านซึ่งบางเส้นทางพบมูลสัตว์ตลอดเส้นทาง ส่วนการคมนาคมทางระหว่างหมู่บ้านในตำบลคูคำ และระหว่างตำบลคูคำและอำเภอไม่มีรถบริการ

ขนส่งประจำของหมู่บ้าน ต้องอาศัยรถโดยสารประจำทางของอำเภอซึ่งเป็นรถบรรทุกหกล้อสี่ล้อที่ดัดแปลงเป็นรถโดยสารมีสภาพกลางเก่ากลางใหม่ และ รถเมล์สี่ล้อสภาพเก่าและทรุดโทรม 1 คัน

ส่วนสภาพการตั้งบ้านเรือนของชุมชน พบว่าทั้ง 8 หมู่บ้านของตำบลลูกคำ มีสภาพเป็นชุมชนดั้งเดิมที่มีอายุมากกว่า 100 ปี ในแต่ละชุมชนมีบ้านเรือนที่สร้างขึ้นกระจุกตัวอยู่บริเวณกลางหมู่บ้าน สภาพการก่อตั้งบ้านเรือนแต่ละหลังคาถูกสร้างติดกันทำให้พื้นที่ว่างของอาณาบริเวณบ้านของแต่ละหลังเหลือน้อย บ้านเรือนแต่ละหลังส่วนใหญ่มีรั้วคอนกรีตก่อเป็นกำแพงกันระหว่างบ้าน ยกเว้นกลุ่มบ้านบ่อพบว่าบ้านเรือนส่วนใหญ่ไม่มีรั้วกำแพงกันชัดเจน และพบว่าในบริเวณแต่ละหมู่บ้านจะมีถนนสายหลักและถนนสายรองที่เรียกว่าซอย ส่วนใหญ่ก่อสร้างด้วยคอนกรีต นอกจากนี้ภายในหมู่บ้านมีการแบ่งพื้นที่หมู่บ้านออกเป็นคุ้มต่างๆ โดยใช้ถนนภายในหมู่บ้านเป็นตัวแบ่งคุ้มหมู่บ้านละ 4-6 คุ้ม ด้านการติดต่อสื่อสารในหมู่บ้าน พบว่าทุกชุมชนมีการติดตั้งหอกระจายเสียงเพื่อใช้เป็นช่องทางในการสื่อสารภายในชุมชน ซึ่งนิยมใช้เพื่อแจ้งข่าวสารจากทางการ หรือข่าวสารของหมู่บ้าน และทุกชุมชนยังมีการประชุมของหมู่บ้านเพื่อเป็นช่องทางหนึ่งของการสื่อสารในชุมชน

2) โครงสร้างองค์กรชุมชน

หน่วยงานราชการและองค์กรในตำบลลูกคำ พบว่าสามารถจำแนกออกเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้นำชุมชนในตำบลลูกคำ จำแนกเป็นผู้นำที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการ โดยผู้นำที่เป็นทางการ ประกอบด้วย องค์กรบริหารส่วนตำบลลูกคำ ซึ่งเป็นองค์กรชุมชนที่เกิดขึ้นตั้งแต่ พ.ศ.2544 มีบทบาทเกี่ยวกับการพัฒนา การบริหารจัดการกับปัญหาความเดือดร้อนของประชาชนในชุมชน มีนายกองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นผู้บริหารสูงสุด และมีสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (สอบต.) หมู่บ้านละ 2 คน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลและสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล มีวาระการทำงาน 4 ปี นายกคนปัจจุบันดำรงวาระติดต่อกันเป็นสมัยที่ 2 นอกจากนี้้องค์การบริหารส่วนตำบลลูกคำเป็นสถานที่ตั้งของกองทุนสุขภาพตำบลลูกคำ ได้รับการจัดสรรงบประมาณจากสำนักงานปลัดประกันสุขภาพแห่งชาติและงบสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบลลูกคำ งบประมาณดังกล่าวเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มประชาชนทุกกลุ่ม และที่ผ่านมาได้รับงบประมาณจัดสรรรวมทั้งหมดประมาณ 200,000 กว่าบาท

ผู้นำชุมชนทางการอีกกลุ่มหนึ่งที่ทำหน้าที่ปกครองดูแลทุกข์สุขของลูกบ้าน และเป็นตัวกลางในการเชื่อมประสานงานด้านนโยบายต่างๆของภาครัฐ ของแต่ละกระทรวง ลูกชาวบ้าน และเชื่อมประสานความต้องการและข้อมูลของชาวบ้านสู่ภาครัฐ คือ ผู้ใหญ่บ้านและกำนัน ผู้ใหญ่บ้านและกำนันเป็นกลุ่มผู้นำชุมชนที่มีมานานตั้งแต่การก่อตั้งหมู่บ้าน ในแต่ละหมู่บ้านจะมีผู้ใหญ่บ้าน 1 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 2 คน และในตำบลจะมีผู้ปกครองสูงสุดของตำบล คือ กำนัน และมีสารวัตรกำนันเป็นผู้ช่วยของกำนัน ซึ่งผู้นำชุมชนในกลุ่มนี้ปัจจุบันมีวาระในการทำงานจนเกษียณอายุ 60 ปี และพบว่ากำนันตำบลลูกคำเป็นบุคคลที่ชาวบ้านในตำบลให้ความเคารพนับถือ และพบว่ากำนันและนายกองค์การบริหารส่วนตำบลลูกคำ อาศัยอยู่ที่บ้านลูกคำ หมู่ที่ 2 และมีความสัมพันธ์เป็นญาติใกล้ชิดกัน

ส่วนผู้นำตามธรรมชาติในชุมชนโดยเฉพาะผู้นำทางศาสนา พบว่า วัดในตำบลลูกคำมีทั้งหมด 6 แห่งเป็นวัดบ้านหรือ มหานิกาย 4 แห่ง เป็นวัดป่า หรือ ธรรมยุต 2 แห่ง ในตำบลลูกคำมีผู้ปกครองสูงสุดของคณะสงฆ์ คือ เจ้าคณะตำบลลูกคำ วัดพุทธชาฎา หมู่ที่ 2 ในแต่ละวัดมีเจ้าอาวาส 1 รูป และพระลูกวัด จำนวน 1-3 รูป พระสงฆ์ส่วนหนึ่งเป็นชาวกัมพูชา ที่มาอาศัยอยู่ในชุมชนเพื่อบวชเรียนหนังสือที่มหาวิทยาลัยสงฆ์

นอกจากนี้ในทุกหมู่บ้านมีผู้นำทางพิธีกรรม ได้แก่ หมอธรรม เฒ่าจ้ำ เป็นผู้ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อ เรื่องเหนือธรรมชาติ เรื่องราวของ ผี ในชุมชน ได้แก่ คอนปู่ตา บือบ้าน

ด้านหน่วยงานที่มีบทบาทดูแลสุขภาพของชุมชน คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลคูคำ เปิดให้ตั้งแต่ปี 2535 เป็นแหล่งให้บริการสุขภาพของประชาชนและผู้สูงอายุในตำบลคูคำ ซึ่งที่ผ่านมาพบว่าการจัดบริการของรพ.สต. เป็นกิจกรรมหลัก 5 ด้าน คือ บริการอนามัยแม่และเด็ก บริการรักษาพยาบาล เบื้องต้น งานควบคุมและเฝ้าระวังโรคติดต่อและไม่ติดต่อ บริการทันตกรรม การดูแลโรคเรื้อรัง ซึ่งมีบุคลากรทั้งหมด 7 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่งานทันตภิบาล 1 คน และพนักงานนวดแผนไทย จำนวน 2 คน ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขของสถานบริการมีคนที่เกิดและอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลคูคำจำนวน 3 คน เป็นเจ้าหน้าที่ 1 คน และ ลูกจ้าง 2 คน

ส่วนกลุ่มองค์กรของชุมชนที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนของตำบลคูคำ คือ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) มีทั้งหมดจำนวน 101 คน แบ่งหน้าที่กันผิชอบดูแลประชาชน อสม. 1 คนต่อ 10 ครอบครัว บทบาทหน้าที่ของอสม.ในชุมชน จะทำหน้าที่เกี่ยวกับการรณรงค์ป้องกัน ควบคุม ไข้หวัดใหญ่ คัดกรองความดัน เบาหวาน ดูแลความสะอาดของชุมชน ส่งเสริมการใช้เกลือไอโอดีน และ อสม.บางคนอยู่เฝ้าช่วยงานบริการที่ รพ.สต. การทำงานของอสม.อยู่ภายใต้การดูแลของนักวิชาการสาธารณสุขที่เป็นเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. คอยติดตามประเมินผลการทำงานและให้คำแนะนำในการทำงาน โดยจะมีการประชุมทุกวันวันที่ 6 ของเดือน และ อสม.จะส่งรายงานให้รพ.สต.ทุก 1 เดือน อย่างไรก็ตามพบว่ามี อสม.บางส่วนไม่สามารถทำงานให้กับ รพ.สต.ได้ทุกกิจกรรม เนื่องจาก อสม.บางส่วนมีหน้าที่ต้องทำงานและรับผิดชอบครอบครัว และยังมีอาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมจากกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จำนวน 5 คน

องค์กรที่มีบทบาทด้านการศึกษาในชุมชน คือ โรงเรียนประถมศึกษาในหมู่บ้าน 3 แห่ง ได้แก่ โรงเรียนบ้านบ่อใหญ่ โรงเรียนบ้านหม้อ โรงเรียนบ้านหนองบัวคำมูล และโรงเรียนชายโอกาส 1 แห่ง คือ โรงเรียนบ้านคูคำพิทยาสรรพ์ นอกจากนี้ยังมีศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนตำบลคูคำ 1 แห่ง และมีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 2 แห่ง คือ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อบต.คูคำ และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านหม้อ

นอกจากนี้กลุ่มกิจกรรมที่สำคัญที่มีในชุมชน ซึ่งจะมามีบทบาทหน้าที่ในการทำกิจกรรมเฉพาะด้าน ในชุมชน ได้แก่ กลุ่มกิจกรรมหารายได้เสริม เช่น กลุ่มทำขนม กลุ่มเพาะเห็ด กลุ่มทอเสื่อ กลุ่มทอผ้า กลุ่มทำดอกไม้บ้านคู ซึ่งสมาชิกส่วนใหญ่เป็นกลุ่มแม่บ้าน กลุ่มผู้หญิงวัยกลางคนถึงวัยผู้สูงอายุที่ทำกิจกรรมเพื่อหารายได้เสริมให้กับครอบครัว กลุ่มกิจกรรมเพื่อดูแลสุขภาพ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ (กลุ่มรำไม้พลอง) บ้านคูเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่รวมกลุ่มกันออกกำลังกาย กลุ่มเต้นแอโรบิกของผู้หญิงวัยทำงาน กลุ่มกิจกรรมทางเศรษฐกิจของชุมชน เช่น กลุ่มกองทุนหมู่บ้าน เป็นกลุ่มผู้นำในชุมชนที่ทำหน้าที่ดูแลและบริหารจัดการกองทุนเงินล้านในชุมชน กลุ่มร้านค้าสหกรณ์ เป็นกลุ่มที่จำหน่ายสินค้าอุปโภคบริโภคในชุมชนและปันผลกำไรให้สมาชิกในชุมชน กลุ่มกิจกรรมทางศาสนา เช่น กลุ่มจำศีลเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่รวมกลุ่มกันทำกิจกรรมทางศาสนาจำศีลนอนวัด ในช่วงวันพระและช่วงเข้าพรรษา กลุ่มทำกิจกรรมเพื่อชุมชน เช่น กลุ่มแม่บ้าน เป็นกลุ่มที่มีบทบาทในการช่วยเหลืองานบ้านในชุมชน จัดกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนในด้านอาหารการกิน การทำความสะอาด และการต้อนรับ ปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็นกลุ่มสตรีตั้งแต่รัฐบาลมีนโยบายกองทุนสตรี กลุ่มผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มผู้สูงอายุใน

ชุมชนที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือกิจกรรมทางชุมชนด้านพิธีกรรม พิธีการ วัฒนธรรม ศาสนา และกลุ่มเยาวชน เป็นการรวมตัวของเยาวชนในหมู่บ้านที่ทำกิจกรรมต่างๆ เช่น กีฬา กลองยาว

3) สภาพเศรษฐกิจและการประกอบอาชีพ

ในตำบลคูคำชาวบ้านประกอบอาชีพ เกษตรกรรมเป็นหลัก โดยบางส่วนของหมู่บ้าน 6 หมู่บ้าน มีระบบคลองชลประทานจากเขื่อนอุบลรัตน์ไหลผ่าน มีเพียงบ้านหม้อ หมู่ 5 และ หมู่ 6 เท่านั้นที่ไม่มีระบบคลองชลประทาน ซึ่งฤดูกาลทำนาของชาวบ้านจะเริ่มประมาณเดือน พฤษภาคม ชาวบ้านจะเริ่มไถดิน โดยการไถพรวนดิน ประมาณเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม ชาวบ้านเริ่มหว่านข้าว ซึ่งส่วนใหญ่การทำนาของชาวบ้านเป็นนาหว่านมากกว่านาดำ เนื่องจากปัญหาขาดคนทำนาและค่าแรงมีราคาแพง หลังจากนั้นชาวบ้านจะดูแลนาข้าว โดยการซ่อมแซมคันข้าว ใส่ปุ๋ย ถอนหญ้า ให้น้ำเข้านา กระทั่งเดือนพฤศจิกายน ถึง เดือนธันวาคม จะเป็นช่วงฤดูกาลเก็บเกี่ยวข้าวเพื่อนำเข้าล้งข้าวหรือนำไปจำหน่าย

นอกฤดูการทำนาชาวบ้านส่วนหนึ่งประกอบอาชีพเสริมภายในหมู่บ้านได้แก่ การปลูกผักปลอดสารพิษ บ้านหมู่ 5 และ หมู่ 6 กลุ่มเกษตรปลอดสาร มีพ่อสุพันธ์ ผู้ใหญ่บ้านเป็นประธาน ชาวบ้านในชุมชนทุกครัวเรือนเป็นสมาชิกกลุ่มมีการร่วมกันปลูกผัก ซึ่งกลุ่มเกษตรปลอดสารในระยะเริ่มต้นได้รับการสนับสนุนจากอาจารย์ในมหาวิทยาลัยขอนแก่น ในระยะแรกมีการส่งผักขายในห้างสรรพสินค้าของจังหวัดขอนแก่น ต่อมากลุ่มมีแนวคิดให้ประชาชนทุกระดับสามารถหาผักปลอดสารรับประทานจึงนำมาขายที่ตลาดบางลำพู ผักที่ปลูกเป็นพืชผักสวนครัว เช่น พริก โหระพา มะเขือเปราะ คะน้า ถั่วฝักยาว ปัจจุบันมีการปลูกพริกปลอดสารส่งออกนอกและมีโรงงานบรรจุเองในชุมชน ชาวบ้านบางส่วนรวมทั้งพ่อสุพันธ์ปลูกผักตลอดปี รวมพื้นที่เพาะปลูกทั้งหมด 300 กว่าไร่ และมีการวางแผนขยายพื้นที่เพาะปลูกออกเป็น 800 ไร่ สมาชิกแต่ละครอบครัวจะปลูกผักปลอดสารตามพื้นที่ของตนเองรายได้ขึ้นอยู่กับผลผลิตที่ปลูกและมีการรวมกลุ่มกันปลูก มีการรวมกันไปจำหน่าย มีนโยบายไปขายแก่จุดเดียวคือตลาดบางลำพู ไม่ให้ผู้ซื้อเข้ามาซื้อในสวน ทำให้บ้านหม้อเป็นต้นแบบของการปลูกผักปลอดสารและขยายไปสู่หมู่บ้านอื่นๆ ในตำบลคูคำ

ส่วนบ้านบ่อหมู่ที่ 3 และ 8 มีอาชีพเฉพาะที่นิยมกันในผู้ชาย คือ ซ้อมขายวัวควายในตลาดวัวควาย ซึ่งภาษาถิ่นเรียกกันว่า นายฮ้อย โดย นายฮ้อย เป็นเจ้าของรถบรรทุกและลูกทีมที่ไม่มียอดเป็นของตนเอง อาศัยรถและช่วยจ่ายค่ารถ นายฮ้อยและลูกทีมจะตระเวนไปยังสถานที่ที่ซ้อมขายวัวควาย ที่เรียกว่าตลาดวัวควาย เพื่อเจรจาต่อรองซื้อวัวควาย และนำมาขายทอดตลาด ได้แก่ โรงเชือด เชียงวัว ชาวบ้าน หรือนำมาเชือดขายเอง

ในกลุ่มสตรีของในตำบลคูคำอาชีพรับจ้างเย็บผ้าโหลเป็นอาชีพที่นิยมทำในผู้หญิงที่ไม่ได้ออกไปทำงานนอกบ้านของ กลุ่มบ้านคู และกลุ่มบ้านบ่อ โดยมีผู้รับเหมาช่วงเย็บผ้าโหลมาจากโรงงาน แล้วนำมาให้กลุ่มผู้หญิงที่อยู่ในหมู่บ้าน กลุ่มผู้หญิงที่รับจ้างเย็บผ้าซึ่งแต่ละคนจะมีเครื่องจักรเย็บผ้าเป็นของตนเอง ผู้รับเหมาช่วงจะมารับและส่งผ้าให้กลุ่มรับจ้างเย็บผ้าโหลและแต่ละคนเย็บผ้าเฉพาะส่วนที่ตนเองรับผิดชอบ ค่าแรงให้ตามจำนวนชิ้นผ้าและความยากของการเย็บ

นอกจากนี้ พบว่า ชาวบ้านในวัยแรงงานของหมู่บ้านประมาณหนึ่งในสามอพยพไปทำงานในกรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑลโดยทิ้งให้ผู้สูงอายุซึ่งเป็นพ่อแม่อาศัยอยู่บ้านเพียงลำพัง หรือต้องทำหน้าที่เลี้ยงหลาน ซึ่งกลุ่มคนวัยแรงงานเหล่านี้จะส่งเงินมาให้พ่อแม่เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในครอบครัวและค่าใช้จ่ายของลูก กลุ่มคนวัยแรงงานเหล่านี้จะกลับบ้านในช่วงเทศกาลที่มีวันหยุดติดต่อกันหลายวันเท่านั้น และพบว่าผู้สูงอายุ

บางส่วนที่ลูกหลานไปทำงานในกรุงเทพฯ และเขตปริมณฑล ไม่ได้ส่งเงินมาให้ผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุต้องหาเลี้ยงชีพด้วยตนเอง นอกจากนี้ชาวบ้านส่วนหนึ่งยังมีอาชีพรับจ้างโดยจะเดินทางเข้าไปรับจ้างในเมืองแบบเช้าไปเย็นกลับ ได้แก่ โรงงานเย็บผ้า โรงงานทอแหวน รับจ้างก่อสร้าง ซึ่งพบว่าชาวบ้านเหล่านี้อาศัยรถรับเหมาออกจากหมู่บ้านประมาณ 6 โมงเช้า และกลับเข้ามาในหมู่บ้าน 6 โมงเย็น ในแต่ละหมู่บ้านจะมีรถรับเหมาประมาณ 2-3 คัน

4.1.2 ความหมาย มุมมอง และบริบททางสังคมวัฒนธรรม ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในชุมชน

1) ความหมายและมุมมองเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมหรืองานเดิมที่เคยทำได้ รวมถึงสภาพการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่ปรากฏให้เห็นและมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นสิ่งที่ใช้บ่งบอกความสูงอายุ ส่วนการให้ความหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุของชาวบ้านสามารถจำแนกได้ 2 ประเภทคือ การใช้อายุเป็นเกณฑ์ในการบอกความหมายผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุหมายถึงผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุบางส่วนไม่เห็นด้วยกับการใช้อายุเป็นเกณฑ์แบ่งผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุบางส่วนยังคงมีสุขภาพแข็งแรงแม้จะมีอายุ 60 ปี ดังนั้นชาวบ้านและผู้สูงอายุบางส่วนจึงให้ความหมายของผู้สูงอายุโดยใช้สภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่ใช้นิยามให้ความหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

“ผู้เฒ่าบ้านเฮานับกันที่ 60 ปี ขึ้นไปก็เป็นผู้เฒ่า คน 70 ปีขึ้นไปมีปหลาย” IDI-A2-M4-16

“อายุบอกไม่ได้ บางคน 60 กว่าแต่ยังแข็งแรง ทำงานได้อย่างยายถ้ามีเบาหวานเราก็ตยังทำงานอยู่นี้เราทำงานได้อยู่ พอป่วยเบาหวานก็ทำงานไม่ได้ เอาไปเอามาก็ได้แต่อยู่บ้าน” IDI-Vol-M1-29

“...หนูเคยฟังเสียงแจ๊สก็กลับกลายมาเป็นหนวก ตาเคยใสต้องแฉะ ก็เลยจ้ำมีคมัว ตัวเคยเคยไปได้ ไปไวม่า คล่องก็เลยขดข่มล้า ขาข้างยวบไว ผมเคยคำคี่ล้วน เสมอเทาเขียวอ่อน เดี่ยวนี้ขาวหงอกจ้ำ พอป่านฝ้ายติดผง เขียวเคยขงกล่อนย้า อาหารเลี้ยงชีพ ก็เลยหลดหล่นจ้ำ ฟันซี่ยาก็บิ่น ร่างกายเคยดีได้แข็งแรงแต่เป็นหนุ่ม โรคมันมาจิดขึ้น หาทำงานไม่ได้ ไค้นอนให้อยู่แต่เสือน” IDI-A2-M5-22

ส่วนมุมมองเกี่ยวกับผู้สูงอายุพบว่าอยู่บนพื้นฐานความเชื่อทางวัฒนธรรมของชุมชนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่สำคัญ คือ ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ควรเคารพนับถือ ในอดีตการนับถือผู้อาวุโสเป็นสิ่งที่เคยปฏิบัติสืบกันมาและเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุในปัจจุบันเคยปฏิบัติให้กับผู้สูงอายุในอดีต ด้วยการแสดงความเคารพผู้อาวุโสเป็นประจำในช่วงวันพระ แม้ปัจจุบันวิถีปฏิบัติจะถูกเปลี่ยนแปลงและไม่เข้มข้นเหมือนเดิม แต่ยังคงมีการแสดงออกที่สื่อถึงการเคารพผู้สูงอายุ หรือ พ่อแม่ ได้แก่ การขอขมา ช่วงวันสงกรานต์ และคำที่ใช้เรียกผู้สูงอายุเป็นคำที่แสดงออกถึงความเคารพนับถือ เรียกผู้สูงอายุว่า “พ่อใหญ่ แม่ใหญ่” นอกจากนี้ชุมชนยังคงให้ความสำคัญของการปฏิบัติต่อพ่อแม่ ต่อผู้สูงอายุในครอบครัว โดยมีความเชื่อและปฏิบัติสืบต่อกันมาเกี่ยวกับ “ความกตัญญู กตเวที” การดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุที่เป็นพ่อแม่ต้องเป็นหน้าที่ของลูก ซึ่งหากลูกที่ต้องทำหน้าที่เลี้ยงดูพ่อแม่ ทอดทิ้งพ่อแม่ ไม่ทดแทนคุณพ่อแม่ ทำให้พ่อแม่ หรือผู้สูงอายุเสียใจ จะถูกประณามว่าอกตัญญูต่อพ่อแม่ ชาวบ้านจะนิทา และประณามว่าเป็นคนเนรคุณ อกตัญญูต่อพ่อแม่ ส่วนคนที่ดูแลพ่อแม่ดีจะได้รับคำชื่นชมว่ามีความกตัญญู

“คนบ้ญญคุณพ่อ คุณแม่ บาบหลาย เป็นคนเนรคุณพ่อแม่ บ้านเขาก็มีหลายคน โทศ เขาทั้งพ่อทั้งแม่ไป บ่ได้กิน อย่างเม่ตอนนีก็อุดมสมบูรณ์คืออยู่ แต่ต่อไปด้านหน้าบ้ญญเป็นจ้งใจ” IDI-An5-M3-11

“ไม่ดูแลพ่อแม่บางเดือนบ่เบ้งพ่อแม่เจ้าของ ไทบ้านถือว่าเป็นลูกบ่ดี ออกค้ญญ ไทบ้าน ประนามอยู่ว่าเป็นคนฆ่าพ่อ ฆ่าแม่” IDI-An4-M3-23

ส่วนบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน ผู้สูงอายุถูกสังคมกำหนดให้เป็นผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับสิ่งที่ป็นศูนย์รวมจิตใจของชุมชน ได้แก่ พิธีกรรมทางศาสนา ทางวัฒนธรรม ผู้ไกล่เกลี่ยกรณีมีข้อพิพาทในชุมชน เป็นผู้ให้คำแนะนำ คำชี้แนะแก่ชุมชน ชาวบ้านหรือคนรุ่นหลังจะขอคำชี้แนะในการปฏิบัติเกี่ยวกับพิธีกรรมต่างๆในชุมชน รวมทั้งผู้สูงอายุบางคนมีหน้าที่และบทบาทเป็นผู้เป็นที่สำคัญทางด้านศาสนาและพิธีกรรมให้กับชุมชน

2) สภาพเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาพบว่าสถานะของผู้สูงอายุในเขตชนบทตำบลคูคำ โดยเฉพาะผู้สูงอายุเพศชาย มีสถานะบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว ส่วนเพศหญิงมีสถานะเป็นสมาชิกครอบครัว ในกรณีที่ผู้สูงอายุที่เป็นหัวหน้าครอบครัวยังสามารถประกอบอาชีพเกษตรกรรม ได้แก่ การทำนา การทำไร่ การทำสวน พบว่า หัวหน้าครอบครัวที่เป็นผู้สูงอายุเป็นผู้รับผิดชอบภาวะเศรษฐกิจของครัวเรือน ผลผลิตทางการเกษตรที่ได้อีกส่วนหนึ่งจะถูกแบ่งเพื่อบริโภคในครัวเรือน และอีกส่วนหนึ่งจะถูกนำไปจำหน่าย เพื่อเป็นเงินค่าใช้จ่ายในครอบครัว และใช้หนี้ส่วนกรณีที่ผู้สูงอายุที่หยุดประกอบอาชีพหลัก ส่วนใหญ่จะมอบภาระหน้าที่ในการดูแลครอบครัวและการดูแลภาวะเศรษฐกิจของครัวเรือนให้กับบุตรชาย หรือ บุตรเขย โดยมีผู้สูงอายุเป็นหัวหน้าครอบครัว อย่างไรก็ตามพบว่าบทบาทของผู้สูงอายุเหล่านี้ในการนำครอบครัวจะไม่โดดเด่นเหมือนเดิม

จากการศึกษาพบว่ารายได้หลักของผู้สูงอายุในตำบลคูคำพบว่าส่วนใหญ่มาจากสวัสดิการเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุที่ได้รับจากรัฐบาล เดือนละ 500 บาทในช่วงก่อนเดือนมกราคม 2555 และหลังจากเดือนมกราคม 2555 รายได้ปรับตามช่วงอายุของผู้สูงอายุ โดยอายุ 60-69 ปี ได้รับ 600 บาท อายุ 70-79 ปี ได้รับ 700 บาท อายุ 80 ปีขึ้นไปได้รับ 1000 บาท และในกรณีของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ จะได้รับสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้พิการอีกเดือนละ 500 บาทเพิ่ม ซึ่งรายได้สวัสดิการจากภาครัฐเหล่านี้เป็นรายได้หลักและเป็นสิ่งที่สำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีเงินไว้ใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ การทำบุญ และเป็นค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน อย่างไรก็ตามพบว่ารายได้สวัสดิการเหล่านี้ในผู้สูงอายุส่วนหนึ่งไม่เพียงพอ

นอกจากนี้ แหล่งของรายได้ที่ผู้สูงอายุบางครอบครัวได้รับ เป็นรายได้จากบุตรหลาน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นรายได้ที่ส่งมาเพื่อให้ผู้สูงอายุนำไปเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลหลาน และค่าเล่าเรียนของหลาน อย่างไรก็ตามบางครอบครัวไม่ได้ส่งเงินมาให้อย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้สูงอายุต้องรับภาระในการดูแลตนเองและหลานโดยต้องหารายได้เพิ่มรวมถึงการกู้ยืม พบว่าผู้สูงอายุส่วนหนึ่งมีหนี้สิน ส่วนใหญ่เป็นหนี้สินที่กู้ยืมในช่วงที่อายุไม่ถึง 60 ปี ได้แก่ หนี้กองทุนเงินล้าน และหนี้ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์

“ก็พอได้เงินช่วยเหลือเบี้ยยังชีพ และเบี้ยพิการ อยู่ได้ก็เงินพวกนี้แหละ ได้ 1000 บาทได้เงินมาก็เอาไปซื้อข้าว ซื้ออาหารการกิน น้องสาวก็ช่วยดูแลอยู่” IDI-A4-M5-10

“รายได้หลักส่วนใหญ่มาจากเงินยังชีพผู้สูงอายุของคาบกับยายเดือนละ 500 บาท และจากลูกๆ ประมาณ 2,000-3,000 บาท/2-3 เดือน ไม่ค่อยเพียงพอต่อการใช้จ่ายแต่ละเดือนเพราะมีค่าใช้จ่ายหลายด้าน และเป็นหนี้เงินล้าน 10,000 บาท หนี้ ธกส. 25,000 บาท และยังไม่รู้เลยว่าเอาเงินจากไหนมาใช้หนี้” IDI-A3-M8-61

ด้านสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ พบว่าลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เป็นบ้านสองชั้นที่เดิมเป็นบ้านไม้ชั้นเดียวได้สูง และต่อเติมชั้นล่างด้วยคอนกรีต ภายในตัวบ้านส่วนใหญ่เป็นห้องโถงโถงไม่ได้แยกเป็นสัดส่วน ส่วนใหญ่วางสิ่งของต่าง ๆ ในบริเวณบ้านวางไม่เป็นระเบียบเรียบร้อย มีฝุ่นจับ ในกรณีที่ครอบครัวนั้นมีผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว หรือช่วยเหลือตนเองได้น้อย ผู้สูงอายุจะนอนชั้นล่างโดยพื้นที่ชั้นล่างของบ้านถูกกันเป็นพื้นนอนสำหรับผู้สูงอายุ ส่วนในครอบครัวที่ผู้สูงอายุยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ไม่มีปัญหาทางการเคลื่อนไหวห้องนอนของผู้สูงอายุบางคนอยู่ชั้นบนขณะที่บางส่วนอยู่ชั้นล่างขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้สูงอายุ ส่วนห้องน้ำพบว่าส่วนมากมีห้องน้ำอยู่นอกตัวบ้านแต่อยู่ไม่ไกลจากตัวบ้าน ซึ่งห้องน้ำเกือบทั้งหมดเป็นโถส้วมแบบนั่งของๆ พื้นห้องน้ำส่วนใหญ่เป็นปูน และไม่มีราวจับในห้องน้ำแม้ว่าบางครอบครัวผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือได้น้อยและมีปัญหาในการเคลื่อนไหวก็ตาม ส่วนบันไดบ้านพบว่าส่วนใหญ่มีราวบันได ส่วนสิ่งอำนวยความสะดวกภายในบ้านที่พบเห็นเกือบทุกหลังคา ได้แก่ ทีวี พัดลม ตู้เย็น และวิทยุเครื่องเล็ก ซึ่งวิทยุเป็นสิ่งอำนวยความสะดวกที่อยู่ข้างกายของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ รายการที่ผู้สูงอายุนิยมฟังคือ รายการธรรมะ ข่าวการเมือง และโฆษณาทางสถานีวิทยุ

3) สภาพทางสังคมของผู้สูงอายุ

พบว่าลักษณะครอบครัวที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ เป็นครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวขยาย การช่วยเหลือที่สำคัญที่ผู้สูงอายุได้รับจากครอบครัว ได้แก่ การให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน การดูแลเมื่อเจ็บป่วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ผู้ดูแลเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญในการช่วยเหลือด้าน การทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การเคลื่อนไหว เป็นต้น นอกจากนี้เครือญาติรวมทั้งลูกหลานที่แยกครอบครัว เป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญที่ช่วยแบ่งเบา ภาระการดูแลและสนับสนุนให้กับผู้ดูแลและครอบครัวได้ ซึ่งพบว่าการสนับสนุนที่เครือญาติและลูกหลาน สนับสนุนแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล ได้แก่ การเยี่ยมให้กำลังใจ การสนับสนุนอาหาร การมาช่วยดูแล การสนับสนุนเงินค่าใช้จ่าย

“ตั้งแต่เข้ามาถืออกกำลังกาย ลูกที่อยู่ข้างบ้านก็จะเอากับข้าวมานำให้ ก็มานั่งอยู่นี่แหละเข้าห้องน้ำเอง เสื้อผ้าบได้ซัก ริดเองหรือหอก ลูกชายที่เป็นผู้ช่วยมาซักให้ เสื้อผ้าชุดหนึ่งก็ใส่ 2 วัน ก็ถึงเอามาแช่หรือ โดนผู้ซัก” IDI-A2-M8-28 “ยายที่อยู่ 2 คนกับตา ก็มีลูกที่อยู่ในบ้านนี้เขาได้มาอยู่บ้านนำ คนนี้เป็นอบต. ครั้งบ่ขายเขาที่จะพาไปหาหมอ ก็มีแต่อาศัยเขานี้แหละ เขาก็จะแวะมาเยี่ยม มีกับข้าวมารับก็จะหามาให้อยู่” IDI-AC4-M1-17

ส่วนกลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นอีกเครือข่ายหนึ่ง ที่ให้ความช่วยเหลือและการสนับสนุนที่ผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลคูคานั้น พบว่าผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลคูคาระบบความสัมพันธ์เครือญาติกันสูง โดยจะพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีนามสกุลซ้ำกันอยู่ในแต่ละหมู่บ้าน ทำให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีความรู้สึกคุ้นเคยกัน นอกจากนี้ผู้สูงอายุมีการจับกลุ่มกันตามละแวกบ้านเรือนที่อยู่ใกล้กันเพื่อนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในละแวกบ้านใกล้เคียงกัน มีการจับกลุ่มไปมาหาสู่กันเป็นประจำ จำนวน 3-5 คน โดยสถานที่พบปะกันคือ เกียงนา (กระท่อม) ที่ตั้งขึ้นในบริเวณบ้านของผู้สูงอายุที่มีให้เห็นเกือบทุกหลังคาเรือนที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ และเมื่อผู้สูงอายุที่สนิทสนมกันในกลุ่มไม่สามารถช่วยตนเองได้หรือมีอาการเจ็บป่วย ผู้สูงอายุที่อยู่ละแวกบ้านใกล้เคียง จะมาเยี่ยมเยียนในช่วงกลางวัน ออกไปทำงาน กิจกรรมที่มักทำร่วมกันคือ สนทนาพูดคุย รับประทานอาหารร่วมกัน ฟังวิทยุ ช่วยกิจวัตรประจำวัน และเยี่ยมเยียนดูแล ส่วนผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว และในกรณีผู้สูงอายุมีอาการป่วยหนัก กลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุจะอยู่เฝ้าในช่วงกลางคืนด้วย

4) การดูแลผู้สูงอายุขององค์กร และหน่วยงานภาครัฐในชุมชน

หน่วยงานและกลุ่มองค์กรภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในชุมชนที่สำคัญ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคูคำและองค์การบริหารส่วนตำบลคูคำ มีบทบาทหน้าที่ และดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ มีรายละเอียดต่อไปนี้

(1) การดูแลด้านสุขภาพ

รพสต.คูคำ เป็นหน่วยงานที่มีบทบาทในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน อย่างไรก็ตามพบว่าหน่วยงานไม่มีบริการเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุเหมือนกับประชาชนทั่วไป และพบว่าแม้ประชาชนในพื้นที่ตำบลคูคำ จะมีความครอบคลุมของสิทธิการรักษาพยาบาล แต่ปัญหาที่ประชาชนในพื้นที่ครึ่งหนึ่งประสบ คือ การเดินทางเข้ารับบริการไม่สะดวกในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งจากนี้จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพและครอบครัว อสม. พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพรุนแรงส่วนใหญ่ไม่ได้เข้ารับบริการที่รพ.ส่งเสริมสุขภาพตำบลเนื่องจาก มีปัญหาในการเดินทางเข้ารับบริการในรพสต. ทำให้ผู้สูงอายุบางครอบครัวต้องจ้างเหมารถ และในรพสต.ไม่มีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ ทำให้มีความยากลำบากในการเคลื่อนย้าย

ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพจึงเข้ารับบริการในหน่วยบริการทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลชุมชน ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเหมารถจำนวนครั้งละ 200-400 บาท ทำให้มีปัญหาเกี่ยวกับการขาดนัดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิต นอกจากนี้ก่อนปี พ.ศ.2554 เมื่อผู้สูงอายุมีภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังเข้ารับการรักษา พบว่าหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ขาดการติดตามและการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในชุมชนและจากสถานบริการสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้รับการเยี่ยม และขาดการฟื้นฟูสภาพ

รพสต.จึงมอบหมายให้พนักงานนวดแผนไทยเข้าเยี่ยมผู้ป่วยและให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน แต่จากการสัมภาษณ์พนักงานนวดพบว่าพนักงานนวดไม่กล้าให้บริการนวดแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพเนื่องจากไม่มั่นใจในความรู้ของตนเอง ทำให้ในกรณีของผู้สูงอายุรายที่มีภาวะทุพพลภาพรุนแรงไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งจากการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการสัมภาษณ์เจาะลึกพบว่าผู้สูงอายุทั้งหมดมีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพ และพบว่าผู้สูงอายุเพียง 6 รายใน 60 ราย เท่านั้นที่ญาติสามารถฟื้นฟูสภาพได้เองเนื่องจากได้รับคำแนะนำมาจากโรงพยาบาล

“ตอนแรกๆ หมอนัดทุกเดือน ตอนนี้นัด 2 เดือนครั้ง นัดที่ข้าสูง จัumpaไปเหมารถ 200 บาท โดนหลายต้องไปตั้งแต่ 2 โมงเช้ามาเที่ยง บางมื่ออยู่จนฮอด 5 เย็น” IDI-C51-M2-42

“รพ.สต.ทางไปมันยาก และมันก็มีมือช่วย ไปรพ.มันง่าย ไปถึงมีรถเข็นมารับต้องได้เดิน เข้าห้องถูกเงินทำแผลเลย แล้วก็เสร็จกลับบ้านได้” IDI-A2-M8-155

นอกจากนี้ รพสต. ได้มอบหมายให้ อสม.เยี่ยมผู้สูงอายุในความรับผิดชอบของตนเอง อสม. 1 คน ต่อ 10 ครอบครัว และส่งรายงานการเยี่ยมผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือ ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ให้กับ รพสต. ทุกเดือน แต่จากการตรวจสอบรายงานพบว่ารายงานที่ส่งเข้ามาไม่พบผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพหรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ซึ่งจากการสัมภาษณ์ อสม. พบว่า อสม.ส่วนใหญ่ไม่สามารถจัดประเภทผู้สูงอายุในชุมชนได้ ทำให้การส่งข้อมูลประเภทผู้สูงอายุเข้ามาใน รพสต. ไม่ถูกต้อง ขาดการส่งข้อมูลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพให้กับ รพสต. และพบว่าในชุมชนมีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมจากกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จำนวน 5 คน ซึ่งอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่มีที่เลี้ยงในระดับชุมชน ขาดผู้ประสานงานในระดับตำบล อีกทั้งยังไม่ชัดเจนในบทบาทของตนเองเกี่ยวกับการทำกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุและงานซ้ำซ้อนกับ อสม. ทำให้ไม่กล้าแสดงตัวในชุมชนและไม่ได้ทำกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

อย่างไรก็ตาม พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังทุกรายมีการใช้บริการด้านการรักษาพยาบาลมากกว่าหนึ่งแห่ง แสวงหาการรักษาทั้งแผนปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือก และแสวงหาการรักษาทั้งภายในจังหวัดและต่างจังหวัด โดยหลักเกณฑ์ในการเลือกสถานบริการสุขภาพขึ้นอยู่กับ ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย และจำนวนเงินของผู้สูงอายุและครอบครัว กรณีที่อาการไม่หนัก สถานบริการที่นิยมเลือกใช้เป็นอันดับแรก คือสถานบริการของรัฐ ส่วนกรณีที่มีอาการรุนแรง หรือรักษาในสถานบริการของรัฐแล้วไม่ทุเลา สถานที่รับบริการที่นิยม คือ คลินิกแพทย์ในอำเภอใกล้เคียง ขณะเดียวกันผู้สูงอายุนิยมเลือกใช้บริการแพทย์ทางเลือกควบคู่ไปกับการรักษาพยาบาลแผนปัจจุบัน เช่น การนวด ยาสมุนไพร ซึ่งช่องทางในการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ได้จากการบอกต่อ การเปรียบเทียบประสบการณ์ของตนเองและคนอื่นที่หายด้วยอาการ คล้ายคลึงกัน และการรับรู้ข้อมูลโฆษณาทางวิทยุ

(2) การดูแลด้านสวัสดิการสังคม

การดูแลด้านสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุในชุมชนเป็นบทบาทหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลคู่มา จากการสัมภาษณ์ผู้นำชุมชนและเกียวก้องและการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานกิจกรรมขององค์การบริหารส่วนตำบล พบว่ากิจกรรมดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ถูกกล่าวถึงมากคือการช่วยเหลือด้านสวัสดิการเบี้ยยังชีพ ซึ่งมีความแตกต่างจากตำบลอื่น ๆ ในอำเภอข้าสูง เจ้าหน้าที่ของ อบต. เข้าไปแจกเบี้ยยังชีพให้ผู้สูงอายุหมู่บ้านเวียนไปทั้ง 4 กลุ่มหมู่บ้านของตำบล ด้วยเหตุผลที่ผู้สูงอายุเดินทางมา อบต. ยากลำบาก และอาจเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความสะดวก ซึ่งสวัสดิการเบี้ยยังชีพที่ผู้สูงอายุได้รับประกอบด้วย เบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุก่อนปี 2555 ผู้สูงอายุทุกคนจะได้คนละ 500 บาท ต่อมาหลังปี 2555 มีการจ่ายเบี้ยยังชีพตามช่วงอายุ ส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพจะได้รับการสนับสนุนเบี้ยผู้พิการอีก เดือนละ 500 บาท

