

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ ได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่มีรายละเอียดตามลำดับดังต่อไปนี้

- 2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
- 2.2 ภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ
- 2.3 การป้องกันภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ
- 2.4 แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ
- 2.5 การวิจัยเชิงปฏิบัติการในการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน

2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมาโครงสร้างประชากรของประเทศไทยเปลี่ยนแปลงไป จำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลต่อนโยบายและแผนงานของประเทศ โดยเฉพาะด้านสาธารณสุข ประชากรผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเป้าหมายที่มีความสำคัญยิ่งขึ้น เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ประสบกับปัญหาด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจและสังคม ที่เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงในลักษณะการเสื่อมถอย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นลักษณะเฉพาะกลุ่มที่แตกต่างจากประชากรวัยอื่น ๆ

2.1.1 นิยามเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

การให้นิยามและความหมายของการเป็นผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการกำหนดผู้สูงอายุ ซึ่งที่ผ่านมานิยามเกี่ยวกับความสูงอายุมีความแตกต่างกัน ตามเป้าหมายวัตถุประสงค์ ประสิทธิภาพและมุมมองของแต่ละบุคคลและแต่ละสังคมวัฒนธรรม อย่างไรก็ตามความเข้าใจเกี่ยวกับการให้นิยามของผู้สูงอายุที่ชัดเจนจะนำมาซึ่งเกณฑ์หรือวิธีการแบ่งประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเภท ดังนี้

1) ใช้อายุเป็นเกณฑ์ (Chronologic age) เป็นการแบ่งกลุ่มโดยใช้อายุเป็นเกณฑ์ข้อบ่งชี้การเสื่อมถอยตามกระบวนการชราภาพ เพื่อแบ่งประชากรผู้สูงอายุจากประชากรกลุ่มอื่นๆ ซึ่งการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุแบบนี้มีจุดแข็ง คือ เป็นวิธีการวัดที่ง่าย ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง ตอบสนองรูปธรรมพื้นฐานของกระบวนการจัดการในสังคม เช่น สังคมกำหนดเกณฑ์อายุในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การแต่งงาน เกณฑ์ทหาร การเกษียณอายุ ซึ่งในประเทศที่พัฒนาแล้ว ส่วนใหญ่กำหนดให้ผู้ที่มีอายุ 65 ปี คือ ผู้สูงอายุ (WHO, 2000; Meiner & Lueckenotte, 2006; Miller, 2009) ขณะที่ประเทศที่กำลังพัฒนาเกณฑ์อายุที่ใช้ในการระบุผู้สูงอายุ คือผู้ที่มีอายุที่ 60 ปี (WHO, 2000; Kowal & Peachey, 2001) เช่นเดียวกับส่วนองค์การอนามัยโลก ที่ให้ความหมายของผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (WHO, 2000) สำหรับประเทศไทยนั้นมีการให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2547)

อย่างไรก็ตาม การใช้อายุเป็นเกณฑ์แบ่งยังมีจุดอ่อนที่สำคัญ กล่าวคือในบางประเทศที่ระบบการลงทะเบียนประชากรไม่สมบูรณ์จะทำให้ไม่สามารถบอกได้อย่างชัดเจนว่าใครเป็นผู้สูงอายุ นอกจากนี้

ความสูงอายุมีความซับซ้อนมากขึ้นกว่าที่จะอธิบายด้วยอายุเกิด การกำหนดอายุแต่ละช่วงมีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะจุดตัดระหว่างผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไปจัดว่าเป็นผู้สูงอายุ กับ ผู้ที่อายุน้อยกว่าแต่ใกล้เคียงอายุ 60 ปี ทำให้ความแตกต่างทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุบางรายแทบจะไม่มีให้เห็น อย่างไรก็ตามได้มีความพยายามแก้ไขจุดอ่อนของวิธีการแบ่งกลุ่มประชากรผู้สูงอายุโดยใช้อายุเป็นเกณฑ์ เช่นการจัดกลุ่มผู้สูงอายุ เป็นผู้สูงอายุตอนต้นคือผู้ที่มีอายุระหว่าง 65-74 ปี และผู้สูงอายุอย่างแท้จริงอายุ 75 ปีขึ้นไป (Harman, 1981; Butler et al., 1998; Morgan & Kunkel, 2001; Miller, 2009)

