

บทที่ 5

สรุปผลวิจัยและการอภิปรายผล

5.1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่เขตชนบท ครอบคลุมหมู่บ้านทั้งหมด 8 หมู่บ้าน ตำบลคูคำ อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งมีระยะเวลาตั้งแต่ช่วงเดือนสิงหาคม 2554 – กุมภาพันธ์ 2556 รวมระยะเวลา 29 เดือน มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษารูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และวัตถุประสงค์รอง คือ 1) ศึกษา ความหมาย มุมมอง และบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชน 2) เพื่อศึกษาความชุกและลักษณะภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน 3) เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน และ 4) เพื่อศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน

โดยขั้นตอนการศึกษาวิจัย ประกอบด้วย 4 คือ ขั้นตอนที่ 1 สร้างทีมงานในชุมชน ขั้นตอนที่ 2 ประเมินภาวะทุพพลภาพและบริบทชุมชน ขั้นตอนที่ 3 พัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมชุมชน และขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลรูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพ และใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสำรวจ การสังเกต การสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม และศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องแล้วนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้วยสถิติ Multivariable logistic Regression เปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการดำเนินการวิจัยโดยใช้ 95% CI, Willcoxon Sign Rank Test สถิติไคร้สแควร์ (Chi-Square) และ McNemar Test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพถูกนำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และวิเคราะห์ประเด็น (Thematic analysis) จัดกลุ่มของข้อมูลจากรหัสข้อมูลและนำไปสู่การสร้างบทสรุปย่อ เพื่อสร้างบทสรุปของการศึกษาแต่ละประเด็น (Thematic analysis) ตามวัตถุประสงค์การวิจัย และสร้าง Framework จากข้อมูลที่ได้ในภาคสนาม

ผลการวิจัย สรุปได้ดังต่อไปนี้

5.1.1 ความหมาย มุมมอง และบริบททางสังคมวัฒนธรรม ที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน

ชุมชนมีมุมมองว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ควรแก่การเคารพนับถือ ซึ่งเป็นสิ่งที่สังคมถือปฏิบัติกันมานาน ผู้สูงอายุยังถูกสังคมกำหนดให้เป็นผู้มีบทบาทเกี่ยวข้องกับสิ่งที่เป็นศูนย์รวมจิตใจของชุมชน ได้แก่ พิธีกรรมทางศาสนา ทางวัฒนธรรม ผู้ใกล้ชิดข้อพิพาทในชุมชน ผู้ให้คำแนะนำ คำชี้แนะแก่ชุมชน ในการปฏิบัติพิธีกรรมต่าง ๆ ของชุมชน ผู้สูงอายุจึงมีบทบาทเป็นผู้นำที่สำคัญทางด้านศาสนา และพิธีกรรมของชุมชน แม้ปัจจุบันวิถีปฏิบัติดังกล่าวจะเปลี่ยนแปลง แต่ยังคงมีกิจกรรมที่สื่อถึงการเคารพผู้สูงอายุ หรือ พ่อแม่ ได้แก่ การขอขมา ช่วงวันสงกรานต์ สรรพนามที่ใช้เรียกผู้สูงอายุ เป็นคำที่แสดงออกถึงความเคารพนับถือ “พ่อใหญ่ แม่ใหญ่” นอกจากนี้ชุมชนยังคงให้ความสำคัญของการปฏิบัติต่อพ่อแม่ และผู้สูงอายุในครอบครัว โดยมีค่านิยมความเชื่อเรื่อง “ความกตัญญู กตเวทิต์” ดังนั้นการดูแลเอาใจใส่ พ่อแม่ที่สูงอายุต้องเป็นหน้าที่ของคุณ ซึ่งหากลูกที่

ทำหน้าที่เลี้ยงดูพ่อแม่ ทอดทิ้งพ่อแม่ ไม่ทดแทนคุณพ่อแม่ ทำให้พ่อแม่ หรือผู้สูงอายุเสียใจ จะถูกประณามว่า “อกตัญญู” “เป็นคนเนรคุณ” ต่อพ่อแม่ ชาวบ้านดิฉินนินทา ส่วนคนที่ดูแลพ่อแม่ดีจะได้รับคำชื่นชมว่ามีความกตัญญู แม้ปัจจุบันจะไม่ความเข้มข้นเหมือนในอดีตแต่ยังมีผลทำให้เกิดความตระหนัก และเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลพ่อแม่ โดยเฉพาะลูกสาวเป็นบุคคลที่ถูกครอบครัวและสังคมคาดหวังให้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล “เลี้ยงพ่อแม่” และเชื่อว่าลูกสาวจะทำหน้าที่เลี้ยงดูพ่อแม่ยามชราและยามเจ็บป่วยได้ดีกว่าคนอื่นๆ ส่วนองค์กรในชุมชนพบว่า มีหน่วยงานที่มีภารกิจดูแลผู้สูงอายุในชุมชน อย่างไรก็ตามพบว่า ไม่มีบริการดูแลด้านสุขภาพเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ การบริการดูแลรวมกับผู้รับบริการทั่วไป โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ ไม่มีแหล่งบริการ หรือความช่วยเหลืออย่างชัดเจนทั้งด้านสุขภาพสวัสดิการ ภาระการดูแลเป็นเรื่องของผู้ดูแลและครอบครัว

ส่วนภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ ในมุมมองของชาวบ้าน สามารถจำแนกออกเป็น 3 กลุ่มอาการ ได้แก่ “ห้อย” หมายถึง กลุ่มที่มีปัญหาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขน ขา จนนำไปสู่การไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ “ห่อม” หมายถึง กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ทำให้มีปัญหาสุขภาพอ่อนแอลง และช่วยเหลือตนเองได้น้อย และ “ป่วย” หมายถึง กลุ่มผู้สูงอายุที่อายุมีการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง และถูกเงินที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยตามมา และทำให้ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ภาวะทุพพลภาพจึงสื่อความหมายถึงความยากลำบากในการเคลื่อนไหว และ การช่วยเหลือตนเองได้น้อยทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น

การต้องพึ่งพาผู้อื่นจากปัญหาภาวะทุพพลภาพทำให้เกิดผู้สูงอายุรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง รู้สึกว่าเป็นภาระแก่ผู้อื่น ถูกตีตรา ทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานใจ รู้สึกอยากตาย รู้สึกอับอาย และยังพบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพเป็นเรื่องภายในครอบครัว ที่ผู้ดูแลและครอบครัวต้องดูแลและรับผิดชอบเพียงลำพัง ทำให้เกิดการระแวงและผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัว ทั้งด้านเศรษฐกิจ จากการหยุดงานหรือลาออกจากงานประจำ มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นทั้งการรักษาพยาบาล และค่าอุปกรณ์ จนบางครอบครัวเกิดหนี้สิน ภาระด้านร่างกาย พบว่าการดูแลผู้สูงอายุบางกิจกรรมต้องใช้ระยะเวลาและต้องใช้แรงมาก ทำให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาความเมื่อยล้า มีอาการปวดกล้ามเนื้อ นอกจากนี้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพทำให้เกิดผลกระทบด้านจิตใจ ผู้ดูแลมีความเครียด มีอารมณ์เปลี่ยนแปลง และทำให้มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง ในขณะที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย กิจกรรมการดูแลหลักจึงมีเพียงการดูแลกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพไม่ได้รับการป้องกันและฟื้นฟูสภาพจากผู้ดูแลและครอบครัว

5.1.2 ความชุก ลักษณะภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ และ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนก่อนดำเนินกิจกรรมการวิจัย

พบว่าความชุกของการเกิดภาวะทุพพลภาพรุนแรงของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ร้อยละ 11.9 (95% CI = 9.23-15.07) โดยเป็นการพึ่งพาระดับปานกลางถึงรุนแรง ร้อยละ 7.7 พึ่งพาระดับรุนแรงร้อยละ 3.0 และพึ่งพาทั้งหมดร้อยละ 1.2 โดยผู้สูงอายุเกือบครึ่งหนึ่งมีระยะเวลาการพึ่งพา อยู่ในช่วงระหว่าง 7-12 เดือน และพบว่ากิจกรรมประจำวันที่ผู้สูงอายุปฏิบัติได้ยากลำบาก เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว ได้แก่ การกลั้นปัสสาวะ การเดินขึ้นลงบันได การลุกนั่งจากที่นอน จากเตียงไปเก้าอี้ การเดินภายในบ้าน และการใช้ห้องสุขา ส่วนกิจกรรมการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือเพียงเล็กน้อย เช่น การช่วยจัดเตรียมอุปกรณ์ การช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายไปยังสถานที่ทำกิจกรรมเท่านั้น

ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพรุนแรง พบมี 4 ปัจจัย เรียงตามลำดับความเข้มแข็งของความสัมพันธ์ ดังนี้ 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) และพบว่าการมีส่วนร่วมกับการกิจกรรมในสังคม เป็นปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพรุนแรงในผู้สูงอายุ AOR 0.13(95%CI 0.06-0.27) โดยเฉพาะปัญหาโรคเรื้อรัง ที่พบเกือบ 2 ใน 3 มีปัญหาเรื่องโรคเรื้อรัง โรคที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ต้อกระจก โรคข้อเสื่อม และผู้สูงอายุ 1 ใน 4 ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่า 2 ชนิด ส่วนการหกล้ม พบว่าผู้สูงอายุมีการหกล้มภายในบ้านมากกว่าการหกล้มนอกบ้าน สถานที่ส่วนใหญ่ คือ ห้องน้ำ และพบว่าเกือบทั้งหมดใช้ไม้ส้วมแบบนั่งยองๆ และไม่มีราวจับในห้องน้ำ แม้ว่าบางครอบครัวผู้สูงอายุมีปัญหาช่วยเหลือได้น้อยและเคลื่อนไหวลำบากก็ตาม