และพบว่าในผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพรุนแรงที่ไม่สามารถรับความช่วยเหลือได้ด้วยตนเอง สมาชิก อบต. ของแต่ละหมู่บ้านจะรับเบี้ยยังชีพ และนำไปแจกแก่ผู้สูงอายุถึงบ้านของตนเอง

นอกจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแล้ว อบต. ลูก้า มีการจัดกิจกรรมความช่วยเหลือและการดูแลผู้สูงอายุบางส่วนในช่วงโอกาสสำคัญ ได้แก่ การช่วยเหลือเกี่ยวกับเครื่องนุ่งห่มในช่วงหน้าหนาว จัดกิจกรรมรดน้ำดำหัว ให้การสนับสนุนกายอุปกรณ์แก่ผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพบางราย ได้แก่ Walker และ รถเข็น อีกทั้งยังให้ความช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัยแก่ผู้สูงอายุ โดยได้รับการช่วยเหลือจากกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และ อำเภอช้างสูง ภายใต้แนวคิดคนช้างสูงไม่ทอดทิ้งกัน ด้วยการระดมทุนในชุมชน งานบุญกุ่มข้าวใหญ่ และนำมาแบ่งปันช่วยเหลือคนที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน เช่น สร้างห้องน้ำให้ผู้สูงอายุ การจัดสร้างบ้านให้แก่ครอบครัวผู้สูงอายุที่ยากจนไม่มีที่อยู่อาศัย และ อบต. ยังให้การสนับสนุนโครงการของผู้สูงอายุที่เสนอขอในงบประมาณส่งเสริมสุขภาพตำบลลูก้า อย่างไรก็ตามพบว่าผู้สูงอายุเพียง 3 คน ใน 60 คน ที่ได้รับการสนับสนุนกายอุปกรณ์ และมีผู้สูงอายุ 1 ราย ที่มีปัญหาเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยได้รับการสนับสนุนปรับปรุงห้องน้ำแต่เป็นห้องน้ำแบบนั่งยองๆ ส่วนโครงการของผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากอบต. ในช่วงปี 2553 อบต. ได้รับงบประมาณจัดสรรรวมทั้งหมดประมาณ 220,000 กว่าบาท และได้สนับสนุนโครงการของผู้สูงอายุเพียง 1 โครงการ งบประมาณ ประมาณ 26,000 บาท

“หาเบ็งครอบครัว ยากจน อำเภอช้างสูงมีโครงการ คนช้างสูงไม่ทอดทิ้งกัน ผมหารายชื่อส่งไปทางอำเภอ หมู่บ้านประสานงาน ส่งรายชื่อ ... ข้าเจ้าร่วมกันจากงบประมาณที่นายอำเภอหามาได้ ทำ “บุญกุ่มข้าวใหญ่” นำข้าวมาโหมกกัน ขยข้าว ก็นำเงินมาแบ่งกันไปตามแต่ละหมู่บ้าน ให้นำไปช่วยเหลือคนเดือดร้อน แบ่งปันกัน” IDI-L2-M8-14

“อบต.ก็มีรดน้ำดำหัวทุกปี มีแจกเบี้ยในหมู่บ้านทุกเดือน มีแจกผ้าห่ม เสื้อกันหนาว ช่วยเหลือสร้างบ้านให้กับผู้สูงอายุนานะ” FGD-Le127-T1-39

5) วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ

แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลลูก้า เป็นเส้นทางที่มีความต่อเนื่องเชื่อมโยงกันจากการมีภาวะสุขภาพปกติสามารถช่วยเหลือตนเองได้สู่ภาวะผิดปกติของสุขภาพจนต้องมีการพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งเส้นทางวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ สามารถจำแนกออกเป็น 3 กลุ่ม ดังต่อไปนี้ ช่วยเหลือตนเองได้ พึ่งพาผู้อื่นบางอย่าง และ พึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด วิธีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่มนี้มีความแตกต่างกันดังต่อไปนี้

(1) กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้

ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีจำนวนมากที่สุดในชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่ผู้สูงอายุเหล่านี้จะมีสุขภาพแข็งแรงไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือ มีปัญหาโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง แต่โรคเรื้อรัง ดังกล่าวไม่ได้รุนแรงและไม่มีการแทรกซ้อน ไม่ได้ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีอายุอยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) ผู้สูงอายุเหล่านี้ยังคงสามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงยังคงดำรงชีวิตเช่นเดียวกับช่วงวัยทำงานที่ผ่านมาของตนเอง นั่นคือการประกอบอาชีพเกษตรกรรม เช่น ทำนา ทำไร่ ทำสวน

การประกอบอาชีพจึงเป็นวิถีการดำรงชีวิตอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุเหล่านี้ โดยคนที่ร่างกายยังมีความแข็งแรงอยู่ ยังคง ลักษณะการประกอบอาชีพยังคงลักษณะเดิม

นอกจากการดำรงชีวิตด้วยอาชีพเกษตรกรรมแล้วพบว่าวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งนี้มีความผูกพันกับศาสนา ทุกหมู่บ้านในตำบลคูคำผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่สามารถเดินไกลได้ จะเดินไปร่วมกิจกรรมหรือให้ลูกหลานพาไปร่วมกิจกรรมที่วัดเกือบทุกครั้งที่มีงานบุญประเพณีที่วัด มีผู้สูงอายุบางส่วนไปวัดทุกวันเพื่อไปถวายอาหารแก่พระภิกษุสงฆ์ที่จำวัด ที่เรียกว่า จังหัน เพล และทุกหมู่บ้านมีกลุ่มกลุ่มจำกัด ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่จะถือศีล 8 และไปจำวัดทุกวันศีลในช่วงเช้าพรรษา ไปวัดฟังธรรม ทำกิจกรรมตามฮีต 12 นอกจากนี้ผู้สูงอายุเหล่านี้ส่วนใหญ่จะยังคงกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคมอยู่ โดยจะเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดขึ้นในชุมชนเป็นประจำ เช่น งานศพ งานแต่งงาน งานบุญประเพณี รวมถึงการเยี่ยมเยือนเพื่อนวัยสูงอายุที่อยู่ละแวกใกล้เคียง หรือ ผู้สูงอายุที่ป่วยอยู่ในชุมชนละแวกบ้าน หรือ ต่างคุ้ม เพื่ออยู่เป็นเพื่อนในช่วงกลางวัน และทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น ออกกำลังกาย ฟังเทศทางวิทยุ สนทนา รับประทานอาหาร

“วิถีชีวิตผู้สูงอายุตั้งแต่เข้าตี 5 ลูกมาล้างหน้าแปรงฟัน นึ่งข้าว พอวัดตีระฆัง ก็ไปวัดเอาปืนโตไปถวาย ไปวัดมากี่มานั่งฟังธรรมะ(ทางสถานีวิทยุชาวพุทธ โกลี) บริเวณกระท่อมนี้อยู่ใกล้กัน 3 คนจนคำ ก็กลับบ้านใครบ้านมัน นอนใครนอนมัน” IDI-Ag3-M1-10

“ 1-2 ปีที่ผ่านมาฉันทำอะไรเองหมดเลย ตื่นเช้ามากินข้าวเสร็จตาก็จะปั่นจักรยานไปนาทุกวันเพราะตาคิดว่ามันเป็นการออกกำลังกายแล้วตาก็มีความสุข” IDI-A4-M8-32

อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุเหล่านี้เมื่อเริ่มมีอายุมากขึ้นโดยเฉพาะในรายที่มีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป หรือผู้สูงอายุที่ร่างกายเริ่มเปลี่ยนแปลงไม่แข็งแรงเหมือนเดิม ลักษณะความหนักของการทำงานด้านเกษตรกรรมจะลดลงตามภาวะสุขภาพ หรือหยุดประกอบอาชีพทางการเกษตร ด้วยเหตุผลที่ลูกหลาน ต้องการให้หยุด หรือมีสุขภาพไม่เอื้ออำนวยเหมือนช่วงวัยทำงาน ผู้สูงอายุเหล่านี้เมื่อหยุดประกอบอาชีพเดิม บางส่วนเปลี่ยนลักษณะการทำงานกลางแจ้งเป็นการทำงานในร่มแทน โดยผู้สูงอายุเพศชาย นิยมการจักสาน ส่วนผู้สูงอายุเพศหญิง นิยม การทอผ้า ทอเสื้อ หรือเปลี่ยนบทบาทของตนเองเป็นผู้ดูแล เช่น เลี้ยงหลาน ดูแลคู่สมรสที่ป่วย และผู้สูงอายุ

(2) กลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นบางอย่าง

ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ พบว่ามีปัญหาสุขภาพทางด้านสุขภาพโดยเฉพาะโรคเรื้อรัง โรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุตำบลคูคำ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และปัญหาทางระบบประสาทสัมผัส โดยเฉพาะการมองเห็น และการได้ยิน ปัญหาโรคเรื้อรังเหล่านี้ส่งผลทำให้วิถีชีวิตของผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงโดยเฉพาะการเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่สามารถเดินไปไกล สามารถเดินเฉพาะภายในบ้านหรือรอบบ้านของตนเองเท่านั้น ส่งผลทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะหยุดประกอบอาชีพ การดำรงชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงต้องอาศัยผู้อื่นในการทำกิจกรรมบางอย่าง วิถีชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงขึ้นอยู่กับลักษณะของครอบครัวและผู้ดูแล ซึ่งจำแนกออกเป็น 2 ลักษณะ คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแล ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้จะมีผู้ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมบางอย่างที่ไม่สามารถทำได้ด้วย

ตนเอง ในขณะที่อีกกลุ่มหนึ่งเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องอาศัยขอความช่วยเหลือจากเพื่อนวัยสูงอายุ และเพื่อนบ้าน เป็นผู้ดูแล ส่วนการทำกิจกรรมทางศาสนา และกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนจะลดลง ซึ่งผู้สูงอายุบางรายต้องหยุดปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและกิจกรรมทางสังคมร่วมกับผู้อื่น ๆ ส่วนใหญ่จะใช้ชีวิตอยู่แต่บ้านของตนเองผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงปรับการทำกิจกรรมทางศาสนาทำเองที่บ้าน เช่น การฟังเทศน์ทางวิทยุ การสวดมนต์ไหว้พระที่บ้าน บางส่วนที่มีความผูกพันกับศาสนาสูงจะไปปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่วัดในช่วงวันสำคัญทางศาสนาโดยให้ลูกหลานพาไป

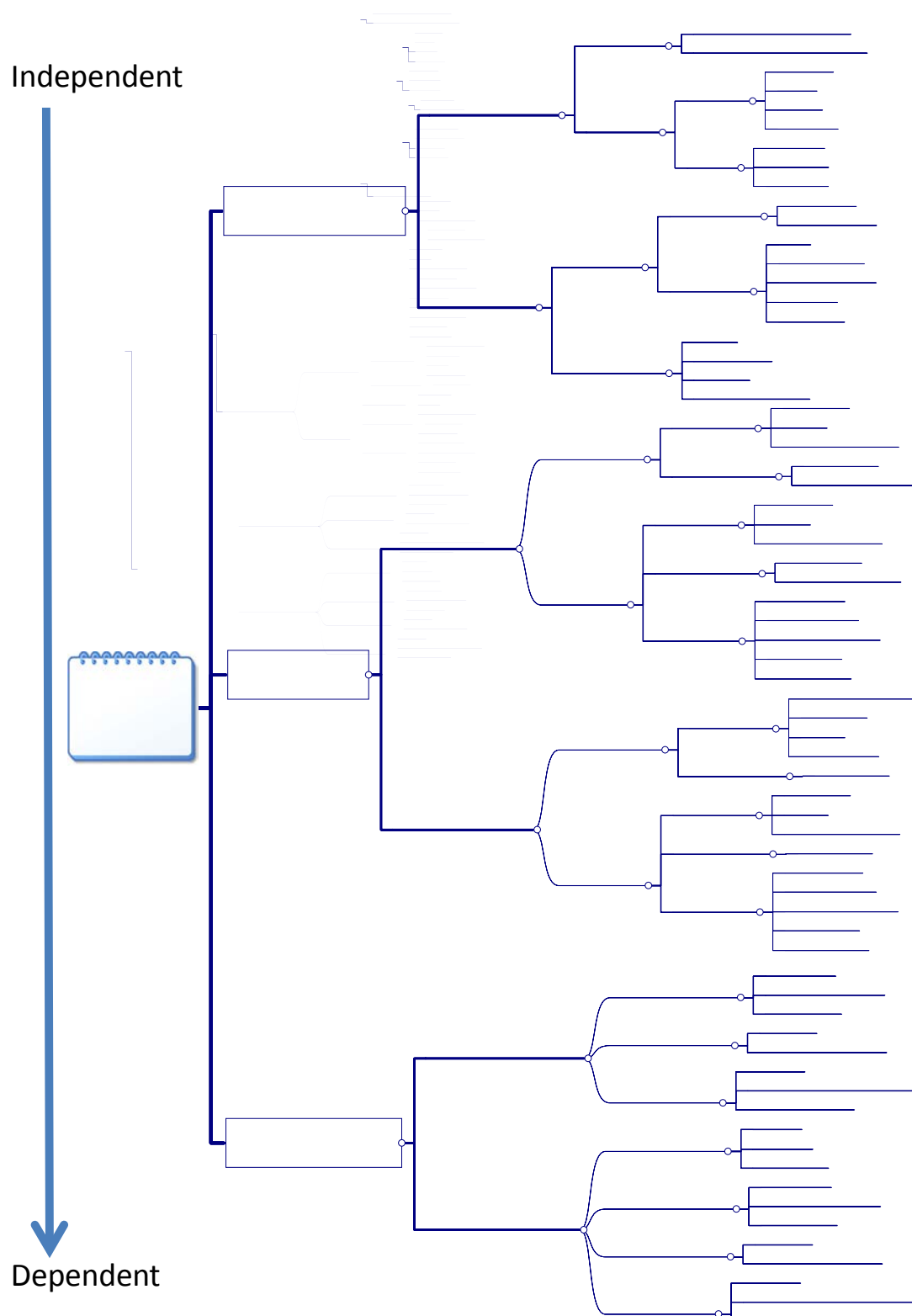
“ตามองเห็นบ่คือเก่าแย่งมิดื้อเนื้อ ส่วนการไถ่ยิ่นก็ไถ่ยิ่นบ่ชัดเจนคือเก่าบางทีบ่ไถ่ยิ่น” IDI-A2-M8-49
 “แต่ก่อนไปเข้าร่วมหรือว่าช่วยเหลือทุกงาน เช่น งานบุญ งานบวช ไปวัดไปวา ตาก็ไป แต่ตอนนี้ตาไปไหนไม่ได้เลยเพราะตาไปแล้วตาก็ช่วยไม่ได้เพราะว่าตามองไม่เห็น” IDI-A4-M8-34

(3) กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่พบไม่มากในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพหรือ อาการเจ็บป่วยรุนแรง หรือมีภาวะความอ่อนแอของร่างกายที่เกิดจากอายุที่มากทำให้เกิดความเสื่อมของร่างกายและระบบประสาทสัมผัส จนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อช่วยเหลือตนเองได้ ตั้งแต่ตื่นนอนจนเข้านอน เช่น การอาบน้ำ ล้างหน้าแปรงฟัน รับประทานอาหาร เข้าห้องน้ำ การลุกนั่ง การเคลื่อนไหว การขึ้นลงบันได ทำให้วิถีชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มนี้เปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะช่วยเหลือตนเองได้น้อยต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน วิถีชีวิตของผู้สูงอายุเหล่านี้จึงเป็นการพึ่งพาผู้อื่นโดยเฉพาะการพึ่งพาผู้ดูแลและครอบครัว ผู้สูงอายุเหล่านี้ต้องอาศัยผู้พึ่งพาทำกิจกรรมให้ ส่วนกิจกรรมทางศาสนาและสังคมของผู้สูงอายุเหล่านี้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ จึงเป็นผู้คอยรับความช่วยเหลือจากคนในชุมชน ซึ่งหากผู้สูงอายุเหล่านี้อาศัยอยู่ในละแวกที่มีเพื่อนวัยสูงอายุด้วยกัน ผู้สูงอายุเหล่านี้ จะมีกิจกรรมที่ทำร่วมกับเพื่อนบ้านวัยผู้สูงอายุด้วยกันเอง ได้แก่ การสนทนา พุดคุย ฟังธรรมะทางวิทยุ อยู่เป็นเพื่อนช่วงกลางวัน

“ก็บ่อยากให้น่าเบิ่ง อยากเบิ่งเจ้าของเอง มันหงุดหงิดเจ้าของ อาบน้ำก็ต้องมีคนช่วย อาบน้ำก็อยากอาบน้ำคนอื่นก็อาบน้ำ บางทีตาก็อาบให้ แต่มันเหลือโดนเจ้าของ” IDI-A5-M2-57
 “ตื่นเช้ามาก็ล้างหน้าแปรงฟันเอง จะเข้าห้องน้ำลูกต้องพาไปก่อนถึงจะเข้าห้องน้ำได้ ทำธุระเสร็จแล้วลูกก็ต้องพาเดินกลับ ลูกพาไป ถ้าอาบน้ำลูกอาบให้ ตอนนี้ลงมานอนอยู่ด้านล่าง” IDI-A1-M8-08

ซึ่งแบบแผนวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลลูกคำ ทั้ง 3 กลุ่ม มีดังแผนภาพต่อไปนี้



ภาพที่ 10 แบบแผนวิถีชีวิตและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน

4.1.3 ความหมาย มุมมอง ที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

1) ความหมายและมุมมองเกี่ยวกับภาวะทุพพลภาพ

พบว่าผู้สูงอายุและชาวบ้านส่วนใหญ่ไม่เคยได้ยินคำว่า ทุพพลภาพ และไม่ทราบความหมายของภาวะทุพพลภาพ มีผู้สูงอายุเพียง 1 รายเท่านั้นที่เคยได้ยินคำว่าทุพพลภาพ และให้ความหมาย ทุพพลภาพคือความพิการ เช่นเดียวกันพบว่า อสม.ส่วนใหญ่ ไม่เคยได้ยินคำว่าทุพพลภาพ มีเพียงแกนนำ อสม.ของแต่ละหมู่บ้านเท่านั้นที่เคยได้ยิน ซึ่งภาวะทุพพลภาพตามการรับรู้ของแกนนำ อสม.ประจำหมู่บ้าน คือ ความบกพร่องในการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มติดเตียง หมายถึง ผู้สูงอายุที่ป่วยที่ต้องนั่งหรือนอนอยู่กับบ้านเท่านั้น กลุ่มติดบ้าน หมายถึง กลุ่มผู้สูงอายุที่เดินไกลไม่ได้ ได้แต่ภายในบริเวณบ้านตนเอง และ กลุ่มติดสังคมหรือติดเพื่อน คือ กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้และสามารถไปไหนมาไหนได้ปกติ

เมื่อสอบถามภาษาท้องถิ่นที่ใช้เรียกผู้สูงอายุที่มีอาการนอนอยู่กับที่ ไม่สามารถเดินไปไหน ไม่ช่วยเหลือตนเองได้ ทำกิจวัตรประจำวันได้ลำบาก ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องมีคนคอยช่วยเหลือ ซึ่งเมื่อเทียบกับภาษาที่ชาวบ้านใช้กัน พบว่ามีภาษาถิ่นที่สามารถใช้ในแต่ละเฉพาะกลุ่มอาการ โดยในกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้น้อย อันเป็นผลมาจากปัญหาความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อของแขน หรือ ขา จะมีภาษาถิ่นที่ชาวบ้านนิยมใช้เรียกกันว่า “ห่อขี้” หมายถึง อาการไม่มีแรง หรือแรงมีน้อยที่เกิดขึ้นกับอวัยวะส่วนแขน หรือ ขา ที่ทำให้ไม่สามารถยกแขนหรือ ขา ขึ้นได้ ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรม หรือ เคลื่อนไหวได้ นอกจากนี้มีภาษาถิ่นที่นิยมใช้กับอาการดังกล่าวรองมา คือ คำว่า “ตายเฟื่อง”

ส่วนกลุ่มอาการอื่นๆ ที่ไม่มีปัญหาเรื่องการอ่อนแรงของแขนและขา หรือ “ห่อขี้” แต่ไม่สามารถเดินไปไหน ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำกิจวัตรประจำวันได้ลำบาก ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่าชาวบ้าน จำแนกออกเป็น 2 ประเภท คือ ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคเรื้อรังแต่มีอาการไม่แข็งแรง มีอายุมาก ช่วยเหลือตนเองได้น้อย มีภาษาถิ่นเรียกว่า “ห่อขี้” และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง มีโรคประจำตัว มีอาการของโรครุนแรงหรือกำเริบ ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือ ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ซึ่งปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่พบบ่อยในชุมชน ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง รวมถึงกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องการหกล้ม ที่ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ และช่วยเหลือตนเองได้น้อย กลุ่มนี้ไม่มีภาษาถิ่นเรียกเฉพาะแต่จะถูกเรียกตามอาการเจ็บป่วย หรือถูกเรียกว่า “ป่วย”

“ห่อขี้ ยกขึ้นได้(แขน,ขา) แต่ทำไม่ได้ (ทำกิจกรรม/เคลื่อนไหว) แสงบ่มี บ่มีหลาย มักเ็นกับอาการที่เป็นกับขา ขา” IDI-An5-M2-55

“ตายเฟื่อง ก็เป็นส่วนย่อยของห่อขี้ ห่อขี้คือใหญ่ ตายเฟื่องนี้สิเป็นรายละเอียด อย่างเฮว่า ยายเฮเป็นห่อขี้ เราตายเฟื่องข้างซ้าย ส่วนใหญ่บ่ค่อยใช้คำว่าตายเฟื่องซ้ำใด สิบอหกห่อขี้มากกว่า” IDI-Vol-M1-35

ในมุมมองของชาวบ้านผู้สูงอายุที่ประสบกับภาวะทุพพลภาพเป็นคนที่น่าสงสาร และเชื่อว่าภาวะทุพพลภาพเกิดจากเรื่องของเวรกรรมที่ผู้สูงอายุเหล่านี้ทำไว้ในอดีตชาติ และ ชาตินี้ ชาวบ้านบางส่วนมีความเชื่อว่าเป็นอาการที่สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ เช่นเดียวกับผู้สูงอายุที่ประสบภาวะทุพพลภาพ ส่วนใหญ่มีมุมมองว่า ภาวะทุพพลภาพที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นเรื่องของกรรมเวร เป็นเรื่องที่ไม่สามารถป้องกันได้ ต้อง

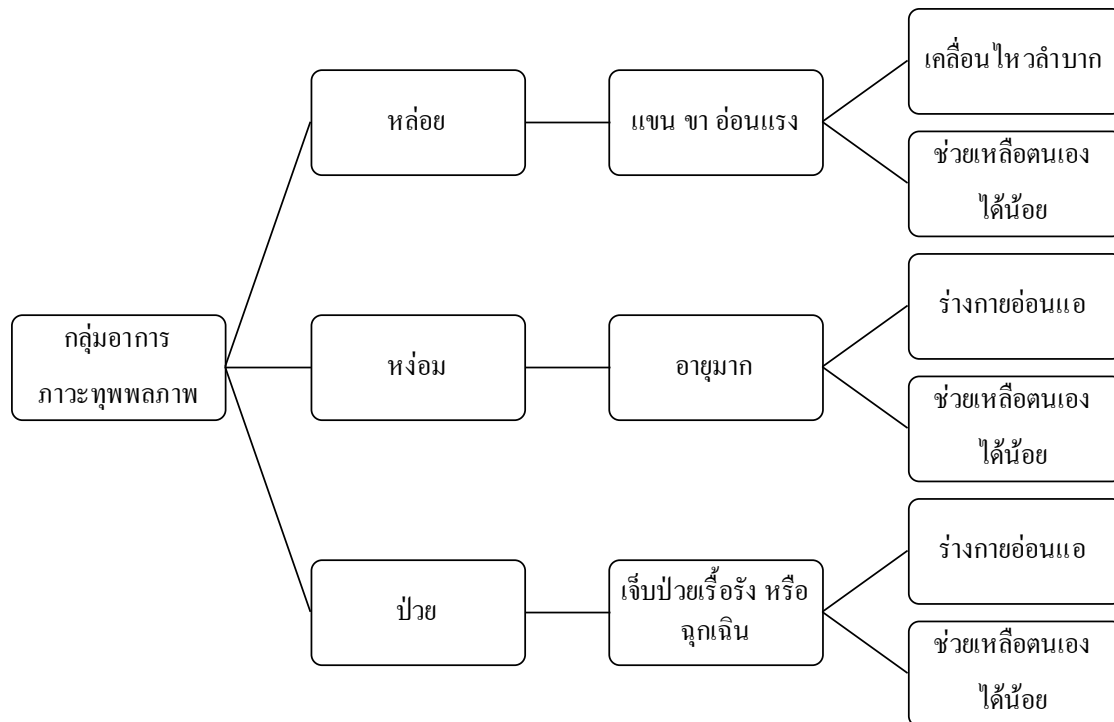
ปล่อยไปตามธรรมชาติและต่างมีความรู้สึกว่าจะที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ต้องคอยพึ่งพาคนอื่นในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระทำให้ผู้ดูแลต้องยากลำบาก มีความรู้สึกทุกข์ทรมานใจ เกิดความรู้สึกอยากตาย และรู้สึกอายคนอื่น ไม่อยากให้คนอื่นเห็น และผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพบางคนมีความรู้สึกที่ตัวเองถูกตีตราจากคนในชุมชน อย่างไรก็ตามในมุมมองของผู้สูงอายุทั่วไปที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพส่วนใหญ่รับรู้ว่าจะภาวะทุพพลภาพสามารถป้องกันได้ด้วยการดูแลตนเอง โดยเฉพาะการออกกำลังกายจะทำให้สุขภาพแข็งแรงไม่เกิดปัญหาการช่วยเหลือตนเองได้น้อย

“เหลือ โดน สงสาร เพราะสงสารอยากให้เรามีแรง คิดซอดเรา บางคนเราบ่มีลูกบ่มีเฒ่าอยู่น่า” IDI-An8-M1-37

“รู้สึกทวนโหย ใจฮ้ายลำบากเจ้าของ ครั้นเข้าห้องน้ำก็เขี้ยวไป สวกไม้คันเท้า ก็สวกบ่ได้ไม้คันเฒ่า” IDI-A1-M8-48

“ชาวบ้านบางคนก็เอ็นว่าหล่อ ยอใหญ่หล่อ มีบางคนว่าสบายแท่งสบายต้องไปไสดี ถ้าฮ้างอยู่ก็ว่าสา อยู่แต่มอ่งเก๋ ว่าฮ้ามมอ่งไคก็อยู่แต่มอ่งเก๋” IDI-A4-M1-34

จึงเห็นได้ว่าภาวะทุพพลภาพในความหมายของชาวบ้านที่สามารถครอบคลุมปัญหาการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการช่วยเหลือตนเองและการเคลื่อนไหวตามการรับรู้ของชาวบ้าน สามารถจำแนกออกเป็น 3 กลุ่มคือ “หล่อ” เป็นกลุ่มที่มีปัญหาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขน ขา จนนำไปสู่การไม่สามารถเคลื่อนไหวและช่วยเหลือตนเองได้น้อย “หง่อม” เป็นกลุ่มอาการที่พบมากในผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ซึ่งทำให้มีปัญหาสุขภาพอ่อนแอและช่วยเหลือตนเองได้น้อย และ “ป่วย” เป็นกลุ่มอาการที่พบในผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยด้วยเรื้อรังหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน เช่น การได้รับบาดเจ็บจากการหกล้ม ทำให้ร่างกายไม่แข็งแรงและช่วยเหลือตนเองได้น้อย ซึ่งสามารถสรุปแผนภาพกลุ่มอาการทุพพลภาพของผู้สูงอายุได้ดังต่อไปนี้



ภาพที่ 11 กลุ่มอาการภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน

2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพในชุมชน

การพึ่งพาผู้อื่นเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ จากการสัมภาษณ์เจาะลึก ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพรุนแรง ทั้งหมด 30 ครอบครัว สามารถจำแนกประสบการณ์การดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพรุนแรงของผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์แตกต่างกันดังต่อไปนี้

(1) ลูกสาว

ชุมชนมีความเชื่อและวิถีปฏิบัติสืบต่อกันมาเกี่ยวกับการดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุที่เป็นพ่อแม่ต้องเป็นหน้าที่ของลูกสาว โดยเฉพาะลูกสาวหัวล้าน (ลูกสาวคนเล็ก)จะเป็นผู้ที่ถูกคัดเลือกให้เป็นผู้เลี้ยงดูพ่อแม่ เนื่องจากมีความเชื่อว่าลูกสาวจะทำหน้าที่ดูแลพ่อแม่ได้ดีกว่าลูกชาย และลูกสะใภ้ดูแลพ่อแม่สามีไม่ดีเท่ากับลูกในสายเลือด ดังนั้นในแต่ละครอบครัวเมื่อลูกคนอื่นๆ แต่งงานแล้วจะต้องจะแยกครอบครัวออกไป จนเหลือเฉพาะลูกสาวคนเล็ก ในกรณีที่ลูกสาวคนเล็กไม่สามารถอยู่ดูแลพ่อแม่ได้ลูกสาวคนอื่นที่พ่อแม่เห็นว่าเหมาะสมจะถูกเลือกให้ดูแลและอาศัยอยู่กับพ่อแม่ ส่วนในกรณีที่ครอบครัวไหนไม่มีลูกสาว พ่อแม่จะเลือกลูกชายบางคนให้อยู่อาศัยกับพ่อแม่ ซึ่งผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลพ่อแม่ต่อไปจึงกลายเป็นลูกชายและลูกสะใภ้

ซึ่งจากการสัมภาษณ์เจาะลึกพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นลูกสาว ซึ่งผู้สูงอายุสะท้อนคุณภาพในการดูแลจากลูกสาว ว่าตนเองได้รับการดูแลดีจากลูกสาว ในขณะที่ผู้ดูแลที่เป็นลูกสาวเหล่านี้ได้สะท้อนมุมมองในการดูแลพ่อแม่ที่ทุพพลภาพว่าเป็นหน้าที่ของลูกที่ต้องปฏิบัติต่อพ่อแม่ เป็นเรื่องของความ

กตัญญูทดเวที แม้จะเหน็ดเหนื่อยเพียงใด ก็ต้องทำหน้าที่ของตนเองให้ได้ที่สุด มีเพียง 1 ราย เท่านั้นที่ทอดทิ้งมารดา ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าได้ไม่ได้รับการดูแล และถูกทอดทิ้ง

“คนเลี้ยงดูพ่อแม่คือ คนอยู่น่าเอ็นดู มีหน้าที่เลี้ยงพ่อแม่ แต่สมัยก่อนคือลูกสาว ลูกผู้หญิง เลี้ยงพ่อแม่เลี้ยงแม่ ลูกผู้ชาย ออกไป” IDI-An5-M3-13

“ครอบครัวไหนมีลูกสาว ลูกสาวลืออยู่น่ากับพ่อแม่ นอกจากบ้านนั้นมีลูกสาวหลายคน ส่วนมากก็ลูกสาวคนหล้า ลีเลี้ยงพ่อแม่ ถ้าซุ่มบ่มีลูกสาวก็ลูกชายเอาลูกสะใภ้มาเลี้ยง” IDI-An8-M1-49

“บ่หนัก บ่คิดหลาย บ่คิดยาก เป็นหน้าที่ของลูกหลานเพื่อพ่็น พ่็นเฮ็ดเพื่อเฮามาหลายแล้ว” IDI-Vol-M4-25

“ลูกสาวคือผู้ดูแล เราดูแลทุกอย่าง ปวดถ่ายเราก็เมียน เช็ดตัวให้สะอาด” IDI-A2-M4-33

(2) ลูกชาย และลูกสะใภ้

ในขณะที่ผู้สูงอายุซึ่งมีภาวะทุพพลภาพบางส่วนอาศัยอยู่กับลูกชายพบว่าในการทำบทบาทการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพจะเป็นหน้าที่ของลูกชาย หรือลูกสะใภ้ จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้สูงอายุบางส่วนมีความรู้สึกที่ตนเองไม่ได้รับการดูแลที่ดี และมีผู้สูงอายุ 1 ราย ผู้ดูแลซึ่งเป็นลูกชายและลูกสะใภ้ไม่ได้ดูแลและไม่ได้อาศัยอยู่บ้านด้วยแม้จะอยู่ในหมู่บ้านเดียวกัน ทำให้ผู้สูงอายุรายนี้เคยไปอยู่กับสถานสงเคราะห์คนชรา อย่างไรก็ตามพบว่าลูกสะใภ้ที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพและไม่ได้ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าทั้งหมดมีปัญหาสัมพันธ์กับกับผู้สูงอายุ

อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ดูแลที่เป็นลูกสะใภ้ 1 ราย มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ยินยอมลาออกจากงานและเข้ามาทำบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุซึ่งเป็นแม่ของสามี และให้การดูแลแม่ของสามี ที่แม้คุณภาพการดูแลอาจไม่ได้ดีเท่ากับลูกสาวดูแลแต่ผู้สูงอายุก็ได้รับการดูแลกิจวัตรประจำวันทุกวัน ทั้งนี้เนื่องจากความสัมพันธ์ที่ดีของผู้สูงอายุและลูกสะใภ้ในอดีต ที่ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าผู้สูงอายุเหมือนแม่ของตนเอง ในขณะที่เดียวกันบทบาทการดูแลแม่ของสามีทำให้ญาติของสามี เพื่อนบ้าน และคนในชุมชน มองเห็นคุณค่าของผู้ดูแลที่แม้จะมีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทแต่ก็ได้รับการยอมรับจากชุมชน

“ลูกผู้ชายเบ้งแม่บ่เป็นคอก อย่างผู้ช่วย เขาบ่รู้จักเบ้ง บ่คือลูกผู้หญิง แม่มีผู้หญิง 3 คน ดายไป 1 คน อีกคนอยู่กาญจนบุรี ผู้ที่ปลูกบ้านหลังนี้แหละ เราสร้างบ้านไว้แต่บ่มาเรอบอกว่าถ้าแก่ก็ลืกลับมา เราทำงานศาลฟ้าเราเป็นตำรวจมีเมียน้อยเลยปากัน มีลูกน้ากัน 2 คนผู้หญิง ตอนนี้เหลื่ออยู่บ้านนี้ก็มิแต่พูนสุขนี้แหละ” IDI-A2-M8-176

“ฉันก็รักนะ รักเหมือนแม่ฉันนี้แหละ ก็ยอมรับบางครั้งก็ย้าย ให้บ้างตามประสา เวลาที่ไม่ค่อยรู้เรื่อง อย่างบางทีแกจะชอบเรียกเราให้มาดูว่ามีคนโน้น คนนี้น่าจะ ทั้ง ๆ ที่มัน ไม่มีใคร บางทีเรากำลังนอนก็ตกใจตื่น ก็ทำให้แก” IDI-C1-M1-100

(3) กลุ่มสมรส

ส่วนผู้ดูแลที่มีสถานะเป็นคู่สมรสและอาศัยอยู่กับคู่สมรสผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพตามลำดับ พบเกือบหนึ่งในห้า (11 คนใน 60 คน) ซึ่งจากการสัมภาษณ์เจาะลึก และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม พบว่าความรัก ความผูกพันในอดีตของคู่สมรสทำให้ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล “คู่ทุกข์คู่ยาก” ของตนเองไม่ทอดทิ้งกัน ซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพเกือบทั้งหมดมีความรู้สึกพึงพอใจในการดูแลที่ได้รับจากคู่สมรส ทั้งคู่สมรสที่เป็นสามี หรือ ภรรยา แม้จะมีผู้สูงอายุ 1 คน ที่รู้สึกว่าการดูแลจะมีการกระทบกระทั่งและทะเลาะกันบ่อยแต่คู่สมรสก็ไม่ได้ทอดทิ้ง

“แม่คิดว่าบุญวาสนามีชานี้ บ่มีความทุกข์ทรมาน เขาอยู่ร่วมกันมาโดน หาอยู่หากินทุกข์ยากมานานกัน ก็เลยพออยู่ บ่มีแนวโกรธเคียดกัน” IDI-C71-M2-38

“ผมคิดว่าเราเป็นแม่เลยละ ผมก็บอกแม่เอ๋ยอย่าทิ้งลูก เลยนะ เราทำทุกอย่าง ตั้งแต่พาผมเข้าห้องน้ำ อาบน้ำให้ผมชี่ถ่าย ได้บ่ได้ปวดหลายเรากี่ล้วงเอาออกให้ แต่ก่อนมันปวดคนป่วยก็บ่มีเฮง มีแต่มันหนัก เราทำทุกอย่าง” IDI-A3-M8-19

(4) ญาติพี่น้อง

พบว่าผู้ดูแลที่มีสถานะเป็นญาติพี่น้อง พบ 3 รายใน 60 ราย ซึ่งสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพได้รับการดูแลจากพี่น้อง คือ สัมพันธภาพที่มีต่อกัน และการอยู่อาศัยในครอบครัวเดียวกันมาตั้งแต่ในอดีต โดยมีผู้สูงอายุ 1 ราย ได้รับการดูแลที่ดีจากพี่สาววัยสูงอายุ และผู้ดูแลรู้สึกห่วงหาตนเองเสียชีวิตก่อนกลัวจะไม่มีคนดูแลต่อ อย่างไรก็ตามพบว่าผู้สูงอายุ 1 ราย แม้ผู้ดูแลจะให้การดูแลด้านกายภาพแก่ผู้สูงอายุดี แต่ในขณะที่เดียวกันพบว่าผู้ดูแลมีความเครียดมาก จนบางครั้งไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ และได้พูดทำร้ายจิตใจของผู้สูงอายุ

ยายสำเนียง ผู้ดูแลน้องชายที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยตั้งแต่หนุ่มจนถึงวัยผู้สูงอายุ สะท้อนความรู้สึกของการดูแลว่า “ก็น้องเราเนอะ เกิดโคมาก็ดูแลกันมาตลอด เขาก็มีพี่หญิงอยู่ผู้เดียว กิดอยู่กันมาตั้งแต่ที่เขาทำงานไม่ได้ตั้งแต่ซึก 25 ปี ตอนนีเ้า 60 ปีแล้ว ก็ 35 ปีเต็มเนะ ก็ห่วงเขาเนะ” IDI-C6-M2-28

แตกต่างจากยายประเสียน ทำหน้าที่ดูแลพี่สาวที่มีภาวะทุพพลภาพรุนแรงประมาณ 6 เดือน “มีบางที่อด่าแฟนไล่แฟน ไล่ยาย ไปไปเอายายไปฝัง เอาไปไกลชะ บางมือสูลูแม่ก็ว่า ตายก็บ่ตาย ฝังไปเลย” IDI-C9-M1-111

(5) คนอื่นที่ไม่ใช่ญาติพี่น้อง

จากการสัมภาษณ์เจาะลึกพบว่าผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติสายตรงจำนวน 4 คนใน 60 คน ซึ่งผู้ดูแล ได้แก่ หลานสะใภ้ และอดีตพี่สะใภ้ พบว่าเมื่อต้องทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพเป็นระยะเวลานานผู้ดูแลเหล่านี้จะดูแลตามหน้าที่ที่จำเป็นเท่านั้น และพบว่าผู้ดูแลไม่ได้อยู่รวมบ้านกับผู้สูงอายุ 2 ราย โดยผู้สูงอายุ 1 ราย ถูกแยกให้อยู่กระท่อมข้างบ้าน ส่วนอีกรายหนึ่งอาศัยอยู่บ้านเพียงคนเดียว ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ตนเองไม่ได้รับการดูแล ซึ่งผู้ดูแลได้สะท้อนเหตุผลที่ไม่อยากดูแล

เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ทางสายเลือดและความยากลำบากในการดูแล อีกทั้งในกรณีที่ผู้ดูแลและผู้สูงอายุไม่ใช่สายเลือดเดียวกันและมีความแตกต่างทางเพศ การดูแลใกล้ชิดจะเป็นสิ่งที่นำมาซึ่งข้อครหาถึงไม่มีความเหมาะสม เป็นเหตุให้ผู้ดูแลไม่กล้าดูแลอย่างใกล้ชิด

“ตอนที่ยายผันล้มเดินไม่ได้ ก็ให้แกอยู่ในบ้าน มันก็เหม็นขี้เหม็นเยี่ยว ไม้ไหว ก็เลยย้ายออกมาปลูกเพิง ให้แกอยู่ข้างนอกนี่ละ ออกมาได้ซัก 2 ปีแล้ว ช่วงนี้แกเอาแต่ใจ อารมณ์ร้าย ทะเลาะกันบ่อย ยายก็ไม่ค่อยสบาย เดี่ยวก็ดำ เดี่ยวก็ฮ้างกัน ยายผันช่วงหลัง ๆ แกบ่นเก่ง ร้ายมาก ๆ ยายก็ว่า เดี่ยวกูลืมนิดลงคลองนะฮะ ฮือ ทั้งฮัก ทั้งซัง ได้ทั้งบุญ ได้ทั้งบาป (ได้บุญที่ได้เลี้ยงดูได้บาปที่ได้ด่าว่าให้กัน หัวเราะ) ลูก ๆ หลาน ๆ เขาก็รัก เคารพกันดี แต่ก็ไม่มีใครอยากมาอยู่ดูแล ยายเกษิ์บ่น” IDI-C6-M8-169

“ก็หาข้าวให้กิน ชื่อของนั้นของนี้ ของเขาเราก็ลิ้นเอา เดี๋ยวหลายก๊ีบคือ บ่แม่นแฟนเฮ็ดหลายก๊ีบคือ” IDI-C8-M2-73

3) กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพรุนแรง

จากการสัมภาษณ์เจาะลึก และการสังเกตแบบมีส่วนร่วมพบว่ากิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพรุนแรง ที่ครอบครัวปฏิบัติให้ผู้สูงอายุ คือ กิจกรรมประจำวัน ตั้งแต่การล้างหน้าแปรงฟัน การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหว การอาบน้ำ และการขับถ่าย ซึ่งกิจกรรมการดูแลที่ใช้ระยะเวลานาน และมีความยากลำบากต่อการปฏิบัติของผู้ดูแล ได้แก่ การอาบน้ำ และการขับถ่าย พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพรุนแรง ที่มีความต้องการการพึ่งพาารรุนแรง และ มีความต้องการการพึ่งพาทั้งหมด จำนวน 15 คน มีผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวอาศัยอยู่ดูแลผู้สูงอายุ ตลอด 24 ชั่วโมง ส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพรุนแรงและต้องการการพึ่งพาระดับปานกลางถึงรุนแรงส่วนใหญ่เกือบร้อยละ 60 ผู้ดูแลไม่สามารถอยู่ดูแลตลอด 24 ชั่วโมง และมีผู้สูงอายุ 2 คนที่ไม่มีผู้ดูแล นอกจากนี้พบว่ามากกว่าหนึ่งในสี่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพมีผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง ทำให้ผู้ดูแลมีผู้ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมและสามารถมีเวลาทำกิจกรรมของตนเองได้บ้างในบางเวลา อย่างไรก็ตามครอบครัวส่วนใหญ่สามในสี่มีเพียงผู้ดูแลหลักเท่านั้น ทำให้ผู้ดูแลหลักต้องช่วยเหลือและทำภารกิจในการดูแลผู้สูงอายุทุกอย่างเพียงลำพัง

“เวลาหมดไปกับดูแลผู้เฒ่าก็ทำหมดทุกอย่าง ทำกับข้าว ช่วยอาบน้ำ สระผม ช่วยเปลี่ยนผ้าถุง ถ่ายก็ต้องล้าง ต้องเก็บ เยี่ยวก็ต้องดูแล ป้อนข้าวป้อนน้ำ ยิ่งตอนเป็นใหม่ๆยิ่งทำหลายกว่านี้ ต้องพาไปหาหมอ” IDI-C5-M2-40

“ยายดูแลผมะบิทุกอย่าง อุ้มผม เพี้ยจี่ เพี้ยเยี่ยวก็เป็นแต่เรานั้นและ เราป้อนข้าว ป้อนน้ำ อุ้ม หอบ อาบน้ำให้ ลูกอหิ่ของตาเขาบ่มาหอก มีแต่ลูกชายหล้ามาเยี่ยม แต่ลูกยายเขาเบิ่งดูแลผม เขาพาไปรักษาทุกม่อง” IDI-A3-M8-17

ส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพรุนแรง และต้องการพึ่งพาการดูแลปานกลางถึงรุนแรง พบว่าผู้สูงอายุเหล่านี้ส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว ได้แก่ การลุกนั่งจากที่นอน หรือ จากเตียงไปยังเก้าอี้ การเคลื่อนไหวภายในบ้าน การขึ้นบันได การใช้ห้องสุขา และการขับถ่ายปัสสาวะส่วน กิจกรรมการล้างหน้าแปรงฟัน การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การขับถ่ายอุจจาระ ผู้สูงอายุเหล่านี้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือ ต้องการความช่วยเหลือเพียงเล็กน้อย ได้แก่ การช่วยจัดเตรียมอุปกรณ์ การช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายไปยังสถานที่ทำกิจกรรม ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวที่ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้ได้ ตลอด 24 ชั่วโมง มากกว่าครึ่งหนึ่งจะปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่บ้านเพียงลำพังช่วงกลางวัน โดยจะปฏิบัติกิจกรรมช่วยเหลือในช่วงเช้ามืดก่อนไปทำงาน และจัดเตรียมสิ่งของที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุในช่วงกลางวัน เช่น การจัดเตรียมอาหาร อุปกรณ์ขับถ่ายไว้ให้และออกไปทำงาน ช่วงเย็นจึงจะกลับเข้ามาบ้านและมาดูแลกิจวัตรประจำวันให้ผู้สูงอายุต่อ อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ มากกว่าสามในสี่ประกอบอาชีพทางการเกษตร เช่น ทำนา ทำสวน เลี้ยงหมู ซึ่งมีที่พักนอนอยู่ภายในหมู่บ้านของตนเอง และบางส่วนมีผู้ดูแลรองซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นวัยผู้สูงอายุด้วยกันอยู่เฝ้าในช่วงกลางวัน

“ยายทำให้ทุกแนว ทำราวออกกำลังกาย หมั่นพาเดินทุกเช้าแลง เราว่า ถ้าบ่มีลูกบ่มีหลาน ตาผู้ตายแล้ว ลูกชายอยู่บ้านนี้เราก็มารช่วยพาเดิน เพียงแต่ตอนนี้เขายุ่งนาหา สองเฒ่าเลยเบี่ยงกันเอง บ่หวัชวลูกชำไคช่วงนี้ แต่เราก็อไปหาหมอ” IDI-C4-M1-50

“ตื่นเช้ามาก็แปรงฟัน ล้างหน้า มานั่งอยู่ที่ศาลา ยายทำกับข้าวกินแล้วก็ดูทีวี นอนต่อ พอเที่ยงยายก็หามาให้กิน พออากาศเย็นก็พาเราออกไปเดินอ้อมวัด เหมื่อออก เราก็กลับมา แม่ต้องบอกทุกขั้นตอน บอกวิธี ต้องบอกทุกขั้นตอน เฮ็ดมาโค่นๆจนเรากล่อง ครั้งเฮาบ่บอกเราก็อใส่เสื้อกลับด้าน ต้องบอกล้างหน้า เสื้อผ้าก็ต้องเปลี่ยนให้ เสาใส่เองสิกลับด้าน นี่แหละงานแม่ที่ทำอยู่ทุกมื่อนี้” IDI-C71-M2-27

ส่วนประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ หรือ ผู้ป่วยที่ต้องดูแลการทำกิจวัตรประจำวัน มีเพียงผู้ดูแลเพียง 1 คนเท่านั้นที่ได้รับการฝึกการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพจาก รพ. และมีผู้ดูแลร้อยละ 12 ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งกิจกรรมการดูแลหลักที่ผู้ดูแลจัดให้สำหรับผู้สูงอายุเหล่านี้ คือ การดูแลการทำกิจวัตรประจำวันตั้งแต่ตื่นนอนจนเข้านอน และการดูแลรักษาสุขภาพที่เป็นทางการการแสวงหาการรักษาในที่ต่าง ๆ ทั้งการรักษาแผนปัจจุบัน และการซื้อยาสมุนไพรมารับประทานเอง ส่วนกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ พบว่ามีเพียง 6 รายเท่านั้นที่มีกิจกรรมการฟื้นฟู โดยเป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการฝึกเดิน 3 ราย การปรับสภาพแวดล้อมภายในห้องนอนและในบ้าน 2 ราย กายภาพบำบัดและการนวด 1 ราย และการฝึกให้ทำกิจกรรมช่วยเหลือตนเอง นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลส่วนใหญ่พบว่าไม่รู้วิธีการทำกายภาพบำบัดและการฟื้นฟูสภาพ ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรและหน่วยงานที่ดูแลด้านนี้ นอกจากนี้จากการสังเกตสิ่งแวดล้อมในบ้านพบว่า ผู้สูงอายุนอนบนฟูก ไม่มีเตียงหรือแคร่ กิจกรรมที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทำคือการนอน และพบว่าสิ่งแวดล้อมในบ้าน โดยเฉพาะห้องน้ำพบว่าเกือบทั้งหมดไม่มีราวจับ พื้นปูน และมีโถส้วมแบบนั่งยอง ๆ

จะเห็นว่าแบบแผนผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเขตชนบทตำบลคูคำ ส่วนใหญ่ผู้ดูแลเป็นลูกสาว รองมาคือ ภรรยา กิจกรรมการดูแลหลักที่ผู้ดูแลจัดให้สำหรับผู้สูงอายุเหล่านี้ คือ การดูแลการทำกิจวัตรประจำวันตั้งแต่ตื่นนอนจนเข้านอน และการดูแลรักษาสุขภาพ ที่รวมถึงการแสวงหาการรักษาในที่ต่าง ๆ พบว่าผู้สูงอายุทั้งหมดรู้สึกพอใจกับการดูแลที่ได้รับ ส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพและไม่ได้อาศัยอยู่กับครอบครัวและแม้จะมีผู้ดูแลมาให้การดูแลแบบเช้าและเย็นในแต่ละวันแต่ผู้สูงอายุเหล่านี้ความรู้สึกว่าตนเองไม่ได้รับการดูแล และต้องการได้รับการดูแลจากลูกและหลาน อย่างใกล้ชิด โดยต้องการให้ที่มีลูกหลานอาศัยมาอยู่ด้วย ส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพปัญหาขาดทักษะในการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ และขาดการเชื่อมติดตามของเจ้าหน้าที่ ทำให้ไม่สามารถฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุได้ และผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพส่วนหนึ่งขาดผู้ดูแล

4) ภาระและผลกระทบในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ

การดูแลกิจวัตรประจำวันแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพรุนแรง เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดภาระแก่ผู้ดูแลและครอบครัว ซึ่งสามารถจำแนกภาระและผลกระทบในการดูแลผู้สูงอายุออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านสังคม ซึ่งมีรายละเอียดต่อไปนี้

ภาระและผลกระทบด้านการเศรษฐกิจ ในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพาารุนแรงและต้องการการพึ่งพาทั้งหมด พบว่าหนึ่งในสี่ของครอบครัวนี้ต้องมีผู้ดูแลอยู่ด้วยตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้บางครอบครัวผู้ดูแลต้องหยุดงานหรือลาออกจากงานประจำ เพื่อมาดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้ ซึ่งทำให้ขาดรายได้ และพบว่าครอบครัวมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นทั้งค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ารับการรักษายาบาล และค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในการดูแล เช่น แพนเพิร์ส ทำให้บางครอบครัว เกิดผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ ทำให้เกิดหนี้สิน อย่างไรก็ตามบางครอบครัวผู้ดูแลมีความจำเป็นต้องประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลอพยพเข้าไปทำงานในเมืองหลวง และผู้ดูแลบางส่วนต้องประกอบอาชีพรับจ้างก่อสร้าง หรือ โรงงานในตัวเมืองขอนแก่นช่วงกลางวันแบบเช้าไป (06.00 น.) เย็นกลับ (18.00 น.) ทำให้ผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพเกือบร้อยละ 14 ต้องอาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 10 ต้องอาศัยอยู่คนเดียวเพียงลำพัง และเกือบร้อยละ 22 อาศัยอยู่เพียงลำพังในช่วงกลางวัน

“ใช้แพนเพิร์ส มื้อละผืนใส่ตอนกลางคืนตกประมาณ 1 ผืน แต่ก่อนใช้มื่อละ 4 ผืน ค่าใช้จ่ายเงินเดือนแก่ทั้งหมดเพราะนี้แหละ เดือนละ 3 ห่อ เงินเดือนแก่ 600 บาท ได้มาก็ซื้อของหมด แพนเพิร์ส นม เนยวิต้าหมอบ์ เหลือ” IDI-C9-M1-89

“มันหลายประมาณบ่ได้เลย รอร่าบ่มีก็เหมาพื้นไป กระแทบกับครอบครัวหลายในครอบครัวมีคนหาอยู่คนเดียว ลูกก็ต้องจ่าย ขยายก็มาป่วยก็หลายชิ ครั้นนั้นถ้ามีวักก็ขายวัว” Id-C1-A1-M8-5

ภาระและผลกระทบด้านร่างกาย พบว่าในการดูแลกิจวัตรประจำวันให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพรุนแรง บางกิจกรรมการดูแลต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลและต้องใช้แรงมาก ได้แก่ การยกตัวของผู้สูงอายุ ในการอาบน้ำ การขับถ่าย ก่อให้เกิดปัญหาความเมื่อยล้า อาการปวดกล้ามเนื้อในผู้ดูแลบางส่วนในขณะเดียวกันพบว่าผู้ดูแลเกือบหนึ่งในหก มีปัญหาด้านสุขภาพก่อนการทำหน้าที่ผู้ดูแล เช่น โรคความดัน

โรคเบาหวาน โรคไทรอยด์ และพบว่าผู้ดูแลบางคนเกิดปัญหาสุขภาพหลังการดูแลผู้สูงอายุ เช่น โรคความดันโลหิตสูง

“ฉันเป็นคนสุขภาพแข็งแรง แต่ก็มีอยู่มีอาการปวดหลัง ปวดเอว ปวดขา เพราะตาที่เราตัวใหญ่ แต่นั่นนวดคนที่รพ.ก็มักมีอาการปวดมือปวดแขนคือกัน” IDI-C51-M8-12

“แม่เป็น ไทรอยด์ ความดัน เป็นก่อนเราป่วย หอบหืด คอกระจก เป็นช่วงหลังดูแลเรา แม่เหนื่อยง่าย ไปเบิ่งหมอบอกเป็น ไทรอยด์ 5-6 ปีหอบหืดเป็นมาได้ 3 ปี รักษาโรคหืด 3 ปี กินยา ส่วนคอกระจกเป็นมาได้ 1-2 ปี ความดันเป็นหลัง thyroid เป็นมา 3-4 ปี” IDI-C71-M2-46

การด้านอารมณ์ พบว่าในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพในช่วงระยะแรก ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้สึกดีที่ได้ดูแลพ่อแม่หรือญาติของตนเอง แต่เมื่อระยะเวลาการดูแลที่ยาวนานมากขึ้น อีกทั้งต้องรับผิดชอบดูแลตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลบางส่วนเกิดความเครียด และมีผู้ดูแล 1 ราย มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงไป มีอารมณ์รุนแรง โมโหง่าย ไม่สามารถควบคุมตนเองไม่ได้

“นอนบ่หลับบางมื่อต้องกินยา ก่อนหน้านี้ 2 ทุ่มก็นอนแล้ว หลังเราป่วยนอนบ่หลับ บางทีโอ โห ค่าไปทั่วทีป ค่าแฟน ค่าไปทั่วทีป บ่มีมอ่งระบาย” IDI-C9-M1-93

“ตอนอยู่ตอนแรกก็พอได้อยู่เพราะเราว่าสู้เรื่องอยู่แต่ประมาณต้นปี 2555 มานี้เริ่มเครียดเพราะเราว่าบ่สู้เรื่อง เราเอ็นไปทั่ว ตอนนี้อันตรายเริ่มม้วน (ตุลาคม 55) เราบ่ค่อยเห็นหุง ช่วยเจ้าของได้บ่หลายคือเก่า แต่ก่อนเราใส่เสื้อผ้าได้เอง ตอนนี้อันตรายใส่ได้แต่ใช้เวลาโค่นกว่าใส่เสร็จ บางทีเป็นชั่วโมง” IDI-C1-M1-115

การด้านสังคม พบว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพรุนแรง ผู้ดูแลต้องใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับผู้สูงอายุ ทำให้การมีปฏิสัมพันธ์และทำกิจกรรมร่วมกับ เพื่อน เพื่อนบ้าน และการเข้าร่วมทำกิจกรรมของชุมชนลดลง นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ดูแล ขาดโอกาสในการทำกิจกรรมที่ผ่อนคลายและงานอดิเรก

“ที่เป็นคนมักม่วน เป็นมือกลองยามตีกลองยาวก็สู้ไม่ได้ละ หมอรำมาบ่ได้ไปเที่ยวสักทีตั้งแต่เราป่วยมานี้ที่เป็นคนอารมณ์ดี บ่ให้จีเรียส ให้ถือว่าการดูแลเป็นหน้าที่ของเจ้าของบ่แม่นภาระ แต่เป็นหน้าที่” IDI-C2-M8-203

“ก่อนหน้ายายมีหมู่หลาย ยายเป็นคนหนึ่งซึ่งไปร้องสรภัญญะ ร้องเพลงไปนำหมู่ดี แต่ตอนนี้บ่ค่อยได้ไปถ้ามีคนมาเปลี่ยนก็ไปได้ ตอนนี้ก็บ่ค่อยได้ไป ลูกๆเขาขี้เกียจ ก็ได้แต่ไปวัด แต่ก็อยู่โคนบ่ได้ แต่ก็ไปออกกำลังกายกับหมู่สูงอายุตอนเย็นที่วัดทุกเย็น” IDI-C71-M2-50

จากการศึกษาบริบททางสังคมวัฒนธรรมของชุมชนตำบลคำที่เกี่ยวกับภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชน สามารถสรุปลักษณะสำคัญที่พบได้ดังต่อไปนี้

1) ลักษณะทางสังคมของตำบลคูคำเป็นชุมชนดั้งเดิม ในสังคมชนบทภาคเกษตรกรรม การทำนาเป็นอาชีพหลักของชุมชนที่ดำเนินโดยคนวัยกลางคนและผู้สูงอายุที่ยังคงมีสุขภาพแข็งแรง มีลักษณะการทำเกษตรกรรมแบบสมัยใหม่ อาศัยเทคโนโลยีทางการเกษตรทำให้ระยะเวลาในการทำงานสั้น ชาวบ้านจึงมีอาชีพเสริมระหว่างนอกฤดูการทำนา บางส่วนทำอาชีพเสริมโดยการทำสวน รับจ้างเย็บผ้าอันกระบวนแรงงาน ค้าขายวัวควาย และการรับจ้างในเมืองแบบเข้าไปเย็นกลับ ในขณะที่ชาวบ้านวัยกลางคนบางส่วนและแรงงานวัยหนุ่มสาวส่วนใหญ่นิยมทำงานโรงงานอพยพไปทำงานในกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่ ทำให้ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งต้องอยู่ที่บ้านเพียงลำพังและบางส่วนต้องรับภาระเลี้ยงดูหลาน ซึ่งชุมชนมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน ผู้คนในชุมชนรู้จักกัน ปรองดองช่วยเหลือกัน มีความสัมพันธ์เชิงเครือญาติ เมื่อมีกิจกรรมโดยงานบุญต่างๆที่เกิดขึ้นในชุมชนคนมีส่วนร่วมและให้ความช่วยเหลือกัน และเมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้นกับคนในชุมชน เช่น การเจ็บป่วยรุนแรง การลี้ภัย การทำร้ายกัน คนจะรับรู้จากการเล่าต่อกันปากต่อปาก

2) วัฒนธรรมความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ชุมชนให้การพนับถือ ผู้สูงอายุในชุมชนเป็นเหมือนปูชนียบุคคลที่คนในชุมชนให้ความเคารพนับถือ ซึ่งเป็นวัฒนธรรมดั้งเดิมของชุมชนที่สืบทอดกันมาแม้ปัจจุบันอาจไม่เข้มข้นเหมือนในอดีต แต่ในเดือนห้า (ช่วงสงกรานต์) ของทุกปี ทุกครอบครัวและทุกชุมชนจะจัดกิจกรรมรดน้ำคำให้ผู้สูงอายุเพื่อขอขมาและแสดงความเคารพต่อผู้สูงอายุ นอกจากนี้ พบว่าผู้สูงอายุเป็นเหมือนเสาหลักในการดำเนินกิจกรรมทางศาสนางานบุญประเพณี และพิธีกรรมความเชื่อเหนือธรรมชาติของชุมชน ซึ่งทุกชุมชนจะมีผู้สูงอายุเป็นผู้นำทางศาสนา วัฒนธรรมและพิธีกรรมต่างๆ เช่น มักทายกวัด เฒ่าจ้ำ ส่วนในครอบครัวนั้นค่านิยมความเชื่อเรื่องความกตัญญูต่อพ่อแม่และผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ชุมชนยังคงยึดถือปฏิบัติ ชุมชนมีความเชื่อว่าคนที่มีความกตัญญูต่อพ่อแม่จะมีความเจริญ ส่วนคนที่ปฏิบัติกับพ่อแม่ผู้สูงอายุที่ไม่เหมาะสมจะถูกสังคมติฉินนินทา จึงมีผลทำให้บุตรใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลพ่อแม่ โดยเฉพาะลูกสาวเป็นบุคคลที่ได้รับการคาดหวังจากสังคมให้เป็นผู้ที่ต้องรับผิดชอบดูแลพ่อแม่

3) วิถีชีวิตของผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ส่วนใหญ่ที่ยังประกอบอาชีพเกษตรกรรม ยังคงทำงานกลางแจ้ง เช่น ทำนา ทำสวน แต่เมื่อเริ่มมีอายุมากขึ้นโดยเฉพาะในรายที่มีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป หรือมีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จะหยุดประกอบอาชีพทางการเกษตร เปลี่ยนมาเลี้ยงหลาน ทำงานเล็กๆน้อยๆ ทำงานเบาในร่ม ส่วนการรวมกลุ่มทำกิจกรรมนอกจากกิจกรรมทางศาสนาและประเพณีแล้ว พบว่าในตำบลคูคำเคยมีการรวมกลุ่มออกกำลังกายในช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายส่งเสริมการออกกำลังกาย ช่วงปี 2545 แต่กลุ่มผู้สูงอายุเหล่านี้เลิกการรวมกลุ่มออกกำลังกายมานาน 7 ปี และพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ

4) วิถีชีวิตของผู้สูงอายุประสบกับปัญหาภาวะทุพพลภาพ พบว่าคนในชุมชนส่วนใหญ่รู้สึกเห็นใจและสงสาร ในระยะแรกของการเจ็บป่วยผู้สูงอายุจึงได้รับความช่วยเหลือจากลูกทุกคน และได้รับความช่วยเหลือและการเยี่ยมเยียนจากเพื่อนบ้าน แต่เมื่อระยะการเจ็บป่วยที่ยาวนานมากขึ้น พบว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพเป็นเรื่องภายในครอบครัว ที่ผู้ดูแลและครอบครัวต้องดูแลและรับผิดชอบเพียงลำพัง ซึ่งทำให้เกิดภาระและผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัว ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม ร่างกาย และจิตใจ และยังพบว่าผู้ดูแลส่วนหนึ่งอยู่ในวัยทำงานและมีความจำเป็นต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด

5) การสนับสนุนและความช่วยเหลือที่ผู้สูงอายุได้รับจากชุมชน พบว่าหน่วยงานภาครัฐทั้งองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานสาธารณสุข ไม่มีแผนงานชัดเจนเกี่ยวกับการดูแลและความช่วยเหลือที่หน่วยงานสำหรับผู้สูงอายุ กิจกรรมส่วนใหญ่เป็นการช่วยเหลือกันเฉพาะกิจเมื่อมีโครงการหรือกิจกรรมพิเศษ และเป็นการช่วยเหลือเฉพาะรายไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุทั้งหมด นอกจากนี้ยังพบว่าขาดการเชื่อมโยงระบบข้อมูลและการดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องในชุมชน โดยเฉพาะระบบบริการสุขภาพทุกระดับพบว่า เมื่อผู้สูงอายุจำหน่ายจากโรงพยาบาล หน่วยงานในชุมชนไม่ได้รับการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย รวมทั้งสถานบริการสุขภาพในชุมชนเองขาดการติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพในชุมชนอย่างต่อเนื่อง การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพในชุมชนจึงเป็นบทบาทของผู้ดูแลและครอบครัวที่ต้องแสวงหาทางออกเอง

4.1.4 ความชุก ลักษณะภาวะทุพพลภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน อำเภอช้างสูง จังหวัดขอนแก่น

ส่วนนี้เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อประเมินความชุก ลักษณะภาวะทุพพลภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่บ้าน จำนวน 506 คน ผลการศึกษาเสนอด้ยรายละเอียดต่อไปนี้

1) ลักษณะทางประชากร

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ

ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ	จำนวน (n = 506)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	201	39.7
หญิง	305	60.3
2. อายุ (median 66 ปี $\pm$ Inter quartile range 62.75, 72.0 ปี)		
60-69 ปี	323	63.8
70-79 ปี	142	28.1
80 ปีขึ้นไป	41	8.1
3. ศาสนา		
พุทธ	506	100.0
4. สถานภาพสมรส		
มีคู่สมรส	298	58.9
ไม่มีคู่สมรส	208	41.1
โสด	13	2.6
หม้าย	192	37.9
หย่า/แยก	3	0.6

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ	จำนวน (n = 506)	ร้อยละ
5. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	22	4.3
ประถมศึกษา	467	92.3
มัธยมศึกษา	11	2.2
เรียนไม่จบชั้นประถมศึกษา	6	1.2
6. ความสามารถในการอ่าน		
อ่านหนังสือได้เอง	241	47.6
อ่านหนังสือได้เองลำบาก	153	30.2
อ่านหนังสือเองไม่ได้	112	22.1
7. ความสามารถในการเขียน		
เขียนหนังสือได้เอง	218	43.1
เขียนหนังสือได้เองลำบาก	146	28.9
เขียนหนังสือเอง ไม่ได้	142	28.1
8. จำนวนสมาชิกในครอบครัว(median 4 คน ± Inter quartile range 3, 6 คน)		
1 คน	37	7.3
2-4 คน	228	45.1
5-7 คน	226	44.7
8-10 คน	13	2.6
11 คนขึ้นไป	2	.4
9. สถานะบทบาทในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	358	70.8
สมาชิกในครอบครัว	131	25.9
ผู้อาศัย	17	3.4
10. ลักษณะโครงสร้างของครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	297	58.7
ครอบครัวขยาย	209	41.3
11. ผู้ดูแลหลักในการทำกิจกรรมประจำวัน		
ไม่มี	50	9.9
มี	456	90.1
บุตร	289	57.1
หลาน	28	5.5

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ	จำนวน (n = 506)	ร้อยละ
คู่สมรส	134	26.5
ญาติพี่น้อง	5	1.0
12. เพื่อนที่ไปมาหาสู่ประจำ (median 3 คน ± Inter quartile range 2, 5 คน)		
ไม่มี	84	16.6
มี	422	83.4
1-5 คน	338	66.8
6-10 คน	73	14.4
11-15 คน	4	.8
16 คนขึ้นไป	7	1.4
13. อาชีพเดิม		
เกษตรกรกรรม	477	94.3
ค้าขาย	6	1.2
ข้าราชการ	3	.6
รับจ้าง	10	2.0
ไม่ได้ทำงาน	6	1.2
เก็บของเก่าขาย	3	.6
ลูกจ้างประจำ (หน่วยงานรัฐ)	1	.2
14. อาชีพปัจจุบัน		
หยุดประกอบอาชีพ	227	44.9
ยังประกอบอาชีพอยู่	279	55.1
เกษตรกรกรรม	261	51.6
ค้าขาย	11	2.2
รับจ้าง	7	1.4
15. แหล่งของรายได้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)*		
ทำนา ทำสวน ทำไร่	123	24.3
ค้าขาย	23	4.5
รับจ้าง	23	4.5
บุตรหลานหรือญาติส่งมาให้	148	29.2
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	506	100.0
เบี้ยผู้พิการ	14	2.8
เงินบำนาญ	1	.2

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ	จำนวน (n = 506)	ร้อยละ
16. รายได้เฉลี่ยต่อปี (median 10,000 บาท ± Inter quartile range 6,000, 18,000 บาท)		
ไม่เกิน 10,000 บาท	260	51.4
10,001-20,000 บาท	132	26.0
20,001-30,000 บาท	55	10.9
30,001-40,000 บาท	14	2.8
40,001-50,000 บาท	20	4.0
50,001 บาทขึ้นไป	25	4.9
17. ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	156	30.8
ไม่เพียงพอ	350	69.2
18. การมีหนี้สิน		
ไม่มี	258	51.0
มี	248	49.0
19. เข้าร่วมกิจกรรมงานบุญและงานประเพณีในชุมชน		
เข้าร่วมทุกครั้งหรือ เกือบทุกครั้ง	304	60.1
เข้าร่วมบ้างเป็นบางครั้ง	85	16.8
เข้าร่วมนาน ๆ ครั้ง	42	8.3
ไม่เข้าร่วม	75	14.8
20. การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาในรอบปีที่ผ่านมา		
ไม่เข้าร่วม	94	18.6
เข้าร่วมทุกวันหรือเกือบทุกวัน	181	35.8
ทุกวันพระ	82	16.2
เฉพาะวันสำคัญทางศาสนา	147	29.1
เฉพาะวันเสาร์-อาทิตย์	2	.4
21. สถิติการความช่วยเหลือที่ได้รับนอกเหนือจากเบี้ยยังชีพ		
ไม่ได้รับ	347	68.6
ได้รับ	159	31.4
เงินช่วยเหลือ	13	2.6
สิ่งของอุปโภค	146	28.9

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ	จำนวน (n = 506)	ร้อยละ
22. สิทธิการรักษาพยาบาล		
บัตรผู้สูงอายุ	466	92.1
จ่ายตรง/สิทธิเบิกได้	40	7.9
23. การตรวจสุขภาพประจำปีในรอบปีที่ผ่านมา		
ไม่เคย	125	24.7
เคย	381	75.3

จากตารางที่ 4 ผลการศึกษาพบว่าลักษณะทางประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดในชุมชนเกือบ 2 ใน 3 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 66 ปี (median 66 ปี $\pm$ Inter quartile range 62.75, 72.0 ปี) เกือบทั้งหมดจบการศึกษา ระดับประถมศึกษา มากกว่าครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ ด้านลักษณะทางสังคมของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้อื่น โดยอาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวขยาย และส่วนใหญ่มีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว และร้อยละ 85.2 ยังคงมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม ทั้งงานบุญประเพณีและกิจกรรมทางศาสนา แต่อย่างไรก็ตามพบว่าผู้สูงอายุเกือบร้อยละ 10 ขาดผู้ดูแลหลักในการทำกิจวัตรประจำวัน และมีผู้สูงอายุ ร้อยละ 7.7 อาศัยอยู่เพียงคนเดียวตามลำพัง ส่วนด้านเศรษฐกิจพบว่าผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งยังทำงานอยู่ รายได้ส่วนใหญ่มาจากสวัสดิการภาครัฐ โดยมีรายได้เฉลี่ย 10,000 บาทต่อปี (median 10,000 บาท $\pm$ Inter quartile range 6,000, 18,000 บาท) เกือบร้อยละ 70 มีรายได้ไม่เพียงพอ และเกือบครึ่งหนึ่งมีภาระหนี้สินอยู่ ด้านสวัสดิการภาครัฐ พบว่าผู้สูงอายุทั้งหมดได้รับสวัสดิการเบี้ยยังชีพจากรัฐ นอกจากนี้ ร้อยละ 31.4 ยังได้รับการสนับสนุนสวัสดิการอื่นๆ เช่น เครื่องนุ่งห่ม และเงินช่วยเหลือเพิ่มเติม และพบว่าผู้สูงอายุทั้งหมดมีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล และพบว่าผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 75 เคยตรวจสุขภาพประจำปีในรอบปีที่ผ่านมา

2) สถานะด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

(1) ภาวะสุขภาพกาย

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
1. การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง		
ไม่มี	182	36.0
มี	324	64.0
1) โรคความดันโลหิตสูง	116	22.9
2) โรคหัวใจ	20	4.0
3) โรคเบาหวาน	99	19.6

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ (ต่อ)

ภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
4) โรคหอบหืด	37	7.3
5) โรคมะเร็ง	4	.8
6) โรคข้อเสื่อม	52	10.3
7) ไทรอยด์	5	1.0
8) อัมพฤกษ์/อัมพาต	14	2.8
9) ต้อกระจก	66	13.0
10) ไขมันอุดตันในเส้นเลือด	5	1.0
11) กระดูกสันหลังทับเส้น	6	1.2
12) ไตวาย	8	1.6
13) กระดูกขาหัก	2	.4
14) Parkinsonism	1	.2
15) วัณโรค	4	.8
2. โรคประจำตัวรวม		
ไม่มีโรคร่วม	378	74.7
มีโรคร่วม	128	25.3
ความดันและเบาหวาน	38	7.5
ความดันและข้อเสื่อม	15	3.0
ความดันและหอบหืด	14	2.8
ความดันและหัวใจ	9	1.8
หัวใจและเบาหวาน	7	1.4
3. การรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์		
1) การรับประทานยาเป็นประจำตามแพทย์สั่ง		
มี	208	41.1
ไม่มี	298	58.9
2) จำนวนเม็ดยาที่รับประทานเป็นประจำ		
มากกว่า 4 เม็ด	51	10.1
น้อยกว่า 4 เม็ด	455	89.9
3) การรับประทานยานอนหลับตามแพทย์สั่ง		
มี	42	8.3
ไม่มี	464	91.7

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ (ต่อ)

ภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
4. ภาวะโภชนาการ		
1) ค่าดัชนีมวลกาย		
ผอม (underweight น้อยกว่า 18.5)	68	13.4
พอเหมาะ (normal 18.5-24.99)	300	59.3
ตัวหนา (overweight 25-29.99)	107	21.1
อ้วน (obesity มากกว่า 30)	31	6.1
2) เส้นรอบเอว		
ปกติ	253	50.0
มากกว่าปกติ	253	50.0
3) จำนวนฟันในปากของผู้สูงอายุ		
มากกว่า 20 ซี่	332	65.6
น้อยกว่า 20 ซี่	174	34.4
5. ข้อจำกัดในการทำกิจกรรม		
1) การนอนรับการรักษาในโรงพยาบาลรอบปีที่ผ่านมา		
เคย	106	20.9
ไม่เคย	400	79.1
2) การรับการผ่าตัดในรอบปีที่ผ่านมา		
เคย	33	6.5
ไม่เคย	473	93.5
3) ภาวะหลังค่อมประหมื่นจากการสังเกต		
มี	87	17.2
ไม่มี	419	82.8

จากตารางที่ 5 ภาวะสุขภาพพบว่าผู้สูงอายุเกือบ 2 ใน 3 มีปัญหาเรื่องโรคเรื้อรัง โรคที่พบมากที่สุด 5 อันดับ คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ต้อกระจก โรคข้อเสื่อม และโรคหอบหืด และพบว่าผู้สูงอายุ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่า 2 ชนิด โดยโรครวมที่พบมากที่สุดคือ โรค ความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน และพบว่าผู้สูงอายุร้อยละต้องรับประทานยาตามแพทย์สั่ง 41.1 ซึ่งร้อยละ 10 ต้องรับประทานยามากกว่า 4 ชนิด และร้อยละ 8 รับประทานยานอนหลับ ด้านภาวะโภชนาการพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกือบร้อยละ 60 มีภาวะโภชนาการพอเหมาะ มีภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 27 และมากกว่าร้อยละ 65 มีจำนวนฟันในปากมากกว่า 20 ซี่ ส่วนข้อจำกัดในการทำกิจกรรม พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยนอนรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในรอบปีที่ผ่านมา ไม่เคยรับการผ่าตัด และไม่มีภาวะหลังค่อม

(2) การสูญเสียระบบประสาทสัมผัส

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละการสูญเสียประสาทสัมผัสของผู้สูงอายุ

รายการประเมิน	จำนวน	ร้อยละ
1. การมองเห็น		
1) การมองเห็นของผู้สูงอายุในปัจจุบัน		
เหมือนเดิมไม่เปลี่ยนแปลง	169	33.4
มองเห็นแต่มีอาการการแย่งไม่เหมือนเดิม	299	59.1
ไม่สามารถมองเห็นได้ถ้าไม่ใช้แว่น	29	5.7
ไม่สามารถมองเห็นได้แม้จะใส่แว่น	9	1.8
2) ชนิดแว่นตาที่สวมใส่		
ไม่มี	357	70.6
มีแว่นสวมใส่ของตนเองชนิดสายตายาว	103	20.4
มีแว่นสวมใส่ของตนเองชนิดสายตาสั้น	44	8.7
มีแว่นสวมใส่ของตนเองชนิดธรรมดา	2	.4
2. การได้ยิน		
1) การได้ยินของผู้สูงอายุในปัจจุบัน		
เหมือนเดิมไม่เปลี่ยนแปลง	366	72.3
ได้ยินแต่มีอาการการแย่งไม่เหมือนเดิม	135	26.7
ไม่สามารถได้ยินถ้าไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยฟัง	3	.6
ไม่สามารถได้ยินแม้จะใช้อุปกรณ์ช่วยฟัง	2	.4
2) การสวมใส่อุปกรณ์ช่วยฟัง		
ไม่มี	500	98.8
สวมใส่อุปกรณ์ช่วยฟัง	6	1.2

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้สูงอายุ 2 ใน 3 รับรู้ว่ามีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุ ร้อยละ 70 ไม่มีอุปกรณ์สวมใส่เพื่อช่วยในการมองเห็น ส่วนประสาทสัมผัสเกี่ยวกับการได้ยินพบว่าผู้สูงอายุมากกว่า 2 ใน 3 รับรู้ว่าการได้ยินยังคงปกติไม่เปลี่ยนแปลง และพบว่ามีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 1 เท่านั้นที่มีปัญหาทางการได้ยิน อย่างไรก็ตามพบว่ามีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 1.2 เท่านั้นที่สวมใส่อุปกรณ์ช่วยฟัง

(3) ภาวะสุขภาพจิต

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละอาการแสดงภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

รายการประเมินภาวะซึมเศร้า	ใช่		ไม่ใช่	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. คุณรู้สึกพอใจความเป็นอยู่รอบตัว	434	85.8	72	14.2
2. คุณหมดความสนใจและหยุดทำกิจกรรมต่างๆ	155	30.6	351	69.4
3. คุณรู้สึกว่าชีวิตของคุณว่างเปล่า	211	41.7	295	58.3
4. คุณเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อย	145	28.7	361	71.3
5. คุณรู้สึกสดชื่นเกือบตลอดเวลา	358	70.8	148	29.2
6. คุณกลัวว่าสิ่งที่ไม่ดีจะเกิดขึ้นกับคุณ	253	50.0	253	50.0
7. คุณรู้สึกมีความสุขอยู่เสมอ	410	81.0	96	19.0
8. คุณรู้สึกขาดที่พึ่ง	139	27.5	367	72.5
9. คุณชอบที่จะอยู่บ้านมากกว่าออกไปข้างนอกหรือทำสิ่งใหม่ๆ	362	71.5	144	28.5
10. คุณมีปัญหาเกี่ยวกับความจำ	235	46.4	271	53.6
11. คุณคิดว่าคุณ โชคดีที่มีชีวิตอยู่ขณะนี้	454	89.7	52	10.3
12. คุณรู้สึกว่าชีวิตค่อนข้างไร้ค่า	127	25.1	379	74.9
13. คุณรู้สึกว่ามึนงง(กระตือรือร้น)ที่จะทำสิ่งต่างๆ	380	75.1	126	24.9
14. คุณรู้สึกหมดหวังกับสภาพในปัจจุบัน	132	26.1	374	73.9
15. คุณคิดว่าคนอื่นดีกว่าตนเอง	195	38.5	311	61.5

จากตารางที่ 7 พบว่าความรู้สึกของผู้สูงอายุที่แสดงออกถึงภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ร้อยละ 70.0 คือ ผู้สูงอายุมีความรู้สึกชอบที่จะอยู่บ้านมากกว่าออกไปข้างนอกหรือทำสิ่งใหม่ๆ รองมาผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 50.0 ความรู้สึกที่แสดงออกถึงภาวะซึมเศร้าที่พบในผู้สูงอายุ ได้แก่ กลัวว่าจะมีสิ่งไม่ดีเกิดขึ้นกับตนเอง และมากกว่าร้อยละ 40.0 มีปัญหาเกี่ยวกับความจำ และมีความรู้สึกที่ว่างเปล่า และผู้สูงอายุเกือบหนึ่งในสาม มีความรู้สึกว่าคนอื่นดีกว่าตนเอง และ ความสนใจและหยุดทำกิจกรรมต่าง ๆ

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละอาการแสดงภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

รายการทดสอบ	จำนวน	ร้อยละ
1. ทดสอบการรับรู้เกี่ยวกับเวลาในปัจจุบัน		
0 คะแนน	23	4.5
1 คะแนน	13	2.6
2 คะแนน	28	5.5
3 คะแนน	71	14.0
4 คะแนน	132	26.1
5 คะแนน	239	47.2
2. ทดสอบการรับรู้สถานที่ วันเวลา		
0 คะแนน	4	.8
1 คะแนน	2	.4
2 คะแนน	5	1.0
3 คะแนน	18	3.6
4 คะแนน	71	14.0
5 คะแนน	406	80.2
3. ทดสอบการบันทึกความจำ		
0 คะแนน	29	5.7
1 คะแนน	8	1.6
2 คะแนน	31	6.1
3 คะแนน	438	86.6
4. ทดสอบสมาธิและการคิดเลขในใจ		
0 คะแนน	157	31.0
1 คะแนน	95	18.8
2 คะแนน	48	9.5
3 คะแนน	53	10.5
4 คะแนน	26	5.1
5 คะแนน	127	25.1
5. ทดสอบความจำระยะสั้น		
0 คะแนน	132	26.1
1 คะแนน	53	10.5
2 คะแนน	85	16.8
3 คะแนน	236	46.6

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละอาการแสดงภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ (ต่อ)

รายการทดสอบ	จำนวน	ร้อยละ
6. ทดสอบการบอกชื่อสิ่งที่เห็น		
0 คะแนน	14	2.8
1 คะแนน	12	2.4
2 คะแนน	480	94.9
7. ทดสอบการพูดซ้ำคำที่ได้ยิน		
0 คะแนน	265	52.4
1 คะแนน	241	47.6
8. ทดสอบการเข้าใจความหมายและทำตามคำสั่ง		
0 คะแนน	24	4.7
1 คะแนน	15	3.0
2 คะแนน	18	3.6
3 คะแนน	449	88.7
9. ทดสอบการอ่าน การเข้าใจความหมายและสามารถทำตามได้		
0 คะแนน	141	27.9
1 คะแนน	365	72.1
10. ทดสอบการเขียนภาษาอย่างมีความหมาย		
0 คะแนน	282	55.7
1 คะแนน	224	44.3
11. ทดสอบการวาดภาพเหมือนภาพตัวอย่าง		
0 คะแนน	393	77.7
1 คะแนน	113	22.3

จากตารางที่ 8 พบว่าอาการที่แสดงถึงภาวะสมองเสื่อมที่พบเกือบสามในสี่ของผู้สูงอายุ คือ การวาดภาพเหมือนภาพตัวอย่าง สมารถและการคิดเลขในใจ และพบว่าผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งมีอาการที่แสดงภาวะสมองเสื่อม คือ การวาดภาพเหมือนภาพตัวอย่าง สมารถและการคิดเลขในใจ การเขียนภาษาอย่างมีความหมาย ความจำระยะสั้น การพูดซ้ำคำที่ได้ยิน การรับรู้เกี่ยวกับเวลาในปัจจุบัน