2) ใช้ความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional age) เป็นวิธีการแบ่งที่ให้ความสำคัญกับสุขภาพร่างกาย ความผาสุกทางด้านจิตใจ ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม และการมีส่วนร่วมในกิจกรรม ซึ่งเป็นพื้นฐานของการทำความเข้าใจกับความสูงอายุที่ใช้ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของผู้สูงอายุเป็นเกณฑ์ การแบ่งโดยวิธีนี้มีจุดแข็งที่เป็นข้อได้เปรียบกว่าการนิยามตามเกณฑ์อายุ คือ เป็นรูปแบบที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเป็นอยู่ดี สามารถมองเห็นสภาวะสุขภาพอย่างแท้จริงได้ และสามารถใช้เป็นข้อมูลสำหรับวางแผนจัดการด้านสุขภาพ ด้านสวัสดิการสังคม อย่างไรก็ตามจุดอ่อนของวิธีการแบ่งแบบนี้คือ การให้คำนิยามที่มีความหลากหลาย และแตกต่างกันตามบริบทวัฒนธรรมของแต่ละสังคม เช่น ในสังคมอุตสาหกรรม การแบ่งอายุที่ใช้ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถส่วนตัวและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของร่างกาย นอกจากนี้ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของร่างกายที่สามารถแปรเปลี่ยนไปตามสภาวะสุขภาพ (Harman, 1981; Morgan & Kunkel, 2001; Miller, 2009) เช่น ประเทศกัวนา ผู้สูงอายุคือผู้ที่มีอายุมาก ไม่สามารถทำงานได้ สุขภาพกายอ่อนแอ และ มีการสูญเสียทางด้านร่างกายและประสาทสัมผัส ขณะที่ประเทศแอฟริกาใต้ ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีร่างกายเสื่อมถอย ต้องพึ่งพาผู้อื่น ประสาทสัมผัสลดลง สูญเสียความทรงจำ ประเทศซิมบับเว ความเป็นผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (WHO, 2000) ส่วนประเทศไทยคำว่าคนชราหมายถึง คนที่มีอายุมาก ช่วยตนเองไม่ได้ ต้องพึ่งพาครอบครัว ญาติ สังคม (ปรีชา อุปโยธิน และคณะ, 2538)

3) ใช้ช่วงอายุเป็นตัวกำหนด (Life stage) เป็นวิธีการแบ่งที่เป็นไปตามกระบวนการชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามช่วงวงจรของชีวิต เช่น วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ตอนต้น วัยกลางคน วัยก่อนเกษียณ วงจรชีวิตเป็นการจัดชั้นทางสังคมที่กว้างที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และสังคม และเป็นสิ่งที่แสดงออกให้ทราบถึงการเปลี่ยนผ่านในวงจรชีวิตของคน การใช้ช่วงอายุเป็นเกณฑ์แบ่งมี จุดแข็ง คือ สามารถแบ่งได้ง่าย มองเห็นได้ชัดเจน และเป็นสิ่งที่แสดงถึงบทบาททางสังคม อย่างไรก็ตามการใช้ช่วงชีวิตจัดแบ่งขึ้นเป็นการแบ่งที่หยاب จึงทำให้มี จุดอ่อน คือ ไม่สามารถกำหนดจุดช่วงของช่วงเวลาที่เปลี่ยนแปลงในแต่ละวัยเข้าสู่อีกวัยหนึ่ง ได้อย่างถูกต้อง และจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุดในแต่ละวัยของแต่ละคนมีความแตกต่างกัน (Morgan & Kunkel, 2001)