5.1.3 รูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

กระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ กลไกการขับเคลื่อน กระบวนการดำเนินงาน และแนวทางการประเมินผล การป้องกันภาวะทุพพลภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อลดการเกิดภาวะทุพพลภาพ และทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ ซึ่งพบว่า รูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมที่สำคัญในชุมชน ได้แก่

1) จากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพเป็นเรื่องภายในครอบครัว ที่ผู้ดูแลและครอบครัว ต้องรับภาระหนักเพียงลำพัง ทำให้ชุมชนเกิดการรับรู้ปัญหาของผู้สูงอายุและผู้ดูแล มีการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ โดยการใช้ทรัพยากรในชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน

2) ก่อนการวิจัยเดิมองค์กรในชุมชนที่แม้จะเห็นความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ แต่การทำงานขององค์กรต่าง ๆ ขาดความเชื่อมโยงในระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และขาดการบูรณาการเป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุของตำบล หลังการวิจัยพบว่าระบบการดูแลผู้สูงอายุถูกบรรจุในแผนงานของกองทุนสุขภาพตำบลและขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และอยู่ในภารกิจของหน่วยงานด้านสาธารณสุขที่เข้ามาดูแลผู้สูงอายุในชุมชนต่อ

3) วิถีชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเดิมไม่มีกลุ่มออกกำลังกายในหมู่บ้านมานาน 7 ปี หลังการดำเนินวิจัยจนถึงปัจจุบันนี้พบว่าทุกชุมชนผู้สูงอายุและกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการรวมกลุ่มออกกำลังกายช่วงเย็น อาทิตย์ละอย่างน้อย 3 วัน

นอกจากนี้พบว่ากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 กระบวนการ ได้แก่

4) กระบวนการพัฒนาการป้องกันภาวะทุพพลภาพของกลุ่มผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การคัดกรองภาวะทุพพลภาพและความเสี่ยง

กระบวนการคัดกรองเป็นกระบวนการเริ่มต้นในการป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่สะท้อนสภาพปัญหาผู้สูงอายุภายในชุมชน ทำให้ชุมชนเกิดความตระหนักถึงการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในการประเมินคัดกรองปัญหาของชุมชนเป็นหัวใจสำคัญ ที่ทำให้เกิดการยอมรับผลการประเมินและนำไปสู่กระบวนการออกแบบวางแผนแก้ไขปัญหของชุมชน ในกระบวนการคัดกรองภาวะทุพพลภาพและความเสี่ยง การคัดกรอง ประกอบด้วย 2 อย่าง คือ การประเมินภาวะทุพพลภาพ ซึ่งกระบวนการประเมินภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุโดยชุมชน จำเป็นต้องใช้เครื่องมือคัดกรองที่มีความแม่นยำ และสะดวกต่อการใช้งานสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยปฐมภูมิ และ กลุ่มอาสาสมัครในชุมชน เครื่องมือ Barthel index มีจุดเด่นเนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้ระยะเวลาประเมินไม่เกิน 5 นาที สามารถจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุได้ และเป็นเครื่องมือที่มีใช้อย่างแพร่หลายในประเทศไทย นอกจากนี้กลุ่มอาสาสมัครในชุมชนที่เข้าร่วมกระบวนการประเมินควรมีความสามารถในการอ่านและเขียนได้ต้องแคล้วหรือมีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และต้องได้รับการอบรมหรือฝึกการใช้เครื่องมือ ในการคัดกรองผู้สูงอายุจะใช้จุดตัดที่มีภาวะทุพพลภาพรุนแรง มีคะแนนประเมินภาวะทุพพลภาพ น้อยกว่า 12 คะแนน เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีความต้องการการพึ่งพาตั้งแต่ในระดับรุนแรงปานกลางถึงการพึ่งพาทั้งหมด และมีความจำเป็นต้องการดูแลระยะยาว ส่วนการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ ประเมินจากปัจจัยที่ก่อกำเนิดภาวะทุพพลภาพ 4 ปัจจัย ได้แก่ มีโรคเรื้อรังร่วม มีประวัติหกล้มมากกว่า 1 ครั้งในรอบ 6 เดือน มีอาการสงสัยสมองเสื่อม โดยประเมินจากแบบประเมิน MMSE และมีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป หากพบปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งสามารถจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงได้

ขั้นตอนที่ 2 วางแผนป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุโดยชุมชน

การประชุมและสะท้อนผลข้อมูลของการประเมินภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชน จะทำให้การมองภาพผู้สูงอายุในชุมชนขยายวงกว้าง ทำให้ทุกคนมองเห็นสภาพปัญหาเดียวกัน และเกิดกระบวนการออกแบบวางแผนแก้ไขปัญหาเพื่อป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นกิจกรรมบริการที่มีอยู่ในระบบโครงสร้างองค์กรของชุมชนอยู่แล้ว ทั้งการดูแลสุขภาพมีโรงพยาบาลชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกลไกขับเคลื่อน ส่วนการดูแลด้านสวัสดิการสังคมมีองค์การบริหารส่วนตำบลและผู้นำชุมชนเป็นผู้ดูแล และการดูแลด้านสังคมมีกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเป็นผู้ให้การสนับสนุนดูแลกันตามวิถีชีวิตอิสาน อย่างไรก็ตามการออกแบบกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะทุพพลภาพควรเป็นกิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ และเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุมีอยู่แล้วในชุมชน เช่น การดำเนินของกลุ่มรำไม้พลองของบ้านคู หรือ กลุ่มปลูกผักปลอดสารพิษของบ้านหม้อ

ขั้นตอนที่ 3 การป้องกันภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมของชุมชน

การออกแบบกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะทุพพลภาพ ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่

1) การส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยเฉพาะ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกายเป็นกิจกรรมป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุได้ และสามารถลดปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพที่สามารถควบคุมได้ เช่น การหกล้ม ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดัน โรคเบาหวาน

2) การจัดกิจกรรมเพื่อลดปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพ ได้แก่ การป้องกันการหกล้มโดยใช้ไม้เท้า การให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองของโรคความดันโลหิต และ โรคเบาหวาน

ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวควรสอดคล้องกับวิถีชีวิตเป็นภูมิปัญญาชุมชน วัฒนธรรมของชุมชน หรือสิ่งที่มีอยู่แล้วในชุมชน จะได้รับความสนใจและเกิดแรงจูงใจในการต่อยอดการพัฒนา โดยเฉพาะวิถีชีวิตของผู้สูงอายุอีสาน คนตรีอีสาน สรภัญ เป็นสิ่งที่อยู่คู่กับงานบุญประเพณี ที่ให้ความสุขแก่ผู้สูงอายุตั้งแต่เด็กจนชรา

ขั้นตอนที่ 4 กระบวนการประเมินผลการป้องกันภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ

กระบวนการประเมินผลการป้องกันภาวะทุพพลภาพของในผู้สูงอายุ เป็นกระบวนการสำคัญที่ใช้ประเมินรูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพในประเด็นของการมีส่วนร่วมของชุมชน ความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพกับวัฒนธรรมของชุมชน โดยประเมินจากระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินกิจกรรมป้องกันและฟื้นฟูภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ และประสิทธิผลของการดำเนินการป้องกันภาวะทุพพลภาพหลังการดำเนินการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพ และ ภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกระบวนการวิจัยโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

5) กระบวนการพัฒนาการป้องกันภาวะทุพพลภาพของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพและผู้ดูแล

กิจกรรมการประเมินความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพเป็นกระบวนการการประเมินความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่มีภาวะทุพพลภาพ ประกอบด้วย การประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ การดูแลกิจกรรมประจำวัน การฟื้นฟูสภาพ สิ่งแวดล้อมในบ้าน และอุปกรณ์ช่วยเหลือ โดยผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการเยี่ยมในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบุคลากรสาธารณสุข เพื่อประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 2 วางแผนป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุโดยชุมชน

กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพเป็นบทบาทหน้าที่ของครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ คนในชุมชนส่วนใหญ่มีส่วนร่วมน้อย การวางแผนออกแบบจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะทุพพลภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพทุกคน จากการสะท้อนผลข้อมูลของการประเมินภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน ทำให้ทุกคนมองเห็นสภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพและครอบครัว เกิดกระบวนการออกแบบวางแผนแก้ไขปัญหามาตรฐานที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ดูแล

ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินกิจกรรมป้องกันภาวะทุพพลภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ

การดำเนินกิจกรรมป้องกันภาวะทุพพลภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่

1) การเยี่ยมบ้าน เป็นกิจกรรมเยี่ยมบ้านที่ทำให้กลุ่มองค์กรในชุมชนร่วมรับรู้สภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพรุนแรงแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน การพัฒนาทีมเยี่ยมบ้านของชุมชน โดยการจัดอบรมฝึกการเยี่ยมบ้านจากกรณีศึกษาจริง ทำให้เกิดการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพล

ภาพอย่างสม่ำเสมอ ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และทีมเยี่ยมบ้าน ทำให้ได้รับรู้ปัญหาความต้องการและเป็นการติดตามประเมินความก้าวหน้าของการป้องกันและฟื้นฟูภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