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

ผลการประเมินด้านจิตใจ	จำนวน	ร้อยละ	95%CI
1. ผลการประเมินภาวะซึมเศร้า			
สงสัยมีภาวะซึมเศร้า	147	29.0	25.17-33.25
Suggestive depression (6-10 คะแนน)	83	16.4	
Definite depression (11-15 คะแนน)	64	12.6	
ปกติ	359	70.9	
2. ผลประเมินภาวะสมองเสื่อม			
สงสัยมีภาวะสมองเสื่อม	64	12.6	9.94-15.94
ปกติ	442	87.4	
1) ผู้สูงอายุอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้			
สงสัยมีภาวะสมองเสื่อม	31	22.8	
ปกติ	105	77.2	
2) ผู้สูงอายุจบประถมศึกษา			
สงสัยมีภาวะสมองเสื่อม	31	8.7	
ปกติ	327	91.3	
3) ผู้สูงอายุจบสูงกว่าประถมศึกษา			
สงสัยมีภาวะสมองเสื่อม	2	16.7	
ปกติ	10	83.3	

จากตารางที่ 9 ผลการประเมินภาวะซึมเศร้าพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกือบร้อยละ 71 (95% CI=25.17, 33.25) ไม่มีภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตามพบว่ามีผู้สูงอายุ ร้อยละ 29 มีอาการสงสัยภาวะซึมเศร้า โดยจำแนกเป็นกลุ่ม Suggestive depression ร้อยละ 16.5 และ Definite depression ร้อยละ 12.6 ส่วนผลการประเมินภาวะสมองเสื่อมพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม และมีอาการสงสัยภาวะสมองเสื่อมเพียงร้อยละ 12.6 (95% CI=9.94, 15.94) และเมื่อจำแนกอาการสงสัยภาวะสมองเสื่อมตามระดับการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ มีอาการสงสัยเป็นภาวะสมองเสื่อม ประมาณ 1 ใน 5 รองมาคือ ผู้สูงอายุที่จบการศึกษาสูงกว่าชั้นประถมศึกษา ส่วนผู้สูงอายุที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีอาการสงสัยภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 8.7

(4) พฤติกรรมสุขภาพ

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

รายการประเมินภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
1. พฤติกรรมการซื้อยามารับประทานเอง		
1) การรับประทานยาสมุนไพร		
มี	70	13.8
ไม่มี	436	86.2
2) การรับประทานวิตามิน/ยาบำรุง		
มี	28	5.5
ไม่มี	478	94.5
3) การซื้อยานอนหลับหรือกล่อมประสาทรับประทานเอง		
มี	12	2.4
ไม่มี	494	97.6
4) การรับประทานยาชุดแก้ปวดเมื่อย คลายเส้น		
มี	25	4.9
ไม่มี	481	95.1
2. พฤติกรรมการสูบบุหรี่		
1) การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน		
ไม่สูบเลย	396	78.3
เคยสูบแต่เลิกสูบแล้ว	40	7.9
ยังสูบบุหรี่อยู่	70	13.8
สูบทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน	67	13.2
สูบ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์	2	.4
สูบสัปดาห์ละครั้ง	1	.2
2) ชนิดของบุหรี่ที่สูบ		
ยาเส้นมวนเอง	58	11.5
บุหรี่ยมวน/ก้นกรอง	21	4.2
3. พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
1) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่มสุราเลย	371	73.3
เคยดื่มสุราแต่เลิกแล้ว	30	5.9
ยังดื่มอยู่	105	20.8
ทุกวันหรือเกือบทุกวัน	20	4.0

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ (ต่อ)

รายการประเมินภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
2-3 วันต่อครั้ง	13	2.6
สัปดาห์ละครั้ง	8	1.6
เดือนละครั้ง	8	1.6
นาน ๆ ครั้ง	56	11.1
2) ชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่มเป็นประจำ		
เหล้าขาว	77	15.2
สุราไทย	1	.2
เบียร์	22	4.3
ชาดอง	8	1.6
ดื่มทุกชนิด	7	1.4
4. การมีกิจกรรมทางร่างกาย		
4.1 การออกกำลังกาย		
1) พฤติกรรมการออกกำลังกาย		
ไม่ได้ออกกำลังกายเลย	175	34.6
เคยออกกำลังกายแต่เลิกแล้ว	16	3.2
ปัจจุบันออกกำลังกายอยู่	315	62.3
2) ความถี่ของการออกกำลังกายที่เป็นรูปแบบ (n=315)		
ออกกำลังกายตั้งแต่ 3 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไป	168	33.2
ออกกำลังกายน้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์	147	29.1
3) รูปแบบการออกกำลังกาย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เดิน	208	41.1
วิ่ง	32	6.3
ปั่นจักรยาน	47	9.3
แอโรบิค	10	2.0
รำมวยปลง	4	.8
ถายัดด้น/โยคะ/ยิโดเหยียดกล้ามเนื้อ	91	18.0
สูดสูฟ	14	2.8

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ (ต่อ)

รายการประเมินภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
4.2 การทำงานใช้กำลังร่างกาย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไม่ได้ทำงานที่ใช้ร่างกาย	71	14.0
ทำไร่/ทำนา/ทำสวนกลางแจ้ง	249	49.2
ทำงานบ้านหนัก ได้แก่ ถูบ้าน ริดผ้า ทำอาหาร	246	48.6
ทำงานบ้านเบา ได้แก่ ล้างจาน พับผ้า	281	55.5

จากตารางที่ 10 ผลการสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการซื้อยาสมุนไพรทานเองมากที่สุด ส่วนพฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ มีเพียงร้อยละ 13.2 ที่สูบบุหรี่ทุกวันหรือเกือบทุกวัน ด้านพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตามมีผู้สูงอายุ 1 ใน 5 ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ซึ่งพบว่า ร้อยละ 4.0 ดื่มทุกวัน และร้อยละ 2.6 ดื่ม 2-3 วันต่อครั้ง ส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกายพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ออกกำลังกาย เกือบร้อยละ 65 โดยออกกำลังกาย มากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 62 ซึ่งรูปแบบการออกกำลังกายที่ผู้สูงอายุนิยมใช้คือการเดิน และพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงทำงานใช้ร่างกายเป็นการทำไร่ ทำนา ทำสวนกลางแจ้งเกือบร้อยละ 50 มีเพียงร้อยละ 14 ที่ไม่ได้ทำงานใช้ร่างกายเท่านั้น

(5) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละลักษณะสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ

สิ่งแวดล้อม	จำนวน	ร้อยละ
1. สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน		
1) ลักษณะบ้านที่อาศัยอยู่ในปัจจุบัน		
บ้านชั้นเดียวติดพื้นดิน	80	15.8
บ้านชั้นเดียวใต้ถุนสูง	86	17.0
บ้าน 2 ชั้นขึ้นไป	334	66.0
กระท่อม	6	1.2
2) ลักษณะพื้นบ้านที่อยู่อาศัยในปัจจุบัน		
พื้นไม้	146	28.9
พื้นปูน	60	11.9
พื้นกระเบื้อง	49	9.7

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละลักษณะสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ (ต่อ)

สิ่งแวดล้อม	จำนวน	ร้อยละ
พื้นไม้และพื้นปูน	103	20.4
พื้นไม้และพื้นกระเบื้อง	148	29.2
3) เนื้อที่บ้านที่อาศัยอยู่ในปัจจุบัน		
น้อยกว่า 50 ตารางเมตร	51	10.1
51-100 ตารางเมตร	169	33.4
101-150 ตารางเมตร	246	48.6
151-200 ตารางเมตร	37	7.3
201 ตารางเมตรขึ้นไป	3	.6
4) สถานที่ตั้งของห้องนอน		
อยู่ชั้นล่าง หรือ ด้านล่าง	352	69.6
อยู่ชั้นบน หรือ ด้านบน ต้องขึ้นบันได	154	30.4
5) สถานที่ตั้งของห้องน้ำ		
ไม่มี	3	0.6
อยู่ภายนอกบ้าน	290	57.3
อยู่ภายในบ้าน และอยู่คนละชั้นกับห้องนอน	91	18.0
อยู่ภายในบ้านและอยู่ชั้นเดียวกับห้องนอน	122	24.1
6) ลักษณะของโถส้วมหรือที่นั่งอุจจาระ		
ไม่มี	3	0.6
โถส้วมแบบชักโครก	24	4.7
โถส้วมแบบนั่งของๆ	468	92.5
มีทั้งแบบชักโครกและแบบนั่งของๆ และส่วน	3	0.6
ใหญ่ใช้แบบนั่งของๆ		
มีทั้งแบบชักโครกและแบบนั่งของๆ และส่วน	8	1.6
ใหญ่ใช้แบบชักโครก		
7) ราวจับในห้องน้ำ		
ไม่มี	456	90.1
มี	50	9.9

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละลักษณะสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ (ต่อ)

สิ่งแวดล้อม	จำนวน	ร้อยละ
8) รวจับบันได		
ไม่มี	50	9.9
มี	456	90.1

จากตารางที่ 11 พบว่า ที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบ้าน 2 ชั้น ร้อยละ 66 โดยพื้นที่บ้านส่วนใหญ่เป็นพื้นไม้และปูนหรือกระเบื้อง มีพื้นที่บ้านส่วนใหญ่กว้าง 101-150 ตารางเมตร อย่างไรก็ตามพบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 1.2 อาศัยอยู่ในกระท่อมที่มีสภาพไม่ถาวร ส่วนรวจับบันไดบ้าน พบว่าบ้านใดบ้านผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มากกว่าร้อยละ 90 มีรวจับ ส่วนห้องนอนพบว่าสถานที่ตั้งห้องนอนของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ชั้นล่างเกือบร้อยละ 69.6 ด้านห้องน้ำพบว่าส่วนใหญ่ตั้งอยู่นอกบ้าน ร้อยละ 57.3 ตั้งอยู่ภายในบ้านและอยู่ชั้นเดียวกับห้องนอน ร้อยละ 24.1 และพบว่ามากกว่าร้อยละ 92 มีโถส้วมสำหรับการขับถ่ายเป็นแบบนั่งยองๆ มีเพียงร้อยละ 6.9 เป็นแบบชักโครก นอกจากนี้พบว่าห้องน้ำ ไม่มีรวจับในห้องน้ำ ร้อยละ 90.1

(6) อุบัติเหตุและการหกล้ม

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละการเกิดอุบัติเหตุและการหกล้มในผู้สูงอายุ

สิ่งแวดล้อม	จำนวน	ร้อยละ
1. การได้รับบาดเจ็บ		
1) การได้รับบาดเจ็บจากการเกิดอุบัติเหตุจราจร		
ไม่มี	499	98.6
มี	7	1.4
2) ท่านได้รับบาดเจ็บจากถูกลิงของมิกม		
ไม่มี	492	97.2
มี	14	2.8
2. การหกล้ม		
1) การหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา (มากกว่า 1 ครั้ง)		
ไม่มี	429	84.8
มี	77	15.2
2) การหกล้มภายในบ้านรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา (มากกว่า 1 ครั้ง)		
ไม่มี	463	91.5
มี	43	8.5

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละการเกิดอุบัติเหตุและการหกล้มในผู้สูงอายุ (ต่อ)

สิ่งแวดล้อม	จำนวน	ร้อยละ
3) สถานที่หกล้มภายในบ้าน		
ห้องนอน	5	1.0
ห้องน้ำ	21	4.2
ห้องครัว	2	.4
ห้องนั่งเล่นหรือกลางบ้าน	11	2.2
ประตู	4	.8
บันได	1	.2
4) การหกล้มภายนอกบ้านรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา (มากกว่า 1 ครั้ง)		
ไม่มี	450	88.9
มี	56	11.1
5) สถานที่หกล้มภายนอกบ้าน		
ลานบ้าน	20	4.0
ถนน	12	2.4
ทุ่งนา	21	4.2
บันไดบ้านคนอื่น ๆ	2	.4

จากตารางที่ 12 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร และการถูกล้วงของมีคมบาด ส่วนการหกล้มพบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 15.2 มีประวัติการหกล้ม มากกว่า 1 ครั้ง และเป็น การหกล้มภายในบ้านมากกว่าการหกล้มนอกบ้าน ซึ่งสถานที่หกล้มภายในบ้านส่วนใหญ่ คือ ห้องน้ำ รองมาคือ ห้องนั่งเล่น และกลางบ้าน ส่วนการหกล้มนอกบ้านสถานที่พบมากที่สุดคือ ทุ่งนา รองมาคือ ลานบ้าน และถนน ภายในหมู่บ้านตามลำดับ

4.2 ความชุกและลักษณะภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะ ทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น

4.2.1 ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน (Instrumental Activities Daily Living, IADL)

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละความสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน (IADL)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน	จำนวน	ร้อยละ
1. ความสามารถในการใช้โทรศัพท์		
1) สามารถใช้โทรศัพท์เองตั้งแต่เริ่มต้น มองหา และหมุนหรือกดหมายเลข	114	22.5
2) สามารถบอกเบอร์โทรศัพท์ที่ได้/กดต่อโทรศัพท์ที่ได้เล็กน้อย	42	8.3
3) พูดได้ตอบทางโทรศัพท์ที่ได้แต่กดต่อโทรศัพท์ไม่ได้	168	33.2
4) ไม่สามารถใช้โทรศัพท์ได้เลย	23	4.5
5) ไม่เคยทำ	159	31.4
2. การซื้อของ		
1) ซื้อสิ่งของที่ต้องการได้ด้วยตนเองอย่างอิสระ	380	75.1
2) ซื้อของเล็ก ๆ น้อย ๆ ด้วยตนเองอย่างอิสระ	50	9.9
3) ต้องการผู้ช่วยเหลือในการซื้อของ	40	7.9
4) ไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง	36	7.1
3. การเตรียมทำอาหาร		
1) วางแผน จัดเตรียม และทำอาหารได้ด้วยตนเอง	346	68.4
2) ตระเตรียมอาหารได้ถ้ามีอุปกรณ์และส่วนประกอบปรุงเรียบร้อยแล้ว	30	5.9
3) สามารถอุ่น และจัดวางอาหารที่เตรียมเสร็จแล้ว แต่อาหารที่เตรียมจะไม่เพียงพอที่จะรับประทาน	40	7.9
4) ต้องมีการจัดเตรียมอาหารให้	63	12.5
5) ไม่เคยทำ	27	5.3
4. การทำงานบ้าน		
1) ทำความสะอาดบ้านได้ด้วยตนเอง หรือต้องมีผู้ช่วยเหลือเป็นบางครั้ง (งานหนัก)	315	62.3
2) ทำงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ เช่น ล้างจาน ทำความสะอาดเตียง	43	8.5
3) ทำงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ ได้ แต่ไม่สามารถทำให้สะอาดเหมือนเดิมได้	50	9.9
4) ต้องการผู้ช่วยเหลือในการทำงานบ้านทุกอย่าง	22	4.3
5) ไม่สามารถทำงานบ้านได้ด้วยตนเอง	47	9.3
6) ไม่เคยทำ	29	5.7

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละความสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน (IADL) (ต่อ)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน	จำนวน	ร้อยละ
5. ซักเสื้อผ้า		
1) ซักเสื้อผ้าได้สะอาดดีด้วยตนเอง	340	67.2
2) ซักเสื้อผ้าชิ้นเล็กๆ เช่น ถุงเท้า ถุงน่อง เป็นต้น	36	7.1
3) การซักเสื้อผ้าทั้งหมดต้องอาศัยคนอื่น	98	19.4
4) ไม่เคยทำ	32	6.3
6. ใช้บริการขนส่งสาธารณะ		
1) เดินทางโดยสารขนส่งสาธารณะได้ด้วยตนเอง หรือ ขับรถได้ด้วยตนเอง	296	58.5
2) ใช้บริการรถแท็กซี่หรือรถรับจ้าง แต่ไม่สามารถใช้รถขนส่งสาธารณะได้	64	12.6
3) เดินทางโดยสารขนส่งสาธารณะได้เมื่อมีผู้ช่วยเหลือ	34	6.7
4) เดินทางได้เฉพาะรถยนต์ หรือรถรับจ้าง และต้องมีผู้ช่วยเหลือ	79	15.6
5) ไม่สามารถเดินทางได้เองทุกกรณี	33	6.5
7. รับประทานยาด้วยตนเอง		
1) รับผิดชอบรับประทานยาถูกต้องทั้งชนิดยาและตรงเวลาด้วย ตนเอง	449	88.7
2) รับประทานยาได้ด้วยตนเองหากมีการจัดเตรียมยาไว้ให้	38	7.5
3) ไม่สามารถรับประทานยาได้ด้วยตนเอง	19	3.8
8. จัดการเงิน		
1) จัดการเงินได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้องและเก็บรักษาเงินได้เอง	457	90.3
2) จัดการเงินได้เป็นรายวัน แต่ต้องการคนช่วยในการไปจัดเก็บจัดการเล็กๆ น้อยๆ	21	4.2
3) ไม่สามารถจัดการเงินได้ด้วยตนเอง	28	5.5
สรุปผลการประเมินการพึ่งพาผู้อื่นเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน		
พึ่งพาผู้อื่นเพื่อการดำรงชีวิตอยู่	141	27.9
Moderately dependence (4-6 คะแนน)	78	15.4
High dependence (0-3 คะแนน)	63	12.5
ช่วยเหลือตนเองได้ปกติ highly dependent (7-8 คะแนน)	365	72.1

จากตารางที่ 13 พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 72.0 สามารถช่วยเหลือตนเองได้ปกติในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนด้วยตนเอง โดยทั้ง 8 กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติได้เอง อย่างไรก็ตามพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 27.9 (95% CI 24.0, 32.0) ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน ซึ่งกิจกรรมที่ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นที่สำคัญ 5 ลำดับแรก ได้แก่ การใช้บริการรถขนส่งสาธารณะ การทำงานบ้าน การจัดเตรียมอาหาร การซื้อของ และการซักเสื้อผ้า ตามลำดับ

4.2.2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของชีวิต (Activities Daily living, ADL)

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ (ADL)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
1. รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า		
1) ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้	9	1.8
2) ดักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดให้ เป็นชิ้นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า	41	8.1
3) ดักอาหารและช่วยตนเองได้เป็นปกติ	456	90.1
2. ล้างหน้า, หวีผม, แปรงฟัน, โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา		
1) ต้องการความช่วยเหลือ	13	2.6
2) ทำได้เอง(รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	493	97.4
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือ จากเตียงไปยังเก้าอี้		
1) ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้สองคนช่วยกันยกขึ้น	5	1.0
2) ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 หรือ ใช้คนทั่วไป 2 คน พุงหรือคั่นขึ้นมิจึงจะนั่งอยู่ได้	36	7.1
3) ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนช่วยดูแลเพื่อความปลอดภัย	35	6.9
4) ทำได้เอง	430	85.0
4. ใช้ห้องสุขา		
1) ช่วยตนเองไม่ได้	17	3.4
2) ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง	51	10.1
3) ช่วยเหลือตนเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลุกจากส้วมได้เอง ทำความสะอาดได้เรียบร้อย หลังเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	438	86.6
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน		
1) เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้	8	1.6
2) ต้องใช้รถเข็นช่วยตนเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออก มุมห้องหรือประตูได้	24	4.7
3) เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความ สันใจดูแลเพื่อความปลอดภัย	43	8.5
4) เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	431	85.2

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ (ADL) (ต่อ)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
6. การสวมใส่เสื้อผ้า		
1) ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยเหลือตนเองแทบไม่ได้หรือน้อย	15	3.0
2) ช่วยเหลือตนเองได้ราว ร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย	47	9.3
3) ช่วยตนเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	444	87.7
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น		
1) ไม่สามารถทำได้	62	12.3
2) ต้องการคนช่วย	20	4.0
3) ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น ไม้ก้ำยันจะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)	424	83.8
8. การอาบน้ำ		
1) ต้องมีคนช่วย หรือทำให้	38	7.5
2) อาบน้ำได้เอง	468	92.5
9. การกลั่นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา		
1) กลั่นไม่ได้ หรือ ต้องการสวนอยู่เสมอ	5	1.0
2) กลั่นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)	40	7.9
3) กลั่นได้ปกติ	461	91.1
10. การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 วันที่ผ่านมา		
1) กลั่นไม่ได้ หรือ ใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลตนเองได้	10	2.0
2) กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)	106	20.9
3) กลั่นได้เป็นปกติ	390	77.1

จากตารางที่ 14 พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของชีวิตส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง อย่างไรก็ตามพบว่ากิจกรรมที่ผู้สูงอายุประสบปัญหาหลายก้าบในการปฏิบัติ 5 อันดับแรก เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย ได้แก่ การกลั่นปัสสาวะ การขึ้นลงบันได การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ การเคลื่อนไหวภายในห้องหรือบ้าน และการใช้ห้องสุขา

4.2.3 ความชุกของภาวะทุพพลภาพรุนแรง

ตารางที่ 15 ความชุกของภาวะทุพพลภาพ (ADL) ในผู้สูงอายุ (n = 506คน)

การประเมินภาวะทุพพลภาพ	จำนวน (คน)	ความชุก (ร้อยละ)	95% CI
1. กิจกรรมขั้นพื้นฐานชีวิต (ADL)			
1) ล้างหน้า, หวีผม, แปรงฟัน, โกนหนวด	13	2.6	1.4-4.5
2) การอาบน้ำ	38	7.5	5.4-10.3
3) การกลืนถ่ายอุจจาระ	45	8.9	6.6-11.8
4) การรับประทานอาหาร	50	9.9	7.5-12.9
5) การสวมใส่เสื้อผ้า	62	12.3	9.6-15.5
6) การใช้ห้องสุขา	68	13.4	10.7-16.8
7) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน	75	14.8	11.9-18.3
8) ลุกนั่งจากที่นอน, จากเตียงไปยังเก้าอี้	76	15.0	12.1-18.5
9) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น	82	16.2	13.2-19.8
10) การกลืนปัสสาวะ	116	22.9	19.4-26.9
2. สรุปผลการประเมินภาวะทุพพลภาพรุนแรง			
1) ภาวะทุพพลภาพรุนแรง	60	11.9	9.23-15.07
Moderately severe dependence	39	7.7	5.60-10.47
Severe dependence	15	3.0	1.73-4.95
Total dependence	6	1.2	0.48-2.70
2) ไม่มีภาวะทุพพลภาพ	446	88.1	84.93-90.76

จากตารางที่ 15 พบความชุกของภาวะทุพพลภาพรุนแรงในผู้สูงอายุ ร้อยละ 11.9 (95%CI= 9.23-15.07) โดยจำแนกออกเป็นการพึ่งพาระดับปานกลางถึงรุนแรง ร้อยละ 7.7 การพึ่งพาระดับรุนแรง ร้อยละ 3.0 และการพึ่งพาทั้งหมด ร้อยละ 1.2 ซึ่งกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุปฏิบัติได้ยากลำบากเรียงลำดับตามความชุกมีดังนี้ การกลืนปัสสาวะ ร้อยละ 22.9 การเดินขึ้นลงบันได ร้อยละ 16.2 การลุกนั่งจากที่นอน จากเตียงไปเก้าอี้ ร้อยละ 15 การเดินภายในบ้าน ร้อยละ 14.8 การใช้ห้องสุขา ร้อยละ 13.4 การสวมใส่เสื้อผ้า ร้อยละ 12.3 รับประทานอาหาร ร้อยละ 9.9 การกลืนถ่ายอุจจาระ ร้อยละ 8.9 การอาบน้ำ ร้อยละ 7.5 สุดท้ายคือ การล้างหน้าหวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ร้อยละ 2.6

4.2.4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการศึกษาครั้งนี้เริ่มต้นจาก การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ และการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษา ปัจจัยเริ่มต้น

ที่ใช้ในการวิเคราะห์ครั้งนี้ประกอบปัจจัยหลัก 4 กลุ่ม ปัจจัยด้านสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า(Depression) และ ภาวะบกพร่องทางการรับรู้ (Cognitive Impairment) ปัจจัยด้านสุขภาพกาย ได้แก่ โรคเรื้อรัง(Chronic disease) หรือการเจ็บป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ภาวะอ้วน ประเมินจากดัชนีมวลกาย (BMI)มากกว่า 30 และ การมีกิจกรรมด้านร่างกาย ปัจจัยการหกล้ม (Fall) ซึ่งประเมินถึงประวัติการหกล้มมากกว่า 1 ครั้ง ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคม ได้แก่ อายุ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และ การอาศัยอยู่เพียงคนเดียวตามลำพัง ปัจจัยที่นำเข้าวิเคราะห์ครั้งแรกทั้งหมด 9 ปัจจัย แล้วจึงวิเคราะห์แบบ Bivariate analysis เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ และนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทั้งหมดวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multivariate logistic regression ซึ่งผลการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวมีดังต่อไปนี้

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบลักษณะทางประชากรกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพรุนแรงและปราศจากภาวะทุพพลภาพ

Baseline characteristic	Total sample (n=506)	Severe disability (n=60)	Non severe disability (n=446)	P value*
1. อายุ median(years) ± (25 th tile – 75 th)	66 ปี (62.8,72.0)	73.5 ปี (66.3,80.0)	66 ปี (62.0,72.0)	<0.001*
2. เพศหญิง	305(60.3)	41(59.2)	264(68.3)	0.174
3. ไม่มีคู่สมรส	208(41.1)	36(60.0)	172(38.6)	0.002
4. ระดับการศึกษา				0.045
ไม่ได้เรียนหนังสือ	28 (5.5)	7(11.7)	21(4.7)	
ประถมศึกษาและสูงกว่า	478 (94.5)	53(88.3)	425(95.3)	
5. อยู่เพียงคนเดียวตามลำพัง	50(7.5)	6(10.0)	44(9.9)	0.974
6. มีส่วนร่วมกิจกรรมในสังคม	431(85.2)	21(35.0)	410(91.9)	<0.001
7. การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	324(60.0)	49(81.7)	275(61.7)	0.002
7.1 โรคความดันโลหิตสูง	116(22.9)	35(58.3)	81(18.2)	0.000
7.2 โรคเบาหวาน	99(19.6)	14(23.3)	85(19.1)	0.433
7.3 โรคข้ออักเสบข้อเสื่อม	52(10.3)	6(10.0)	47(10.5)	0.898
7.4 มีโรคร่วม 2 ชนิดขึ้นไป	128(25.3)	34(56.7)	94(21.1)	0.033
8. ดัชนีมวลกาย median ± (25 th tile – 75 th tile)	22.6(20.1,25.6)	21.5(18.4,26.0)	22.8(20.3,25.6)	0.067
9. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ	328(64.8)	26(43.3)	302(67.7)	<0.001
10. Dementia (MMSE score≤17)	64(12.6)	24(40.0)	40(9.0)	<0.001
11. Depression (GDS score≥6)	147(29.1)	37(61.7)	110(21.7)	<0.001
12. หกล้มมากกว่า 1 ครั้ง	47(9.3)	14(23.3)	33(7.4)	<0.001

จากตารางที่ 16 เมื่อจำแนกผู้สูงอายุตามความรุนแรงของภาวะทุพพลภาพเป็นรายกลุ่มพบว่า อายุเฉลี่ย การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อาการสงสัยภาวะสมองเสื่อม และการหกล้มของกลุ่มที่มีภาวะทุพพลภาพรุนแรง มีสัดส่วนสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะทุพพลภาพอย่างชัดเจน ส่วนปัจจัยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และ การออกกำลังกาย ในกลุ่มที่ไม่มีภาวะทุพพลภาพสูงกว่ากลุ่มที่มีภาวะทุพพลภาพรุนแรง

จากตารางที่ 17 เมื่อวิเคราะห์แบบ Bivariate analysis และทดสอบความสัมพันธ์ พบว่าปัจจัยที่พบนัยสำคัญทางสถิติ มี 7 ปัจจัย และมี 2 ปัจจัยที่ถูกตัดออก ได้แก่ การอาศัยอยู่คนเดียวตามลำพัง และ ภาวะอ้วน และเมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multivariate logistic regression พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพรุนแรงพบ 4 ปัจจัย เรียงตามลำดับความเข้มแข็งของความสัมพันธ์ ได้แก่ มีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 ชนิด AOR 3.63(95%CI 1.78-7.41) หกล้ม AOR 3.21(95%CI 1.53-6.73) อายุมากกว่า 75 ปี AOR 2.78(95%CI 1.33-5.80) และมีภาวะสมองเสื่อม AOR 2.29(95%CI 1.01-5.20) ในขณะที่อาการสงสัยภาวะซึมเศร้า และการมีกิจกรรมด้านร่างกายไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพรุนแรงในผู้สูงอายุ นอกจากนี้พบว่า การมีส่วนร่วมกับกิจกรรมในสังคม เป็นปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพรุนแรงในผู้สูงอายุ AOR 0.13(95%CI 0.06-0.27)

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละ ประเภทผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน

ประเภทผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน	จำนวน (506 คน)	ร้อยละ	95%CI
1. มีภาวะกลุ่มทุพพลภาพ	60	11.9	9.23-15.07
2. ปราศจากภาวะทุพพลภาพ	446	88.1	84.93-90.76
กลุ่มปกติ	172	34.0	29.90-38.33
กลุ่มเสี่ยง	274	54.2	49.69-58.54

จากตารางที่ 18 เมื่อวิเคราะห์แยกประเภทของผู้สูงอายุในชุมชน ตามระดับของการประเมินภาวะทุพพลภาพและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพ รองลงมาหนึ่งในสามเป็นกลุ่มปกติ และเป็นกลุ่มที่มีภาวะทุพพลภาพประมาณหนึ่งในเก้า รายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

4.2.5 วิเคราะห์และบริบททางสังคมวัฒนธรรมของชุมชนและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาบริบททางสังคมวัฒนธรรมของชุมชน โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ที่เกี่ยวข้อง จำนวนทั้งหมด คนและการประเมินภาวะทุพพลภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยวิธีการสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุที่บ้าน จำนวน 506 คน สามารถวิเคราะห์และสรุปต้นทุนของชุมชนและปัญหาอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุได้ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) ผู้สูงอายุในชุมชนมีโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพ จากปัญหาโรคเรื้อรังร่วม การหกล้ม ภาวะสมองเสื่อม และอายุที่มากกว่า 75 ปี

ผู้สูงอายุในชุมชนเกือบ 2 ใน 3 มีปัญหาเรื่องโรคเรื้อรัง โรคที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ต่อมาคือ โรคข้อเสื่อม และผู้สูงอายุ 1 ใน 4 ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่า 2 ชนิด มากกว่าหนึ่งในสี่มีอาการสงสัยภาวะซึมเศร้า และมีอาการสงสัยภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 12.6 ปัญหาโรคเรื้อรังเป็นปัญหาที่สำคัญ และเป็นปัจจัยหนึ่งในสี่ที่พบมีสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพรุนแรง ซึ่งเรียงตามลำดับความเข้มแข็งของความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพ โรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 ชนิด AOR 3.63(95%CI 1.78-

7.41) หกล้ม AOR 3.21(95%CI 1.53-6.73) อายุมากกว่า 75 ปี AOR 2.78(95%CI 1.33-5.80) และมีภาวะสมองเสื่อม AOR 2.29(95%CI 1.01-5.20) นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ แม้จะส่วนใหญ่จะมีกิจกรรมด้านร่างกายด้วยการประกอบอาชีพ แต่เมื่อเริ่มมีอายุมากขึ้นโดยเฉพาะในรายที่มีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป หรือมีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จะหยุดประกอบอาชีพทางการเกษตร ทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ในร่ม ในขณะที่พบว่าผู้สูงอายุมีการหกล้มภายในบ้านมากกว่าการหกล้มนอกบ้าน โดยสถานที่หกล้มภายในบ้านส่วนใหญ่ คือ ห้องน้ำ ซึ่งพบว่าเกือบทั้งหมดเป็นโถส้วมแบบนั่งยองๆ และไม่มีราวจับในห้องน้ำ แม้ว่าบางครอบครัวผู้สูงอายุมีปัญหาช่วยเหลือได้น้อยและเคลื่อนไหวลำบาก อย่างไรก็ตามพบว่าการมีส่วนร่วมกับการกิจกรรมในสังคมเป็นปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพรุนแรงในผู้สูงอายุ AOR 0.13(95%CI 0.06-0.27) ซึ่งผู้สูงอายุในชุมชนร้อยละ 85.2 ยังคงมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม ทั้งงานบุญประเพณีและกิจกรรมทางศาสนา

2) หนึ่งในเก้าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีภาวะทุพพลภาพ และการพึ่งพากิจวัตรด้านการเคลื่อนไหวเป็นปัญหาหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ

จากการศึกษาพบ อัตราตอบกลับของกลุ่มผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 98.25 และพบว่าผู้สูงอายุทั้งหมดในชุมชนเกือบ 2 ใน 3 เป็นเพศหญิง มีอายุมัธยฐาน 66 ปี (IQR = 62.8, 72.0ปี) พบว่ามีความชุกของการเกิดภาวะทุพพลภาพรุนแรงของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ร้อยละ 11.9 (95%CI= 9.23-15.07) โดยเป็นการพึ่งพาระดับปานกลางถึงรุนแรง ร้อยละ 7.7 พึ่งพาระดับรุนแรงร้อยละ 3.0 และพึ่งพาทั้งหมด ร้อยละ 1.2 โดยผู้สูงอายุเกือบครึ่งหนึ่งมีระยะเวลาการพึ่งพา อยู่ในช่วงระหว่าง 7-12 เดือน และพบว่ากิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุปฏิบัติได้ยากลำบากเรียงตามลำดับ 5 อันดับแรกคือ การกลืนปัสสาวะ การเดินขึ้นลงบันได การลุกนั่งจากที่นอน จากเตียงไปเก้าอี้ การเดินภายในบ้าน และการใช้ห้องส้วมา ทั้งหมดเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว ส่วนกิจกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ การล้างหน้าแปรงฟัน การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การขับถ่าย อุจจาระ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือเพียงเล็กน้อย เช่น การช่วยจัดเตรียมอุปกรณ์ การช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายไปยังสถานที่ทำกิจกรรมเท่านั้น ซึ่งการต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรขั้นพื้นฐานเป็นสิ่งที่ ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระทำให้ผู้ดูแลต้องยากลำบาก มีความรู้สึกทุกข์ทรมานใจ และบางคนมีความรู้สึกที่ตนเองถูกตีตราชุมชน

3) ความเชื่อของชุมชนเกี่ยวกับความกตัญญูทดแทน และการเคารพนับถือผู้สูงอายุ เป็นวิถีปฏิบัติที่ยึดเหนี่ยวให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากครอบครัวและชุมชน

ชุมชนมีมุมมองที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ควรแก่การเคารพนับถือ เป็นผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับสิ่งที่เป็นศูนย์รวมจิตใจของชุมชน ได้แก่ พิธีกรรมทางศาสนา ทางวัฒนธรรม ผู้เฒ่าแก่ลี้ภัยข้อพิพาทในชุมชน เป็นผู้ให้คำแนะนำ คำชี้แนะแก่ชุมชน ในการปฏิบัติเกี่ยวกับพิธีกรรมต่างๆในชุมชน ผู้สูงอายุจึงมีบทบาท เป็นผู้นำที่สำคัญทางด้านศาสนาและพิธีกรรมให้กับชุมชน นอกจากนี้ชุมชนยังคงให้ความสำคัญของการปฏิบัติต่อพ่อแม่ ต่อผู้สูงอายุในครอบครัว โดยมีความเชื่อและปฏิบัติสืบต่อกันมาเกี่ยวกับ “ความกตัญญู ทดแทน” การดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุที่เป็นพ่อแม่ต้องเป็นหน้าที่ของลูก ซึ่งหากลูกที่ต้องทำหน้าที่เลี้ยงดูพ่อแม่ ทอดทิ้งพ่อแม่ ไม่ทดแทนคุณพ่อแม่ ทำให้พ่อแม่ หรือผู้สูงอายุเสียใจ จะถูกประณามว่าอกตัญญูต่อพ่อแม่ ชาวบ้านดิฉินนินทา และถูกประณามว่าเป็นคนเนรคุณ อกตัญญูต่อพ่อแม่ ทำสิ่งใดจะไม่เจริญ ส่วนคนที่ดูแลพ่อแม่จะได้รับคำชื่นชมว่ามีความกตัญญู แม้ปัจจุบันการปฏิบัติไม่เข้มข้นเหมือนในอดีต แต่ชุมชนยังคงเป็นวิถีปฏิบัติการดำเนินชีวิตของ

ผู้คนในชุมชน ชุมชนยังมีการขอมาผู้สูงอายุช่วงสงกรานต์ ใช้สรรพนามที่แสดงถึงความเคารพเรียกผู้สูงอายุว่า พ่อใหญ่ แม่ใหญ่ และใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลพ่อแม่โดยเฉพาะลูกสาวเป็นผู้ที่ถูกครอบครัวและสังคมคาดหวังให้ทำหน้าที่เป็นผู้ “เลี้ยงพ่อเลี้ยงแม่” และเชื่อว่าลูกสาวจะทำหน้าที่เลี้ยงดูแลพ่อแม่ยามชราและยามเจ็บป่วยได้ดีกว่าคนอื่นๆ

4) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพเป็นภาระหนักและส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัว ซึ่งขาดทั้งประสิทธิภาพของการดูแล และเวลาในการดูแล

การดูแลผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาภาวะทุพพลภาพเป็นการดูแลระยะยาว ในระยะแรกของการเจ็บป่วยผู้สูงอายุและครอบครัวจะได้รับความช่วยเหลือและการเยี่ยมเยียนจากชุมชน ซึ่งเป็นชุมชนบทที่ผู้คนในชุมชนรู้จักกัน ไปมาหาสู่ช่วยเหลือกัน มีความสัมพันธ์เชิงเครือญาติ แต่เมื่อระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนานพบว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพเป็นเรื่องภายในครอบครัวที่ผู้ดูแลและครอบครัวต้องดูแลและรับผิดชอบเพียงลำพัง ทำให้เกิดภาระและผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัวทั้งด้านเศรษฐกิจ ทำให้ผู้ดูแลบางคนต้องหยุดงานหรือลาออกจากงานประจำ ครอบครัวขาดรายได้ ทำให้ครอบครัวส่วนใหญ่มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นทั้งการรักษาพยาบาล และค่าอุปกรณ์ ทำให้บางครอบครัวเกิดหนี้สิน และพบว่า การดูแลบางกิจกรรมต้องใช้ระยะเวลา และต้องใช้แรงมาก ทำให้ผู้ดูแลซึ่ง เกิดปัญหาความเมื่อยล้า มีอาการปวดกล้ามเนื้อ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพยังทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด มีอารมณ์เปลี่ยนแปลง และมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับชุมชนลดลง

ในขณะเดียวกันผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การดูแล ผู้ป่วย และเกือบทั้งหมดไม่มีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ และเกือบหนึ่งในหกมีอาการป่วยด้วยโรคเรื้อรังมาก่อนการเป็นผู้ดูแล กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพหลัก จึงเพียงการดูแลการทำกิจวัตรประจำวันตั้งแต่ตื่นนอนจนเข้านอนเท่านั้น ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกาย เพื่อให้กลับคืนสู่ภาวะปกติจากครอบครัว นอกจากนี้พบว่า มีผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน ประกอบอาชีพหลัก คือ อาชีพทำนา รองมาเกือบร้อยละ 22 มีอาชีพรับจ้าง ปัญหาภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลส่วนหนึ่งอพยพเข้าไปทำงานในกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่ หรือ โรงงานในเมืองขอนแก่นช่วงกลางวันแบบเช้าไปเย็นกลับ ทำให้ผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพขาดคนดูแลต้องอาศัยคู่สมรสและหลาน และอยู่บ้านช่วงกลางวันเพียงลำพัง

5) องค์กรในชุมชนเห็นความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ แต่ขาดความเชื่อมโยงระบบบริการสู่ชุมชน และขาดการบูรณาการเป้าหมายรวมของตำบล

พบว่าหน่วยงานภาครัฐในชุมชนไม่มีแผนงานชัดเจนเกี่ยวกับการดูแลและความช่วยเหลือสำหรับผู้สูงอายุด้านสวัสดิการ กิจกรรมส่วนใหญ่เป็นการช่วยเหลือเฉพาะกิจ หรือตามนโยบายภาครัฐ เช่น เบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุทุกราย แจกเครื่องนุ่งห่มช่วงฤดูหนาว ส่วนการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ ไม่มีระบบการช่วยเหลือที่ชัดเจน ความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุ ส่วนการดูแลด้านสุขภาพพบว่าสถานบริการสุขภาพในชุมชนให้ไม่เอื้อต่อการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพรุนแรงต้องเข้ารับบริการในหน่วยบริการอื่น เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เกิดปัญหาการขาดนัด และพบว่าระบบบริการสุขภาพในชุมชน ขาดการเชื่อมโยงระบบการดูแลผู้สูงอายุกับครอบครัว ขาดการติดตามอย่างต่อเนื่อง และการสนับสนุนความรู้และทักษะให้กับผู้สูงอายุในครอบครัว ภาระการดูแลเป็นของครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุขาด

การฟื้นฟูสภาพ นอกจากนี้พบว่าการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุในชุมชนเป็นการดำเนินกิจกรรมเฉพาะส่วนขององค์กร ขาดการบูรณาการภาพรวมของตำบล

4.3 กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน

จากผลการประเมินภาวะทุพพลภาพและปัจจัยเสี่ยงของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ตำบลลูกคำ อำเภอช้างสูง จังหวัดขอนแก่น พบว่าสามารถจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามภาวะทุพพลภาพรุนแรงได้เป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ ร้อยละ 11.9 และ ผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ ร้อยละ 88.1 กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชน จึงแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ และ กลุ่มผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ ซึ่งรายละเอียดของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันภาวะทุพพลภาพแต่ละรูปแบบมีดังต่อไปนี้

4.3.1 กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ

กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) ประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพและผู้ดูแล

จากข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพและการประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพและผู้ดูแล ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก โดยนักวิจัยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นทีมประเมินภาวะทุพพลภาพของชุมชนจำนวน 4 คน เพื่อประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัวและสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพสามารถวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุได้ดังนี้

(1) ลักษณะทางประชากรและภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ

ก่อนการดำเนินพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ภายใต้แนวคิดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนประชากรของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ จำนวน 60 คน ร้อยละ 11.9 พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ส่วนใหญ่ร้อยละ 71.67 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 28.33 เป็นเพศชาย เกือบร้อยละ 42 มีอายุอยู่ในช่วง 70-79 ปี มากกว่าครึ่งหนึ่งอาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย พบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 10.0 อาศัยอยู่เพียงคนเดียวตามลำพัง และร้อยละ 3.33 ไม่มีคนดูแล นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุมากกว่า ร้อยละ 83.33 มีโรคเรื้อรัง ร้อยละ 55.00 มีโรคเรื้อรังมากกว่า 2 ชนิดโรคที่พบบ่อย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ต้อกระจก โรคหัวใจ และข้อเสื่อม และพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะ Stroke ร้อยละ 26.67 นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพรุนแรงร้อยละ 75.0 มีความต้องการการพึ่งพาระดับปานกลางถึงรุนแรง รองมาคือ ร้อยละ 15.0 ต้องการการพึ่งพาระดับรุนแรง และร้อยละ 10.0 มีความต้องการการพึ่งพาทั้งหมด ซึ่งผู้สูงอายุเกือบครึ่งหนึ่งมีระยะเวลาการพึ่งพา อยู่ในช่วงระหว่าง 7-12 เดือน และพบว่าหนึ่งในสี่มีระยะเวลาการพึ่งพา ไม่เกิน 6 เดือน โดยกิจกรรมพึ่งพาส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวร่างกาย ได้แก่ การขึ้นลงบันได การลุกนั่งจากที่นั่งนอน หรือเตียงไปยังเก้าอี้ การใช้ห้องสุขา และการเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 19 ลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ

ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	17	28.33
หญิง	43	71.67
2. อายุ		
60-69 ปี	20	33.33
70-79 ปี	25	41.67
80 ปี ขึ้นไป	15	25.00
3. สถานภาพสมรส		
โสด	3	5.00
คู่	20	33.33
หม้าย	37	61.67
4. โครงสร้างครอบครัว		
ขยาย	28	46.67
เดี่ยว	32	53.33
5. ลักษณะการอยู่อาศัย		
อยู่คนเดียวตามลำพัง	6	10.00
อยู่ร่วมกับคนอื่น	54	90.00
6. ผู้ดูแล		
ไม่มีผู้ดูแล	2	3.33
มีผู้ดูแล	58	96.67
7. โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคเรื้อรัง	10	16.67
มีโรคเรื้อรัง	50	83.33
โรคเรื้อรังมากกว่า 2 ชนิด	33	55.00
8. ระยะเวลาการพึ่งพาการดูแลตนเอง (เดือน)		
0-6 เดือน	13	21.67
7-12 เดือน	29	48.33
13-18 เดือน	9	15.00
19-24 เดือน	3	5.00
25-30 เดือน	1	1.67
31-36 เดือน	2	3.33
มากกว่า 36 เดือน	3	5.00

ตารางที่ 19 ลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
9. ระดับความรุนแรงการพึ่งพา (ADL score)		
Moderately severe dependence (0-4 คะแนน)	45	75.0
Severe dependence (5-7 คะแนน)	9	15.0
Total dependence (8-12 คะแนน)	6	10.0
10. การพึ่งพากิจกรรมการดูแลตนเอง		
1) รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยแล้ว	41	68.33
2) ล้างหน้า, หวีผม, แปรงฟัน, โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา	11	18.33
3) การลุกนั่งจากที่นอน หรือ จากเตียงไปยังเก้าอี้	59	98.33
4) ใช้ห้องสุขา	59	98.33
5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน	59	98.33
6) การสวมใส่เสื้อผ้า	57	95.00
7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น	60	100.0
8) การอาบน้ำ	35	58.33
9) การกลั่นกรองถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	26	43.33
10) การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 วันที่ผ่านมา	58	96.67

(2) ลักษณะทางประชากรของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพรุนแรง

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพในครอบครัวเกือบทั้งหมดอาศัยอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ มีผู้ดูแลไม่ได้อาศัยอยู่ในครอบครัว จำนวน 6 ราย และ ไม่มีผู้ดูแล 2 คน และพบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลเป็นผู้หญิง มากกว่าร้อยละ 80 เป็นวัยแรงงานที่มีช่วงอายุระหว่าง 30-59 ปี มีผู้ดูแลเพียงร้อยละ 15.15 เท่านั้นที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และผู้ดูแลเกือบร้อยละ 22 มีอาชีพรับจ้าง มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลเป็นบุตรสาว รองมาคือคู่สมรสวัยสูงอายุ ระยะเวลาการดูแลเกือบครึ่งหนึ่งอยู่ในช่วง 7-12 เดือน มากกว่าร้อยละ 90.0 ของผู้ดูแลไม่มีประสบการณ์ในการดูแล ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียวในครอบครัว ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่สามารถดูแลในช่วงกลางวันได้ มีผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพช่วง การดูแลส่วนใหญ่เป็นการดูแลกิจวัตรประจำวัน เกือบทั้งหมดไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ ส่วนความช่วยเหลือจากหน่วยงานภาครัฐที่ให้กับครอบครัวเป็นเบี้ยยังชีพ รายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 20 ลักษณะทางประชากรของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ

ลักษณะทางประชากรของผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	7	12.07
หญิง	51	87.93
2. อายุ		
30-44	26	44.83
45-59	21	36.21
60 ปีขึ้นไป	11	18.96
3. อาชีพ		
หยุดประกอบอาชีพ	9	15.51
ทำนา	22	37.93
ทำนา/ทำสวน	8	13.79
รับจ้าง/ทำนา	13	22.41
ค้าขาย	2	3.45
รับเหมาก่อสร้าง	2	3.45
ช่างเสริมสวย/ทำนา	1	1.73
เลี้ยงหมู	1	1.73
4. ความสัมพันธ์		
คู่สมรส	11	18.96
ภรรยา	7	12.07
สามี	4	6.89
บุตร	37	63.79
ลูกสาว	34	58.62
ลูกชาย	3	5.17
พี่น้อง	5	8.62
พี่สาว	1	1.73
น้องสาว	2	3.45
หลานสาว	2	3.45
ญาติในทางกฎหมาย	5	8.62
ลูกสะใภ้	1	1.73
หลานสะใภ้	3	5.17
พี่สะใภ้	1	1.73

ตารางที่ 20 ลักษณะทางประชากรของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ (ต่อ)

ลักษณะทางประชากรของผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
5. ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วย		
ไม่มี	53	91.38
มี	5	8.62
ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพ	4	6.89
เคยได้รับการฝึกจากรพ.	1	1.73
6. จำนวนผู้ดูแล		
ผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว	42	72.41
มีผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง	16	27.59
7. ระยะเวลาการดูแลของผู้ดูแล		
อยู่ดูแลตลอด 24 ชั่วโมง	24	40.00
ช่วงกลางวันไม่สามารถอยู่ดูแลได้	34	56.67
ไม่มีคนดูแลในช่วงกลางวัน	2	3.33
8. การดูแลช่วยเหลือปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน		
การดูแลความสะอาดร่างกาย	35	58.33
การรับประทานอาหาร	41	68.33
การใช้ห้องน้ำ-ห้องสุขา	59	98.33
การเคลื่อนไหวกายในบ้าน	59	98.33
9. การฟื้นฟูสภาพ		
ฝึกเดิน (ทำราวฝึกเดิน)	3	5.0
การปรับสภาพแวดล้อม (ห้องน้ำ, ที่นั่ง)	2	3.33
กายภาพบำบัดและการนวด	1	1.67
ฝึกให้ทำกิจกรรมช่วยตนเอง	1	1.67
10. ความช่วยเหลือด้านสวัสดิการสังคมที่ให้กับครอบครัว		
เบี้ยยังชีพ	60	100.00
กายอุปกรณ์	3	5.00
อาหาร/เสื้อผ้า	2	3.33
การเยี่ยมเยียนจากเจ้าหน้าที่ของรัฐ	5	8.62
ปรับปรุงห้องน้ำ	1	1.69

จากการวิเคราะห์ข้อมูลจะเห็นได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพเป็นเรื่องภายในครอบครัว ที่ผู้ดูแลและครอบครัวต้องดูแลและรับผิดชอบเพียงลำพัง ทำให้เกิดภาระและผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัว ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม ร่างกาย และจิตใจ ในขณะที่ผู้ดูแลเกือบทั้งหมดขาดความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการป้องกันและฟื้นฟูสภาพ ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพรุนแรง กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงมีเพียงกิจกรรมขั้นพื้นฐาน ทำให้ผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพไม่ได้รับการป้องกันและฟื้นฟูสภาพจากครอบครัว และยังพบว่าผู้ดูแลส่วนหนึ่งอยู่ในวัยทำงานมากกว่าครึ่งหนึ่งต้องประกอบอาชีพนอกบ้าน ไม่มีเวลาดูแลผู้สูงอายุตลอด 24 ชั่วโมงจึงพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ถูกทิ้งให้อยู่บ้านช่วงกลางวัน ผู้ดูแลมีความจำเป็นต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด ยกเว้นที่มีภาวะทุพพลภาพรุนแรง และต้องการการพึ่งพาทั้งหมดผู้ดูแลจะอยู่ด้วยตลอด 24 ชั่วโมง ส่วนความช่วยเหลือจากองค์กรภาครัฐ พบว่ามีผู้สูงอายุเพียงบางส่วนเท่านั้นที่ได้รับการสนับสนุนและได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ และเบี้ยผู้พิการ

2) วางแผนสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและฟื้นฟูภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ

จากการประเมินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ คณะกรรมการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ได้เสนอให้มีการเยี่ยมดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยให้หน่วยงานที่ดูแลในด้านสุขภาพเป็นหลัก นักวิจัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงร่วมกันออกแบบให้แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่เป็นทีมประเมินภาวะทุพพลภาพเป็นกลไกขับเคลื่อนและเชื่อมโยงการมีส่วนร่วมสู่กลุ่มอื่นๆ ในชุมชน เริ่มต้นจากการชักชวนกลุ่มเยาวชนซึ่งเป็นทีมประเมินภาวะทุพพลภาพ 3 คนเข้าร่วม กลุ่มเยาวชนให้สนใจพร้อมกับชวนกลุ่มเยาวชนในโรงเรียนเข้าร่วมเป็นทีมดูแลผู้สูงอายุในชุมชนทั้งหมด 21 คน และได้ประชุมแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพในชุมชน และประเมินความต้องการของทีมดูแลผู้สูงอายุในชุมชน พบว่าทีมต้องการพัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็นในการเยี่ยมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพในชุมชน จึงได้ร่วมกันวางแผนออกแบบทีมดูแลผู้สูงอายุในชุมชนตามโซนของหมู่บ้าน แบ่งเป็น 4 ทีม แต่ละทีมประกอบด้วยแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นหัวหน้าทีม และมีเยาวชนเป็นสมาชิก และวางแผนพัฒนาความรู้เรื่องการดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุจากการเยี่ยมบ้านตามสภาพจริงและนักวิจัยเป็นที่เลี้ยงเพื่อเข้าไปรับรู้เรื่องราวและปัญหาของผู้สูงอายุและครอบครัว และสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

3) พัฒนาระบบการป้องกันและฟื้นฟูภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

(1) ฝึกอบรมการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ

กิจกรรมเยี่ยมบ้าน เป็นกิจกรรมเริ่มต้นของการป้องกันและฟื้นฟูภาวะทุพพลภาพผู้สูงอายุในชุมชน มีเป้าหมาย เพื่อพัฒนาศักยภาพทีมเยี่ยมบ้านของชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ดูแลในครอบครัว และเพื่อให้กลุ่มองค์กรในชุมชนร่วมรับรู้สภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพรุนแรง แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และมีส่วนร่วมในการป้องกันและฟื้นฟูผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพในชุมชน ซึ่งการฝึกอบรมเยี่ยมบ้านเป็นกระบวนการอบรมเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะ จากสถานการณ์จริงของกรณีศึกษาของผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้

ระยะเวลาฝึกอบรมครั้งละ 1 วัน เดือนละ 2 ครั้ง ติดต่อกันนาน 4 เดือน กระบวนการฝึกอบรมการเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย การประชุมปรึกษาก่อนการเยี่ยมเพื่อให้ข้อมูลกรณีศึกษา แลกเปลี่ยนข้อมูลและให้คำแนะนำก่อนเยี่ยม แล้วจึงดำเนินการเยี่ยมบ้าน และประชุมหลังการเยี่ยมเพื่อสะท้อนข้อมูลการเยี่ยม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และพัฒนาการเรียนรู้การเยี่ยมด้วยร่วมกัน และได้ออกแบบกลุ่มเยี่ยมบ้าน 4 โซนตามกลุ่มหมู่บ้าน เนื่องจากทีมดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเหล่านี้ส่วนหนึ่งเป็นคนในพื้นที่ ทราบสภาพปัญหาและข้อมูลของชุมชน และสามารถให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุในชุมชน และมีการกำหนดช่วงระยะเวลาการเยี่ยมเฉพาะกรณีตามความรุนแรง แต่อย่างน้อยผู้สูงอายุเหล่านี้ต้องได้รับการเยี่ยมบ้าน 1 ครั้งต่อเดือน ซึ่งใช้ระยะเวลาการฝึกปฏิบัติการเยี่ยมบ้านจากสภาพจริง 4 เดือน ผู้เข้ารับการฝึกอบรมเยี่ยมบ้านทั้งหมดได้รับมอบหมายให้เป็นทีมดูแลผู้สูงอายุในชุมชน มีหน้าที่ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชน ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล ประสานงานกับหน่วยงานในพื้นที่ และมีการประชุมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทุกเดือนในช่วงปีแรก

หลังการเยี่ยมบ้านทุกเดือนมีการประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่ากิจกรรมเยี่ยมบ้านทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ คือ ทำให้ครอบครัวและผู้ดูแลเอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพมากขึ้น อีกทั้งพบว่า การเยี่ยมบ้านทำให้ผู้ดูแลที่มีภาวะทุพพลภาพได้มีช่องระบายความรู้สึก ในขณะที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเยาวชนมีความรู้สึกดีกับการเยี่ยมบ้าน ที่ทำให้ได้ช่วยเหลือผู้สูงอายุและรับรู้คุณค่าของการเยี่ยมบ้าน

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้สูงอายุ เพศหญิง อายุ 79 ปี อาศัยอยู่บ้านบ้านปูนชั้นเดียวสภาพเก่าและทรุดโทรม หลังคามุงสังกะสี ด้านข้างเป็นครัวและห้องน้ำ มีห้องนอน 1 ห้อง อีกด้านเป็นป่าหญ้า ขยายนอนตะแคง ไม่สวมเสื้อ มีแต่ผ้าถุงพันร่างกาย มีกลิ่นปัสสาวะ และมีแผลกดทับบริเวณสะโพก 2 ด้าน ไม่ได้ปิดแผล อาศัยอยู่กับลูกชาย และลูกสะใภ้ซึ่งป่วยด้วยโรคจิตเภท เป็นคนดูแล ลูกสะใภ้ของยายเล่าให้ฟังถึงการดูแลกิจวัตรของยายในการเยี่ยมครั้งแรกว่า “ไม่ได้อาบน้ำรด ส่วนใหญ่จะเช็ดตัวเอา 2-3 วันครั้ง เพราะแม่แก่จะหนาว วันไหนที่อาบน้ำแก่จะเป็นไข้ อย่างเมื่อ 3 วันก่อนกลางคืนนอนไม่ได้ ร้องครวญคราง คลานรอบบ้าน ไม่ได้หลับได้นอน”

IDI-C1-M1-119 จากการสังเกต อีก 1 สัปดาห์ต่อมาเมื่อเข้าเยี่ยมครั้งที่ 2 ยายได้รับการอาบน้ำ ใส่เสื้อผ้าใหม่ แผลกดทับมีผ้าปิดแผล และลูกสะใภ้รู้สึกดีที่มีคนมาดูแลเอาใจใส่ที่บ้าน

ขณะที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งทำหน้าที่เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุรู้สึกดีต่อการเยี่ยม “แต่ก่อนที่... จะเข้ามาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแต่ละบ้านบ่ได้ดูแลผู้สูงอายุเท่าไร มีแต่เขียนหนังสือเขียนรายงานส่ง แต่ตอนนี้นั่นละ ไปเยี่ยมเห็นดีใจหลาย บางคนให้ ว่าลูกหลานมาเยี่ยม แต่ว่าเขามั่นขาดความรู้”

IDI-Vol1-M3-36

(2) สะท้อนผลการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพในชุมชน

ในช่วงเดือนตุลาคม 2554 คณะทำงานป้องกันภาวะทุพพลภาพ ได้จัดประชุมติดตามประเมินผลการดำเนินงานป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งมีผู้เข้าร่วมประชุมจากองค์กร หน่วยงานทั้งหมดในตำบล ได้แก่ นายขกองค์การบริหารส่วนตำบลและคณะสภาวัดกรำนันและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และทีมวิจัย รวมจำนวน 42 คน ได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการป้องกันฟื้นฟูผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ และ

นำเสนอสะท้อนภาพผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพในชุมชน พบว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลในครอบครัวเป็นหลัก โดยได้รับการสนับสนุนการดูแลจากนักวิจัยและทีมดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ทีมดูแลผู้สูงอายุในชุมชนสะท้อนความต้องการของตนเองและผู้ดูแลในครอบครัวเกี่ยวกับการไม่มีความรู้ในการฟื้นฟูสภาพ ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ ดูแลได้แต่การทำกิจวัตรประจำวัน และบางส่วนมีสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย และมีผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน ไม่มีผู้ดูแลต้องอาศัยเพื่อนบ้าน ดังตัวอย่างกรณีศึกษาที่ 4

กรณีศึกษาที่ 4 ผู้สูงอายุเพศชาย อายุ 63 ปี อาศัยอยู่เพียงคนเดียวตามลำพัง เริ่มป่วยด้วยโรคเกาต์ มีอาการเป็นๆ หายๆ ปี 2545 มีอาการปวดหนักเข้าอนรักษาคั่วที่โรงพยาบาล หลังการป่วยครั้งนั้น เริ่มเดินลำบาก รู้สึกอายคนอื่นที่เดินไม่ได้เหมือนเดิม จึงอยู่แต่ในบ้านปิดประตูบ้าน ไม่ยอมพบปะคนอื่น จนต่อมามีปัญหาข้อติด และเดินไม่ได้ ทำให้ช่วยเหลือตนเองลำบาก ส่วนผู้ดูแลเป็นอดีตพี่สะใภ้ ไม่กล้าดูแลใกล้ชิด เพราะเกรงคำครหาจากเพื่อนบ้าน “ก็หาข้าวให้กิน ชื่อของนั้นของนี้ ของขาดเราก็กินเอา เดี๋ยวหลายก็บื้อ บ่แม่นแฟนเฮ็ดหลายก็บื้อ” IDI-C8-M2-73

การฟื้นฟูสภาพจึงมีความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ คณะทำงานป้องกันภาวะทุพพลภาพ ส่วนใหญ่เป็นกรรมการของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล จึงได้เสนอให้หน่วยงานที่ทำหน้าที่รับผิดชอบเสนอ โครงการฟื้นฟูและแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน อบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ โดยใช้งบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล

(3) ค้นหาภูมิปัญญาการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพในชุมชน

จากการเยี่ยมผู้สูงอายุที่เคยมีภาวะทุพพลภาพและฟื้นจากภาวะทุพพลภาพที่บ้านร่วมของทีมดูแลผู้สูงอายุในชุมชน พบผู้สูงอายุบางคนใช้ภูมิปัญญาของชุมชนในการฟื้นฟูสภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพผู้สูงอายุ ทีมดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและนักวิจัยจึงค้นหาวิธีป้องกันและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุจากผู้สูงอายุและผู้ดูแล ที่เป็น Best Practice ของภูมิปัญญาในการป้องกันภาวะทุพพลภาพของชุมชน โดยการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ ผู้สูงอายุที่เคยมีภาวะทุพพลภาพและผู้ดูแล พบว่าวิธีการฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุ มี 2 ลักษณะ คือ

(3.1) การฟื้นฟูสภาพเพื่อป้องกันข้อติด เป็นวิธีการฟื้นฟูสภาพในช่วงที่ผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และไม่สามารถยืนทรงตัวได้ พบว่าวิธีการฟื้นฟูสภาพเพื่อป้องกันอาการข้อติดในผู้สูงอายุส่วนหนึ่งผู้สูงอายุและผู้ดูแลได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ และบางส่วนเกิดจากการนำภูมิปัญญาที่มีอยู่ในชุมชนเองมาดัดแปลงใช้ ได้แก่ การนวดแผนไทย การใช้ก้านตานกระโดกเพื่อป้องกันข้อเท้าและข้อเข่าติด การบริหารข้อ

(3.2) การฟื้นฟูสภาพเพื่อฝึกการทรงตัวและการเดิน เป็นวิธีการฟื้นฟูในกรณีที่ผู้สูงอายุที่เริ่มมีการดีขึ้นเริ่มช่วยเหลือตนเอง เริ่มเคลื่อนไหวตนเองได้ เพื่อให้สามารถกลับมาเดินได้ พบว่าผู้สูงอายุและผู้ดูแลจะคิดค้นหาวิธีการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสมกับตนเอง โดยอาศัยประสบการณ์ของตนเองที่เคย

ได้รับคำแนะนำ อาศัยประสบการณ์ของคนอื่นในชุมชน และดัดแปลงสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อฝึกฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ ทำราวเกาะยืน การฝึกเดินในน้ำ การฝึกเดินด้วย walker การฝึกเดินราวไม้ และการออกกำลังกาย

“สมัยที่ตาที่ป่วยครั้งแรก ตอนนอนป่วยอยู่โรงพยาบาล มีหมอรพ.ขอนแก่นมาสอนวิธีนวด วิธีทำกายภาพให้ป่วยรอบที่สองเพื่อนก็มาสอนอีก มาสอนแรงกว่าเก่า...” IDI-C51-M8-10

“เรานอนประมาณ 3-4 ทุ่ม เรานอน นอนก็นวด ข้างขวาอ่อนแรง ดี 5 ตื่นขึ้นมาก็ก็นวดเรอีก” IDI-C51-M8-55

“ผมเห็นคนข้างบ้านเขาเกิดอุบัติเหตุ มันเป็นห้อย เขาไปติดขาในน้ำฮึดจนอาการเริ่มดีขึ้น ผมเลยไปลองทำดู” IDI-A3-M8-27

“ออกกำลังทุกวัน กลุ่มออกกำลังกายมาออกกำลังกายข้างบ้านอาทิตย์ละ 3 ที่ ก็ได้ออกกำลังกับเพื่อน ออกตลอด เพื่อนบ่นมาก็ออก ใช้ทำรำไม้พลองนั้นและ เฮ็ดอยู่ปีหนึ่งเริ่มดีขึ้น บ่มีปวดหัว ใช้ก้านตาดึงขานำขามันก็ดึงขึ้นดีขึ้น ทำทุกมื่อ มันมีหมูนาก็เลยได้ออกทุกมื่อ” IDI-A4-M1-22

(4) อบรมถ่ายทอดภูมิปัญญาการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพในชุมชน

ในการประชุมติดตามงานคณะทำงานป้องกันภาวะทุพพลภาพหลังการดำเนินกิจกรรมปีที่ 1 ได้เสนอแนะให้หน่วยงานที่ทำหน้าที่รับผิดชอบ ทำโครงการแก้ไขปัญหผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ โดยใช้งบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ในปีที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงได้จัดทำโครงการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ แก่แก่นนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มเยาวชน แก่นนำผู้สูงอายุ และผู้ดูแลในครอบครัว รวมทั้งหมด 53 คน โดยมีนักวิจัยเป็นวิทยากร ใช้วิธีการอบรมเรียนรู้จากกรณีศึกษาในชุมชนจากวิดีโอ แลกเปลี่ยนประสบการณ์จากผู้ดูแลในครอบครัว หัวข้อของการอบรมประกอบด้วย หลักการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุและวิธีการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุในชุมชนที่ใช้ภูมิปัญญา ได้แก่ การทำราวฝึกเดิน การฝึกเดิน 2 คน การนวด การเดินด้วย walker ด้วยงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพตำบล อย่างไรก็ตามพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังไม่มั่นใจในความรู้ที่มีอยู่จึงเพิ่มการฝึกทักษะการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุจากกรณีศึกษาผู้สูงอายุที่ดูแล โดยการติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพและสอนการฝึกทำกายภาพบำบัดให้กับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลในครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้ฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ และการทำกิจวัตรประจำวันเพื่อช่วยเหลือตนเอง การฟื้นฟูสภาพเพื่อป้องกันข้อติด และการฟื้นฟูสภาพเพื่อฝึกการทรงตัวและการเดิน ซึ่งพบว่าทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่สามารถฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุในความดูแลได้

(5) ขยายการมีส่วนร่วมของชุมชนในการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ

หลังการอบรมในปีแรกได้มีการส่งเสริมให้กลุ่มองค์กรต่าง ๆ ในชุมชนเข้าร่วมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพในชุมชนโดยการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุในระยะแรกเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวทำบทบาทฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ โดยมีแก่นนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้คำแนะนำและช่วย ต่อมาในปีที่ 2 ได้ขยายการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเฉพาะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้ทำโครงการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และมอบหมายให้พนักงานนวดแผนไทยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของชุมชน และผ่านการ

อบรมหลักสูตรผู้ดูแล และการฝึกอบรมฟื้นฟูสภาพจากกรณีศึกษาจริง ทำหน้าที่ติดตามเยี่ยมและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุในชุมชนและส่งรายงานให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกสิ้นเดือน พบว่าพนักงานนวดแผนไทยสามารถช่วยฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุและสามารถทำให้หารฟื้นฟูสภาพเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว เช่น กรณีศึกษาที่ 11 ผู้สูงอายุมีภาวะทุพพลภาพจากปัญหาภาวะ โรคหลอดเลือดสมองและได้รับการฟื้นฟูสภาพทันจากพนักงานนวดสามารถเดินได้ภายใน 8 เดือน

กรณีศึกษาที่ 11 ผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 66 ปี มีประวัติโรคความดันโลหิตสูง ทุพพลภาพมานาน เข้ารับการรักษาในรพ. ด้วย เส้นเลือดในสมองตีบ แพทย์วางแผนผ่าตัดสมอง แต่ญาติไม่ยินยอมผ่าตัด ผู้ป่วยนอนรพ. ขอนแก่น 2 คืน เริ่มรู้สึกตัว พูดไม่ได้ ช่วยตนเองไม่ได้ ถูกส่งต่อรักษาที่รพ. ช้างสูง นาน 1 สัปดาห์ อาการทรงตัว แพทย์ให้กลับบ้าน โดยมีสาย NG tube ให้อาหาร สภาพแรกพบ ยายไม่สามารถนั่งได้ สามารถหยิบมือและขาได้เล็กน้อย และพูดไม่ได้ พนักงานนวดได้เข้ามาดูแล และฟื้นฟูสภาพทุกสัปดาห์ ระยะเวลา 4 เดือนเริ่มทรงตัวได้ และสามารถเกาะราวเดินได้ใน 8 เดือน OBS-A12-M1-14 มค. 2556

นอกจากนี้ จากการประชุมติดตามภารกิจของหน่วยงานในการดำเนินกิจกรรมการป้องกันและฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพโดยคณะกรรมการป้องกันภาวะทุพพลภาพ พบว่าทำให้กลุ่มและองค์กรในชุมชนดำเนินกิจกรรมช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพและผู้ดูแล ตามภารกิจกลุ่มและองค์กรของตนเอง ได้แก่ กลุ่มออกกำลังกายผู้สูงอายุบ้านคู ได้วางแผนทำโครงการผลิตและดัดแปลงอุปกรณ์สำหรับผู้สูงอายุ โดยใช้งบจากกองทุนสุขภาพตำบล เพื่อช่วยเหลือกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และครอบครัว เช่น ก้านกระโถก ดัดแปลงเก้าอี้เจาะรูกลางเพื่อขับถ่าย หรือ การทำราวหรือที่จับเพื่อทรงตัวในการลุกนั่งน้ำในห้อง ทำให้ลุกนั่งได้ง่าย และได้จัดกิจกรรมการเยี่ยมบ้านเพื่อผู้สูงอายุที่ป่วย ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในชุมชนของตนเอง

องค์การบริหารส่วนตำบลเข้ามามีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนเกี่ยวกับสวัสดิการทางสังคมที่ให้แก่ผู้สูงอายุ โดยมอบหมายให้สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลทำหน้าที่สำรวจผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ และเสนอขอรับความช่วยเหลือกายอุปกรณ์ ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ ได้รับความช่วยเหลือกายอุปกรณ์ทุกราย และ ทุกคนได้ขึ้นทะเบียนผู้พิการเพื่อให้ความช่วยเหลือเบี้ยผู้พิการทุกราย และ องค์การบริหารส่วนตำบลมีโครงการปรับปรุงที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่ยากจน ซึ่งงบประมาณการจัดกิจกรรมโครงการในการดูแลผู้สูงอายุส่วนหนึ่งใช้งบกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล และใช้งบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(6) สะท้อนกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและฟื้นฟูภาวะทุพพลภาพผู้สูงอายุ การประชุมหารือเพื่อสะท้อนผลประเมินกระบวนการป้องกันและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพในชุมชน หลังการขยายการมีส่วนร่วมดำเนินกิจกรรมฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ 6 เดือน พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพได้รับการฟื้นฟูสภาพเพื่อฝึกการทรงตัว จำนวน 31 ราย สามารถเดินได้ ด้วยตนเอง หรือใช้ walker การฝึกบริหารข้อและฝึกการทรงตัวและการเดิน จำนวน 5 ราย และได้รับการดัดแปลงสภาพแวดล้อม จำนวน 5 ราย ได้รับการสนับสนุนกายอุปกรณ์ครบทั้ง 46 ราย และจากการติดตามประเมินความรู้

และทักษะการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพในชุมชน พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่สามารถฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุได้ด้วยตนเอง แต่พบว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้สามารถทำฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุได้ จำนวน 11 ราย ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้ดูแลจำนวน 7 ราย ต้องไปทำงานนอกบ้านในช่วงกลางวัน และ ผู้สูงอายุอาศัยอยู่คนเดียว 2 คน ผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ 2 ราย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจึงมอบหมายให้พนักงานนวดแผนไทยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เชี่ยมและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ เพื่อฝึกฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพทุกราย

4) ประเมินผลการมีส่วนร่วมของชุมชนในกระบวนการป้องกันภาวะทุพพลภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ

จากการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมของชุมชนและครอบครัว 61 ครั้ง การสัมภาษณ์เจาะลึก จากผู้ให้ข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ และผู้ดูแล จำนวน 60 ครอบครัว ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ จำนวน 66 คน และติดตามประเมินผลความก้าวหน้าของภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 60 คน เพื่อประเมินผลการมีส่วนร่วมของชุมชนในกระบวนการป้องกันภาวะทุพพลภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ ตามองค์ประกอบของกระบวนการมีส่วนร่วมในชุมชน 5 มิติ ได้แก่ การประเมินความต้องการ ภาวะผู้นำ การจัดองค์กร การจัดสรรทรัพยากร และการบริหารจัดการ (Bjaras, Haglund & Rifkin, 1991) หลังดำเนินการวิจัยในปีที่ 1 และ ปีที่ 2 สรุปผลได้ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 21 สรุปเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพที่อาศัยอยู่ในชุมชน ระหว่างปีที่ 1 และปีที่ 2

Indicators (range)	ปีที่ 1 (มกราคม 54 – ธันวาคม 54)	ปีที่ 2 (มกราคม 55 – ธันวาคม 55)
1. การประเมินความต้องการ (Need assessment)	- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้สูงอายุและเยาวชน ติดตามเยี่ยมบ้าน และประเมินปัญหาและความต้องการ ผู้สูงอายุร่วมกันนักวิจัย - ผู้ดูแลและผู้สูงอายุสะท้อนปัญหาภาระดูแลและความต้องการกับผู้วิจัยและทีมเยี่ยมบ้าน	- กลุ่มองค์กรและหน่วยงานในชุมชนมีการ ประเมินปัญหาและความต้องการด้วยตนเองและจัดทำแผนงาน โครงการแก้ไข ปัญหาผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพเสนอ กองทุนสุขภาพตำบลเอง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำโครงการเยี่ยมบ้าน และ อบรมฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ ส่วน องค์การบริหารส่วนตำบลมีการสำรวจ ปัญหาความพิการและความต้องการ ภายอุปกรณ์

ตารางที่ 21 สรุปเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะทุพพลภาพที่อาศัยอยู่ในชุมชน ระหว่างปีที่ 1 และปีที่ 2 (ต่อ)

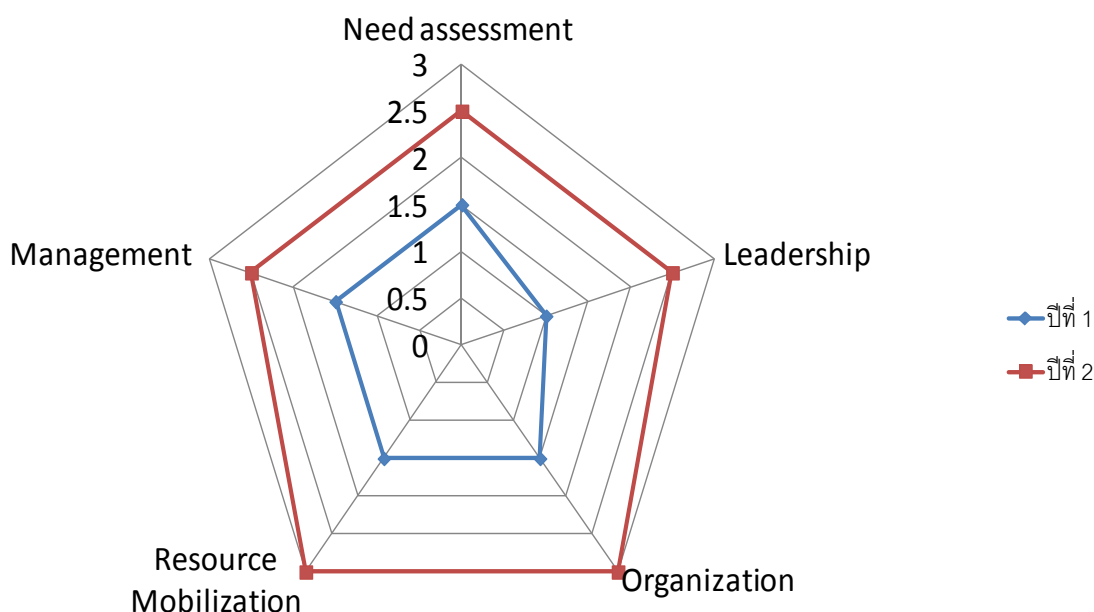
Indicators (range)	ปีที่ 1 (มกราคม 54 – ธันวาคม 54)	ปีที่ 2 (มกราคม 55 – ธันวาคม 55)
2. ภาวะผู้นำ (Leadership)	- การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพส่วนใหญ่จำกัดอยู่ในครอบครัว องค์กร ในชุมชนให้ความช่วยเหลือน้อยและให้เฉพาะบางราย - มีทีมดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เป็นผู้นำร่วมกับผู้วิจัยเข้าไปรับรู้ปัญหาและช่วยเหลือผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน เพื่อสะท้อนปัญหาการเยี่ยมบ้านสู่คณะกรรมการป้องกันภาวะทุพพลภาพของชุมชน	- คณะกรรมการป้องกันภาวะทุพพลภาพของชุมชนซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และกลุ่มผู้สูงอายุ ทำหน้าที่ติดตามประเมินและขยายการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุตามภารกิจของหน่วยงาน - ผู้นำองค์กรหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยตรงตามภารกิจของหน่วยงาน โดยจัดทำแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาและใช้งบประมาณกองทุนสุขภาพตำบล มีคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล เป็นผู้ติดตามประเมิน
3. การจัดองค์กร (Organization)	- ระยะเริ่มต้นนักวิจัยเป็นตัวเชื่อมกลุ่มองค์กรที่ร่วมกิจกรรมในบทบาทของคณะกรรมการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชน - การดำเนินกิจกรรมป้องกันและฟื้นฟูสภาพ เป็นการออกแบบวางแผนจัดกิจกรรมร่วมกับระหว่างนักวิจัยร่วมกับผู้ดูแลในครอบครัว และทีมดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	- มีการเชื่อมโยงปัญหาภาวะทุพพลภาพกับระบบการดูแลผู้สูงอายุของหน่วยงานในชุมชน ได้แก่ 1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการจัดทำระบบข้อมูลรายงานผู้สูงอายุในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและการส่งต่อข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และมอบหมายให้พนักงานนวดแผนไทย ซึ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2 คน ติดตามเยี่ยมฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จัดทำโครงการอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และโครงการเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ โดยใช้งบประมาณจาก

ตารางที่ 21 สรุปเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพที่อาศัยอยู่ในชุมชน ระหว่างปีที่ 1 และปีที่ 2 (ต่อ)

Indicators (range)	ปีที่ 1 (มกราคม 54 – ธันวาคม 54)	ปีที่ 2 (มกราคม 55 – ธันวาคม 55)
		กองทุนสุขภาพตำบล
		2) องค์การบริหารส่วนตำบล มอบหมายให้ สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ทำหน้าที่สำรวจผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ และเสนอขอรับความช่วยเหลือจากอุปกรณ์ โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประสานงานออกหนังสือรับรองสิทธิความพิการให้ทุกราย และผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพได้รับความช่วยเหลือจากอุปกรณ์ทุกราย และได้ลงทะเบียนสิทธิผู้พิการได้ทุกราย
4. การระดมทรัพยากรในชุมชน (Resource Mobilization)	- งบประมาณในการจัดกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นของงบประมาณจากภายนอก - กลุ่มองค์กรในชุมชนระดมวัสดุอุปกรณ์ แรงกายในการช่วยเหลือและเข้าร่วมกิจกรรม โดยไม่มีค่าตอบแทน และจัดหาอุปกรณ์ภูมิช่วยเหลือครอบครัว	- งบประมาณในการแก้ไขปัญหาเกือบทั้งหมดมาจากกองทุนสุขภาพตำบล - กลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนร่วมสนับสนุนช่วยเหลืออุปกรณ์ภูมิปัญญา - หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้ทรัพยากรของตนเองเพื่อร่วมดำเนินการในการแก้ไขปัญหา เช่น พนักงานนวดเยี่ยมบ้าน
5. การบริหารจัดการ (Management)	- กระบวนการจัดการแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจดำเนินกิจกรรมป้องกันและฟื้นฟูสภาพ ผู้ดูแลในครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจหลัก โดยมีนักวิจัยและทีมดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเป็นผู้มีหน้าที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะในการดำเนินกิจกรรมการป้องกันและฟื้นฟูภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในครอบครัว	- กลุ่มองค์กร และ หน่วยงานในชุมชนร่วมให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานตนเอง และกลุ่มองค์กรในชุมชนตัดสินใจใช้งบประมาณของกองทุนสุขภาพตำบล สนับสนุน โครงการป้องกันและฟื้นฟูผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ ภายใต้การบริหารจัดการและการติดตาม การควบคุม และประเมินจากคณะกรรมการของกองทุนสุขภาพตำบล

ตารางที่ 22 คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในกระบวนการป้องกันภาวะทุพพลภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ

Indicators (range)	ปีที่ 1		ปีที่ 2	
	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน
	มาตรฐาน		มาตรฐาน	
1. Need assessment (NA)	1.5	0.505228	2.5	0.505258
2. Leadership (L)	1	0.686638	2.5	0.503686
3. Organization (O)	1.5	0.506712	3	0.503686
4. Resource Mobilization (RM)	1.5	0.505228	3	0.210707
5. Management (M)	1.5	0.558849	2.5	0.505258



ภาพที่ 12 แสดงการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ

จากตารางที่ 22 และภาพ Spidergram พบว่าคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในกระบวนการป้องกันภาวะทุพพลภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพในปีแรกมีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในวงแคบ ส่วนใหญ่จำกัดอยู่ในครอบครัวชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและฟื้นฟูสภาพน้อย กระบวนการดำเนินกิจกรรมมีวงจำกัดอยู่ที่ทีมดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและนักวิจัย แต่หลังจากการดำเนินกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในปีที่ 2 พบว่า

องค์ประกอบของการมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มขึ้นทุกองค์ประกอบ โดยเฉพาะการระดมทรัพยากรในชุมชนเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ และการจัดการองค์กร ที่มีการเชื่อมโยงปัญหาภาวะทุพพลภาพกับระบบการดูแลผู้สูงอายุของหน่วยงานในชุมชน

4.3.2 กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ

กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันภาวะทุพพลภาพกลุ่มผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ เริ่มดำเนินกิจกรรมตั้งแต่ เดือน มกราคม 2554 – ธันวาคม 2555 ดังรายละเอียดของการพัฒนาต่อไปนี้

1) ประเมินความต้องการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

จากข้อมูลการสำรวจพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มปราศจากภาวะทุพพลภาพเป็นกลุ่มที่มีจำนวนมากที่สุดในชุมชน ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุเหล่านี้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง แต่โรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีอายุอยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) ผู้สูงอายุเหล่านี้ยังคงสามารถช่วยเหลือตนเองได้ และดำรงชีวิตเช่นเดียวกับช่วงวัยทำงานที่ผ่านมาของตนเอง นั่นคือการประกอบอาชีพเกษตรกรรม เช่น ทำนา ทำไร่ ทำสวน โดยคนที่ร่างกายยังมีความแข็งแรงยังคงประกอบอาชีพลักษณะเดิม พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนมีความผูกพันกับศาสนา ผู้สูงอายุบางส่วนไปวัดทุกวันเพื่อไปถวายอาหารแก่พระภิกษุสงฆ์ นอกจากนี้ผู้สูงอายุเหล่านี้ส่วนใหญ่จะยังคงกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคมอยู่ โดยจะเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่จัดขึ้นในชุมชนเป็นประจำ เช่น งานศพ งานแต่งงาน งานบุญประเพณี อย่างไรก็ตามเมื่อมีอายุมากขึ้นหรือร่างกายเริ่มเปลี่ยนแปลงไม่แข็งแรงเหมือนเดิม การประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรมลดลงหรือหยุดประกอบอาชีพ และยังพบว่าผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มหมู่บ้านมีลักษณะแตกต่างกันดังนี้