เกณฑ์ในการกำหนดผู้สูงอายุเพื่อเป็นเส้นแบ่งในการจำแนกประชากรผู้สูงอายุกับวัยอื่น ๆ มีวิธีการใหญ่ 3 วิธี คือ การใช้อายุเป็นเกณฑ์แบ่ง การใช้ความสามารถในการทำหน้าที่ และ การใช้ช่วงชีวิตเป็นเกณฑ์แบ่ง ซึ่งแต่ละวิธีต่างมีจุดแข็งและจุดอ่อนแตกต่างกัน ดังนั้นการเลือกใช้วิธีการแบ่งที่เหมาะสมกับเป้าหมายของการแบ่ง ลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย และบริบททางสังคม จึงเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นและมีความสำคัญยิ่งสำหรับประชากรผู้สูงอายุ

2.1.2 กระบวนการชราภาพ

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะความเสื่อมถอย ที่เรียกกันว่า กระบวนการชราภาพ เป็นสิ่งที่สะท้อนถึงโอกาสที่ผู้สูงอายุแต่ละคนจะมีชีวิตอยู่รอดยาวนานขึ้น หรือต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจทุกระบบ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของแต่ละบุคคล ซึ่งนำไปสู่การเจ็บป่วยและภาวะการล้มเหลวของตนเองได้น้อย ที่เรียกว่า ภาวะทุพพลภาพ ซึ่งเปลี่ยนแปลงมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล กระบวนการชราภาพที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย (Physical change)

ร่างกายของผู้สูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายของผู้สูงอายุจะเกิดขึ้นทุกระบบ และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุแต่ละคนจะเกิดไม่เท่ากัน โดยการเปลี่ยนแปลงในแต่ละระบบของร่างกายผู้สูงอายุ เริ่มปรากฏให้เห็นตั้งแต่ระบบผิวหนัง ซึ่งในผู้สูงอายุ เนื้อเยื่อผิวหนังบางลง สารคลาติน สารสร้างเม็ดสีผิว และ Langerhans' cell ลดลง ส่วนในชั้นผิวหนังแท้เนื้อเยื่อที่เป็นส่วนประกอบของคอลลาเจน อิลาสติน และส่วนประกอบของประสาทสัมผัสลดลง และในชั้นไขมันนั้นพบว่าต่อมใต้ผิวหนัง เช่น ต่อมเหงื่อ ต่อมไขมันมีจำนวนและขนาดลดลง ผิวหนังแห้งและหยาบ ขาดความชุ่มชื้น ผิวหนังเกิดแผลได้ง่าย การตอบสนองต่อการต้านทานเชื้อโรคลดลง ผิวหนังสูญเสียความยืดหยุ่น สูญเสียการควบคุมอุณหภูมิร่างกายง่าย ผมและขนจึงกลายเป็นสีขาว เพราะการสูญเสียหน้าที่ของเม็ดสร้างสีผิว (Balin, 2003; Burke & Laramie, 2004; Hess, 2004)

ส่วนระบบประสาทในผู้สูงอายุ ทั้ง 3 ระบบคือ ระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทส่วนปลาย และระบบประสาทอัตโนมัติในวัยผู้สูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลง โดยระบบประสาทส่วนกลางนั้น มีขนาดและจำนวน นิวรอน (Neurons) ลดลง และมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของ เด็นไดร (Dendrites) ที่เกิดขึ้นจากการตายของเซลล์ประสาท และเซลล์สมอง มีการเปลี่ยนแปลงในเอนไซม์ที่ใช้ในการสังเคราะห์ของเซลล์ประสาท การสูญเสียหน้าที่ในการเชื่อมต่อของประสาท ส่งผลให้ผู้สูงอายุจะมีจำนวนเซลล์ประสาทและเซลล์สมองลดลง มีน้ำหนักของสมองลดลง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ความจำ และอาจเกิดการเจ็บป่วยจากปัญหาทางระบบประสาท ด้านระบบประสาทส่วนปลายทั้งการสั่งการ (Motor) รับความรู้สึก (Sensory) และตอบสนอง (Reflexes) ลดจำนวนลง ประสาทรับความรู้สึก (Sensory receptors) เกิดการเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ระบบประสาทอัตโนมัติ มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างใน Basal ganglia ทำให้การตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติช้าลง (Hess, 2004; Imperio & Reid, 2006)