2) การฟื้นฟูสภาพในชุมชนโดยภูมิปัญญาในชุมชน ปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพในชุมชนที่ผ่านมาคือการไม่ได้รับฟื้นฟูสภาพเนื่องจากผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะการฟื้นฟูสภาพ การค้นหาภูมิปัญญาของชุมชนที่เป็น Best Practice ในการฟื้นฟูสภาพ เป็นสิ่งที่ชุมชนมีความคุ้นเคยและเป็นองค์ความรู้ของชุมชนที่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตในชุมชนจะทำให้การฟื้นฟูภาวะทุพพลภาพมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ซึ่งการฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุ มี 2 แนวทาง คือ การฟื้นฟูสภาพเพื่อป้องกันข้อติด ได้แก่ การนวดแผนไทย การใช้ก้านตานกระโถก กายภาพบำบัด และการฟื้นฟูสภาพเพื่อฝึกการทรงตัวและการเดิน ได้แก่ การฝึกเดินราวไม้ และฝึกอบรมผู้ดูแล โดยเฉพาะหมอนวดแผนไทยในชุมชนเป็นแหล่งภูมิปัญญาที่สำคัญในการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ

3) การปรับสภาพแวดล้อม ปัญหาสภาพแวดล้อมในชุมชนผู้สูงอายุอีสานที่สำคัญคือ ห้องนอนผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพส่วนใหญ่นอนบนฟูก และ ห้องน้ำ พบส่วนใหญ่เป็นส้วมแบบนั่งยอง และไม่มีราวจับ ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการหกล้มสูง การดัดแปลงสิ่งแวดลอมในบ้านเพื่อป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพ จึงมีความจำเป็นต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพและช่วยฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุได้รวดเร็วขึ้น อย่างไรก็ตามพบว่า การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งที่ครอบครัวทำเองได้ยากถ้าไม่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรในชุมชน

4) สนับสนุนกายอุปกรณ์ กายอุปกรณ์ที่มีความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ และสามารถช่วยฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุได้ พบว่าการสนับสนุนกายอุปกรณ์เป็นบทบาทหน้าที่ขององค์กรบริการส่วนตำบล ที่สามารถสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพได้ทุกราย ภายใต้การประเมินประเภทความต้องการของกายอุปกรณ์มีความจำเป็นแต่ละระยะ

ขั้นตอนที่ 4 เชื่อมโยงระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

กิจกรรมการดูแลที่จำเป็นทั้ง 4 กิจกรรม เป็นภารกิจของหน่วยงานในชุมชน ที่หน่วยงานสามารถพัฒนาเพื่อให้เกิดแนวทางปฏิบัติในการป้องกันและฟื้นฟูภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนได้ การเชื่อมโยงกิจกรรมการป้องกันภาวะทุพพลภาพเข้าสู่ในระบบงานประจำจึงมีความสำคัญและทำให้เกิดความยั่งยืนของกระบวนการป้องกันและฟื้นฟูภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยกิจกรรมการเยี่ยมบ้านและการฟื้นฟูสภาพ ได้รับการดูแลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และกิจกรรมการสนับสนุนช่วยเหลือกายอุปกรณ์ เบี้ยผู้พิการ และการปรับปรุงที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่ยากจน องค์กรบริหารส่วนตำบลรับภารกิจดูแล โดยอาศัยงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล

ขั้นตอนที่ 5 กระบวนการประเมินผลการป้องกันภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ

กระบวนการประเมินผลการป้องกันและฟื้นฟูภาวะทุพพลภาพของในผู้สูงอายุ เป็นกระบวนการสำคัญที่ใช้ประเมินรูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพในประเด็นของการมีส่วนร่วมของชุมชน ความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพกับวัฒนธรรมของชุมชน โดยประเมินจากระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินกิจกรรมป้องกันและฟื้นฟูภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ และประสิทธิผลของการดำเนินการป้องกันภาวะทุพพลภาพหลังการ

ดำเนินการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาวะทุพพลภาพ และระดับความรุนแรงของภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกระบวนการวิจัยโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

5.1.4 ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุลดลงหลังการดำเนินการกระบวนการป้องกันภาวะทุพพลภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

หลังดำเนินการวิจัยเพื่อป้องกันภาวะทุพพลภาพ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นระยะเวลา 24 เดือน พบว่าความชุกของภาวะทุพพลภาพลดลงเหลือร้อยละ 3.58 (95% CI 2.16-5.78) และพบว่าภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังการวิจัยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P value <.001) และเมื่อวิเคราะห์ 2 กลุ่มเป้าหมาย พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพรุนแรง จำนวน 60 คน มากกว่าครึ่งหนึ่งสามารถฟื้นฟูสภาพและปราศจากภาวะทุพพลภาพรุนแรงและพบว่าภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังการวิจัยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P value <.001) ส่วนผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ จำนวน 446 คน พบว่าผู้สูงอายุยังคงปราศจากภาวะทุพพลภาพ มากกว่าร้อยละ 95 มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 0.5 เท่านั้นที่มีภาวะทุพพลภาพ

ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนมี 5 ปัจจัย ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่า 2 ชนิด การหกล้ม ภาวะสมองเสื่อม และอายุที่มากกว่า 75 ปี หลังการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลง พบว่าปัจจัยที่ไม่ได้สนับสนุนให้เกิดภาวะทุพพลภาพ ได้แก่ การหกล้ม AOR 0.89 (95%CI = 0.18-4.44) ภาวะสมองเสื่อม AOR 2.59 (95% CI = 0.74-9.09) ด้านปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพลดลงเล็กน้อย ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังรวมมากกว่า 2 ชนิด ส่วนอายุพบว่าเมื่ออายุมากขึ้นมีอัตราการเกิดภาวะทุพพลภาพสูงขึ้น

5.2 การอภิปรายผลการวิจัย

5.2.1 บริบททางสังคม วัฒนธรรมชุมชน ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ

ชุมชนมีมุมมองที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่สำคัญ คือ ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ควรแก่การเคารพนับถือ ซึ่งเป็นสิ่งที่เคยปฏิบัติสืบกันมา ผู้สูงอายุยังถูกสังคมกำหนดให้เป็นผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับสิ่งที่เป็นศูนย์รวมจิตใจของชุมชน ได้แก่ พิธีกรรมทางศาสนา ทางวัฒนธรรม ผู้ใกล้ชิดขอพิพาทในชุมชน เป็นผู้ให้คำแนะนำ คำชี้แนะแก่ชุมชน ในการปฏิบัติเกี่ยวกับพิธีกรรมต่าง ๆ ในชุมชน ผู้สูงอายุจึงมีบทบาทเป็นผู้นำที่สำคัญทางด้านศาสนาและพิธีกรรมให้กับชุมชน ปัจจุบันวิถีปฏิบัติดังกล่าวเปลี่ยนแปลงแต่ยังคงเป็นการแสดงออกที่สื่อถึงการเคารพผู้สูงอายุ หรือ พ่อแม่ คือ การขอขมา ช่วงวันสงกรานต์ คำที่ใช้เรียกผู้สูงอายุ เป็นคำที่แสดงออกถึงความเคารพนับถือ “พ่อใหญ่ แม่ใหญ่” สอดคล้องกับการศึกษาบทบาทของผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทสูงทางสังคมและวัฒนธรรม โดยบทบาทที่เด่นของผู้สูงอายุ ได้แก่ บทบาทผู้นำในศาสนาพิธี บทบาทในด้านการรักษาความเรียบร้อยและความสามัคคีในหมู่บ้าน การอบรมสั่งสอนลูกหลาน การส่งเสริมประเพณีปฏิบัติ (Siruecha, 2002) ซึ่งการที่ผู้สูงอายุยังคงสถานะบทบาททางสังคมอยู่ทำให้ผู้สูงอายุได้พบปะผู้คน ช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย มีการทำงานอยู่ทำให้โอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพ มีน้อยกว่าผู้ที่ไม่มีกิจกรรมใด ๆ และพบว่าเกิดการขัดแย้งจำกัดในการทำกิจกรรมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพ HR 1.07(95% CI= 1.04-1.09) (Gill et al., 2004)

นอกจากนี้ ชุมชนยังคงให้ความสำคัญของการปฏิบัติต่อพ่อแม่ ต่อผู้สูงอายุในครอบครัว โดยมีความเชื่อและปฏิบัติสืบต่อกันมาเกี่ยวกับ “ความกตัญญู กตเวทิตี” การดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุที่เป็นพ่อแม่ต้องเป็นหน้าที่ของลูก ซึ่งหากลูกที่ต้องทำหน้าที่เลี้ยงดูพ่อแม่ ทอดทิ้งพ่อแม่ ไม่ทดแทนคุณพ่อแม่ ทำให้พ่อแม่ หรือผู้สูงอายุเสียใจ จะถูกประณามว่าอกตัญญูต่อพ่อแม่ ชาวบ้านดิฉินนินทา และถูกประณามว่าเป็นคนเนรคุณ อกตัญญูต่อพ่อแม่ ส่วนคนที่ดูแลพ่อแม่ดีจะได้รับคำชื่นชมว่ามีความกตัญญู แม้ปัจจุบันจะไม่ความเข้มข้นเหมือนในอดีตแต่ยังมีผลทำให้ลูกตระหนัก และใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลพ่อแม่โดยเฉพาะลูกสาวเป็นผู้ที่ถูกครอบครัวและสังคมคาดหวังให้ทำหน้าที่เป็นผู้เลี้ยงดูพ่อแม่และเชื่อว่าลูกสาวจะทำหน้าที่เลี้ยงดูดูแลพ่อแม่ยามชรา และยามเจ็บป่วยได้ดีกว่าคนอื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ ดุสิต จันทยานนท์ และคณะ (2554) พบว่าความรู้สึกของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้สูงอายุมากที่สุด คือ ความรู้สึกสงสารผู้ป่วย รองมาคือความเชื่อในการตอบแทนบุญคุณ บาปบุญตามศาสนา และการศึกษาของ วรเวศน์ สุวรรณระดา และคณะ (2552) ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าต้นทุนของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุส่วนหนึ่งต้องแลกมาด้วยการเสียสละของครอบครัวกล่าวคือ มีผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะร้อยละ 3.14