กลุ่มบ้านคู บ้านคู 3 หมู่บ้าน คือหมู่ที่ 1 หมู่ที่ 2 และหมู่ที่ 7 มีผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งหมด 190 คน พบว่าในกลุ่มหมู่บ้าน เดิมเคยมีกลุ่มออกกำลังกายรำไม้พลองของผู้สูงอายุ ที่เคยได้รับการส่งเสริมการรวมกลุ่มออกกำลังกาย ปี 2545 และได้จดทะเบียนเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ที่มีชื่อเสียงในระดับตำบลและอำเภอ แต่หยุดทำกิจกรรมตั้งแต่ปลายปี 2547 อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุเหล่านี้เป็นบุคคลที่สำคัญในงานบุญประเพณีในชุมชน ในการทำกิจกรรมให้กับชุมชนอยู่ เช่น การเย็บขันปักเบี่ยง การทำพานบายศรี งานฝีมือ และการนำพิธีกรรมทางศาสนา และต่อมาในปีงบประมาณ 2554 แกนนำกลุ่มออกกำลังกาย และผู้ใหญ่บ้านคู หมู่ 1 ต้องการฟื้นฟูกลุ่มออกกำลังกาย

กลุ่มบ้านบ่อ หมู่ 3 และหมู่ 8 มีผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ มีทั้งหมด 101 คน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกือบร้อยละ 28 อาศัยอยู่คู่สมรสและทำหน้าที่เลี้ยงหลาน และพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงทำงานจนกระทั่งมีปัญหาสุขภาพที่ทำให้ไม่สามารถทำอะไร ทำนาได้จึงหยุด และมาทำงานในร่ม เช่น เลี้ยงหลาน มอเสื่อ ทอผ้า พบว่าในชุมชนแห่งนี้ไม่เคยมีชมรมผู้สูงอายุ การรวมกลุ่มของผู้สูงอายุเป็นการรวมกลุ่มกันทางศาสนา เช่น กลุ่มจำศีล

กลุ่มบ้านหม้อ หมู่ 5 และหมู่ 6 ผู้สูงอายุกลุ่มบ้านหม้อที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ มีทั้งหมดจำนวน 69 คน หมู่บ้านแห่งนี้มีชื่อเสียงในการรวมกลุ่มทำเกษตรปลอดสารพิษ มีการปลูกพริกปลอดสารส่งออกต่างประเทศและมีโรงงานบรรจุพริกกระป๋องในชุมชน ชาวบ้านทุกครัวเรือนเป็นสมาชิกกลุ่มมีการร่วมกันปลูกผัก ปลูกผักปลอดสารปีสมาชิกแต่ละครอบครัวจะปลูกผักปลอดสารในพื้นที่ของตนเอง ผู้สูงอายุในชุมชนนี้ที่

สามารถเดินไปไหนมาไหนได้จึงมีอาชีพทางการเกษตรและเป็นสมาชิกของกลุ่มปลูกผักปลอดสารพิษ ซึ่งมีสถานที่อยู่ห่างจากตัวหมู่บ้านประมาณ 1 กิโลเมตรกว่า ผู้สูงอายุจึงมักจะเดินหรือปั่นจักรยานออกไปทำสวนผักทำงานกลางแจ้ง เกือบทุกวันเช้าเย็น เช่น รดน้ำผัก ปลูกผัก

บ้านหนองบัวคำมูล ประชากรผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ มีจำนวน 86 คน จากการสัมภาษณ์เจาะลึกและการสนทนากลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่เกี่ยวข้องของกลุ่มบ้านหนองบัวคำมูล พบว่าผู้สูงอายุเหล่านี้ เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุยังคงวิถีการดำรงชีวิตด้วยการประกอบอาชีพเกษตรกรรมจนกระทั่งสุขภาพร่างกายไม่เอื้ออำนวย ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำงานหนักได้จะเปลี่ยนจากการทำงานกลางแจ้งเป็นการทำงานในร่ม ผู้สูงอายุเพศชาย นิยมจักสาน ส่วนผู้สูงอายุเพศหญิง นิยมทอผ้า ทอเสื้อ เลี้ยงหลาน จากการสำรวจไม่พบชมรมและการรวมกลุ่มอย่างชัดเจนของผู้สูงอายุในชุมชน รายละเอียดของกลุ่มผู้สูงอายุตามกลุ่มหมู่บ้าน 4 กลุ่ม มีดังต่อไปนี้

ตารางที่ 23 ลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)			
	กลุ่มบ้านคู (190 คน)	กลุ่มบ้านบ่อ (101 คน)	กลุ่มบ้านหม้อ (69 คน)	บ้านหนองบัวคำมูล (86 คน)
1. ผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ				
กลุ่มปกติ	70(36.86)	42(41.58)	31(44.93)	28(32.56)
กลุ่มเสี่ยง	120(63.16)	59(58.42)	38(55.07)	58(67.44)
2. เพศ				
ชาย	81(42.63)	38(37.62)	24(34.72)	39(45.35)
หญิง	109(57.37)	63(62.38)	45(65.22)	47(54.65)
3. อายุ				
60-69 ปี	128(67.37)	64(63.37)	53(81.54)	57(66.28)
70-79 ปี	51(26.84)	31(30.69)	13(18.84)	24(27.91)
80 ปี ขึ้นไป	11(5.79)	6(5.94)	3(4.35)	5(5.81)
4. โรคประจำตัว				
ไม่มีโรคเรื้อรัง	78(41.05)	36(35.64)	27(39.13)	30(34.88)
มีโรคเรื้อรัง	112(58.95)	65(64.36)	42(60.87)	56(65.12)
ความดัน	38(20.0)	19(18.81)	13(18.84)	11(12.79)
โรคเบาหวาน	45(23.68)	19(18.81)	3(4.35)	4(4.65)
โรคเรื้อรังมากกว่า 2 ชนิด	42(22.11)	20(19.80)	16(23.19)	18(20.93)
มีอาการสงสัยภาวะสมองเสื่อม	15(7.89)	10(9.90)	10(14.49)	5(5.81)
5. หกล้ม	14(7.37)	12(11.88)	7(10.14)	18(20.93)

ตารางที่ 23 ลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)			
	กลุ่มบ้านคู (190 คน)	กลุ่มบ้านบ่อ (101 คน)	กลุ่มบ้านหม้อ (69 คน)	บ้านหนองบัวคำมูล (86 คน)
6. การออกกำลังกาย				
ไม่ได้ออกกำลังกาย/ออกไม่สม่ำเสมอ	45(23.68)	67(66.34)	18(26.09)	11(12.79)
ออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์	46(24.21)	31(30.69)	47(68.12)	13(15.12)
7. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม	161(84.74)	94(93.07)	59(85.51)	79(91.86)
8. การทำงาน (ตอบมากกว่า 1 ข้อ)				
ไม่ได้ทำงานใช้แรงกาย	18(9.47)	4(3.96)	14(20.29)	6(6.98)
ทำงานกลางแจ้ง	88(46.32)	69(68.32)	37(53.62)	50(58.14)
ทำงานหนักในร่ม	126(66.32)	41(40.59)	32(46.38)	35(40.70)
ทำงานเบาในร่ม	133(70.00)	60(59.41)	26(37.68)	34(39.53)

จะเห็นได้ว่าการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในตำบลคูคำมีน้อย มีเพียงกลุ่มบ้านคูเท่านั้น จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เจาะลึกกลุ่มออกกำลังกายไร้พละของสูงอายุกลุ่มหมู่บ้านคูและผู้นำชุมชนพบว่าผู้สูงอายุเหล่านี้ยังทำกิจกรรมในชุมชนร่วมกันและเชื่อว่าการออกกำลังกายทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง จึงเขียนโครงการออกกำลังกายไร้พละในกลุ่มผู้สูงอายุ และประสานงานกับสมาชิก องค์การบริหารส่วนตำบลของหมู่บ้าน เพื่อให้ช่วยในการส่งโครงการของงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพตำบลค่า ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2554 เรื่อยมาจนถึงเดือนเมษายน 2554 แต่ยังไม่ทราบผลการพิจารณา นักวิจัยจึงเชิญให้แกนนำผู้สูงอายุเข้าร่วมและนำเสนอโครงการในเวทีโสเหรีผู้นำชุมชนเดือนพฤษภาคม 2554

“หมอเขาบอกว่าดี ออกแล้วสุขภาพก็แข็งแรงดี ออกแล้วแข็งแรงดี ออกแล้วดี ยายบ่มีโรคประจำตัวอียังเลย
แข็งแรงหลาย IDI-Ae2-MI-7

“ก็ผู้พ่อเขียน องค์การบริหารส่วนตำบลคริมและปลัดพื้นที่บอกเรื่องการเขียนงบประมาณ หลานสาวก็พิมพ์ให้ แต่บ่รู้ได้เงินบ่ อยากให้หมอช่วยนำ อย่างจัดอบรมคงต้องขอหมอช่วยเหลือ ก็บ่รู้ว่ากลุ่มสิเป็นคือเก่าบ่
มันหยุดไปหลายปีแล้ว ตั้งแต่ปี 47 หมอบ่คุม หมอแยก ก็แล้ว” IDI-Ae2-MI-25

“ผู้เฒ่าปวดขา เป็นเบาหวาน ความดัน เป็นโรคภัยขาด คิดว่าทำอย่างไรให้ความดันลด เบาหวานลด
เบาหวานลดลง อาการต่างสิทุเลาลงก็พอดีกับอาจารย์มาก็เข้ามาช่วยเสริม มาช่วยสนับสนุนกลุ่มให้เกิดความ
เข้มแข็ง” IDI-L3-MI-32

2) วางแผนสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันภาวะทุพพลภาพผู้สูงอายุในชุมชน

ในการจัดเวทีโต้วาทีของชุมชน วันที่ 24 พฤษภาคม ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน องค์การบริหารส่วนตำบล หน่วยงานในชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล และ แกนนำผู้สูงอายุแต่ละหมู่บ้าน หลังจากการนำเสนอผลการสำรวจข้อมูลภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ ผู้เข้าร่วมประชุมสะท้อนปัญหาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และทุกคนต่างเห็นร่วมกันว่า กิจกรรมที่ควรได้รับการดำเนินการเพื่อป้องกันภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุคือ การออกกำลังกาย แกนนำชมรมผู้สูงอายุบ้านคูจึงได้นำเสนอโครงการฟื้นฟูกลุ่มรำไม้พลองของบ้านคู ผู้เข้าร่วมประชุมซึ่งส่วนใหญ่เป็น คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลคูจึงมอบหมายให้ชมรมดำเนินโครงการได้ทันทีตามแผนโดยใช้งบประมาณกองทุนสุขภาพตำบลเพื่อนำร่องในตำบลคู หลังจากการประชุมโต้วาทีผู้นำชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ จึงได้ประชุมแกนนำกลุ่มออกกำลังกายเดิม และจัดแบ่งหน้าที่และบทบาทความรับผิดชอบภายในกลุ่มแกนนำ เพื่อวางแผนการจัดกิจกรรมอบรมการออกกำลังกาย ฟื้นฟูกลุ่มออกกำลังกายรำไม้พลอง และประชาสัมพันธ์ชักชวนสมาชิกกลุ่มออกกำลังกายหมู่บ้านคูเดิม ทั้ง 3 หมู่บ้าน เข้าร่วมโครงการ

3) พัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ

(1) อบรมการออกกำลังกายรำไม้พลองเพื่อป้องกันภาวะทุพพลภาพ

กระบวนการอบรมการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูแกนนำและกลุ่มรำไม้พลองบ้านคู ได้จัดขึ้นจำนวน 1 วัน ในช่วงวันที่ 5 มิถุนายน 2554 ซึ่งเป็นจัดการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ทำให้สุขภาพแข็งแรงและป้องกันภาวะทุพพลภาพ โดยมีชมรมผู้สูงอายุบ้านคูเป็นผู้รับผิดชอบด้านการบริหารจัดการ และเป็นวิทยากร ฝึกอบรมและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำหน้าที่ให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการออกกำลังกาย และ ประโยชน์ของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ในการจัดอบรมครั้งนี้มีผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 54 คน ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมทุกคนได้รับอุปกรณ์ไม้พลองสนับสนุน พบว่าใช้เวลาทั้งหมด 31 นาที เป็นการเตรียมความพร้อมของร่างกายก่อน 6 นาที การออกกำลังกายเต็มที่ 20 นาที และการปรับร่างกายหลังออกกำลังกาย 5 นาที แกนนำกลุ่มออกกำลังกายสามารถจัดทำรำไม้พลองได้ครบทุกท่าและสมาชิกกลุ่มรำไม้พลองส่วนใหญ่สามารถทำตามผู้นำได้ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมรู้สึกได้เหงื่อและรู้สึกสบายเนื้อตัว

(2) ฟื้นฟูกลุ่มออกกำลังกายรำไม้พลองเพื่อป้องกันภาวะทุพพลภาพ

หลังการอบรมฟื้นฟูการออกกำลังกาย กลุ่มผู้สูงอายุยังไม่สามารถดำเนินการออกกำลังกายได้ด้วยตนเอง เนื่องจากปัญหาเครื่องขยายเสียงไม่พร้อมและเป็นช่วงฤดูทำนาผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องทำนา นักวิจัยจึงได้ติดตามเยี่ยมแกนนำกลุ่มออกกำลังกาย และประชุมวางแผนร่วมกับกลุ่มแกนนำผู้สูงอายุเพื่อเปิดกลุ่มออกกำลังกาย 2 ครั้ง 2 เดือนต่อมากลุ่มผู้สูงอายุจึงเริ่มรวมกลุ่มรำไม้พลอง โดยครั้งแรกสถานที่ออกกำลังกายคือ บริเวณท้ายหมู่บ้านซึ่งเป็นบ้านของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหมู่ 1 ในช่วงแรกของการรวมกลุ่มรำไม้พลองสมาชิกส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่อยู่บ้านใกล้เคียงกับสถานที่ออกกำลังกาย และเป็นแกนนำผู้สูงอายุ หมู่ที่ 1 ครั้งแรกของการออกกำลังกายมีสมาชิกจำนวน 18 คนและจำนวนสมาชิกกลุ่มออกกำลังกายได้เพิ่มจำนวน เป็น 54 คน ในช่วงระยะเวลา 2 เดือน ผู้สูงอายุจะรวมกลุ่มออกกำลังกาย 3 วันต่อสัปดาห์ ที่บริเวณถนนในซอยท้ายหมู่บ้าน ประมาณ 16.30 น. ทุกวันพุธ ศุกร์ และ อาทิตย์ โดยมีผู้ใหญ่บ้านคู หมู่ 1 ทำหน้าที่ประกาศเสียงตามสายเชิญชวนให้ผู้สูงอายุมารวมกลุ่มออกกำลังกาย

วันอาทิตย์ ที่ 14 สิงหาคม 2554 เวลา 16.39 – 18.00 น. สถานที่สังเกต บ้านอุ หมู่ที่ 1

“สังเกตเห็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของกลุ่มจะถือไม้พลอง สวมกางเกง ทอยยเดิน ตะโกนท้าทาย ผู้สูงอายุที่อยู่บ้านติดถนนและชักชวนสมาชิกกลุ่มออกไปได้แล้ว ทุกคนจะมารวมกันที่บ้านประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ 1 อยู่ท้ายหมู่บ้าน เมื่อมาถึงจุดนัดหมายแกนนำกลุ่มผู้สูงอายุจะลงทะเบียนรายชื่อสมาชิกกลุ่ม มีสมาชิกรวมกลุ่มกัน 34 คน ต่างสนทนาทักทายกันมีผู้สูงอายุนำไข่เป็ด มาขาย ประมาณ 17.00 น. ผู้สูงอายุผู้นำออกกำลังกายเดินมาออกมานำและให้สมาชิกจัดแถว บริเวณถนนสามแยกท้ายหมู่บ้านถูกปิด มีयरันช์บมอเตอร์ไซด์ผ่านบริเวณลดความเร็วลง ทักทายกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้นำกลุ่มออกกำลังกายเริ่มนำกลุ่มบริหารร่างกายด้วยท่าเหย้าขา ยึดเส้นแขน ขา นาน 5 นาที จึงเริ่มออกกำลังกายรำไม้พลองท่าที่ 1 จนถึงท่าที่ 12 ใช้เวลารวม 28 นาที และจึงนำกลุ่มผ่อนคลายร่างกายด้วยการยืดแขน ยึดขา หายใจเข้าออกลึกๆ ยาวๆ นาน 6 นาที จึงหยุดการออกกำลังกาย (เวลาประมาณ 17.44 น.) เสร็จสิ้นการออกกำลังกายสมาชิกบางคนเดินกลับบ้าน สมาชิกจำนวนประมาณ 22 คน สนทนากันอีกต่อประมาณ 18.00 น. จึงแยกกันเดินกลับบ้าน” OBS-Exercise-14 สิงหาคม 2554

(3) ส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อป้องกันภาวะทุพพลภาพ

กลุ่มออกกำลังกายผู้สูงอายุมีการประชุมเดือนละ 1 ครั้ง พบว่าในช่วงเดือน ตุลาคม 2554 กลุ่มออกกำลังกาย ฝึกขับร้องสรภัญเพื่อใช้ในการประกวดแข่งขัน นักวิจัยจึงสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เจาะลึกเกี่ยวกับการขับร้องสรภัญของผู้สูงอายุ พบว่าสรภัญเป็นบทร้องและทำนองที่ถูกแต่งขึ้นโดยพระสงฆ์ในชุมชนที่ผู้สูงอายุมีความคุ้นเคยสามารถจดจำกันได้ง่ายสามารถขับร้องเป็นกลุ่ม ทุก ๆ ปีในช่วงบุญเพ็ญผู้สูงอายุจะรวมกลุ่มกันฝึกขับร้องและประกวดสรภัญ นักวิจัยจึงส่งเสริมให้กลุ่มออกกำลังกายใช้ภูมิปัญญาเรื่องสรภัญมาแต่งเนื้อร้องบทเพลงให้ความรู้และส่งเสริมการดูแลตนเองเรื่อง โรคเบาหวาน โรคความดัน การออกกำลังกาย และรำไม้พลอง และเชิญนักปราชญ์ชาวบ้านมาร่วมแลกเปลี่ยนภูมิปัญญากับกลุ่มผู้สูงอายุและแกนนำกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้นำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้กับการออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพของสมาชิกกลุ่ม หลังการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนภูมิปัญญา แกนนำผู้สูงอายุได้ร่วมออกแบบกิจกรรมกลุ่มออกกำลังกายใหม่ โดยเริ่มจากกิจกรรมการขับร้องสรภัญก่อนออกกำลังกาย เพื่อให้ความรู้ในการดูแลตนเองเรื่อง โรคเบาหวาน โรคความดัน การออกกำลังกายด้วยไม้พลอง และเพลงผู้สูงอายุ ซึ่งถูกเขียนขึ้นโดย ปราชญ์ชาวบ้านและพระภิกษุที่จำวัดที่วัดป่าสันติธรรม บ้านคูคลอง บ้านคู เป็นวัดที่ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทำบุญเป็นประจำ แล้วจึงการออกกำลังกายรำไม้พลองด้วยดนตรีหมอรา ต่อด้วยรำเชิงอีสานเพิ่มเติม ทำให้ระยะเวลาออกกำลังกายเพิ่มขึ้นจากเดิมอีก 22 นาที

นอกจากนี้ได้จัดกิจกรรมป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่สัมพันธ์กับปัจจัยการหกล้มในชุมชน โดยค้นหาภูมิปัญญาของชุมชนจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีประวัติการหกล้ม พบว่าผู้สูงอายุแก้ไขปัญหการหกล้มของตนเองโดยใช้ไม้เท้า ไม้เท้าสามารถทำให้การหกล้มลดลง ในการประชุมเดือนธันวาคม 2554 นักวิจัยจึงเปิดประเด็น โสเห่ถึงประโยชน์ของไม้พลอง และให้สมาชิกกลุ่มออกกำลังกายที่เคยมีปัญหการหกล้มมาแล้ววิธีการดูแลตนเองโดยการใช้ไม้เท้า นักวิจัยร่วมกับแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชน

จึงส่งเสริมให้กลุ่มออกกำลังกายจัดหาไม้ไผ่ใส่ในท่อพีวีซีเพื่อทำให้มีความแข็งแรงสามารถใช้เป็นไม้เท้า-ไม้พลอง เพื่อช่วยการทรงตัวในขณะเดิน และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีประวัติหกล้มใช้ไม้เท้า-ไม้เท้าขณะเคลื่อนไหว โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำไม้พลองจากไม้ไผ่แจกผู้สูงอายุในชุมชนที่ไม่ได้เป็นสมาชิกกลุ่มออกกำลังกาย

(4) สะท้อนผลการดำเนินกิจกรรมป้องกันภาวะทุพพลภาพ

หลังจากการดำเนินกิจกรรม 6 เดือน คณะกรรมการป้องกันภาวะทุพพลภาพผู้สูงอายุในชุมชน ได้ประชุมติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินกิจกรรมป้องกันภาวะทุพพลภาพในชุมชน พบว่ากลุ่มออกกำลังกายบ้านคูมีการรวมกลุ่มออกกำลังกายสม่ำเสมอ สมาชิกกลุ่มมีสุขภาพแข็งแรง มีการขยายกลุ่มออกเป็น 3 หมู่บ้าน ที่ประชุมจึงเห็นร่วมกันว่าการออกกำลังกายเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง สามารถควบคุมโรคเบาหวาน ความดันได้ จึงเสนอให้มีการส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ โดยเชื่อมโยงกิจกรรมการออกกำลังกายและกิจกรรมการป้องกันภาวะทุพพลภาพกับการแจกเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อขยายกลุ่มออกกำลังกายและการป้องกันภาวะทุพพลภาพสู่หมู่บ้านอื่นๆ ในตำบลคำโดยมอบหมายให้กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเป็นผู้ดูแล

“องค์การบริหารส่วนตำบลเขาว่าให้มีเงินสนับสนุนกลุ่มออกกำลังกาย เขาเห็นเขาออกกำลังกาย เขาเลยออกมาบอกพ่อ พ่อเลยเขียน โครงการที่เอามาปรึกษาอาจารย์ องค์การบริหารส่วนตำบลเขาเลยเดิมกลับมาดีแล้ว เลยเป็นกลุ่มเป็นทั้งตำบล เกิดความคิดเลยมาวางแผนกันรวมหมู่ 1,2,7 รวมกัน โครงการนี้ตอนนี้อยู่เป็นหมู่ 1,2,7 หมู่องค์การบริหารส่วนตำบลก็บอกว่าทำดีแล้ว เกิดพลังใจ เกิดพลังชุมชน ก็เขามานี้กันหมด ตอนนี้อยู่เลยขยายทำทั้งตำบลในปีนี้นี้ ขอ โครงการเข้าไปแล้ว” FGD-T1-44

(5) ขยายการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ

นักวิจัยร่วมประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ข้อมูลร่วมกันระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านบ้านคูและบ้านอื่นๆ และส่งเสริมให้กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของแต่ละหมู่บ้านออกแบบการจัดกิจกรรมออกกำลังกายป้องกันภาวะทุพพลภาพในชุมชน ที่เชื่อมโยงกิจกรรมแจกเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบล การขยายกลุ่มออกกำลังกายจึงเริ่มต้นจากการอบรมฝึกทักษะการออกกำลังกายให้ผู้สูงอายุและค้นหาแกนนำในหมู่บ้านอื่นเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการรวมกลุ่มกันทำกิจกรรมออกกำลังกายในชุมชนและในวันแจกเบี้ยผู้สูงอายุ โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและแกนนำผู้สูงอายุ เป็นผู้จัดกิจกรรม นักวิจัยและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นวิทยากรให้ความรู้ เกี่ยวกับการออกกำลังกาย การป้องกันภาวะทุพพลภาพ การป้องกันการหกล้ม และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสนับสนุนอุปกรณ์ ไม้เท้า-ไม้พลองเพื่อส่งเสริมผู้สูงอายุการออกกำลังกาย และส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีประวัติการหกล้มใช้ไม้เท้า-ไม้พลอง เป็นอุปกรณ์ป้องกันการหกล้ม ทำให้ผู้สูงอายุทั้งหมดได้รับอุปกรณ์ไม้เท้า-ไม้พลอง ที่ทำจากไม้ไผ่โดยการสนับสนุนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และจึงขยายส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาชุมชน เช่น การขับร้องสรภัญญะ และใช้ดนตรีอีสานเพื่อป้องกันภาวะทุพพลภาพ โดยการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนภูมิปัญญากับปราชญ์ชาวบ้านหมื่นเวียนจนครบ 8 หมู่บ้านใช้ระยะเวลา 6 เดือน

พบว่าผู้สูงอายุในหมู่บ้านบ่อผู้สูงอายุเริ่มมีการออกกำลังกายในช่วงวันแจกเบี้ยผู้สูงอายุโดยแกนนำผู้สูงอายุของหมู่บ้าน มีกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชนให้การสนับสนุนและเข้าร่วมกิจกรรม และ บ้านหนองบัวคำมูล พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุขาดแกนนำในการออกกำลังกาย จึงปรับเปลี่ยนแกนนำออกกำลังกายเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่เป็นผู้นำการออกกำลังกายของหมู่บ้านเข้ามาช่วยเหลือกลุ่มออกกำลังกายผู้สูงอายุและส่งเสริมผู้สูงอายุออกกำลังกายด้วยตนเอง ส่วนกลุ่มบ้านหม้อ เป็นหมู่บ้านที่ผู้สูงอายุมีวิถีชีวิตแตกต่างจากกลุ่มหมู่บ้านอื่น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รวมกลุ่มทำกันตามธรรมชาติเพื่อทำงานทางด้านการเกษตร คือ กลุ่มปลูกผักปลอดสารพิษ ผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพส่วนใหญ่ทำกิจกรรมกลางแจ้งทางการเกษตร เช่น รดน้ำ พรวนดิน ปลูกต้นไม้ เก็บอบทุกวัน การขยายเครือข่ายในกลุ่มหมู่บ้านนี้จึงอาศัยการทำงานด้านการเกษตรซึ่งสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุเป็นหลัก และเพิ่มการให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดัน เบาหวาน และการใช้ไม้เท้าป้องกันการหกล้มในวันแจกเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุเป็นประจำทุกเดือน

ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุบ้านคู สมาชิกกลุ่มรำไม้พลองที่ขยายจำนวนมากขึ้นมีจำนวน 112 คน และ มีความหลากหลายทั้งผู้สูงอายุหมู่ที่ 1, 2 และ 7 ทำให้สถานที่ออกกำลังกายเริ่มคับแคบบริเวณถนนท้ายซอยของหมู่บ้านเริ่มจะไม่สามารถรองรับจำนวนผู้สูงอายุได้ อีกทั้งมีผู้สูงอายุที่อยู่หมู่ 2 และหมู่ 7 ส่วนหนึ่งอยากเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายแต่มีปัญหาเดินทางมาร่วมลำบาก ในเดือนพฤษภาคม 2555 กลุ่มจึงเปลี่ยนสถานที่ออกกำลังกายจากท้ายหมู่บ้านมาใช้สถานที่วัดซึ่งเป็นจุดศูนย์กลางของชุมชน และเคยเป็นสถานที่ออกกำลังกายในอดีตของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่สนใจสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้สะดวกขึ้น นอกจากนี้ทุกวันแจกเบี้ยผู้สูงอายุของหมู่บ้านแกนนำผู้สูงอายุในชุมชนจะนำผู้สูงอายุทั้ง 3 หมู่บ้าน ออกกำลังกายระหว่างที่มารอรับเบี้ยยังชีพที่วัดเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในชุมชนได้ออกกำลังกายเป็นประจำ

วัน 13 ธันวาคม 2555 เวลา 09.00 – 12.00 น. สถานที่สังเกต ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบล
สังเกตการประชุมคณะกรรมการป้องกันภาวะทุพพลภาพ ติดตามประเมินผลการป้องกันภาวะทุพพลภาพ
ของผู้สูงอายุ สมาชิกผู้เข้าร่วมประชุมสนับสนุนให้มีกิจกรรมโครงการ และต้องการให้ขยายผลสู่หมู่บ้าน
อื่นๆ

“ส่งเสริมให้ออกกำลังกายทุกบ้าน มีประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย ในรายการวิทยุชุมชน ส่งเสริมให้มีการ
ออกกำลังกายทุกบ้าน” OBP-Lead2-T2-14

“เป็นโครงการที่ดี นำส่งเสริมผู้นำ นำพาในส่วนที่ดี องค์การบริหารส่วนตำบลเป็นแหล่งเงิน ผู้นำทั้งหลายมี
หน้าที่คือประชาสัมพันธ์” OBP-Lead7-T2-13

“โครงการนี้เป็นการเริ่มต้นขยายผล ต่อไปการแจกเบี้ยยังชีพในแต่ละบ้านต้องขยายผลออก และ โครงการ
ดูแล เพื่อให้กำลังใจก็ควรทำต่อไป แล้วอีกอย่างหนึ่งโครงการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

(6) สะท้อนกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันภาวะทุพพลภาพกลุ่มผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ

หลังจากการดำเนินกิจกรรมของกลุ่มออกกำลังกายในตำบล 18 เดือน มีการประชุมสะท้อนผลประเมินการดำเนินกิจกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุในตำบลคู่คำ ของคณะทำงานป้องกันภาวะทุพพลภาพของตำบล พบว่า ในช่วงปีที่ 2 ของการดำเนินกิจกรรมป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพ ผู้สูงอายุทุกหมู่บ้านรวมกลุ่มออกกำลังกายรำไม้พลองดนตรีหมอรา โดยแกนนำออกกำลังกาย เป็นผู้สูงอายุและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และมีการให้ความรู้การดูแลตนเอง โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การออกกำลังกาย โดยการขับร้อง สรภัญ และใช้ไม้เท้า-ไม้พลอง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพ โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพตำบล มีการจัดตั้งกองทุนกลุ่มออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับเงินสนับสนุนจากผู้นำชุมชน และได้รับสนับสนุนสื่อกลุ่มออกกำลังกายจากผู้นำชุมชน และแต่งตั้งกรรมการผู้สูงอายุ ตำบลคู่คำ คณะทำงานป้องกันภาวะทุพพลภาพของตำบลและกลุ่มผู้สูงอายุมีความรู้ลึกซึ้งพอใจ และมีคิดเห็นว่าคุณสูงอายุในชุมชนของตนเองสามารถดำเนินกิจกรรมป้องกันภาวะทุพพลภาพได้ด้วยตนเองและความเข้มแข็งขึ้น แม้ผลลัพธ์ต่อสุขภาพอาจยังไม่ชัดเจนในทุกคน

“ผู้นำและการจัดการนี้ดีเพราะเรานำกันเอง ทำติดต่อมาเป็นปีที่สามแล้ว ทำมาถือว่าทำได้ดี ส่วนการระดมทรัพยากรนี้เพราะว่าเรามีการระดมทุนกันเองนำคนละ 100 บาท ส่วนการบริหารจัดการนี้ยังอาจต้องมีที่เลี้ยงอยู่ ส่วนผลการประเมินยังบ่งเติมเพราะผลลัพธ์ต่อสุขภาพยังได้บ่งเติมร้อยละทั้งหมด บางคนดีขึ้น บางคนยังชื้อๆ อยู่” IDI-L3-M1-50

“ปีนี้ก็พอใจหลายเค็บ เห็นคิใจหลาย เขาดีใจหลาย คะแนนเต็ม 3 ทุกด้านเลยละ ถ้าให้ได้สิให้เต็ม 10 เลยซ้ำ ได้รับการสนับสนุนเพิ่มขึ้นจากกองทุนปีนี้ได้เพิ่มเป็น 30,000 บาท” FGD-A6-T1-35

4) ประเมินผลการมีส่วนร่วมของชุมชนในกระบวนการป้องกันภาวะทุพพลภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ

ผู้วิจัยได้เข้าไปสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมของชุมชน สัมภาษณ์เจาะลึกและการสนทนากลุ่ม จากผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญทั้งจากผู้สูงอายุ กลุ่มองค์กร หน่วยงานในชุมชน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และติดตามประเมินผลความก้าวหน้าของภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุจำนวน 446 ราย และจัดระดับคะแนน 3 คะแนน ตามองค์ประกอบของกระบวนการมีส่วนร่วมในชุมชน 5 มิติ ได้แก่ การประเมินความต้องการ ภาวะผู้นำ การจัดองค์กร การจัดสรรทรัพยากร และการบริหารจัดการ (Bjaras, Haglund & Rifkin, 1991) และการวิเคราะห์เนื้อหาของกรณีศึกษาในแต่ละราย ซึ่งผลการศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนกับการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุหลังการดำเนินโครงการ 1 ปี และ ปี 2 หลังการดำเนินโครงการมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 24 สรุปเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ
ที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพที่อาศัยอยู่ในชุมชน ระหว่างปีที่ 1 และปีที่ 2

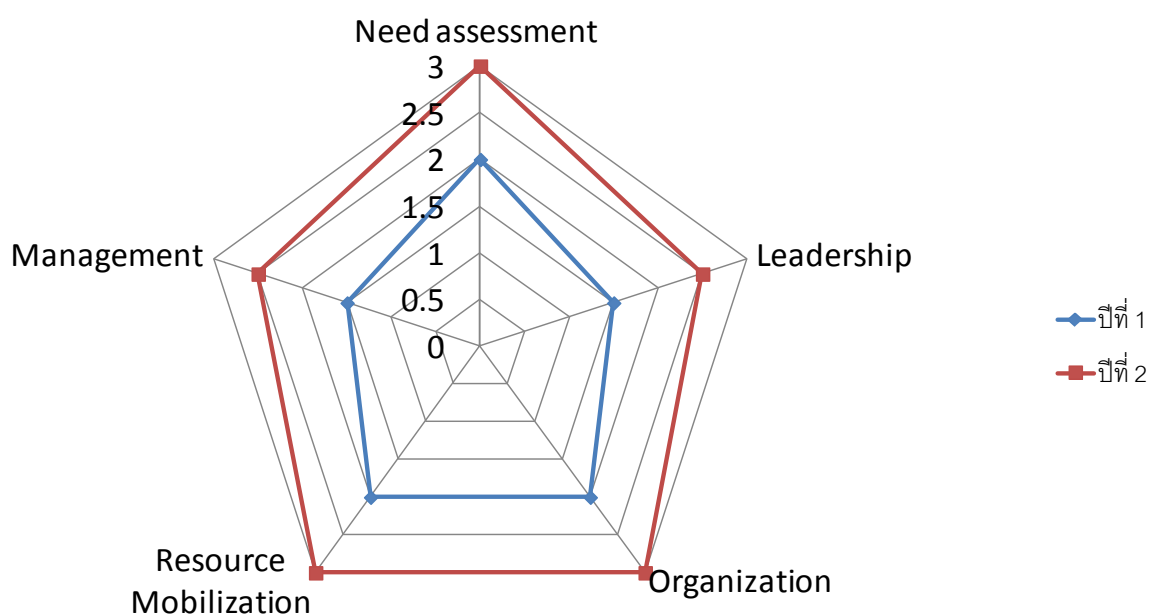
Indicators (range)	ปีที่ 1 (มกราคม 54 – ธันวาคม 54)	ปีที่ 2 (มกราคม 55 – ธันวาคม 55)
1. การประเมินความต้องการ (Need assessment)	- แคนนำผู้สูงอายุและผู้นำชุมชนต้องการฟื้นฟูกลุ่มออกกำลังกายผู้สูงอายุ - เสนอโครงการของงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบลด้วยตนเองแต่ไม่ได้รับการอนุมัติ - ผู้วิจัยจัดเวทีให้ผู้นำชุมชนได้รับทราบปัญหาและความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุและผู้นำชุมชน	- สมาชิกกลุ่มขยายจำนวนมากขึ้น สถานที่คับแคบ และผู้สูงอายุหมู่ 2 และหมู่ 7 จึงเปลี่ยนมาใช้สถานที่วัด - ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุหมู่บ้านบ่อและบ้านหนองบัวคำมูล ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องการให้ผู้สูงอายุรวมกลุ่มออกกำลังกายในชุมชน เสนอโครงการของงบประมาณกองทุนสุขภาพตำบล
2. ภาวะผู้นำ (Leadership)	- กลุ่มผู้สูงอายุบ้านคูมีผู้นำกลุ่มคือแกนนำกลุ่มออกกำลังกาย หมู่ 1 ซึ่งเป็นผู้นำทำกิจกรรมต่างๆในชุมชนของผู้สูงอายุ มีนักวิจัยเป็นผู้ให้คำแนะนำ ผู้นำชุมชนช่วยสนับสนุน และสมาชิกผู้สูงอายุหมู่ที่ 1 มีจำนวน 54 คน สมาชิกเพิ่มเป็น 70 คน - กลุ่มผู้สูงอายุ หมู่อื่น ไม่มีผู้นำกลุ่มออกกำลังกายชัดเจน มีการรวมกลุ่มตามธรรมชาติ มีกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและนักวิจัยเป็นผู้ให้คำแนะนำ	- กลุ่มออกกำลังกายบ้านคู มีแกนนำและสมาชิกครอบคลุมทั้ง 3 หมู่บ้าน จำนวนสมาชิก 112 คน ชุมชนรับรู้การทำกิจกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุ - มีการขยายสร้างแกนนำผู้สูงอายุโดยแต่งตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุของตำบล - ส่วนกลุ่มหมู่บ้านอื่นผู้นำ ประกอบด้วยผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้นำกลุ่มออกกำลังกาย และเริ่มดำเนินกิจกรรมร่วมกับคนช่วงวัยทำงาน - ผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน องค์การบริหารส่วนตำบล ให้คำแนะนำกลุ่มออกกำลังกายผู้สูงอายุ สนับสนุนการเขียนโครงการ
3. การจัดองค์กร (Organization)	- กลุ่มบ้านคูการจัดองค์กรกลุ่ม มีผู้นำชัดเจนกรรมการและสมาชิกที่มีบทบาทในองค์กรชัดเจนในปีแรกกลุ่มมีเป้าหมายการส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มได้ออกกำลังกาย อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ ทุกเย็น มีนักวิจัยเป็นที่ปรึกษา - ส่วนหมู่บ้านอื่นๆ จัดกิจกรรมโดย	- กิจกรรมของกลุ่มบ้านคูดำเนินกิจกรรมด้วยตนเอง กลุ่มมีการนำภูมิปัญญาท้องถิ่น ได้แก่ สรรกัญญะ คนตรีอีสาน ประกอบการรำไม้พลอง สรรกัญญะ และไม้เท้าไม้พลอง - ส่วนหมู่บ้านอื่นๆ การออกแบบจัดกิจกรรมทำร่วมกันกับ อาสาสมัคร

ตารางที่ 24 สรุปเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ
ที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพที่อาศัยอยู่ในชุมชน ระหว่างปีที่ 1 และปีที่ 2 (ต่อ)

Indicators (range)	ปีที่ 1 (มกราคม 54 – ธันวาคม 54)	ปีที่ 2 (มกราคม 55 – ธันวาคม 55)
	แกนนำ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และมีนักวิจัยเป็นผู้มีส่วนร่วมในการออกแบบจัดกิจกรรม	สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน - กลุ่มมีส่วนร่วมและจัดกิจกรรมในวันงานรดน้ำคำหัว และมีการแต่งตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุตำบลลูกคำ และกองทุนผู้สูงอายุของตำบล
4. การระดมทรัพยากรในชุมชน (Resource Mobilization)	- กลุ่มออกกำลังกายบ้านคูได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลูกคำ จำนวน 24,600 บาท - หมู่บ้านอื่นในตำบล งบประมาณในการจัดการอบรมได้รับการสนับสนุนจากนักวิจัย ส่วนอุปกรณ์การออกกำลังกายได้รับการสนับสนุนจากผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	- งบประมาณดำเนินการของกลุ่มออกกำลังกายบ้านคูได้รับการสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพตำบลลูกคำ เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 30,000 บาท - ได้รับการสนับสนุนเสื้อทีมจากผู้นำชุมชน ผู้สูงอายุจึงมีเสื้อทีมใส่ออกกำลังกายประจำวัน - ส่วนหมู่บ้านอื่น ได้รับงบประมาณสนับสนุนการออกกำลังกายในผู้สูงอายุจากกองทุนสุขภาพตำบลทุกหมู่บ้าน
5. การบริหารจัดการ (Management)	- กลุ่มออกกำลังกายบ้านคู การตัดสินใจ การบริหารจัดการภายในกลุ่ม โดยมีแกนนำกลุ่มผู้สูงอายุ หมู่ 1 โดยการสอบถามความคิดเห็นจากสมาชิก และไม่พบความขัดแย้งในกลุ่ม นักวิจัยเป็นที่ปรึกษาให้ข้อคิดเห็น - ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุบ้านอื่น มีการรวมตัวกันตามธรรมชาติ ไม่มีแกนนำกลุ่มชัดเจนกิจกรรมการออกกำลังกายร่วมกันเป็นกิจกรรมเฉพาะกิจในวันแจกเบี้ยผู้สูงอายุ โดยมีนักวิจัยเป็นที่ปรึกษาของกลุ่ม	- การบริหารจัดการ และการตัดสินใจ เป็นการตัดสินใจร่วมกันกับผู้สูงอายุร่วมกับสมาชิกกลุ่ม หมู่ 1, 2 และ 3 ไม่พบความขัดแย้งในกลุ่ม - ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุบ้านอื่นๆ การบริหารจัดการของกลุ่มผู้สูงอายุ และการตัดสินใจ เป็นบทบาทของแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำผู้สูงอายุ

ตารางที่ 25 คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ
ที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ

Indicators (range)	ปีที่ 1		ปีที่ 2	
	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน
	มาตรฐาน		มาตรฐาน	
1. Need assessment (NA)	2	0.220721	3	0.213083
2. Leadership (L)	1.5	0.505736	2.5	0.504685
3. Organization (O)	2	0.276192	3	0.213083
4. Resource Mobilization (RM)	2	0.276192	3	0.152499
5. Management (M)	1.5	0.505736	2.5	0.505781