ด้านกระบวนการชราภาพที่เกิดขึ้นกับระบบกระดูกและกล้ามเนื้อส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ทั้งรูปร่างและโครงสร้างเปลี่ยนไป จำนวนและขนาดของเนื้อเยื่อ กล้ามเนื้อ เอ็น กระดูกอ่อน กระดูก ลดลง เกิดกระบวนการผ่อลงของกระดูกอ่อนและกล้ามเนื้อ การสูญเสียความหนาแน่นของกระดูก ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เอ็น ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาโรคของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง (Burke & Laramie, 2004; Hess, 2004) ส่วนระบบหัวใจและหลอดเลือด เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคือ หลอดเลือดแข็งตัว ซึ่งเกิดจากการจับตัวของหินปูนซึ่งทำให้เส้นเลือดแข็ง พังเส้นเลือดขรุขระ และทางเดินเส้นเลือดแคบ เกิดการอุดตันหรืออุดตันบางส่วนของหลอดเลือด (Hess, 2004) ส่วนกล้ามเนื้อหัวใจเมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุพบว่ากล้ามเนื้อหัวใจมีขนาดใหญ่ขึ้น และลิ้นหัวใจพบว่าหนาและแข็งตัวซึ่งเป็นผลมาจากไขมันเกาะตัว

ถูกเกาะด้วยแคลเซียม ทำให้การปิดเปิดของลิ้นหัวใจไม่ดี ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง ปริมาณเลือดจึงไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ลดลง (Taffet & Lakatta, 2003; Hess, 2004; Ferebee, 2006; Miller, 2009)

นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินหายใจของผู้สูงอายุเกิดขึ้นตั้งแต่โครงสร้างคือกระดูกซี่โครงและกระดูกสันหลัง แคลเซียมจะจับกระดูกอ่อนบริเวณซี่โครงทำให้ซี่โครงเคลื่อนไหวน้อยลง ขณะที่เกิดการเชื่อมตามขวางของกล้ามเนื้อซี่โครงผนังทรวงอกทำให้กล้ามเนื้อทรวงอกแข็งและขาดความยืดหยุ่น และอีลาสตินของปอดลดลง ถุงลมและหลอดลมมีขนาดใหญ่ขึ้น ถุงลมฝอยมีจำนวนลดลง จำนวนของถุงลมลดลง การนำออกซิเจนเข้าเซลล์ลดลง ยิ่งในกรณีที่มีปัญหาของกระดูกหลังค่อมหรือโค้งจะทำให้การขยายตัวของปอดทำได้น้อย การกักตัวของอากาศในปอดมีเพิ่มขึ้น อีกทั้งการทำงานของเซลล์ขันทอดและรีเฟลกซ์การไอลดลง ทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอมไม่ดี เกิดการติดเชื้อและสำลักได้ง่ายทำหน้าที่ (Burke & Laramie, 2004; Ferebee, 2006; Johnson, 2003; Miller, 2009)