อย่างไรก็ตามการศึกษาของ Caffrey (1992) ในเขตชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยจาก 89 ครอบครัว ของผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป พบว่ากิจกรรมการดูแลมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ดูแล ความยากจนเป็นปัญหาสำคัญที่พบมากของผู้ดูแล และพบว่าความเข้มแข็งของวิถีปฏิบัติของชุมชนที่แข็งแกร่ง ในการดำเนินการดูแลพ่อแม่ของเด็กในอนาคตอาจจะเปลี่ยนแปลงตามบริบททางวัฒนธรรม และเป็นปัญหาเกี่ยวกับความยากลำบากในการดูแลตนเองและเคลื่อนไหวของและการดูแลผู้สูงอายุสำหรับเป็นเรื่องที่ยากลำบากสำหรับผู้ชาย

การศึกษาของ ดุสิต จันทยานนท์ และคณะ (2554) ศึกษาภาวะการดูแลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้สึกไม่ได้อยากดูแลผู้ป่วย แต่เป็นหน้าที่ที่ต้องทำ ไม่คิดว่าเป็นภาระ และพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นคนในครอบครัว ที่มีระยะเวลาอันเฉลี่ย 6.88 ± 1.42 ชั่วโมง/วัน ผู้ดูแลต้องการระยะเวลาการดูแลและเวลาพักผ่อน รู้สึกเครียดหงุดหงิด และ ความต้องการหาคนมาช่วยดูแล Muangpaisan et al. (2010) ศึกษาภาวะการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม พบว่าการพึ่งพาการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานมีความสัมพันธ์ระยะของผู้ดูแล (OR 7.48, 95% CI 1.42-39.53) และพบว่าความต้องการของผู้ดูแล 3 อันดับ ได้แก่ ความรู้และการฝึกทักษะของผู้ดูแล การบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์สำหรับผู้ดูแล และ ระบบบริการเฉพาะในการประเมินผู้ป่วยสมองเสื่อมในโรงพยาบาล และการศึกษาของ วรเวศน์ สุวรรณระดา และคณะ (2552) พบผู้ดูแลมากกว่าร้อยละ 50 ต้องใช้เวลาดูแลมากกว่าครึ่งวัน และพบว่าผู้สูงอายุเข้าใช้บริการสถานพยาบาล ร้อยละ 4.6 เหตุผลเพราะ ที่บ้าน ไม่มีคนดูแล และคนในครอบครัวมีเวลาดูแลน้อย รวมทั้งไม่อยากเป็นภาระของบุตรหลาน คิดเป็นสัดส่วนที่เท่าๆ กันคือ ร้อยละ 28.4 และพบว่า ร้อยละ 25.7 ต้องการผู้ดูแลที่มีทักษะ ญาติในครัวเรือนไม่สามารถให้การดูแลได้

แตกต่างจากการศึกษาของ Laubunjong et al. (2008) ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าผู้ดูแลเกือบทั้งหมดไม่ได้รู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นภาระ มีเพียงเล็กน้อยเท่านั้นที่รู้สึกว่าเป็นภาระ และพบว่าผู้สูงอายุชอบให้ลูกสาวดูแลมากกว่าคนอื่น และรู้สึกดีกับการดูแลที่ได้รับ และพอใจกับความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและความเข้าใจที่ได้รับ ที่ได้รับความรัก ได้รับการดูแลด้านสุขภาพ ได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน การเยี่ยมเยียน และ การให้

การสนับสนุน พบว่าลักษณะการดูแลผู้สูงอายุมี 3 ลักษณะคือ การดูแลด้านร่างกาย ได้แก่ การดูแลเรื่องอาหารและน้ำ เสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม การรับประทานยา การดูแลการเคลื่อนไหว และการดูแลด้านจิตสังคม ได้แก่ การได้รับการยอมรับและการนับถือจากสมาชิกในครอบครัว และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมกับผู้อื่น และการดูแลด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การสนับสนุนด้านการเงิน ทำให้ผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพไม่ได้รับการป้องกันและฟื้นฟูสภาพจากครอบครัวและการศึกษาของ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ (2552) พบว่าบริการที่จัดในชุมชนสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพและต้องการความช่วยเหลือนั้นมีน้อยมาก หากมีก็มักเป็นลักษณะสังคมสงเคราะห์เฉพาะเรื่อง บริการสุขภาพสำหรับคนกลุ่มนี้มีจำกัด ขาดระบบข้อมูลที่แสดงความครอบคลุมและขาดการเชื่อมโยงของบริการที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งบริการสนับสนุนที่จัดให้สำหรับญาติดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ในชุมชน ไม่มีเลย และพบว่า พยาบาลที่บ้าน (Home Health Care) จำกัดเฉพาะรายที่โรงพยาบาลจำหน่ายและส่งต่อให้เจ้าหน้าที่ไปให้การรักษาพยาบาลต่อที่บ้าน และ บริการที่ขาดคือบริการกายภาพบำบัด

ผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพทำให้เกิดภาระและผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัว ทั้งด้านเศรษฐกิจจากการหยุดงานหรือลาออกจากงาน มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นทั้งการรักษาพยาบาล และค่าอุปกรณ์ ด้านร่างกายพบว่าการดูแล ผู้สูงอายุบางกิจกรรมต้องใช้ระยะเวลาและต้องใช้แรงมาก ทำให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาความเมื่อยล้า มีอาการปวดกล้ามเนื้อ เหนื่อย ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียด มีอารมณ์เปลี่ยนแปลง และทำให้มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง อยู่ภายใต้คำนิยามความ เชื่อเรื่องความกตัญญู กตเวทิต่างกลางการเปลี่ยนแปลงของสังคม ในขณะที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลช่วยภาระความรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุจึงส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตของผู้ดูแลและครอบครัวที่ต้องแบกรับภาระเพียงลำพัง ซึ่งขนาดของปัญหาที่เพิ่มสูงขึ้นตามจำนวนประชากรผู้สูงอายุในอนาคตของประเทศไทย

5.2.2 ความชุกของภาวะทุพพลภาพรุนแรง

การศึกษาพบว่าความชุกภาวะทุพพลภาพรุนแรงของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทของประเทศไทย พบประมาณร้อยละ 12 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาภาวะทุพพลภาพรุนแรงของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองที่ใช้เครื่องมือและจุดตัดภาวะทุพพลภาพเหมือนกัน พบมีความชุกร้อยละ 19 (Jitapunkul et al., 2003) ความชุกของภาวะทุพพลภาพรุนแรงในครั้งนี้อยู่ต่ำกว่าการศึกษาในเขตเมือง และเมื่อวิเคราะห์ความชุกรายกิจกรรมพบว่า กิจกรรมที่ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติได้ 5 อันดับแรก คือ การกลืนปีสสาวะ การเดินขึ้นลงบันได การลุกนั่งจากที่นอน จากเตียงไปยังเก้าอี้ การเคลื่อนไหวที่ภายในห้องหรือบ้าน การใช้ห้องสุขา สอดคล้องการสำรวจการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุประเทศไทยปี 2552 (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2552) กิจกรรมเหล่านี้เกี่ยวข้องกับ การเคลื่อนไหว

ทั้งนี้ เนื่องจากระยะเวลา 10 ที่ผ่านมาของประเทศไทยได้มีนโยบายที่สำคัญ 2 ประการ ที่น่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะทุพพลภาพรุนแรงในผู้สูงอายุ คือ การปฏิรูประบบสวัสดิการด้านสุขภาพ ภายใต้ พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 และ พรบ.ผู้สูงอายุแห่งชาติ 2546 (Jitapunkul and Wivatvanit, 2009; National Health Security Office, 2002) นโยบายดังกล่าวมีความเชื่อมโยงกับสุขภาพของผู้สูงอายุและมีส่วนทำให้เกิดการควบคุมภาวะทุพพลภาพรุนแรง ด้วยเหตุผล 3 ประการ คือ 1) ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้สะดวก และเกิดการจัดระบบบริการเชิงรุกเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น 2) ทำให้ระบบสุขภาพเกิดการปรับปรุงคุณภาพของสถานบริการและจัดบริการตามข้อกำหนดสำหรับผู้สูงอายุ และ 3) ทำ

ให้เกิดการปกป้องสิทธิของผู้สูงอายุทั้งทางด้านสังคม และ ด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุโดยรัฐบาลและส่วนท้องถิ่น (Jitapunkul and Wivatvanit, 2009; National Health Security Office, 2002) สอดคล้องกับข้อเสนอขององค์กรอนามัยโลกที่เสนอให้พัฒนาปรับปรุงการบริการด้านสังคมและสุขภาพเพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง ด้วยการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมถึงความคุ้มค่า และ ความเท่าเทียมของการจัดบริการ และการดูแลระยะยาว (WHO, 2001a)