ภาพที่ 13 แสดงการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ
ที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ

จากตารางที่ 25 และภาพที่ 13 Spidergram พบว่าคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในกระบวนการป้องกันภาวะทุพพลภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพล มีระดับการมีส่วนร่วมระดับปานกลาง ยกเว้นภาวะผู้นำและการบริหารจัดการที่ระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในวงแคบ แต่หลังจากการดำเนินกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในปีที่ 2 พบว่า องค์ประกอบของการมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มขึ้นทุกองค์ประกอบ โดยเฉพาะการระดมทรัพยากรในชุมชนเพื่อสนับสนุนการป้องกันภาวะทุพพลภาพ มีการประเมินความต้องการ

และตอบสนองความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ และการจัดการองค์กร ออกแบบกิจกรรมโดยการใช้ภูมิปัญญาและวัฒนธรรมของชุมชน

4.3.3 ผลลัพธ์การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

หลังการดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ระยะเวลา 2 ปี ได้มีการประเมินผลลัพธ์ของการวิจัย จากตัวชี้วัดผลลัพธ์การวิจัย ได้แก่ ความชุกของภาวะทุพพลภาพรุนแรง ระดับความรุนแรงของภาวะทุพพลภาพ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพ ซึ่งผลลัพธ์ของการวิจัยมีรายละเอียดต่อไปนี้

1) ลักษณะทางประชากร

กลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุที่เริ่มดำเนินโครงการวิจัย จำนวน 506 คน จากการดำเนินการวิจัยและติดตามกลุ่มเป้าหมายเป็นระยะเวลา 2 ปี พบว่ามีกลุ่มเป้าหมายที่ยังมีชีวิตอยู่จำนวน 475 คน เสียชีวิต 31 คน ซึ่งจากการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มเป้าหมายที่เหลือทั้งหมด ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ที่บ้าน จำนวน 475 คน พบว่าหลังจากการดำเนินการวิจัย 2 ปี พบว่าผู้สูงอายุยังมีชีวิตอยู่ ร้อยละ 93.87 โดยเป็นผู้สูงอายุเพศหญิง ร้อยละ 60 เพศชาย ร้อยละ 40 ส่วนใหญ่มีอายุ 68 ปี เกือบร้อยละ 65 ปี ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเกือบร้อยละ 65 ซึ่งโรคที่พบบ่อย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ต้อกระจก พบว่าผู้สูงอายุเกือบหนึ่งในสี่มีโรคเรื้อรังร่วม รายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 26 จำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุหลังสิ้นสุดการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ	จำนวน (n = 506)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	188	39.6
หญิง	287	60.4
2. อายุ (median 68 ปี $\pm$ IQR 10 ปี)		
60-69 ปี	268	56.4
70 – 79 ปี	249	31.4
80 ปีขึ้นไป	58	12.2
3. การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง		
ไม่มี	167	35.2
มี	308	64.8
1) โรคความดันโลหิตสูง	111	23.4
2) โรคหัวใจ	19	4.4
3) โรคเบาหวาน	92	19.4
4) โรคหอบหืด	35	7.4
5) โรคมะเร็ง	4	0.8
6) โรคข้อเสื่อม	42	8.8

ตารางที่ 26 จำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุหลังสิ้นสุดการวิจัย (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ	จำนวน (n = 506)	ร้อยละ
7) ไทรอยด์	7	1.5
9) ต้อกระจก	63	13.3
4. โรคประจำตัวร่วม		
ไม่มีโรคร่วม	360	75.8
มีโรคร่วม	111	24.2
5. ค่าดัชนีมวลกาย		
BMI น้อยกว่า 18.5	344	72.42
BMI มากกว่า 30	31	65.26
6. ภาวะซึมเศร้า		
มีอาการสงสัยมีภาวะซึมเศร้า	111	23.6
ปกติ	364	76.4
7. ภาวะสมองเสื่อม		
สงสัยมีภาวะสมองเสื่อม	45	9.5
ปกติ	436	96.8
8. เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน		
เข้าร่วมกิจกรรม	419	88.2
ไม่เข้าร่วม	56	11.8
9. การมีกิจกรรมทางร่างกาย		
ไม่มีกิจกรรมด้านร่างกาย	61	12.8
มีการทำกิจกรรมด้านร่างกาย	414	87.2
การออกกำลังกายที่เป็นรูปแบบสม่ำเสมอ	273	57.5
ทำงานใช้แรงกายอยู่	406	85.5
10. หกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา (มากกว่า 1 ครั้ง)		
ไม่มี	440	92.6
มี	35	7.4
11. การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน		
พึ่งพาผู้อื่นเพื่อการดำรงชีวิตอยู่	58	12.2
ช่วยเหลือตนเองได้ปกติ	417	87.8

2) ความชุก และลักษณะภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนหลังดำเนินการวิจัย

จากการติดตามผลการดำเนินการวิจัยและผลลัพธ์ของการดำเนินการวิจัยในผู้สูงอายุที่มีชีวิตอยู่หลังสิ้นสุดการวิจัย จำนวน 475 คน พบความชุกของการเกิดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ ร้อยละ 3.58 (95% CI = 2.16- 5.78) ส่วนใหญ่มีความต้องการการพึ่งพาในระดับรุนแรงปานกลาง เมื่อวิเคราะห์ จาก 2 กลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพรุนแรง จำนวน 60 คน และกลุ่มผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ จำนวน 446 คน พบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพมากกว่าครึ่งหนึ่งสามารถฟื้นฟูสภาพและปราศจากภาวะทุพพลภาพรุนแรง และพบว่าหนึ่งในสี่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพรุนแรงไม่สามารถฟื้นฟูสภาพให้ปราศจากภาวะทุพพลภาพรุนแรงได้ และมีผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพเสียชีวิตร้อยละ 23 ส่วนผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพจากการติดตาม ระยะเวลา 2 ปี พบว่าผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ ยังคงปราศจากภาวะทุพพลภาพมากกว่าร้อยละ 95 มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 0.5 เท่านั้นที่มีภาวะทุพพลภาพ และพบว่ามีผู้สูงอายุเสียชีวิตร้อยละ 3.81 รายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 27 ระดับความรุนแรงของภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุหลังเสร็จสิ้นการวิจัย (n = 475)

ตัวชี้วัดผลการวิจัย	จำนวน	ร้อยละ	95%CI
1. ผู้สูงอายุทั้งหมดในชุมชน	(n = 475)		
ปราศจากภาวะทุพพลภาพ	458	96.42	94.2-97.8
มีภาวะทุพพลภาพรุนแรง	17	3.58	2.16-5.78
Moderately severe dependence	10	2.10	1.07-3.96
Severe dependence	4	0.84	0.27-2.29
Total dependence	3	0.63	0.16-1.99
2. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ	(n = 60)		
1) ไม่มีภาวะทุพพลภาพรุนแรง	31	51.67	38.52-64.60
2) มีภาวะทุพพลภาพรุนแรง	15	25.00	15.11-38.12
3) Dead	14	23.33	13.78-36.34
3. กลุ่มผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ	(n = 446)		
1) ไม่มีภาวะทุพพลภาพรุนแรง	427	95.74	93.31-97.34
2) มีภาวะทุพพลภาพรุนแรง	2	0.45	0.08-1.79
3) Dead	17	3.81	2.31-6.15

เมื่อเปรียบเทียบภาวะทุพพลภาพรุนแรงของผู้สูงอายุกลุ่มทุพพลภาพ จำนวน 60 คน ก่อนการวิจัยและหลังการวิจัย 46 คน จากความสามารถในการปฏิบัติภารกิจกรรม พบว่าก่อนการวิจัยความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ มีปัญหาเกี่ยวกับความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของชีวิตได้ ส่วนหลังการดำเนินการวิจัยพบว่ากิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการ

เคลื่อนไหวด้านร่างกาย และการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเดินขึ้นลงบันได การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การลุกนั่งจากที่นอน จากเตียงไปเก้าอี้ การใช้ห้องสุขา รองมาเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง ได้แก่ การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร และการสวมใส่เสื้อผ้า ส่วนกิจกรรมอื่นๆ พบว่าความชุกของปัญหาในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุลดลงทุกกิจกรรม

3) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพรุนแรงของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนหลังดำเนินการ

วิจัย

ในระยะเริ่มต้นก่อนการวิจัยได้มีการศึกษาข้อมูลชุมชน และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนมี 5 ปัจจัย ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่า 2 ชนิด การหกล้ม ภาวะสมองเสื่อม และอายุที่มากกว่า 75 ปี และพบว่า การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เป็นปัจจัยที่ช่วยป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุได้ อย่างไรก็ตามหลังจากการดำเนินกิจกรรมการวิจัยเพื่อป้องกันภาวะทุพพลภาพ พบว่าความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวกับการเกิดภาวะทุพพลภาพมีการเปลี่ยนแปลงไป สามารถจำแนกได้ 3 กลุ่มปัจจัย คือ

1) ปัจจัยที่ความสัมพันธ์ยังคงเดิม พบว่าปัจจัยที่ยังคงมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังรวมมากกว่า 2 ชนิด AOR 3.46 (95%CI = 1.25-9.60) และ อายุ AOR 3.42 (95% CI = 1.24-9.42) โดยเฉพาะอายุพบว่าเมื่ออายุมากขึ้นมีอัตราการเกิดภาวะทุพพลภาพสูงขึ้น นอกจากนี้พบว่า การมีกิจกรรมด้านร่างกายเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ความสัมพันธ์ไม่เปลี่ยนแปลง AOR 1.03 (95% CI = 0.26-4.10) ยังคงเป็นปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามพบว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมด้านร่างกายเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

2) ปัจจัยใหม่ที่พบเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน มี 1 ปัจจัย คือ ภาวะซึมเศร้า AOR 3.33 (95% CI = 1.17-9.52) เป็นปัจจัยใหม่ที่พบเพิ่มเติมขึ้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

3) ปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุลดลง หลังจากการดำเนินการวิจัย 2 ปี พบว่า ปัจจัยที่เคยมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลง ไม่ได้เป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดภาวะทุพพลภาพ ได้แก่ การหกล้ม AOR 0.89 (95%CI = 0.18-4.44) ภาวะสมองเสื่อม AOR 2.59 (95% CI = 0.74-9.09) นอกจากนี้ พบว่า ปัจจัยที่เคยเป็นปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพเปลี่ยนแปลงไป คือ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนของผู้สูงอายุ AOR 2.70 (95% CI = 0.68-10.76) อย่างไรก็ตามพบว่า อัตราการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการวิจัยมีสัดส่วนสูง เช่นใกล้เคียงกัน

4) เปรียบเทียบภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนก่อนและหลังการวิจัย

จากการดำเนินกระบวนการวิจัยภายใต้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน เป็นระยะเวลา 18 เดือน พบว่าความชุกของภาวะทุพพลภาพรุนแรงในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทจังหวัดขอนแก่นก่อนการวิจัย ร้อยละ 11.9 หลังการวิจัย ลดลงเหลือร้อยละ 3.58 และระดับความรุนแรงของภาวะทุพพลภาพทุกระดับลดลง โดยในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพรุนแรง จำนวน 60 คน พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งสามารถฟื้นฟูสภาพและปราศจากภาวะทุพพลภาพรุนแรง และพบว่าหนึ่งในสี่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพรุนแรงไม่สามารถฟื้นฟูสภาพให้ปราศจากภาวะทุพพลภาพรุนแรงได้ และมีผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพเสียชีวิตร้อยละ 23 ส่วนผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ จากการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ระยะเวลา 18 เดือน พบว่าผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ ยังคงปราศจากภาวะทุพพลภาพมากกว่าร้อยละ 95 มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 0.5 เท่านั้นที่มีภาวะทุพพลภาพ และพบว่ามีผู้สูงอายุเสียชีวิตร้อยละ 3.81 ซึ่งจากการเปรียบเทียบสัดส่วน

ความแตกต่างของภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุก่อนและหลังการวิจัยพบว่ามีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P value <.001)

4.4 รูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการศึกษากระบวนการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า กระบวนการป้องกันภาวะทุพพลภาพ ประกอบด้วย 2 กระบวนการหลักคือ กระบวนการพัฒนาทีมงานป้องกัน ภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมป้องกันภาวะทุพพลภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน และกระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

4.4.1 กระบวนการพัฒนาทีมงานป้องกันภาวะทุพพลภาพในชุมชน

1) สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุของหน่วยงานและองค์กรในชุมชนก่อนดำเนินการวิจัย

จากการศึกษาบริบททางสังคมวัฒนธรรมของชุมชน ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุของหน่วยงาน และองค์กรในชุมชน โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ที่เกี่ยวข้องจำนวนทั้งหมด 132 คน การสนทนากลุ่ม จำนวน 11 ครั้ง การสังเกตแบบมีส่วนร่วม จำนวน 19 ครั้ง สามารถวิเคราะห์และสรุปบริบทของชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของหน่วยงาน และองค์กรในชุมชนดังรายละเอียดต่อไปนี้

หน่วยงานและองค์กรในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล มีบทบาทในการดูแลสวัสดิการสังคม โดยเฉพาะ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและเบี้ยพิการตามกลุ่มหมู่บ้านต่าง ๆ ในตำบล ทุกวันที่ 5 ของทุกเดือน คณะทำงาน ประกอบด้วย เลขานุการนายกองค์การบริหารส่วนตำบลลูกา ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลลูกา เจ้าหน้าที่พัฒนาชุมชน และ พนักงานลูกจ้างขององค์การบริหารส่วนตำบลลูกา จำนวน 7 คน ส่วนสวัสดิการอื่น ๆ ได้แก่ เครื่องนุ่งห่ม ภายอุปกรณ์ เช่น walker รถเข็น จะให้ความช่วยเหลือเฉพาะในช่วงที่มีโครงการพิเศษและให้ความช่วยเหลือบางราย ส่วนกลุ่มผู้นำชุมชนเป็นกลุ่มองค์กรที่มีบทบาทปกครองดูแลประชาชนในความรับผิดชอบ การทำงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นการประสานงานขอความช่วยเหลือจากชุมชน ดูแลทุกข์สุขของผู้สูงอายุ สนับสนุนกิจกรรมและโครงการในชุมชน และประชาสัมพันธ์แจ้งข่าวสาร และการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นหน่วยงานภาครัฐที่บทบาทหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งไม่มีการบริการดูแลสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ การให้บริการดูแลผู้สูงอายุเหมือนกับประชาชนทั่วไป และมีกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ดูแล ผู้สูงอายุในชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยแบ่งหน้าที่รับผิดชอบดูแลรอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คนต่อ 10 ครอบครัว มอบหมายให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำหน้าที่เยี่ยมผู้สูงอายุในครอบครัวที่รับผิดชอบ และส่งรายงานให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกเดือน อย่างไรก็ตาม พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่จะเยี่ยมผู้สูงอายุเมื่อมีอาการป่วยหนัก และจากการสุ่มรายงานประเภทผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่สรุปส่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่าไม่มีรายงานผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพเนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่มีเครื่องมือประเมินและไม่มีความรู้ในการ

ประเมินภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ และพบว่าในตำบลข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ มีเพียงข้อมูลจำนวนและรายชื่อของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพขององค์การบริหารส่วนตำบล ส่วนข้อมูลเฉพาะผู้สูงอายุ เช่น ข้อมูลด้านสุขภาพไม่ปรากฏ

นอกจากนี้พบว่าในกลุ่มบ้านผู้สูงอายุมีการรวมกลุ่มกัน มีการจัดตั้งเป็นชมรมผู้สูงอายุอย่างเป็นทางการและเคยมีกิจกรรมร่วมกันออกกำลังกายแต่หยุดกิจกรรม ตั้งแต่ปี พ.ศ.2547 ส่วนกลุ่มบ้านอื่นๆ ผู้สูงอายุมีการรวมกลุ่มกันตามธรรมชาติ มีผู้นำกลุ่มที่ไม่ได้เป็นทางการ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และมีบทบาทเป็นผู้นำทางศาสนา และการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มองค์กร ซึ่งเมื่อวิเคราะห์สถานการณ์ด้านการดูแลผู้สูงอายุของหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องในชุมชน สามารถจำแนกสถานการณ์ออกเป็น 3 ประการ ได้แก่

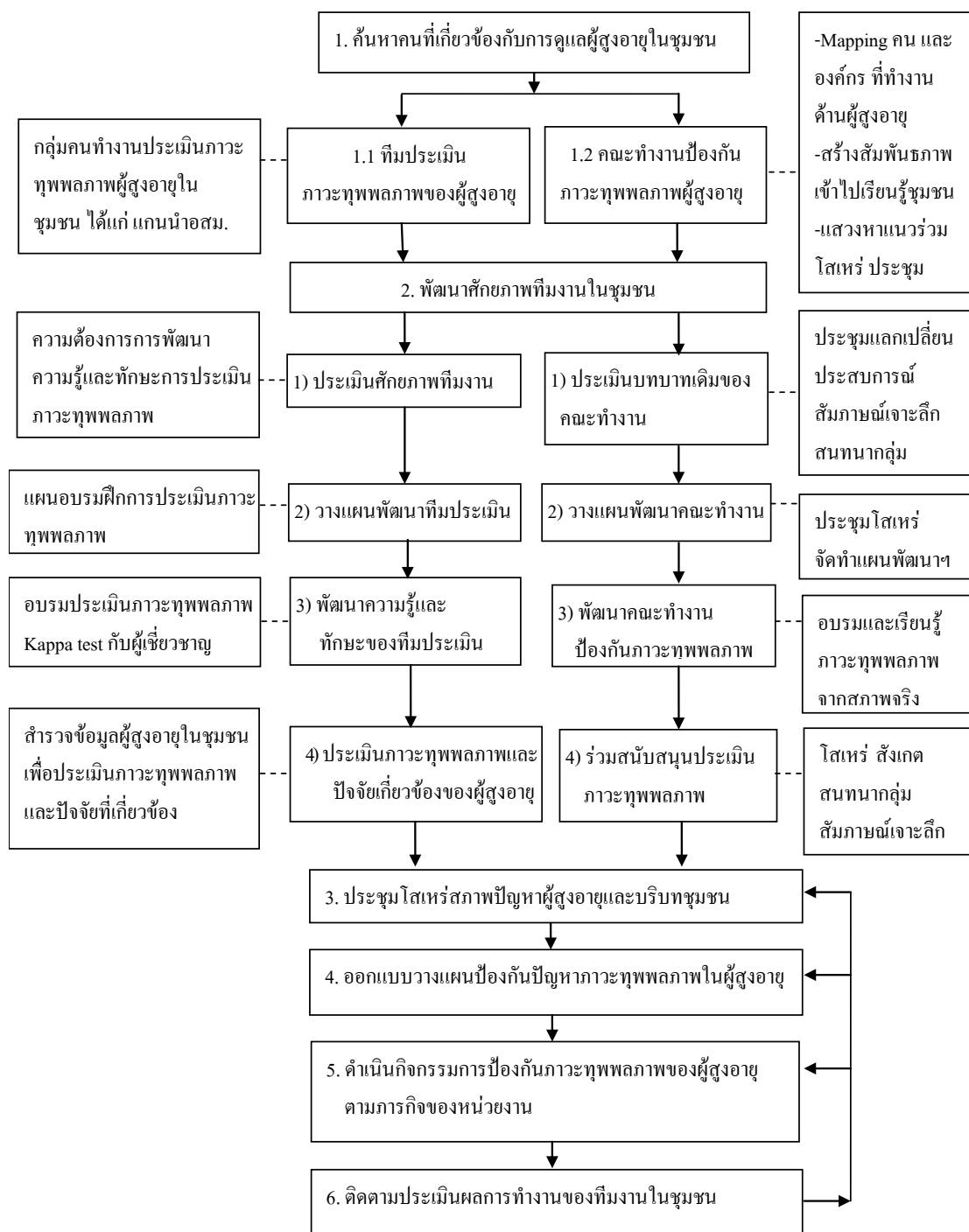
(1) การดำเนินกิจกรรมของแต่ละหน่วยงาน กลุ่มองค์กร ต่างดำเนินกิจกรรมตามภารกิจของตนเองอย่างอิสระ ทั้งด้านข้อมูล งบประมาณ การดำเนินกิจกรรม และการกำหนดเป้าหมาย

(2) ทุกกลุ่มองค์กร และ หน่วยงาน ไม่เคยมีการประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในตำบล โดยเฉพาะปัญหาทางด้านสุขภาพ จึงทำให้แผนงาน หรือ โครงการที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในชุมชน ปีพ.ศ. 2553 มีเพียง 1 โครงการ

(3) ด้านสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ พบว่าไม่มีปรากฏชัดเจนเกี่ยวกับการดูแลและให้ความช่วยเหลือในชุมชน มีเพียงการสนับสนุนด้านสวัสดิการผู้พิการและกายอุปกรณ์บางรายเท่านั้น

2) กระบวนการพัฒนาทีมงานป้องกันภาวะทุพพลภาพในชุมชน

การพัฒนาทีมงานในชุมชนเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญต่อการขยายมุมมอง และการรับรู้สภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพให้กว้างขึ้น และเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชน กระบวนการพัฒนาความเข้มแข็งให้กับเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เป็นการเชื่อมโยงระบบระหว่างบุคคล ระหว่างองค์กร หรือ ระหว่างกลุ่มต่าง ๆ ที่รวบรวมความหลากหลายในชุมชนเข้ามาเป็นหนึ่งเดียวเพื่อให้เกิดความเป็นเอกภาพและมีเป้าหมายร่วมกัน ทีมงานในชุมชนเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนกระบวนการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ซึ่งทำให้เกิดยั่งยืนในชุมชน จากการวิเคราะห์กระบวนการพัฒนาทีมงานในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ประกอบด้วย 2 ทีม คือ คณะทำงานป้องกันภาวะทุพพลภาพ และทีมประเมินภาวะทุพพลภาพ จากการวิเคราะห์พบว่า กระบวนการพัฒนาและสร้างทีมงานในชุมชนมีกระบวนการและรายละเอียดดังต่อไปนี้



ภาพที่ 14 ขั้นตอนการสร้างทีมป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

(1) ทีมงานป้องกันภาวะทุพพลภาพในชุมชน: อาศัยกลุ่ม องค์กรและหน่วยงานที่เป็นโครงสร้างเดิมของชุมชน

การพัฒนาทีมงานในชุมชนมีเป้าหมายเพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการป้องกันปัญหาภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ตั้งแต่การรับรู้ปัญหา การตัดสินใจ การวางแผน การดำเนินการแก้ปัญหา การประเมินผล และการร่วมรับผลประโยชน์ จะทำให้ชุมชนสามารถแก้ไขปัญหาภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างยั่งยืน ซึ่งกระบวนการพัฒนาทีมงานในชุมชน เริ่มต้นจากการค้นหา ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่อาศัยอยู่ในชุมชน วิธีการ Mapping บุคคล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และศึกษาโครงสร้างองค์กรในชุมชน และการเข้าเรียนรู้และร่วมกิจกรรมของกลุ่มและของชุมชน เพื่อเชื่อมโยงให้เห็นถึงกิจกรรม และ ผลงานขององค์กร หรือ บุคคลสำคัญ กับ ผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งสามารถช่วยทำให้เกิดการเรียนรู้โครงสร้างองค์กรชุมชน และบทบาทของหน่วยงาน องค์กรในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ สามารถมองเห็นสภาพของผู้อยู่อาศัยและผู้คนที่เกี่ยวข้องในชุมชน ทำให้นักวิจัยเข้าใจบริบทของชุมชน เรียนรู้บทบาทหน้าที่ขององค์กรต่าง ๆ ที่อยู่ในชุมชน และสร้างความสัมพันธ์ขององค์กรต่าง ๆ ในชุมชน ซึ่งนำไปสู่การเข้าไปสร้างสัมพันธภาพและแสวงหาแนวร่วมกับแกนนำกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ ด้วยโดยเฉพาะ ผู้สูงอายุ สมาชิกองค์กรบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ ผู้นำชุมชน ทุกระดับทั้งในระดับชุมชนและระดับองค์กร จนนำมาสู่การรวมกลุ่มที่ไม่เป็นทางการในชุมชน 2 กลุ่ม คือ กลุ่มคนทำงานป้องกันภาวะทุพพลภาพ และกลุ่มประเมินภาวะทุพพลภาพ ซึ่งมีการทำงานและเป้าหมายแตกต่างกัน

กลุ่มคนทำงานป้องกันภาวะทุพพลภาพ มีเป้าหมายเพื่อร่วมกันดำเนินกิจกรรมป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ด้วยตนเอง ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มคนทำงานที่อยู่ในส่วนการผลักดันนโยบาย และส่วนปฏิบัติการ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ผู้ช่วย สารวัตรกำนัน สมาชิก องค์กรบริหารส่วนตำบล และกลุ่มคนที่ทำหน้าที่ประเมินภาวะทุพพลภาพ มีเป้าหมายเพื่อประเมินภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุด้วยตนเอง ซึ่งในชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับชุมชน มีครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบ 10 ครอบครัวต่อ 1 คน เป็นผู้ที่สามารถ มองเห็นปัญหาและการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างรวดเร็ว และเป็นกลุ่มองค์กรที่ถูกมอบหมายให้มีบทบาทดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจากหน่วยงานของรัฐต้องส่งรายงานผู้สูงอายุให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกเดือน อีกทั้งชุมชนยอมรับในบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับการดูแลสุขภาพของชุมชน แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของแต่ละหมู่บ้าน เป็นกลุ่มที่ถูกคัดเลือกจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและผู้นำชุมชนยอมรับให้เป็นผู้ประเมินภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุกระจายครอบคลุม 4 กลุ่มหมู่บ้านในตำบล จำนวน 7 คน

(2) กระบวนการพัฒนาศักยภาพของทีมงานในชุมชน: การเรียนรู้จากสภาพจริงของชุมชนและเปิดเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

(2.1) กระบวนการพัฒนาทีมประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

กระบวนการพัฒนาศักยภาพทีมประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ประกอบด้วยการประเมินความรู้และทักษะการประเมินภาวะสุขภาพ ด้วยวิธีสัมภาษณ์เจาะลึกเพื่อประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การออกแบบวางแผนพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะในการประเมินภาวะสุขภาพร่วมกัน ซึ่งพบว่าแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องการความรู้และทักษะการประเมินภาวะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องจากผู้เชี่ยวชาญ และต้องการฝึกปฏิบัติจริงก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล กำหนดเนื้อหาการฝึกอบรมความรู้และทักษะในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจึงถูกกำหนดและออกแบบการเรียนรู้ตามความต้องการของทีมประเมินภาวะสุขภาพ ใช้ระยะเวลาอบรม 1 วัน โดยมีผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุจากมหาวิทยาลัยขอนแก่นเป็นวิทยากร เนื้อหาการอบรมประกอบด้วย ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การฝึกปฏิบัติการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในภาคสนาม และการเรียนรู้จากกรณีศึกษา โดยจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสมองเสื่อม และภาวะซึมเศร้าจากสื่อวิดีโอ เนื้อหาประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และภาวะสมองเสื่อม ฝึกปฏิบัติเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมจากกรณีศึกษาและการทดสอบผลการเรียนรู้ทักษะการประเมินภาวะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเปรียบเทียบกับผู้เชี่ยวชาญ

(2.2) กระบวนการพัฒนาคณะทำงานป้องกันภาวะสุขภาพ

กระบวนการวางแผนพัฒนาคณะทำงานป้องกันภาวะสุขภาพ เริ่มต้นจากการจัดกิจกรรมการประชุมหารือแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุของกลุ่มองค์กร และหน่วยงานในชุมชน พบว่าทำให้เกิดการสะท้อนสภาพปัญหาการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ทำให้กลุ่มองค์กรและหน่วยงานได้มองเห็นสภาพปัญหาของผู้สูงอายุร่วมกัน เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุของแต่ละองค์กรและหน่วยงาน ทำให้เกิดการออกแบบวางแผนกิจกรรมโครงการป้องกันภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ร่วมกันในตำบล และมีการออกแบบจัดกิจกรรมการพัฒนาคณะทำงานป้องกันภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และเพื่อส่งเสริมการจัดกิจกรรมป้องกันการเกิดภาวะสุขภาพในชุมชน และขยายการมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะสุขภาพสู่ผู้คนแต่ละในชุมชน โดยเนื้อหาการจัดกิจกรรมอบรม ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะสุขภาพ และการป้องกันการเกิดภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยสถานที่อบรมในวัดของแต่ละชุมชน และใช้วิธีการเรียนรู้จากกรณีศึกษาจริงในชุมชน ซึ่งพบว่าขณะอบรมคณะทำงานป้องกันภาวะสุขภาพของแต่ละชุมชนให้ความสนใจสอบถามเรื่องราวของผู้สูงอายุในชุมชนตนเองที่ประสบภาวะสุขภาพ และทำหน้าที่ร่วมสนับสนุนการประเมินภาวะสุขภาพของทีมประเมินภาวะสุขภาพในชุมชน

3) ผลลัพธ์ของการพัฒนาทีมงานป้องกันภาวะทุพพลภาพในชุมชน: ความรู้และทักษะการประเมินภาวะทุพพลภาพฝังตึงในทีมประเมินภาวะทุพพลภาพของชุมชน และขยายการมีส่วนร่วมในชุมชน

หลังจากการอบรมแกนนำในการประเมินภาวะทุพพลภาพ พบว่า ความรู้และทักษะในการประเมินภาวะทุพพลภาพฝังตึงอยู่ในทีมประเมินภาวะทุพพลภาพของชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4 คน และเยาวชน จำนวน 3 คนของชุมชน ที่ผ่านกระบวนการพัฒนาความรู้และทักษะในการประเมินภาวะทุพพลภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งหลังการประเมินภาวะทุพพลภาพ 1 ปี หน่วยราชการต้นสังกัดได้ให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประเมินภาวะทุพพลภาพผู้สูงอายุส่งหน่วยงานจากส่วนกลาง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจึงมอบหมายให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคนทำหน้าที่ประเมินภาวะทุพพลภาพผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมการประเมินภาวะทุพพลภาพ 4 คน ได้ทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำแนะนำและเป็นผู้ดูแลการประเมินภาวะทุพพลภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และในการประเมินภาวะทุพพลภาพหลังการวิจัยทีมประเมินภาวะทุพพลภาพเหล่านี้สามารถประเมิน

หลังการประเมินภาวะทุพพลภาพ 1 ปี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่เป็นทีมประเมินภาวะทุพพลภาพ และต้องทำหน้าที่ประเมินภาวะทุพพลภาพให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อส่งหน่วยราชการในสังกัดสะท้อนประสบการณ์การประเมินภาวะทุพพลภาพให้ฟังว่า

“อันนั้นอยากเล่าให้ฟัง ว่าหลังจากเราเก็บข้อมูลกันเสร็จ ปีนี้ทางอนามัยเอาแบบสอบถามมาให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเฮ็ด บ่ได้แนะนำบ่ได้สอน บอกแต่ว่าจังหวัดให้ทำ เป็นแบบคล้ายๆกับที่เฮาทำ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในหมู่บ้านบ่มีคนเข้าใจสักคนเขามาถาม เร(นามสมมติ)ต้องสอนเขา ต้องแนะนำและช่วยทำให้ทั้งหมด IDI-Vol1-M3-38

“อาสาสมัครสาธารณสุขประจำบ้านดูง่ายขึ้น ดูจากการเคลื่อนไหวของผู้เฒ่า การดูแลเจ้าของ ช่วยเจ้าของได้ปานกลาง แต่มีปัญหาทำงานบ้านบ่ได้ มีปัญหาการเคลื่อนไหวการเดินทาง ส่วนซุ่มคิดเตียงเบ้งงานคือซุ่มช่วยช่วยเจ้าของบ่ได้ ได้แต่นอนหรือนั่งอยู่กับมุ้ง และก็ซุ่มคิดสังคัมเบ้งง่ายมาก คือซุ่มที่ไปไหนมาไหนได้ แจกเบี้ยก็ออกไปรับเบี้ย นั้นแหละซุ่มปกติเลยละ” IDI-Vol-M5-25

หลังจากการประเมินภาวะทุพพลภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ ได้มีกิจกรรมการสะท้อนผลการประเมินภาวะทุพพลภาพ เพื่อให้ทีมงานป้องกันภาวะทุพพลภาพในชุมชน ทั้ง 2 ทีม ได้มองเห็นสภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพในบริบทของชุมชนร่วมกัน โดยใช้วิธีการเวทีโสเทห์ ซึ่งมีกลุ่มองค์กร และ หน่วยงานทั้งหมดในตำบลเข้าร่วม มีจำนวน 43 คน ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบลและคณะ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและคณะ ผู้ใหญ่บ้านและผู้นำชุมชนทุกหมู่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทีมประเมินภาวะทุพพลภาพ แกนนำผู้สูงอายุ ครู กศน. และนักวิจัย ในการสะท้อนสภาพปัญหาของผู้สูงอายุในชุมชน ที่ถูกเก็บรวบรวมโดยทีมประเมินภาวะทุพพลภาพของชุมชนของชุมชนเอง ทำให้เกิดการตื่นตัวแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุของแต่ละองค์กรและหน่วยงาน บรรยายภาคในการจัดเวทีโสเทห์ทุกคนร่วมแสดงความคิดเห็น จนนำไปสู่การแต่งตั้งคณะกรรมการป้องกันภาวะ

คุณภาพของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างเป็นทางการ และเกิดแผนงานกิจกรรมการแก้ไขปัญหาภาวะคุณภาพผู้สูงอายุร่วมกันของในชุมชน โดยมีการมอบหมายให้องค์กร และหน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบนำแผนงานแก้ไขปัญหาไปดำเนินการและนำมาเสนอความก้าวหน้าครั้งต่อไป ซึ่งแผนงานการออกกำลังกาย มีกลุ่มผู้สูงอายุบ้านคูที่ได้รับการสนับสนุนให้ดำเนินการโดยงบของกองทุนสุขภาพตำบล ส่วนการเยี่ยมบ้านและการฟื้นฟูสภาพเป็นบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นอกจากนี้ทีมงานในชุมชนได้ออกแบบให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการวางแผนจัดกิจกรรม โดยจัดกิจกรรมสอบถามความต้องการของผู้สูงอายุทั้ง 4 กลุ่มหมู่บ้าน ในวันแจกเบี้ยผู้สูงอายุและวางแผนประชุมคณะทำงานป้องกันภาวะคุณภาพของตำบลทุก 3 เดือน เพื่อติดตามความก้าวหน้าของการทำงานและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การป้องกันภาวะคุณภาพของคณะทำงาน โดยมีนักวิจัยเป็นผู้ให้คำปรึกษา

“เรื่องของผู้สูงอายุเป็นเรื่องของทุกคนต้องช่วยกัน มันมีผลหากประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าว สังเกตว่าผู้นำเป็นตัวสำคัญ องค์การบริหารส่วนตำบล กับ รพ.สต.” OBP-Lead-T2-16

“ทำอย่างไรร่างกายผู้สูงอายุจะแข็งแรงนั้น ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไปไปไหนมาไหนได้ก็จะจัดทำโครงการออกกำลังกาย ไร่ไม้พลอง ช่วยเหลือตนเองไม่ให้ป่วยกลุ่มป่วยก็ดูแลสุขภาพ ส่วนผู้ที่อยู่บ้าน กลุ่มไม่ออกกำลังกาย ถ้าไปไหนมาไหนไม่ได้ก็อยากจัดเยี่ยมบ้านกัน ดูแลกัน” OBP-Lead-T1-16

“วันที่เรามอบเบี้ยยังชีพให้ผู้สูงอายุ เราจัดอบรมกันก่อนตอนช่วงเช้า แล้วประมาณ 11 โมงก็แจกเบี้ยก็ดีนะ” OBP-Lead-T1-34

4.4.2 กระบวนการป้องกันภาวะคุณภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

1) สถานการณ์และบริบททางสังคมวัฒนธรรมของชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะคุณภาพผู้สูงอายุในชุมชน

จากการศึกษาบริบททางสังคมวัฒนธรรมของชุมชน โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ที่เกี่ยวข้อง จำนวนทั้งหมด 132 คน การสนทนากลุ่ม จำนวน 11 ครั้ง การสังเกตแบบมีส่วนร่วม จำนวน 19 ครั้งและการประเมินภาวะคุณภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยวิธีการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่บ้าน จำนวน 506 คน สามารถวิเคราะห์และสรุปบริบทของชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะคุณภาพของผู้สูงอายุ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

(1) ผู้สูงอายุในชุมชนมีโอกาสเกิดภาวะคุณภาพ จากปัญหาโรคเรื้อรังร่วม การหล่มภาวะสมองเสื่อม และอายุที่มากกว่า 75 ปี

ผู้สูงอายุในชุมชนเกือบ 2 ใน 3 มีปัญหาเรื่องโรคเรื้อรัง โรคที่พบบ่อยที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ต้อกระจก โรคข้อเสื่อมและผู้สูงอายุ 1 ใน 4 ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่า 2 ชนิด มากกว่าหนึ่งในสี่มีอาการสงสัยภาวะซึมเศร้า และมีอาการสงสัยภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 12.6 ปัญหาโรคเรื้อรังเป็นปัญหาที่สำคัญ และเป็นปัจจัยหนึ่งในสี่ที่พบมีสัมพันธ์กับการเกิดภาวะคุณภาพรุนแรง ซึ่งเรียงตามลำดับ

ความเข้มแข็งของความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพ โรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 ชนิด AOR 3.63(95%CI 1.78-7.41) หกล้ม AOR 3.21(95%CI 1.53-6.73) อายุมากกว่า 75 ปี AOR 2.78(95%CI 1.33-5.80) และมีภาวะสมองเสื่อม AOR 2.29(95%CI 1.01-5.20) นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ แม้จะส่วนใหญ่จะมีกิจกรรมด้านร่างกายด้วยการประกอบอาชีพ แต่เมื่อเริ่มมีอายุมากขึ้นโดยเฉพาะในรายที่มีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป หรือมีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จะหยุดประกอบอาชีพทางการเกษตร ทำงานเล็กๆน้อยๆ ในร่ม ในขณะที่พบว่าผู้สูงอายุมีการหกล้มภายในบ้านมากกว่าการหกล้มนอกบ้าน โดยสถานที่หกล้มภายในบ้านส่วนใหญ่ คือ ห้องน้ำ ซึ่งพบว่าเกือบทั้งหมดเป็นโถส้วมแบบนั่งยองๆ และไม่มีราวจับในห้องน้ำ แม้ว่าบางครั้งครอบครัวผู้สูงอายุมีปัญหาช่วยเหลือได้น้อยและเคลื่อนไหวลำบาก อย่างไรก็ตามพบว่าการมีส่วนร่วมกับการกิจกรรมในสังคมเป็นปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพรุนแรงในผู้สูงอายุ AOR 0.13(95%CI 0.06-0.27) ซึ่งผู้สูงอายุในชุมชนร้อยละ 85.2 ยังคงมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม ทั้งงานบุญประเพณีและกิจกรรมทางศาสนา

(2) หนึ่งในเก้าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีภาวะทุพพลภาพ และการพึ่งพากิจวัตรด้านการเคลื่อนไหวเป็นปัญหาหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ

จากการศึกษาพบ อัตราตอบกลับของกลุ่มผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 98.25 และพบว่าผู้สูงอายุทั้งหมดในชุมชนเกือบ 2 ใน 3 เป็นเพศหญิง มีอายุมัธยฐาน 66 ปี (IQR = 62.8, 72.0 ปี) พบว่ามีความชุกของการเกิดภาวะทุพพลภาพรุนแรงของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ร้อยละ 11.9 (95%CI= 9.23-15.07) โดยเป็นการพึ่งพาระดับปานกลางถึงรุนแรง ร้อยละ 7.7 พึ่งพาระดับรุนแรงร้อยละ 3.0 และพึ่งพาทั้งหมด ร้อยละ 1.2 โดยผู้สูงอายุเกือบครึ่งหนึ่งมีระยะเวลาการพึ่งพาอยู่ในช่วงระหว่าง 7-12 เดือน และพบว่ากิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุปฏิบัติได้ยากลำบากเรียงตามลำดับ 5 อันดับแรกคือ การกลืนปัสสาวะ การเดินขึ้นลงบันได การลุกนั่งจากที่นอนจากเตียงไปเก้าอี้ การเดินภายในบ้าน และการใช้ห้องสุขา ทั้งหมดเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว ส่วนกิจกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ การล้างหน้าแปรงฟัน การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การขับถ่าย อุจจาระ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือเพียงเล็กน้อย เช่น การช่วยจัดเตรียมอุปกรณ์ การช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายไปยังสถานที่ทำกิจกรรมเท่านั้น ซึ่งการต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรขึ้นพื้นฐานเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระทำให้ผู้ดูแลต้องยากลำบาก มีความรู้สึกทุกข์ทรมานใจใจ และบางคนมีความรู้สึกที่ตนเองถูกตีตราชุมชน

(3) ความเชื่อของชุมชนเกี่ยวกับความกตัญญูกตเวที และการเคารพนับถือผู้สูงอายุ เป็นวิถีปฏิบัติที่ยึดเหนี่ยวให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากครอบครัวและชุมชน

ชุมชนมีมุมมองที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ควรแก่การเคารพนับถือ เป็นผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับสิ่งที่เป็นศูนย์รวมจิตใจของชุมชน ได้แก่ พิธีกรรมทางศาสนา ทางวัฒนธรรม ผู้ใกล้ชิดข้อพิพาทในชุมชน เป็นผู้ให้คำแนะนำ คำชี้แนะแก่ชุมชน ในการปฏิบัติเกี่ยวกับพิธีกรรมต่างๆในชุมชน ผู้สูงอายุจึงมีบทบาท เป็นผู้นำที่สำคัญทางด้านศาสนาและพิธีกรรมให้กับชุมชน นอกจากนี้ชุมชนยังคงให้ความสำคัญของการปฏิบัติต่อพ่อแม่ ต่อผู้สูงอายุในครอบครัว โดยมีความเชื่อและปฏิบัติสืบต่อกันมาเกี่ยวกับ “ความกตัญญู กตเวที” การดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุที่เป็นพ่อแม่ต้องเป็นหน้าที่ของลูก ซึ่งหากลูกที่ต้องทำหน้าที่เลี้ยงดูพ่อแม่ ทอดทิ้งพ่อแม่