ด้านระบบทางเดินอาหาร พบว่าในผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ช่องปากมีฟันที่ไม่แข็งแรงหรือไม่มีฟัน ทำให้เคี้ยวอาหารไม่สะดวก ประกอบกับต่อมน้ำลายเสื่อมหน้าที่ ต่อมน้ำลายจะฝ่อและกล้ามเนื้อเรียบที่เชื่อมกับหลอดอาหารส่วนล่าง ได้รับแรงดันย้อนกลับของอาหาร และหูรูดอาจปิดไม่สนิท ทำให้เกิดอาการอาหารไม่ย่อย แสบร้อนในอก และอาเจียน ส่วนกระเพาะอาหารพบว่ามีคุณสมบัติของเยื่อผนังกระเพาะอาหาร เอนไซม์และกรดน้ำย่อยในกระเพาะอาหารลดลง การเคลื่อนไหวน้อยลงของกระเพาะอาหารลดลง ทำให้การดูดซึมสารอาหารได้ไม่เต็มที่ เกิดแผลในกระเพาะอาหาร ด้านลำไส้เล็ก พบมีการฝ่อของกล้ามเนื้อ เยื่อผนังลำไส้ลดลง ทำให้การดูดซึมไขมันและวิตามินบี 12 ลดลง และลำไส้ใหญ่พบว่าเยื่อผนังลำไส้ลดลง ทำให้ความยืดหยุ่นของผนังลำไส้ลดลง กล้ามเนื้อหูรูดเกิดการหย่อนตัว ทำให้ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ นอกจากนี้ยังมีอวัยวะอื่นๆ ที่ช่วยในการย่อยอาหารพบว่า ตับอ่อนมีไขมัน และพังคืดเกาะ และมีขนาดของตับอ่อนและตับลดลง ทำให้ประสิทธิภาพการทำลายพิษต่าง ๆ ของตับลดลง การผลิตเอนไซม์และโปรตีนที่ตับลดลง (Hall, 2000; Hess, 2004; Miller, 2009)

ส่วนการเปลี่ยนแปลงระบบทางเดินปัสสาวะเป็นปัญหาที่สำคัญที่เกิดขึ้นกับวัยผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงของไตทั้งโครงสร้างและหน้าที่ ขนาดไตของผู้สูงอายุจะลดลง หน่วยไตจึงมีจำนวนลดลง หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตลดลง และการกรองของไตความสามารถในการทำงานของไตลดลงการดูดกลับสารต่างๆ น้อยลง อีกทั้งกลไกการทำงานของกระเพาะปัสสาวะเปลี่ยนไปขนาดและความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลง ความสามารถของกระเพาะปัสสาวะลดลง ความชุกในการหดตัวของกระเพาะปัสสาวะเพิ่มขึ้น แรงดันกระเพาะปัสสาวะเพิ่มขึ้น รวมถึงการอุดตันของทางเดินปัสสาวะและระดับเอสโตรเจนที่ลดลงหลังวัยหมดประจำเดือนและความตึงตัวของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะและแรงดันของทางเดินปัสสาวะที่ลดลง ทำให้ถ่ายปัสสาวะบ่อย มีปัสสาวะตกค้างอยู่มาภายหลังปัสสาวะแต่ละครั้ง และควบคุมการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Friedman, 2006; Miller, 2009; Wiggins, 2003) ส่วนการเปลี่ยนแปลงของระบบสืบพันธุ์นั้นในเพศหญิงหลังหมดประจำเดือน จะเกิดภาวะพร่องฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งมีผลต่อระบบสืบพันธุ์ ต่อมน้ำนม (Bartholin's glands) ฝ่อและมีน้ำหล่อลื่นน้อยลง อวัยวะเพศขนาดลดลง ขนบริเวณอวัยวะเพศมีจำนวนน้อยลง ส่วนในเพศชายถูกอวัยวะเพศวัยเด็ก การผลิตอสุจิได้น้อยลง ขนาดและรูปร่างของอสุจิเปลี่ยนแปลงไป ความสามารถในการผสมกับไข่ลดลง (Miller, 2009)