ส่วนความแตกต่างผลการศึกษาค่าความชุกของภาวะทุพพลภาพรุนแรงครั้งนี้กับผลการศึกษาในประเทศที่พัฒนาแล้ว แม้จะมีความยากในการเปรียบเทียบด้วยความแตกต่างของเครื่องมือวัด และ เป้าหมาย อย่างไรก็ตามสามารถวิเคราะห์จากแนวโน้มของการเกิดภาวะทุพพลภาพรุนแรงได้ ซึ่งพบว่าในประเทศที่พัฒนาแล้ว คือ ประเทศ United States มีแนวโน้มลดลง ส่วนประเทศญี่ปุ่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในขณะที่ประเทศออสเตรเลียคงที่ (Lafortune & Balestat, 2007) ทั้งนี้ น่าจะมีผลมาจากความแตกต่างทางด้านลักษณะประชากร ได้แก่ อายุขัยเฉลี่ย และ โรคเรื้อรังของผู้สูงอายุของประเทศพัฒนาแล้วที่พบมีอัตราสูงกว่าของประเทศไทย (United Nations, 2009)

อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าภาวะทุพพลภาพรุนแรงที่พบจากการศึกษาครั้งนี้จะต่ำกว่าการศึกษาในเขตเมืองที่ผ่านมาของประเทศไทย แต่อัตราการเกิดโรคเรื้อรังพบมากกว่า ร้อยละ 60 โดยมากกว่าหนึ่งในสี่ประสบปัญหาโรคเรื้อรังร่วมตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป และอายุขัยเฉลี่ยของประชากรที่เพิ่มสูงขึ้น เป็นสิ่งที่สะท้อนถึงปัญหาภาวะทุพพลภาพที่อาจเกิดขึ้นตามแนวคิดกระบวนการหลักในการเกิดภาวะทุพพลภาพ (WHO, 2001b, 2003; Verbrugge & Jette, 1994) สอดคล้องกับข้อสรุปขององค์การอนามัยโลกที่พบว่าแนวโน้มการเกิดภาวะทุพพลภาพรุนแรงลดลงในบางประเทศ แต่ภาวะทุพพลภาพเล็กน้อย และภาวะบกพร่องการทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional impairment) มีเพิ่มขึ้น (WHO, 2009) ดังนั้นการดูแลระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพและการควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงสำหรับผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่จะต้องทำสำหรับผู้สูงอายุไทย

5.2.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพรุนแรง ที่มีระดับความเข้มแข็งสูงอันดับแรกคือ โรคเรื้อรังร่วมตั้งแต่ 2 ชนิด AOR 3.63(95%CI 1.78-7.41) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสวีเดน ประเทศเยอรมันและประเทศอังกฤษ พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคร่วมเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพ (Jagger et al., 2007; Marengoni et al., 2009; Tas et al., 2007) โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังร่วมตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ทำให้โอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพเพิ่มสูงขึ้น (Fuchs et al., 1998) โดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่พบที่มีความเข้มแข็งสูงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพ ได้แก่ Stroke มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ ซึ่งพบค่านัยสำคัญทางสถิติในทุกรายงานน้อยกว่า 0.05 ($p < 0.05$) และมีรายงานการวิจัยที่พบว่าโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพระดับรุนแรงของผู้สูงอายุในเพศชายที่ป่วยด้วย Stroke สูงกว่าเพศหญิง (Gill et al., 2004; Spiers et al., 2005; Tas et al., 2007) ซึ่งโรคเรื้อรังที่เป็นสาเหตุการเกิดโรคร่วมของผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้ คือ โรคความดันโลหิตสูง โดยพบว่าผู้สูงอายุเกือบร้อยละ 23 ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเรื้อรังร่วมที่พบอันดับแรกคือ โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคอื่น ๆ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากเหล่านี้บางส่วนไม่ได้รับการรักษา หรือไม่สามารถควบคุมโรคได้ เช่นเดียวกับการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศไทย พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 6-9 ไม่ได้รับการรักษา และร้อยละ 23-25 ไม่สามารถควบคุมอาการได้ (วิชัย เอกพลากร

และคณะ, 2009) การป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังร่วม โดยเฉพาะ การเกิดโรคร่วมในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จึงเป็นควบคุมและป้องกัน ไม่ให้เกิดภาวะทุพพลภาพรุนแรงในผู้สูงอายุ

ส่วนการหกล้มพบว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพ AOR 3.21 (95%CI 1.53-6.73) เช่นเดียวกับข้อสรุปขององค์การอนามัยโลกและการศึกษาในประเทศที่พัฒนาแล้วที่ผ่านมา (WHO, 2003; Tas et al., 2007) อย่างไรก็ตาม ปัญหาการหกล้มในครั้งนี้น่าจะเกิดจากสิ่งแวดล้อม เนื่องจากมากกว่าครึ่งหนึ่งมีสาเหตุจากการเดิน สะดุด ในบริเวณบ้าน โดยเฉพาะในห้องน้ำ เป็นสถานที่พบการหกล้มมากที่สุด และพบว่าห้องน้ำของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มากกว่าร้อยละ 90 ไม่มีราวจับ และมีที่นั่งถ่ายอุจจาระมีลักษณะเป็นส้วมแบบนั่งยอง เช่นเดียวกับผลการสำรวจสิ่งแวดล้อมในห้องน้ำของผู้สูงอายุในระดับประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) สภาพแวดล้อมในห้องน้ำที่ไม่ปลอดภัยจึงทำให้เกิดความยากลำบากในการเคลื่อนไหวเพื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ ในห้องน้ำของผู้สูงอายุและน่าจะเป็นเหตุให้เกิดการหกล้มได้ ดังนั้นการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในห้องน้ำให้ปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดการหกล้มและป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพรุนแรงของผู้สูงอายุไทยในเขตชนบทได้

อีกทั้งการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าภาวะสมองเสื่อม เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพรุนแรงของผู้สูงอายุ AOR 2.29 (95%CI 1.01-5.20) สอดคล้องกับผลการติดตามผู้สูงอายุระยะเวลา 10 ปี พบว่าภาวะสมองเสื่อมมีระดับนัยสำคัญสูงกับกระบวนการเกิดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในประเทศฝรั่งเศส (Barberger-Gateau et al., 2004) และผลการศึกษาในประเทศเยอรมันที่พบว่าภาวะสมองเสื่อมเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ (Tas et al., 2007) ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าพบว่าผู้สูงอายุเกือบ หนึ่งในแปด มีอาการสงสัยเกิดภาวะสมองเสื่อม ซึ่งใกล้เคียงกับผลการสำรวจข้อมูลระดับประเทศ พบร้อยละ 12.4 (วิจัยเอกพลากร และคณะ, 2009)

ปัจจัยสุดท้ายที่พบความสัมพันธ์ คือ อายุ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไปมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพรุนแรง อายุมากกว่า 75 ปี AOR 2.78 (95%CI 1.33-5.80) เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าอายุเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดภาวะทุพพลภาพ ยิ่งมีอายุเพิ่มขึ้น โอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพก็เกิดขึ้นสูง (Spiers et al., 2005; WHO, 2003; Tas et al., 2007) สอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลกที่สรุปว่าอายุที่เพิ่มสูงขึ้นมีผลให้ร่างกายเกิดกระบวนการทุพพลภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอายุมาก (WHO, 2003) การป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพในผู้ที่เข้าสู่วัยผู้สูงอายุอย่างแท้จริงจึงเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น

นอกจากนี้ พบว่า การมีส่วนร่วมกิจกรรมในสังคม เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพรุนแรงในผู้สูงอายุ AOR 0.13(95%CI 0.06-0.27) สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการมีส่วนร่วมในสังคมสูงเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ช่วยดำรงความสามารถในการทำหน้าที่ทางร่างกายของผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง (Stuck et al., 1999) และการศึกษาการแยกตัวออกจากเพื่อนบ้านและอุบัติเหตุการเกิดภาวะทุพพลภาพทางการเคลื่อนไหวในผู้สูงอายุ พบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุร้ายแรง ความยากลำบากในการเคลื่อนไหว RR 1.75 (95%CI=1.14-2.70) (Lang et al., 2008) ดังนั้น การยังคงบทบาทสูงทางสังคมและวัฒนธรรมของผู้สูงอายุของผู้สูงอายุไทย ได้แก่ ผู้นำทางศาสนาพิธี การรักษาความเรียบร้อยและความสามัคคีในหมู่บ้าน การอบรมสั่งสอนลูกหลาน การส่งเสริมประเพณีปฏิบัติ (Siruecha, 2002) น่าจะเป็นปัจจัยที่สามารถช่วยป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพรุนแรงในผู้สูงอายุ