ไม่ทดแทนคุณพ่อแม่ ทำให้พ่อแม่ หรือผู้สูงอายุเสียใจ จะถูกประณามว่าอกตัญญูต่อพ่อแม่ ชาวบ้านดิฉินนินทา และถูกประณามว่าเป็นคนเนรคุณ อกตัญญูต่อพ่อแม่ ทำสิ่งใดจะไม่เจริญ ส่วนคนที่ดูแลพ่อแม่ดีจะได้รับคำชื่นชมว่ามีความกตัญญู แม้ปัจจุบันการปฏิบัติไม่เข้มข้นเหมือนในอดีต แต่ชุมชนยังคงเป็นวิถีปฏิบัติการดำเนินชีวิตของผู้คนในชุมชน ชุมชนยังมีการขอขมาผู้สูงอายุช่วงสงกรานต์ ใช้สรรพนามที่แสดงถึงความเคารพเรียกผู้สูงอายุว่า พ่อใหญ่ แม่ใหญ่ และใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลพ่อแม่โดยเฉพาะลูกสาวเป็นผู้ที่ถูกครอบครัวและสังคมคาดหวังให้ทำหน้าที่เป็นผู้ “เลี้ยงพ่อเลี้ยงแม่” และเชื่อว่าลูกสาวจะทำหน้าที่เลี้ยงดูดูแลพ่อแม่ยามชราและยามเจ็บป่วยได้ดีกว่าคนอื่น ๆ

(4) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพเป็นเรื่องภายในครอบครัว และก่อให้เกิดภาระหนัก ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัว ซึ่งขาดทั้งประสิทธิภาพของการดูแล และเวลาในการดูแล

การดูแลผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาภาวะทุพพลภาพเป็นการดูแลระยะยาว ในระยะแรกของการเจ็บป่วยผู้สูงอายุและครอบครัวจะได้รับความช่วยเหลือและการเยี่ยมเยียนจากชุมชน ซึ่งเป็นชุมชนบทที่ผู้คนในชุมชนรู้จักกัน ไปมาหาสู่ช่วยเหลือกัน มีความสัมพันธ์เชิงเครือญาติ แต่เมื่อระยะการเจ็บป่วยที่ยาวนานพบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพเป็นเรื่องภายในครอบครัวที่ผู้ดูแลและครอบครัวต้องดูแลและรับผิดชอบเพียงลำพัง ทำให้เกิดภาระและผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัวทั้งด้านเศรษฐกิจ ทำให้ผู้ดูแลบางคนต้องหยุดงานหรือลาออกจากงานประจำ ครอบครัวขาดรายได้ ทำให้ครอบครัวส่วนใหญ่มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นทั้งการรักษาพยาบาล และค่าอุปกรณ์ ทำให้บางครอบครัวเกิดหนี้สิน และพบว่า การดูแลบางกิจกรรมต้องใช้ระยะเวลาและต้องใช้แรงมาก ทำให้ผู้ดูแลซึ่ง เกิดปัญหาความเมื่อยล้า มีอาการปวดกล้ามเนื้อ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพยังทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด มีอารมณ์เปลี่ยนแปลง และมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับชุมชนลดลง ในขณะเดียวกันผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การดูแล ผู้ป่วย และเกือบทั้งหมดไม่มีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ และเกือบหนึ่งในหกมีอาการป่วยด้วยโรคเรื้อรังมาก่อนการเป็นผู้ดูแล กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพหลัก จึงเพียงการดูแลการทำกิจวัตรประจำวันตั้งแต่ตื่นนอนจนเข้านอนเท่านั้น ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกาย เพื่อให้กลับคืนสู่ภาวะปกติจากครอบครัว นอกจากนี้พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน ประกอบอาชีพหลัก คือ อาชีพทำนา รองมาเกือบร้อยละ 22 มีอาชีพรับจ้าง ปัญหาภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลส่วนหนึ่งอพยพเข้าไปทำงานในกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่ หรือ โรงงานในเมืองขอนแก่นช่วงกลางวันแบบเข้าไปเย็นกลับ ทำให้ผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพขาดคนดูแลต้องอาศัยคู่สมรสและหลาน และอยู่บ้านช่วงกลางวันเพียงลำพัง

(5) องค์กรในชุมชนเห็นความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ แต่ขาดความเชื่อมโยงระบบบริการสู่ชุมชน และขาดการบูรณาการเป้าหมายรวมของตำบล

พบว่าหน่วยงานภาครัฐในชุมชนไม่มีแผนงานชัดเจนเกี่ยวกับการดูแลและความช่วยเหลือสำหรับผู้สูงอายุด้านสวัสดิการ กิจกรรมส่วนใหญ่เป็นการช่วยเหลือเฉพาะกิจ หรือตามนโยบายภาครัฐ เช่น เบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุทุกราย แจกเครื่องนุ่งห่มช่วงฤดูหนาว ส่วนการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ ไม่มีระบบการช่วยเหลือที่ชัดเจน ความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุ ส่วนการดูแลด้านสุขภาพพบว่าสถานบริการสุขภาพในชุมชนให้ไม่เอื้อต่อการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ ทำให้ผู้สูงอายุที่มี

ภาวะทุพพลภาพรุนแรงต้องเข้ารับบริการในหน่วยบริการอื่น เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เกิดปัญหาการขาดนัด และพบว่าระบบบริการสุขภาพในชุมชน ขาดการเชื่อมโยงระบบการดูแลผู้สูงอายุกับครอบครัว ขาดการติดตามอย่างต่อเนื่อง และการสนับสนุนความรู้และทักษะให้กับผู้สูงอายุในครอบครัว ภาวะการดูแลเป็นของครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุขาดการฟื้นฟูสภาพ นอกจากนี้พบว่าการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในชุมชนเป็นการดำเนินกิจกรรมเฉพาะส่วนขององค์กร ขาดการบูรณาการภาพรวมของตำบล

การดำเนินกิจกรรมป้องกันภาวะทุพพลภาพของทีมงานในชุมชน ถูกมอบหมายให้หน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่โดยตรงในแต่ละกิจกรรมดำเนินการ ซึ่งกระบวนการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน สามารถจำแนกออกเป็น 2 รูปแบบ คือ การป้องกันภาวะทุพพลภาพในของกลุ่มผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ และ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ ซึ่งผลการวิเคราะห์รูปแบบและกระบวนการดำเนินงานป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุทั้ง 2 รูปแบบ มีรายละเอียดต่อไปนี้

2) กระบวนการป้องกันภาวะทุพพลภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การพัฒนากระบวนการป้องกันภาวะทุพพลภาพของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ตั้งแต่การประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ดูแล การวางแผนป้องกันและฟื้นฟูภาวะทุพพลภาพ พัฒนากระบวนการป้องกันและฟื้นฟูภาวะทุพพลภาพ และการประเมินผลการป้องกันและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ ซึ่งรายละเอียดการวิเคราะห์กระบวนการป้องกันภาวะทุพพลภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

(1) กลไกขับเคลื่อนการป้องกันภาวะทุพพลภาพกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพในชุมชน

จากการวิเคราะห์กระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่ากลไกการขับเคลื่อนกระบวนการป้องกันภาวะทุพพลภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ มีผู้ดูแลในครอบครัวเป็นองค์ประกอบหลักของกลไกการขับเคลื่อนการป้องกันและฟื้นฟูภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ ภายใต้การสนับสนุนของทุกองค์กรในชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรการบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ด้วยการบูรณาการ เชื่อมโยง การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพกับระบบการบริการผู้สูงอายุของหน่วยงานและองค์กรในชุมชน มีเป้าหมาย เพื่อฟื้นฟูสภาพให้ผู้สูงอายุกลับคืนสู่ภาวะปกติให้มากที่สุด เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเอง และดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณค่า และพบว่ากิจกรรมการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชนต้องสอดคล้องกับวัฒนธรรมชุมชนและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชนเป็นกลไกขับเคลื่อน กระบวนการป้องกันภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุของชุมชนในครั้งนี้ อาศัยวัฒนธรรมของชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ 3 ประการ คือ ความสัมพันธ์เครือญาติกันในสังคมชนบท ค่านิยมความเชื่อผู้สูงอายุเป็นผู้อาวุโสที่ควรให้การเคารพ และความเชื่อเรื่องความกตัญญูทดแทนที่ต่อพ่อแม่ผู้สูงอายุ นอกจากนี้พบว่าการดำเนินกิจกรรมป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน อาศัยภูมิปัญญาที่มีอยู่ในท้องถิ่น และการเปิดพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้และสะท้อนเพื่อพัฒนากระบวนการป้องกันภาวะ

คุณภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ทำให้การมองภาพผู้สูงอายุในชุมชนขยายวงกว้าง และเกิดกระบวนการออกแบบวางแผนแก้ไขปัญหามาเพื่อป้องกันภาวะคุณภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

(2) กิจกรรมการป้องกันและฟื้นฟูภาวะคุณภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

การดำเนินกิจกรรมป้องกันภาวะคุณภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะคุณภาพประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่

(2.1) การเยี่ยมบ้าน กิจกรรมเยี่ยมบ้าน ทำให้กลุ่มองค์กรในชุมชนร่วมรับรู้สภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะคุณภาพรุนแรงแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน การพัฒนาทีมเยี่ยมบ้านโดยการจัดอบรมฝึกการเยี่ยมบ้านจากกรณีศึกษาจริง ให้เกิดการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และทีมเยี่ยมบ้าน ทำให้ได้รับรู้ปัญหาความต้องการและเป็นการติดตามประเมินความก้าวหน้าของการป้องกันและฟื้นฟูภาวะคุณภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

(2.2) การฟื้นฟูสภาพโดยใช้ภูมิปัญญาในชุมชน พบว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะคุณภาพเป็นการดูแลระยะยาว (Long care term) ในครอบครัว ซึ่งพบว่าสภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะคุณภาพในชุมชนที่ผ่านมาคือ การไม่ได้รับฟื้นฟูสภาพเนื่องจากผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะการฟื้นฟูสภาพ การค้นหาภูมิปัญญาของชุมชนที่เป็น Best Practice ในการฟื้นฟูสภาพ เป็นสิ่งที่ชุมชนมีความคุ้นเคยและเป็นองค์ความรู้ของชุมชนที่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตในชุมชน จะทำให้การฟื้นฟูภาวะคุณภาพมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ซึ่งพบว่าการฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุ มี 2 แนวทาง คือ การฟื้นฟูสภาพเพื่อป้องกันข้อติด ได้แก่ การนวดแผนไทย การใช้ก้านดานกระโถก กายภาพบำบัด และ การฟื้นฟูสภาพเพื่อฝึกการทรงตัวและการเดิน ได้แก่ การฝึกเดินราวไม้ และฝึกอบรมผู้ดูแล โดยเฉพาะหมอนวดแผนไทยในชุมชนเป็นแหล่งภูมิปัญญาที่สำคัญในการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ

(2.3) การปรับสภาพแวดล้อม ปัญหาสภาพแวดล้อมในชุมชนที่สำคัญคือ ห้องนอนผู้สูงอายุที่ทึบพลภาพส่วนใหญ่นอนบนฟูก และห้องน้ำ พบส่วนใหญ่เป็นส้วมแบบนั่งยอง และไม่มีราวจับ ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการหกล้มสูง การดัดแปลงสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อป้องกันการเกิดภาวะคุณภาพ จึงมีความจำเป็นต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะคุณภาพและช่วยฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุได้รวดเร็วขึ้น อย่างไรก็ตามพบว่า การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งที่ครอบครัวทำเองได้ยากถ้าไม่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรในชุมชน

(2.4) สนับสนุนกายอุปกรณ์ กายอุปกรณ์ที่มีความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะคุณภาพ และสามารถช่วยฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุได้ พบว่าการสนับสนุนกายอุปกรณ์เป็นบทบาทหน้าที่ขององค์กรบริการส่วนตำบล ที่สามารถสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะคุณภาพได้ทุกราย ภายใต้การประเมินประเภทความต้องการของกายอุปกรณ์มีความจำเป็นแต่ละระยะ

จะเห็นได้ว่ากิจกรรมการดูแลทั้ง 4 เรื่อง เป็นภารกิจของหน่วยงานในชุมชน ที่หน่วยงานสามารถพัฒนาเพื่อให้เกิดแนวทางปฏิบัติในการป้องกันและฟื้นฟูภาวะคุณภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนได้ การเชื่อมโยงกิจกรรมการป้องกันภาวะคุณภาพเข้าสู่ในระบบงานประจำจึงมีความสำคัญและทำให้เกิดความยั่งยืนของกระบวนการป้องกันและฟื้นฟูภาวะคุณภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ภารกิจ

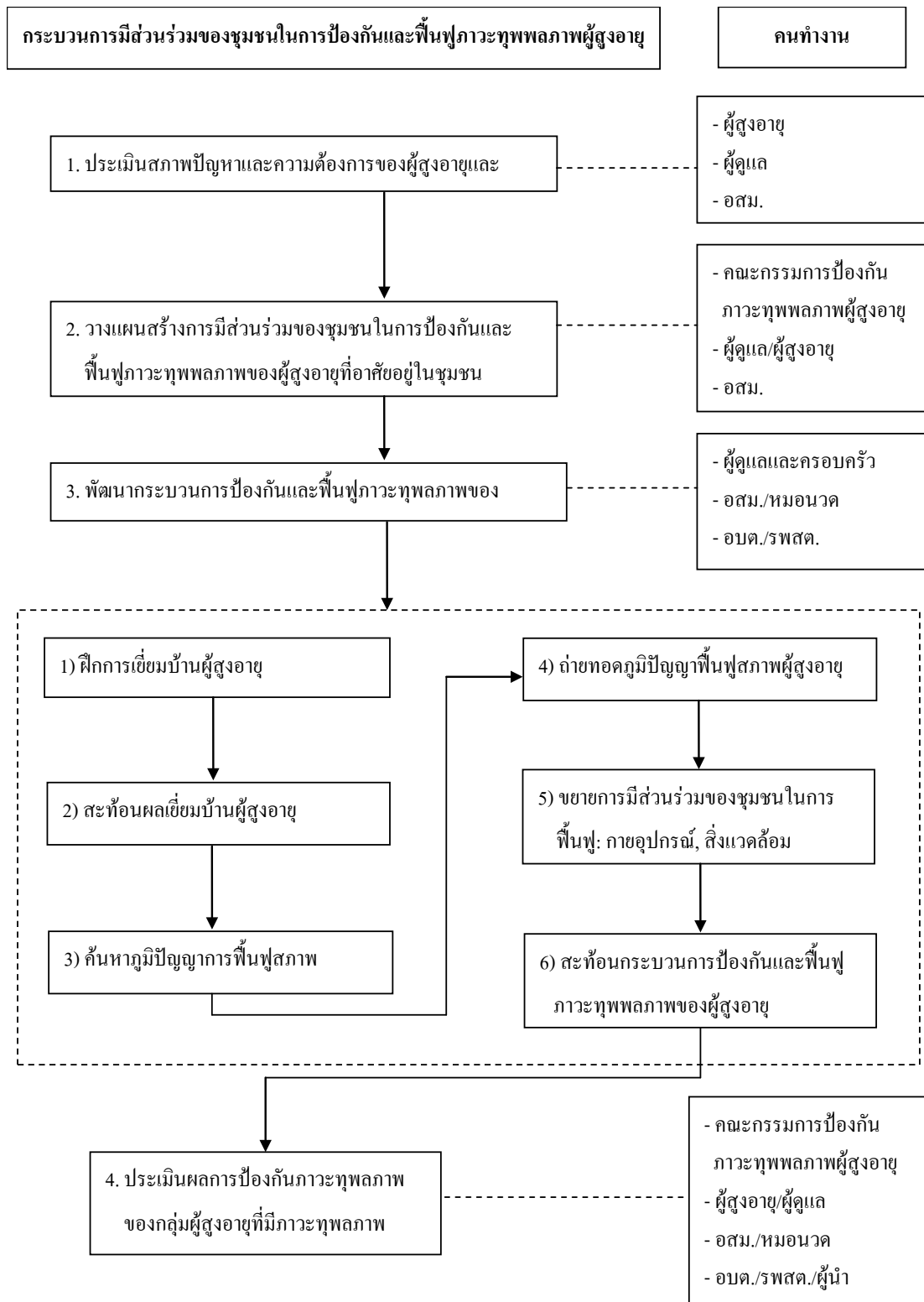
ในช่วงระยะปีที่ 2 หน่วยงานที่มีหน้าที่จึงดำเนินการดูแลต่อ โดยกิจกรรมการเยี่ยมบ้านและการฟื้นฟูสภาพ ได้รับการดูแลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และกิจกรรมการสนับสนุนช่วยเหลือกายอุปกรณ์ เบาะ ผู้พิการ และการปรับปรุงที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่ยากจน องค์การบริหารส่วนตำบลบริการกิจดูแล โดยอาศัยงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล

“โครงการนี้เป็นการเริ่มต้นขยายผล ต่อไปการแจกเบี้ยยังชีพในแต่ละบ้านต้องขยายผลออก และโครงการดูแล เพื่อให้กำลังใจก็ควรทำต่อไป แล้วอีกอย่างหนึ่งโครงการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โครงการเข้มแข็งในเดือนเมษายน เขาก็ขยายผลต่อไป” OBP-Lead-T2-23

“ก็เยี่ยมผู้สูงอายุ บางคนเห็นใจหลาย ที่มีคนมาเยี่ยม พอใจหลาย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก็มีหน้าที่ไปเยี่ยมและก็ไปหา บางคนหลังเขาไปเยี่ยมเห็นก็ดูแลกันดีขึ้นหลายเคส” IDI-Vol1-M3-70

ดังนั้น กระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จึงเป็นกระบวนการป้องกันภาวะทุพพลภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ โดยผู้ดูแลในครอบครัว ภายใต้การสนับสนุนของทุกองค์กรในชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ด้วยการบูรณาการเชื่อมโยง การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพกับระบบการบริการผู้สูงอายุของหน่วยงานและองค์กรในชุมชน มีเป้าหมาย เพื่อฟื้นฟูสภาพให้ผู้สูงอายุกลับคืนสู่ภาวะปกติให้มากที่สุด เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเอง และดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณค่า และอาศัยกิจกรรมการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยใช้ภูมิปัญญาในท้องถิ่น และสอดคล้องกับวัฒนธรรมชุมชนและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชน ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ ความสัมพันธ์เครือญาติกันในสังคมชนบท ค่านิยมความเชื่อผู้สูงอายุเป็นผู้อาวุโสที่ควรให้การเคารพ และความเชื่อเรื่องความกตัญญูทวดที่ต่อพ่อแม่ผู้สูงอายุ

ซึ่งกระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปได้ดังภาพต่อไปนี้



ภาพที่ 15 กระบวนการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

3) กระบวนการป้องกันภาวะทุพพลภาพผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการวิเคราะห์กระบวนการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าที่เริ่มต้นจากการวิเคราะห์สภาพปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ การวางแผนป้องกันภาวะทุพพลภาพ จากประชุมโสเหระของกลุ่มองค์กรและหน่วยงานที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน องค์กรบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่รพ.สต. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำผู้สูงอายุ จนนำมาสู่การดำเนินพัฒนากระบวนการป้องกันภาวะทุพพลภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ และประเมินผลกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถสรุปได้ดังแผนภาพต่อไปนี้

(1) กลไกขับเคลื่อนการป้องกันภาวะทุพพลภาพกลุ่มของผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพในชุมชน

กระบวนการขับเคลื่อนการป้องกันภาวะทุพพลภาพของกลุ่มผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพรุนแรงในชุมชน พบว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน กระบวนการขับเคลื่อนการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุจะเกิดขึ้นได้ เมื่อผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพเกิดความตระหนักและตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเอง และนำมาสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพ และกระบวนการขับเคลื่อนที่อาศัยกลุ่มหรือชมรมของผู้สูงอายุในชุมชนจะทำให้เกิดการมีส่วนร่วม และได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานและองค์กรในชุมชน ได้แก่ องค์กรบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้นำชุมชน นอกจากนี้พบว่ากิจกรรมการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมชุมชน และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเป็นกลไกขับเคลื่อนให้เกิดการดำเนินกิจกรรมป้องกันภาวะทุพพลภาพ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้อาศัยวัฒนธรรมและอาศัยภูมิปัญญา ที่มีอยู่ในชุมชน ได้แก่ คนตรี และสรงกัญ และเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสะท้อนเพื่อพัฒนากระบวนการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน

(2) กิจกรรมการป้องกันและฟื้นฟูภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

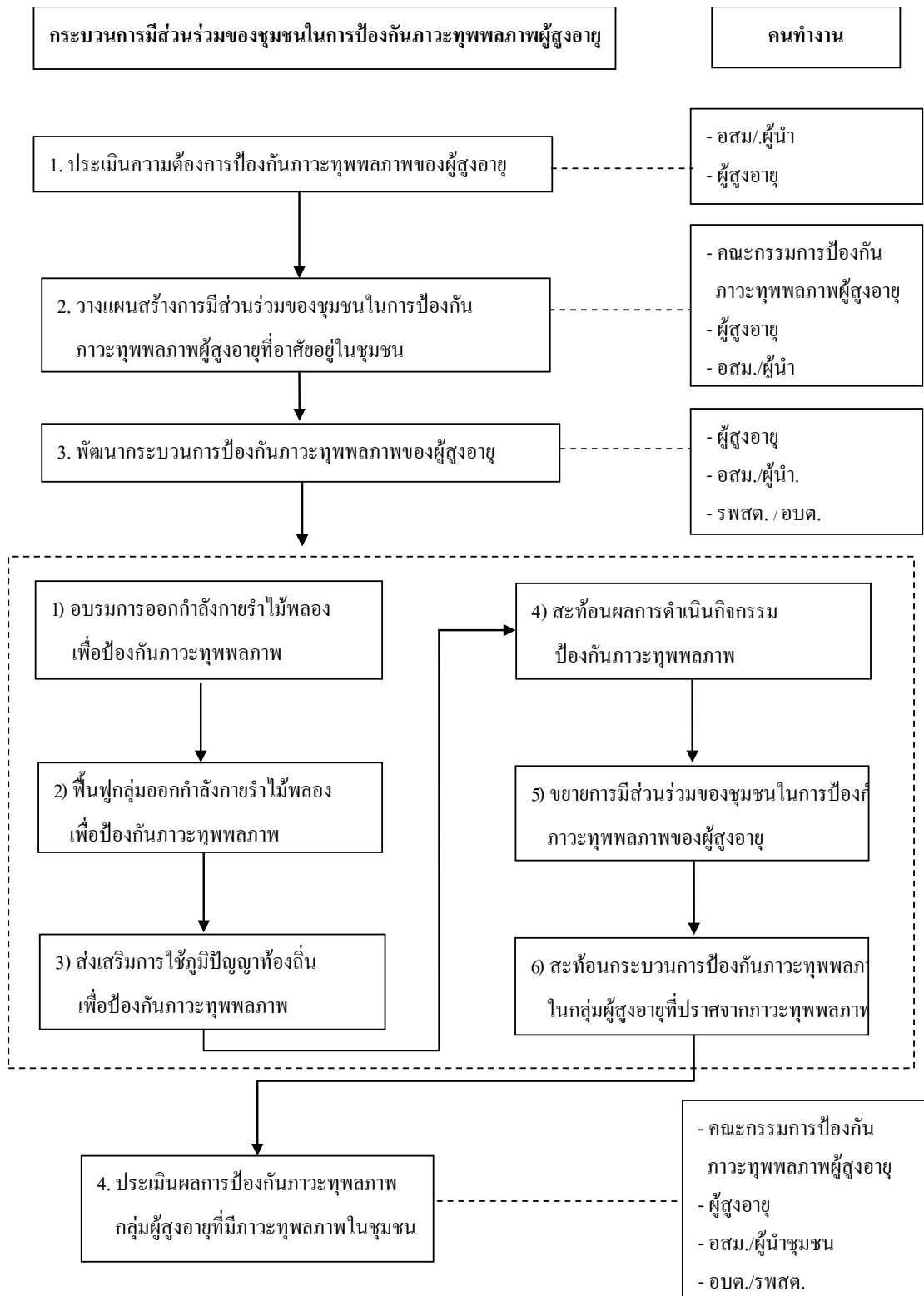
จากการวิเคราะห์กระบวนการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชนพบว่า กิจกรรมการป้องกันภาวะทุพพลภาพที่ ประกอบด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้

(2.1) การส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยเฉพาะ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพื่อส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกายเป็นกิจกรรมป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุได้ และสามารถลดปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพที่สามารถควบคุมได้ เช่น การหกล้ม ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดัน โรคเบาหวาน

(2.2) การจัดกิจกรรมเพื่อลดปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพ ได้แก่ การป้องกันการหกล้มโดยใช้ไม้เท้า การให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองของโรคความดันโลหิต และโรคเบาหวาน

อย่างไรก็ตามการออกแบบกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะทุพพลภาพควรเป็น กิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตเป็นภูมิปัญญาชุมชน วัฒนธรรมของชุมชน หรือสิ่งที่มีอยู่แล้วในชุมชน เช่น กลุ่มรำไม้พลองของบ้านกู จะทำให้ได้รับความสนใจและเกิดแรงจูงใจในการต่อยอดการพัฒนา โดยเฉพาะวิถีชีวิตของผู้สูงอายุอีสาน คนตรีหมอรา สรภัญ เป็นสิ่งที่อยู่คู่กับงานบุญประเพณี ที่ให้ความสุขแก่ผู้สูงอายุตั้งแต่เด็กจนชรา และเกิดการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้สูงอายุและชุมชน

จากการวิเคราะห์กระบวนการขับเคลื่อนการป้องกันภาวะทุพพลภาพของกลุ่มผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพรุนแรงในชุมชน พบว่าการป้องกันภาวะทุพพลภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ เป็นกระบวนการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพโดยผู้สูงอายุ เพื่อทำให้เกิดความตระหนักและตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเอง และนำมาสู่การดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและลดปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพที่อาศัยภูมิปัญญาในท้องถิ่น ที่มีสอดคล้องกับวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุและชุมชน โดยการสนับสนุนของกลุ่มองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน ได้แก่ องค์กรบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้นำชุมชน ซึ่งกระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปได้ดังภาพต่อไปนี้



ภาพที่ 16 กระบวนการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

4.3.3 รูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการศึกษากระบวนการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า เป็นกระบวนการป้องกัน และลดการเกิดภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพของภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระลดการพึ่งผู้อื่น โดยอาศัยภูมิปัญญาท้องถิ่นและวัฒนธรรมชุมชนที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน ด้วยการสนับสนุนจากกลุ่มหรือองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในชุมชน ซึ่งพบว่าประกอบด้วยกระบวนการที่สำคัญ 3 ประการดังต่อไปนี้

1) กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันภาวะทุพพลภาพ เป็นกระบวนการมีส่วนร่วมเริ่มต้นจากการมีส่วนร่วมในระดับบุคคลและครอบครัว และขยายการมีส่วนร่วมสู่กลุ่มหรือองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ตั้งแต่การประเมินภาวะทุพพลภาพ การวางแผนป้องกันภาวะทุพพลภาพ การดำเนินกิจกรรมป้องกันภาวะทุพพลภาพ และการประเมินผลรูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพ โดยอาศัยต้นทุนทางวัฒนธรรมของชุมชน ได้แก่ ค่านิยม ความเชื่อ ภูมิปัญญาท้องถิ่น ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน โดยเฉพาะ ค่านิยมเกี่ยวกับความกตัญญูทดแทน และการเคารพนับถือผู้สูงอายุ เป็นค่านิยมร่วมที่สำคัญของชุมชนในการดำเนินกิจกรรมป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

2) กระบวนการป้องกันภาวะทุพพลภาพของกลุ่มผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพรุนแรง พบว่า ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งกระบวนการขับเคลื่อนการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุจะเกิดขึ้นได้ เมื่อผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพเกิดความตระหนักและตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเอง จะนำมาสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพ โดยอาศัยภูมิปัญญาและวัฒนธรรมชุมชนที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายด้วยรำไม้พลอง คนตรีอีสาน และการขับร้องสรภัญ การประกอบอาชีพกลางแจ้ง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมบุญประเพณีในชุมชน และลดปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพที่สามารถควบคุมได้แก่ โรคเรื้อรังร่วม การหกล้ม ภายใต้การสนับสนุนของกลุ่มองค์กรต่างๆ ในชุมชน เช่น ครอบครัว องค์กรการบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กลุ่มเพื่อน และผู้นำชุมชน

3) กระบวนการป้องกันภาวะทุพพลภาพของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพรุนแรง พบว่า ผู้สูงอายุเหล่านี้ช่วยเหลือตนเองได้น้อย และต้องการการพึ่งพาสูง ผู้ดูแลในครอบครัวเป็นผู้ที่มีความสำคัญ และเป็นกลไกหลักของการขับเคลื่อนการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ และการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพต้องการการมีส่วนร่วมสูง จากกลุ่มหรือองค์กรต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ด้วยการสนับสนุนตามภารกิจของหน่วยงานในชุมชน ได้แก่ องค์กรการบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ด้วยการบูรณาการเชื่อมโยงการดูแล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพกับระบบการบริการดูแลผู้สูงอายุของหน่วยงานและองค์กรในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้และดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ ภายใต้คำนิยามความเชื่อเรื่อง การเคารพผู้อาวุโส และความกตัญญูทดแทนต่อพ่อแม่ผู้สูงอายุ รวมทั้งการออกแบบกิจกรรมการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยใช้ภูมิปัญญาในท้องถิ่น สอดคล้องกับวัฒนธรรมชุมชนและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชนได้แก่ การเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการดูแลด้วยอาสาสมัครในชุมชน การฟื้นฟูสภาพด้วยการนวดแผนไทย การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม และการสนับสนุนกายอุปกรณ์

จากกระบวนการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้ง 2 รูปแบบ สามารถสรุปความหมายของ รูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง องค์ประกอบและการทำหน้าที่ กลไกการขับเคลื่อน กระบวนการดำเนินงาน และแนวทางการประเมินผล การป้องกันภาวะทุพพลภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อลดการเกิดภาวะทุพพลภาพ และทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) โครงสร้างพื้นฐานของรูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วยองค์ประกอบดังต่อไปนี้

(1) กระบวนการมีส่วนร่วมส่วนร่วมของชุมชน เป็นกระบวนการเริ่มต้นที่สำคัญของการป้องกันภาวะทุพพลภาพในชุมชนที่อาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ คน ได้แก่ กลุ่มคนที่เกี่ยวข้องกับและมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุทั้งที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการในชุมชน ค่านิยมร่วม เป็นค่านิยมความเชื่อที่ยึดเหนี่ยวให้กลุ่มคนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้ความสำคัญและให้ความช่วยเหลือการดำเนินกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีความแตกต่างตามบริบทของชุมชน และทุน เป็นทุนในชุมชนที่ถูกนำมาใช้ในการดำเนินกิจกรรมป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งที่เป็นรูปเงิน แรงกาย และวัสดุสิ่งของ องค์ประกอบ 3 ปัจจัยดังกล่าวเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนขึ้น

(2) กระบวนการป้องกันภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ ซึ่งในกระบวนการนี้มีองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ ผู้สูงอายุ เป็นองค์ประกอบหลักของกระบวนการป้องกันภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ และนำไปสู่องค์ประกอบรองได้แก่ วัฒนธรรมและภูมิปัญญาที่ใช้ในการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ

(3) กระบวนการป้องกันภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ ในกระบวนการนี้ ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ต้องพึ่งพา และต้องการการดูแลระยะยาว ผู้ดูแลในครอบครัวจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในกระบวนการ โดยอาศัยองค์ประกอบวัฒนธรรมความเชื่อและภูมิปัญญาที่ใช้ในการดูแลเพื่อป้องกันและฟื้นฟูภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะค่านิยมความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ

2) ขับเคลื่อนรูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเกิดจาก 3 องค์ประกอบ คือ

(1) กลุ่มองค์กรในชุมชน ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ได้แก่ องค์กรบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ผู้นำชุมชน ผู้สูงอายุ ที่เห็นความสำคัญและมีส่วนร่วมในกระบวนการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน

(2) วัฒนธรรมของชุมชน ได้แก่ ค่านิยมความเชื่อ และภูมิปัญญาของชุมชนที่ถูกนำมาใช้ในการป้องกันและฟื้นฟูภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

(3) โซนเหว เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นการเปิดพื้นที่เพื่อให้ชุมชนเกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูล และแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และทำให้เกิดการขยายมุมมอง ขยายการมีส่วนร่วม

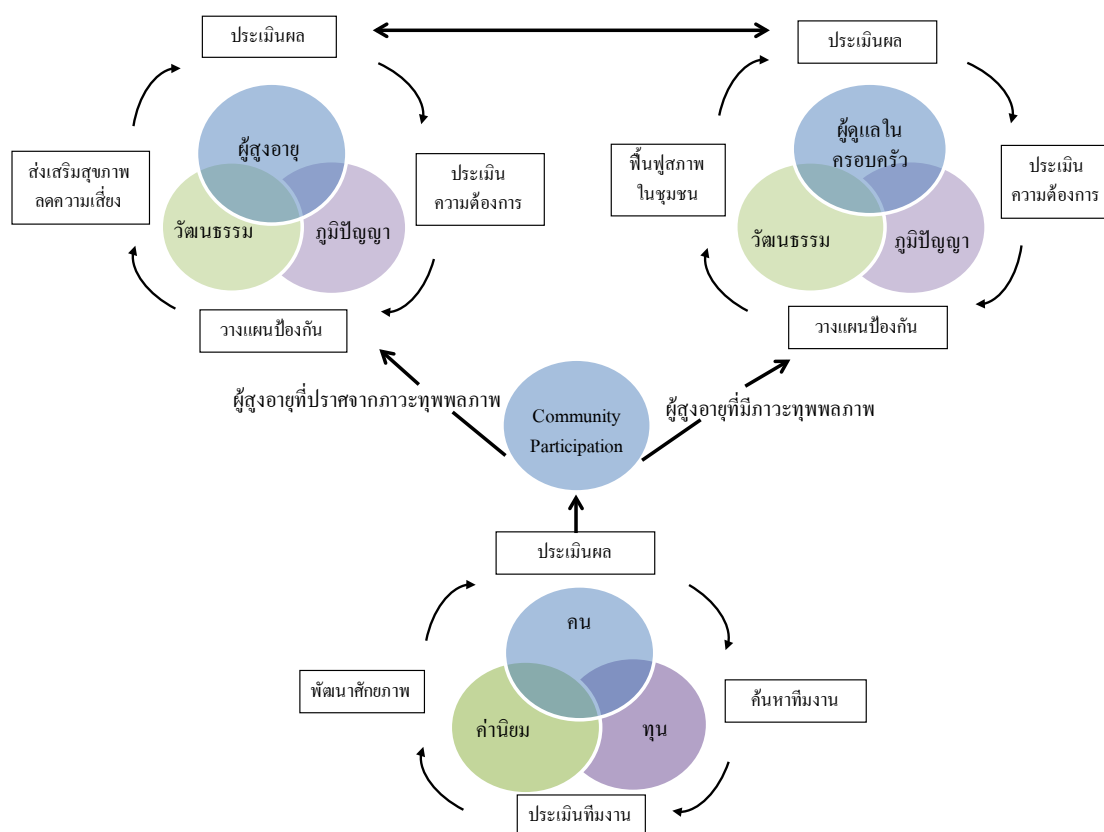
3) กระบวนการดำเนินการ เพื่อป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน

รูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน อาศัยกระบวนการดำเนินการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมิน การวางแผน การดำเนินกิจกรรม และการประเมินผล ซึ่งในกระบวนการดำเนินกิจกรรมอาศัยภูมิปัญญาท้องถิ่นและวัฒนธรรมของชุมชนและการดำเนินกิจกรรมของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพและผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ กิจกรรมที่แตกต่างกัน โดยกิจกรรมการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน การฟื้นฟูภาวะทุพพลภาพ เช่น นวดแผนไทย ถ่านกระโถก การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม เช่น ราวจับเดิน ราวในห้องน้ำ เคียงแคร์ และการสนับสนุนกายอุปกรณ์ ส่วนในผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ ได้แก่ การออกกำลังกาย เช่น เซิ้งอีสาน ดนตรีหมอรา สรรภญให้ความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง การใช้ไม้พลอง-ไม้เท้าการป้องกันการหกล้ม

4) การประเมินผลป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน

การประเมินผลรูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชน สามารถแบ่งการประเมินผลออกเป็น 2 มิติ ได้แก่ การประเมินผลการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันภาวะทุพพลภาพ เป็นการประเมินผลกระบวนการดำเนินกิจกรรมการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ ในระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มหรือองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินกิจกรรมป้องกันภาวะทุพพลภาพผู้สูงอายุในชุมชน ตั้งแต่กระบวนการร่วมตัดสินใจ การวางแผน การเข้าร่วมดำเนินกิจกรรม การระดมทรัพยากรในชุมชนรวมถึงการนำภูมิปัญญาและวัฒนธรรมชุมชน นอกจากนี้การประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพ ได้แก่การประเมิน ความสุขของภาวะทุพพลภาพ ระดับความรุนแรงของภาวะทุพพลภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพ

ซึ่งรูปแบบป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังกล่าวสรุปได้แผนภาพต่อไปนี้



ภาพที่ 17 รูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพในของกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการสังเคราะห์ของการดำเนินกระบวนการป้องกันภาวะทุพพลภาพทั้งในกลุ่มที่มีภาวะทุพพลภาพ และปราศจากภาวะทุพพลภาพ พบว่ารูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีจุดเด่นดังต่อไปนี้

1) รูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมที่สำคัญในชุมชน ได้แก่

(1) จากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพเป็นเรื่องภายในครอบครัว ที่ผู้ดูแลและครอบครัวต้องรับภาระหนักเพียงลำพัง ทำให้ชุมชนเกิดการรับรู้ปัญหาของผู้สูงอายุและผู้ดูแล มีการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ โดยใช้ทรัพยากรในชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน

(2) เดิมองค์กรในชุมชนที่แม้จะเห็นความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ แต่การทำงานขององค์กรต่างๆ ขาดความเชื่อมโยงในระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และขาดการบูรณาการเป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุของตำบล หลังการวิจัยพบว่าระบบการดูแลผู้สูงอายุถูกบรรจุในแผนงานของกองทุนสุขภาพตำบลและขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และอยู่ในภารกิจของหน่วยงานด้านสาธารณสุขที่เข้ามาดูแลผู้สูงอายุในชุมชนต่อ

(3) วิถีชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเดิมไม่มีกลุ่มออกกำลังกายในหมู่บ้านมานาน 7 ปี หลังการดำเนินวิจัยจนถึงปัจจุบันนี้พบว่าทุกชุมชนผู้สูงอายุและกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการรวมกลุ่มออกกำลังกายช่วงเย็น อาทิตย์ละอย่างน้อย 3 วัน

2) กระบวนการป้องกันภาวะทุพพลภาพผู้สูงอายุในชุมชน เป็นวงล้อกระบวนการพัฒนาแบบ Plan – Do – Check – Act ซึ่งทำให้เกิดการพัฒนากระบวนการอย่างต่อเนื่อง และสามารถประยุกต์ใช้ได้ตามบริบทของชุมชน

3) กระบวนการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน อาศัยวัฒนธรรมของชุมชนและภูมิปัญญาที่มีในท้องถิ่น ซึ่งเป็นเทคโนโลยีในชุมชนทำให้สามารถถ่ายทอดและสอดแทรกอยู่ในวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ครอบครัวและชุมชนได้ง่าย และมีโอกาสเกิดความยั่งยืนได้

4) กระบวนการมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนทำให้มีความรู้ในการประเมินภาวะทุพพลภาพและทำให้พนักงานนวดแผนไทยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ ซึ่งมีผลทำให้ผู้สูงอายุได้รับการฟื้นฟูภาวะทุพพลภาพและได้รับการประเมินคัดกรองที่ถูกต้อง

“ตอนนี้สิ่งที่เห็นชัดเจนคือ ผู้สูงอายุได้รับการเหลียวแล องค์การบริหารส่วนตำบลมีโครงการให้เยี่ยมดูแลผู้สูงอายุ อนามัยของเราก็อนุมัติให้เยี่ยม แต่ละบ้านมีการตื่นตัวกันหลาย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอุบตพาเข้าของหลายชิ้น” IDI-Vol1-M3-59

“ตอนนี้ก็เสนอโครงการเข้าไปทาง องค์การบริหารส่วนตำบล ก็ที่เฮาประชุมกันเมื่อเดือนตุลาคม นั้นแหละที่ผู้สูงอายุหกล้มในห้องน้ำ ตอนนี้อ้องการบริหารส่วนตำบลก็รับปากจะทำราวในห้องน้ำให้ผู้สูงอายุทุกหลัง อันนี้หลังจากที่เฮาประชุมกัน ก็อยากให้มาช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีปัญหาช่วยเหลือตนเองได้ ตนเองเลยไป ไปของด้วยตนเอง องค์การบริหารส่วนตำบลรับปากจะทำให้แล้ว” IDI-Vol-M5-27

“ปี 53 มีโครงการออกกำลังกาย ม.1 เพียง 1 โครงการ ปี 54 มีโครงการเยี่ยมบ้านช่วงสงกรานต์ 1 โครงการ ปี 55 มีเงินตกลงมา 265,660 บาท สนับสนุนโครงการออกกำลังกายหมู่บ้าน 1 ไป 30,000 บาท โครงการเยี่ยมบ้านโครงการศูนย์เรียนรู้ 13,000 บาท โครงการฟั้ธรรมของผู้สูงอายุ 72,000 บาท โครงการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุจำนวนเงินน่าจะประมาณ 30,000 บาท” IDI-L3-M1-30