5.2.4 รูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

พบว่ากิจกรรมการป้องกันภาวะทุพพลภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพกิจกรรมหลักประกอบด้วยส่งเสริมการรวมกลุ่มออกกำลังกาย การให้ความรู้ การป้องกันการหกล้ม คล้ายคลึงกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า กิจกรรมออกกำลังกายเพื่อปรับปรุงการสูญเสียหน้าที่ที่สัมพันธ์กับการเคลื่อนไหว ได้แก่ การฝึกความแข็งแรง ความเร็ว ความทนทาน ความยืดหยุ่น และการประสานงานของร่างกาย เป็นปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพและเป็นปัจจัยที่ทำนายการฟื้นคืนสู่ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน (Chakravarty et al., 2008; Gill et al., 1997; Hardy & Gill, 2005; Penninx et al., 2001) และการศึกษาเกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อป้องกันภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคข้อเสื่อม พบว่าโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันภาวะทุพพลภาพ มีค่า RR 0.60 (95%CI=0.38-0.97) (Penninx et al., 2001) และผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า การจัดกิจกรรมออกกำลังกายมีผลดีโดยตรงต่อการป้องกันภาวะทุพพลภาพในระยะเวลา 12 เดือน และให้ผลลดน้อยลงหลังการติดตาม 18 เดือน (Gustafsson et al., 2009)

เช่นเดียวกับการศึกษาพบว่าการจัด โปรแกรมเพื่อป้องกันการสูญเสียหน้าที่ในผู้สูงอายุที่มีความอ่อนแอด้านร่างกาย พบว่าผู้สูงอายุที่เข้ากลุ่มทำกิจกรรมมีการเกิดภาวะสูญเสียหน้าที่น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (Gill et al., 2002) และการศึกษาการแยกตัวออกจากเพื่อนบ้านและอุบัติการณ์เกิดภาวะทุพพลภาพทางการเคลื่อนไหวในผู้สูงอายุ พบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติการณ์รายงานความยากลำบากในการเคลื่อนไหว RR 1.75(95%CI=1.14 – 2.70) (Lang et al., 2008) และการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุของ Ravesloot et al. (2007) เพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชนที่มีภาวะทุพพลภาพกับการพัฒนาและการประเมินผลเกี่ยวกับความเป็นอยู่ที่ดีด้วยโปรแกรมทุพพลภาพ พบว่า ผลลัพธ์ของการจัดเงื่อนไขสุขภาพ ปัจจัยเกี่ยวกับโรคนั้นมีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพ OR 2.07 (95% CI 1.18-3.63)

ส่วนกิจกรรมการป้องกันภาวะทุพพลภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพในครั้งนี้ พบว่ากิจกรรมการดูแลประกอบด้วย การฟื้นฟูสภาพในชุมชน เชื่อมบ้าน ดัดแปลงสิ่งแวดล้อม และสนับสนุนกายอุปกรณ์ ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2552) ศึกษาตัวชี้วัดของการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง และพึ่งตนเองได้ในระดับน้อยไปจนถึงพึ่งพาตนเองไม่ได้เลย พบว่าการดูแลประกอบด้วย 9 ตัวชี้วัด ได้แก่ การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล การจัดการเรื่องยา การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การดูแลแผลกดทับ การจัดหาอาหารที่เหมาะสม การป้องกันอาหารการดูแลด้านการขับถ่าย การสร้างความมั่นคงทางด้านอารมณ์ และการดูแลด้านจิตวิญญาณ และการศึกษาวิจัยพบว่าการจัดหรือดัดแปลงที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมสามารถช่วยลดและเพื่อป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพ (Clarke & George, 2005) ซึ่งการประสมการณ์ความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันมีความสัมพันธ์กับการดัดแปลงที่อยู่อาศัย (Johansson et al., 2007)

ผลจากการทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่าการจัดการการปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สามารถปรับปรุงภาวะทุพพลภาพให้ดีขึ้นร้อยละ 32.0 (รายงานการวิจัย 7 เรื่อง ใน 22 เรื่อง) โดยพบว่าการประเมินผลปฏิบัติการเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายในบ้านให้ผลทางบวกในระยะเวลาการติดตาม 6 เดือน แต่ไม่ได้ผลในการติดตามระยะเวลา 12 เดือน (Gustafsson et al., 2009) ส่วนระยะเวลาในการปฏิบัติการเพื่อป้องกันและลดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุจากการทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่ามียุทธศาสตร์ยาวนานสูงสุด 3 ปี และสั้นที่สุด 3 เดือน แต่ส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาประมาณ 6 เดือน และโปรแกรมการทำกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นการปฏิบัติด้วย

ตนเอง โดยใช้บ้านเป็นสถานที่ปฏิบัติกิจกรรม และพบว่าผลการปฏิบัติได้ผลดีในกรณีผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป นอกจากนี้พบว่าปฏิบัติกรมีทั้งที่อยู่ภายใต้การดูแลของวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่ง โดยลำพัง ได้แก่ พยาบาล วิชาชีพ นักกายภาพบำบัด และโดยการร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ นักสังคม เป็นต้น (Gustafsson et al., 2009)

การเกิดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์เหตุปัจจัยหลายอย่างของผู้สูงอายุแต่ละราย ดังนั้นการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะทุพพลภาพจึงควรครอบคลุมปัจจัยที่สาเหตุทั้งหมด ซึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้กิจกรรมการป้องกันภาวะทุพพลภาพประกอบด้วย การออกกำลังกาย การป้องกันการหกล้ม และการให้ความรู้เพื่อควบคุมโรคเรื้อรัง ส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ กิจกรรมการป้องกันภาวะทุพพลภาพ ประกอบด้วย การเยี่ยมบ้าน การฟื้นฟูสภาพ การดัดแปลงที่อยู่อาศัย และการสนับสนุนกายอุปกรณ์ นอกจากนี้ในการวิจัยครั้งนี้กิจกรรมที่จัดขึ้นเกิดจากการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและวัฒนธรรมของชุมชน ได้แก่ รำไม้พลองและรำเชิงอีสาน ตรีภัญเพลงให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย โรคเบาหวาน ความดัน รำไม้พลอง และการเปลี่ยนในวัยผู้สูงอายุ การใช้ไม้เท้า-ไม้พลองเพื่อป้องกันการหกล้ม การทำก้านกระ โดกลดป้องกันข้อติด ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นและวัฒนธรรมของชุมชนเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุและชุมชนมีความคุ้นเคยและมีความชำนาญ ผู้สูงอายุและชุมชนสามารถดำเนินกิจกรรมเหล่านี้ได้ด้วยตนเอง ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดำเนินกิจกรรมป้องกันภาวะทุพพลภาพ

5.2.5 ผลสำเร็จของรูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการดำเนินกิจกรรมการวิจัยเพื่อป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ในระยะเวลา 2 ปี พบว่าองค์ประกอบการมีส่วนร่วมของชุมชนทั้ง 5 มิติของ Spidergram ได้แก่ การประเมินความต้องการ การจัดองค์กร ภาวะผู้นำ การบริหารจัดการ และการระดมทรัพยากร มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นทุกองค์ประกอบทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพและกลุ่มผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ และพบว่าความชุกภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตชนบทหลังการวิจัยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P value <.001) และพบว่าปัจจัยที่เคยมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนก่อน ได้แก่ การหกล้ม และภาวะสมองเสื่อม หลังการวิจัยไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพ

แตกต่างจากและการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพในชุมชน ระหว่างปี ค.ศ. 1985-2005 พบว่ามีเพียง 4 เรื่องที่มีผลทางบวกกับการมีส่วนร่วม และรายงานการวิจัย 2 เรื่อง พบว่าการมีส่วนร่วมไม่สามารถชี้ชัดได้เพียงพอ และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้พบว่าการมีส่วนร่วมเป็นโครงสร้างที่สำคัญ แต่ยังขาดการประเมินที่เพียงพอสำหรับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพในชุมชน ที่วัดทุกมิติของการมีส่วนร่วม รวมทั้งจำนวนประชาชนที่มีภาวะทุพพลภาพที่ได้รับการเข้าถึงทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ (Sharma, 2007) และการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพพระดัดปฐมภูมิเขตชนบท พบว่ามีงานวิจัยที่มีคุณภาพสูงเพียงเล็กน้อยเท่านั้นที่แสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของชุมชน ช่วยทำให้มีผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีกว่าไม่มีส่วนร่วมของชุมชนในสถานการณ์เดียวกัน (Preston et al., 2010)

สอดคล้องกับการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตชนบท ประเทศนิวซีแลนด์ภายใต้ Community trust ซึ่งเป็นระบบการดูแลสุขภาพในเขตชนบทที่ชุมชนเป็นเจ้าของและดำเนินกิจกรรมบริการด้วย

ตนเองโดยใช้ Pentagram model ผลการศึกษาพบว่าองค์ประกอบทั้ง 5 ด้าน มีระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูงทุกองค์ประกอบ และพบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Eyre & Gauld, 2003) และ Neuhauser et al. (1998) ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพรัฐ California ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยประเมินจาก Wellness Guide จากการประเมินความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติ พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถปรับปรุงความรู้ ทักษะคิด และ ทักษะในการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาในประเทศกัมพูชา พบว่า ความสำเร็จของการนำการมีส่วนร่วมในชุมชน 2 แบบ คือ การสนับสนุนการจัดองค์กรในชุมชนเป็นฐาน และองค์กรในชุมชนของประเทศกัมพูชา พบว่า ความเชื่อทางศาสนา และอาสาศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในชนบทกัมพูชา ทำให้เกิดประสิทธิภาพต่อการมีส่วนร่วม ดังนั้น การนำกลยุทธ์การมีส่วนร่วมของชุมชนมาใช้ประโยชน์ในงานวิจัยสุขภาพควร กำหนดการจัดองค์กรท้องถิ่นที่เหมาะสมที่สุดเพื่อนำโครงการช่วงเริ่มต้น (Jacobs & Price, 2003)

ทั้งนี้ เนื่องจากกระบวนการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนลงสู่การปฏิบัติของแต่ละการศึกษามีความแตกต่างกันตามบริบทแต่ละพื้นที่ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนถูกขับเคลื่อน โดยการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและการใช้วัฒนธรรมของชุมชนที่เป็นต้นทุนของชุมชนเป็นตัวตั้งในการดำเนินกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะทุพพลภาพ และกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเริ่มต้นจากการมีส่วนร่วมของบุคคล ครอบครัว ผู้กลุ่มหรือองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในชุมชน ดังนั้นแม้ว่าผลลัพธ์ของการศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นการป้องกันภาวะทุพพลภาพที่ผ่านมามีความแตกต่างกัน แต่กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหัวใจที่สำคัญของการพัฒนาที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน ทำให้ชุมชนตระหนักถึงปัญหาและสามารถจัดการปัญหาด้วยตนเองที่นำไปสู่การแก้ไขปัญหายั่งยืน

5.3 องค์ความรู้ใหม่

แนวคิดการป้องกันภาวะทุพพลภาพในอดีตที่ผ่านมา อยู่บนพื้นฐานของแนวคิดของการป้องกันโรค การป้องกันภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุจึงเป็นการป้องกัน ในแต่ละระยะของแนวคิดกระบวนการเกิดภาวะทุพพลภาพ ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) เป็นการป้องกัน เน้นไปที่กลุ่มทั่วไป มีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดโรค ป้องกันปัจจัยเสี่ยง เป็นกิจกรรมที่ช่วยป้องกันปัญหาทางสุขภาพการป้องกันการเกิดพยาธิสภาพหรือการเจ็บป่วย การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) เป็นการป้องกัน โรคในกลุ่มที่ยังไม่มีอาการแต่มีปัจจัยเสี่ยงแน่นอน มีเป้าหมายเพื่อการวินิจฉัยและการรักษาโรคในระยะแรกก่อนที่โรคจะลุกลามเป็นปัญหา กิจกรรมในกลุ่มนี้เน้นที่การค้นหาอาการของโรคในระยะเริ่มต้น เป็นการป้องกันก่อนเกิดภาวะบกพร่องหน้าที่ และการป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) เป็นการป้องกันสุขภาพในกลุ่มที่เป็นโรคหรือมีภาวะทุพพลภาพแล้วมีเป้าหมายเพื่อควบคุมไม่ให้เกิดผลกระทบจากโรคหรือมีน้อยที่สุด เป็นกิจกรรมที่เน้นไปที่การฟื้นฟูและการรักษาโรคเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบของโรคให้น้อยที่สุด ป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพและลดการพึ่งพาผู้อื่น (Katz et al., 2000; Resnick, 2006; Haber, 2007) นอกจากนี้ บางแนวคิดได้เพิ่มระดับการป้อง (quaternary prevention) เป็นกิจกรรมป้องกันที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรัง มีเป้าหมายเพื่อพยายามรักษาความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional limitation) และลดภาวะทุพพลภาพ (Disability) ให้เกิดการปรับตัว (Verbrugge & Jette, 1994) นอกจากนี้ พบว่ารูปแบบการศึกษาวิจัยการป้องกัน

ภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการจัดกิจกรรมเดี่ยว เฉพาะกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง (Gustafsson et al., 2009) และเป็นการจัดกิจกรรมที่เน้นในกลุ่มผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ มากกว่าการป้องกันภาวะทุพพลภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ

รูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพกลุ่มผู้สูงอายุใหม่แตกต่างจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา ได้แก่

1) กระบวนการป้องกันภาวะทุพพลภาพที่ดำเนินกระบวนการป้องกันอย่างต่อเนื่องจากกลุ่มคนที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพสู่กลุ่มคนที่มีภาวะทุพพลภาพ

รูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เป็นกระบวนการดำเนินการป้องกันที่ต่อเนื่องตั้งแต่กลุ่มคนที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพสู่กลุ่มคนที่มีภาวะทุพพลภาพ โดยการป้องกันภาวะทุพพลภาพ เริ่มต้นจากเส้นทางหลักของการเกิดภาวะทุพพลภาพตั้งแต่สภาวะสุขภาพที่ปกติ มีพยาธิสภาพ (Pathology) มีภาวะบกพร่องหน้าที่ (Impairment) มีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ (Functional limitation) และเกิดภาวะทุพพลภาพ (Disability) รวมทั้งการป้องกันจากองค์ประกอบภายนอก ปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพ (Verbrugge & Jette, 1994; Rejeski & Focht, 2002) ทำให้การป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันตามสภาพปัญหา ระดับความรุนแรงของภาวะทุพพลภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ

2) กิจกรรมการป้องกันภาวะทุพพลภาพเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้ภูมิปัญญาและวัฒนธรรมในชุมชน

การจัดกิจกรรมการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในครั้งนี้ กิจกรรมหลักในกลุ่มผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ เป็นกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย และการลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะทุพพลภาพ เช่น การป้องกันการหกล้ม การดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังร่วม ส่วนในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพกิจกรรมการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุเป็นกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพ เช่น การนวดแผนไทย การดัดแปลงสิ่งแวดล้อม และการสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว เช่น การสนับสนุนกายอุปกรณ์ การเยี่ยมบ้าน ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวสอดคล้องกับข้อเสนอแนะการดำเนินกิจกรรมป้องกันภาวะทุพพลภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2003) นอกจากนี้จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากระบวนการเกิดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุมีความซับซ้อน มีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายประการในผู้สูงอายุแต่ละราย ดังนั้นการจัดกิจกรรมป้องกันภาวะทุพพลภาพผู้สูงอายุในชุมชนครั้งนี้ จึงเป็นการจัดพฤติกรรมที่ขึ้นอยู่กับเหตุปัจจัยเฉพาะบุคคล โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ถูกขับเคลื่อนด้วยการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและการใช้วัฒนธรรมท้องถิ่น ซึ่งเป็นองค์ความรู้ที่เป็นต้นทุนของชุมชนเป็นตัวตั้งในการดำเนินกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะทุพพลภาพ กิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ที่มีความแตกต่างจากกิจกรรมของการศึกษาที่ผ่านมา ได้แก่ การออกกำลังกาย ด้วยวิธีรำไม้พลอง รำเชิงอีสาน สรภัญเพลงให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย โรคเบาหวาน ความดัน การนวดแผนไทยเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ ไม้เท้า-ไม้พลองเพื่อป้องกันการหกล้ม ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุและชุมชนมีความคุ้นเคยและมีความชำนาญ ผู้สูงอายุและชุมชนสามารถดำเนินกิจกรรมเหล่านี้ได้ด้วยตนเอง ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดำเนินกิจกรรมป้องกันภาวะทุพพลภาพ และทำให้เกิดความยั่งยืน

3) การมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุถูกขับเคลื่อนโดยวัฒนธรรมชุมชน จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชนมีจำนวนจำกัด มีเพียงการศึกษาของ Ravesloot et al. (2007) ที่ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนที่มีภาวะทุพพลภาพ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ให้บริการในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้เป็นศึกษาในชุมชนกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนซึ่งเริ่มต้นจากการอาศัยวัฒนธรรมชุมชน โดยเฉพาะค่านิยม เรื่อง ความกตัญญู และ การเคารพนับถือผู้สูงอายุ เป็นจุดร่วมของการขับเคลื่อนกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้การขยายกลุ่มเป้าหมายจากผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ครอบครัว ผู้กลุ่มบุคคล และ องค์กรในชุมชนที่เกี่ยวข้อง และขยายการมีส่วนร่วมจากการความร่วมมือของบุคคล กลุ่มคน และ องค์กร ผู้การใช้ทรัพยากรในชุมชนเพื่อป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุซึ่งมีความแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา

5.4 การนำความรู้ไปใช้ประโยชน์

การนำองค์ความรู้รูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนไปใช้ประโยชน์สามารถดำเนินการ ภายใต้งานต่อไปนี้

5.4.1 กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน อยู่บนพื้นฐานความเชื่อเรื่องความสามารถและต้นทุนต่าง ๆ ในชุมชน ดังนั้นกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยอาศัยต้นทุนที่มีอยู่ในชุมชน ไม่พยายามสร้างสิ่งแปลกใหม่เข้าไปในชุมชน ดังนั้นการดำเนินกิจกรรมการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน จึงใช้กลุ่ม โครงสร้าง องค์กร ในชุมชนเดิมเพื่อต่อยอดในการพัฒนาความสามารถ และใช้ภูมิปัญญาเทคโนโลยีในชุมชน เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

5.4.2 กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันภาวะทุพพลภาพของกลุ่มผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพรุนแรง อยู่ภายใต้ความเชื่อเรื่องศักยภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน กระบวนการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุจะเกิดขึ้นได้ เมื่อผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพเกิดความตระหนักและตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเอง จะนำมาสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพ ภายใต้การสนับสนุนของกลุ่มองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน เช่น ครอบครัว องค์กรการบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล กลุ่มเพื่อนและผู้นำชุมชน

5.4.3 กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกันภาวะทุพพลภาพของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพรุนแรง ซึ่งช่วยเหลือตนเองได้น้อยและต้องการการพึ่งพาสูงเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางที่ต้องการการดูแล ผู้ดูแลในครอบครัวจึงเป็นผู้ที่มีความสำคัญที่ต้องรับภาระและเป็นกลไกขับเคลื่อนกระบวนการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ อีกทั้งการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพต้องการการมีส่วนร่วมสูง จากกลุ่มหรือองค์กรต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ การนำองค์ความรู้ใหม่นี้ไปใช้เพื่อป้องกันภาวะทุพพลภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพและผู้ดูแลในครอบครัว จึงต้องมีความระมัดระวังในมุมมองของนักวิจัยต่อผู้ดูแลและเคารพการตัดสินใจของผู้ดูแลและครอบครัวซึ่งมีสิทธิที่จะปฏิเสธกระบวนการหรือเข้าร่วมกระบวนการวิจัยได้ตลอดเวลา

5.4.4 ปัจจัยเอื้อต่อความสำเร็จของการวิจัย

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่เอื้อหรือสนับสนุนต่อความสำเร็จของการดำเนินการวิจัยครั้งนี้พบว่า มีเงื่อนไขของความสำเร็จที่สำคัญ ได้แก่

1) ค่านิยมความเชื่อร่วมกันของชุมชนที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุ “กตัญญู กตเวทิต์” “การให้ความเคารพผู้อาวุโส” เป็นค่านิยมความเชื่อร่วมของชุมชนที่เป็นจุดแข็งทางวัฒนธรรม ทำให้การขับเคลื่อนกระบวนการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ได้รับการสนับสนุนจากชุมชน ทั้งจากกลุ่มคนในชุมชน และองค์กรในชุมชนทุกภาคส่วนในการเข้าร่วมดำเนินการวิจัย ตั้งแต่กระบวนการประเมินปัญหาและความต้องการ การออกแบบวางแผน การดำเนินกิจกรรมพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพ และการประเมินผลรูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพ

2) บริบททางสังคมของพื้นที่วิจัยในชุมชนเขตชนบท ชีวิตของผู้คนในชุมชนมีความสัมพันธ์กันสูง โดยเฉพาะ องค์กรการบริหารส่วนตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นองค์กรที่มีความใกล้ชิดชาวบ้าน การยอมรับบทบาทขององค์กรชุมชนและกลุ่มอาสาสมัครในชุมชน เป็นต้นทุนทางสังคมที่สำคัญของกระบวนการวิจัยที่อาศัยแนวคิดการมีส่วนร่วม เพื่อทำให้เกิดความร่วมมือของชุมชน ซึ่งมีโอกาสประสบความสำเร็จได้สูงกว่าพื้นที่ที่ระดับความสัมพันธ์ของชุมชนมีน้อย หรือมีความขัดแย้งสูง

5.4.5 ข้อจำกัดขององค์ความรู้ใหม่

1) การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ที่อาศัยต้นทุนทางวัฒนธรรม ค่านิยมความเชื่อร่วมของชุมชน ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในกระบวนการวิจัย ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบริบทสังคมและ วัฒนธรรม ดังนั้นการนำองค์ความรู้จากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ให้เกิดประสิทธิผล จะต้องการทำความเข้าใจเกี่ยวกับบริบทและวัฒนธรรมของชุมชนอย่างลึกซึ้ง โดยเฉพาะการทำความเข้าใจ ค่านิยมความเชื่อร่วม ภูมิปัญญา วิถีชีวิต และ โครงสร้างองค์กรชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนกระบวนการวิจัย และเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นต่อการประยุกต์ใช้ องค์ความรู้ที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมชุมชนที่มีความหลากหลายและแตกต่างกันของแต่ละชุมชน

2) ในการศึกษาครั้งนี้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุบางประการเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถป้องกันได้หรือป้องกันได้ลำบาก ได้แก่ อายุ ภาวะสมองเสื่อม ทำให้ไม่สามารถจัดกิจกรรมการป้องกันภาวะทุพพลภาพที่เฉพาะเจาะจงได้อย่างชัดเจน

5.5 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไปมีข้อเสนอแนะ 3 ด้าน ดังนี้

5.5.1 ด้านนโยบาย

จากการศึกษาครั้งนี้พบผู้สูงอายุมากกว่าหนึ่งในสิบมีภาวะทุพพลภาพรุนแรง และพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพพลภาพรุนแรง ได้แก่ โรคเรื้อรังร่วม การหกล้ม อาการสงสัยภาวะสมองเสื่อม และอายุ การศึกษาครั้งนี้จึงแสดงให้เห็นว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพรุนแรงในผู้สูงอายุ ซึ่งมีใช้มีเพียงเงื่อนไขด้านสุขภาพและโครงสร้างหน้าที่ทางร่างกายเท่านั้น แต่กระบวนการเกิดภาวะทุพพลภาพ สัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางสุขภาพ ที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ ดังนั้นการศึกษาวิจัยในครั้งนี้อาจมีข้อเสนอแนะที่สำคัญทางนโยบาย คือ นโยบายการจัดบริการเชิงรุก เน้นการ

ส่งเสริมกลุ่มออกกำลังกาย การคัดกรองภาวะทุพพลภาพและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะทุพพล 4 ปัจจัยของสถานบริการปฐมภูมิ และผลักดันให้สถานบริการมีแนวทางปฏิบัติในการป้องกันภาวะทุพพลภาพผู้สูงอายุในชุมชน

ผลการวิจัยพบว่า การป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน สามารถลดปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพ และความชุกของการเกิดภาวะทุพพลภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น นโยบายการส่งเสริมบทบาทขององค์กรในชุมชนที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ องค์กรการบริหารส่วนตำบล ให้สามารถดำเนินการกิจของหน่วยงานในการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยการพัฒนาความรู้และแนวคิดในการป้องกันภาวะทุพพลภาพเป็นสิ่งที่จำเป็น รวมถึงการสนับสนุนกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ผ่านการสนับสนุน การควบคุมกำกับ และติดตามประเมินผลจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เป็นช่องทางที่สำคัญของการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ พบว่าการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพในชุมชน บทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวมีเป็นกลไกและมีความสำคัญต่อการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุให้สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติให้มากที่สุด แต่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการฟื้นฟูสภาพ ดังนั้น นโยบายการพัฒนาาระบบบริการที่สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในครอบครัว เช่น การพัฒนาหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแล การเยี่ยมบ้านของผู้สูงอายุ การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุในชุมชน เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นสำหรับการดูแลผู้สูงอายุในอนาคตที่สำคัญ

5.5.2 ด้านการปฏิบัติ

จากการศึกษาพบว่ารูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมที่สำคัญ ได้แก่ ทำให้กลุ่ม องค์กรในชุมชน รับรู้ปัญหาของผู้สูงอายุและผู้ดูแล มีการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ มีการเชื่อมโยงในระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น ดังนั้น ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน บุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรดำเนินการดังต่อไปนี้

1) ประเมินคัดกรองภาวะทุพพลภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะทุพพลภาพ 4 ปัจจัย ได้แก่ อายุมากกว่า 75 ปี โรคเรื้อรังร่วม ภาวะสมองเสื่อม และการหกล้ม ซึ่งเป็นกระบวนการเริ่มต้นของการป้องกันภาวะทุพพลภาพที่สำคัญ จัดประเภทผู้สูงอายุในชุมชนและดำเนินกิจกรรมการป้องกันภาวะทุพพลภาพที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

2) การดำเนินกระบวนการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ควรส่งเสริมให้ กลุ่ม องค์กรในชุมชน ดำเนินการป้องกันภาวะทุพพลภาพในกลุ่มผู้สูงอายุทั้งที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพและมีภาวะทุพพลภาพ ซึ่งกิจกรรมการป้องกันภาวะทุพพลภาพที่ ควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุดำเนินกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะทุพพลภาพในชุมชน ได้แก่ การส่งเสริมการออกกำลังกาย ส่งเสริมไม่ทำป้องกันการหกล้ม ส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังร่วม เป็นต้น ส่วนกิจกรรมการป้องกันภาวะทุพพลภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ ประกอบด้วย กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน การฟื้นฟูสภาพ การปรับสิ่งแวดล้อม การสนับสนุนกายอุปกรณ์

3) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ ผู้ดูแลและครอบครัวต้องการความช่วยเหลือจากและการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐและชุมชน โดยเฉพาะการฟื้นฟูสภาพ ภายอุปกรณ์ และสวัสดิการ ดังนั้นบทบาทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการสนับสนุนครอบครัวและผู้ดูแลในการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ ด้วยการติดตามจากการเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ และบทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนด้านสวัสดิการ เช่น องค์การบริหารส่วนตำบลในการสนับสนุนกายอุปกรณ์

4) ผลการศึกษาพบว่ากระบวนการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ที่อยู่ภายใต้วัฒนธรรมชุมชนและภูมิปัญญาของท้องถิ่น พบว่าทำให้เกิดผลลัพธ์ทางบวกต่อการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้น การส่งเสริมการป้องกันภาวะทุพพลภาพด้วยการใช้ภูมิปัญญาในท้องถิ่น เช่น นวดแผนไทย สตรีกัญ เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาภาวะทุพพลภาพภายใต้บริบททางวัฒนธรรมของชุมชน และเกิดความยั่งยืนในการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชน จึงควรเป็นทางออกในการป้องกันภาวะทุพพลภาพของบุคลากรสาธารณสุข

5.5.3 ด้านวิชาการ

จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ความรู้และทักษะของผู้ดูแลจึงมีความสำคัญต่อการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ การพัฒนาระบบการสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จึงเป็นสิ่งที่ควรต้องมีการศึกษาต่อไป รวมทั้งการศึกษาภาวะและผลกระทบของผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน ที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