ระบบต่อมไร้ท่อในผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลง ทั้งเกิดจากสารฮอร์โมนเพิ่มขึ้น เช่น อินซูลิน กลูคากอนในผู้สูงอายุ ต่อมใต้สมองเกิดการเปลี่ยนแปลงขนาดรูปร่างและการทำงานลดลง ทำให้ต่อมไร้ท่ออื่นๆ ที่ถูกควบคุมโดยฮอร์โมนจากต่อมใต้สมองทำงานลดลง จึงเกิดความผิดปกติของร่างกายได้ ทำให้เกิดผลต่อการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ เช่น ตับอ่อนหลังอินซูลินลดลง ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารคงที่ เนื้อเยื่อต่าง ๆ ของร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินน้อยลง ทำให้ระดับความทนต่อน้ำตาลลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ต่อมธัยรอยด์ทำงานลดลง ระดับไตรไอโอโดทัยโรนิน (Hess, 2004; Hill, 2006)

2) การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ (Psychological change)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจในผู้สูงอายุ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ ซึ่งสันนิษฐานว่ากลไกการเกิดประกอบด้วย 4 อย่างคือ ข้อมูลที่อยู่ในกระบวนการ การทำหน้าที่เกี่ยวกับการจดจำของสมอง ข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของสมอง และการทำหน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก (Park & Schwarz, 2000) นอกจากนี้ประสาทการรับรู้ ซึ่งเป็นระบบของกระบวนการรับข้อมูลในผู้สูงอายุ พบว่า การรับรู้ระยะแรกมีช่วงเวลาที่สั้นและมีความสามารถไม่มาก ส่วนการรับรู้ระยะที่สองเป็นการรับรู้ระยะยาว และเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก ซึ่งจะมีความเกี่ยวข้องกับการทวนคืนความทรงจำและการรับรู้ ความทรงจำในผู้สูงอายุ (Miller, 2009; Timiras, 2002) การเปลี่ยนแปลงทางการรับรู้ทำให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความเฉลียวฉลาดและการแก้ไขปัญหา ความทรงจำ ด้านภาษาการสื่อสาร และความเข้าใจ มีผลทำให้ผู้สูงอายุบางส่วนเกิดพัฒนาการด้านพยาธิสภาพที่นำไปสู่การเกิดโรคอัลไซเมอร์ หรือ เกิดภาวะสมองเสื่อมได้ (Milwian & Iversen, 2002)

นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจที่สำคัญของผู้สูงอายุ คือ อารมณ์ ซึ่งเกิดจากประสบการณ์ พฤติกรรม และการปรับตัวของผู้สูงอายุ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยภายนอกหรือสิ่งแวดล้อม เช่น การสูญเสียคนรัก การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ปัจจัยภายใน เช่น บุคลิกภาพส่วนตัว โรคประจำตัว หรือการเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงอายุ ประสบการณ์สูญเสียทางร่างกายและการเข้าใจถึงความตาย ปัจจัยเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดผลกระทบต่ออารมณ์ ได้แก่ เกิดความเศร้าโศก รู้สึกผิด รู้สึกโดดเดี่ยว ซึมเศร้า วิตกกังวล รู้สึกอ่อนแอและขาดคนช่วยเหลือ และเกิดความรุนแรงทางอารมณ์ ซึ่งนำมาสู่การเกิดปัญหาภาวะทางอารมณ์ที่สำคัญคือ ภาวะซึมเศร้า (Butler et al., 1998)

3) การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม (Sociology change)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมมีความเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ในชีวิต ที่เปลี่ยนแปลงแตกต่างกันไปตามช่วงเวลาของชีวิตและมีผลต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งเหตุการณ์ในชีวิตของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับสภาวะด้านสังคมของผู้สูงอายุสามารถจัดได้เป็น 6 กลุ่มคือ 1) การเกษียณอายุ ซึ่งมีผลทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียรายได้ สูญเสียบทบาท สูญเสียสถานะทางสังคม สูญเสียเป้าหมายของชีวิต และสูญเสียการติดต่อสัมพันธ์กับคนในระดับเดียวกัน 2) การเสียชีวิตของเพื่อนสนิท ทำให้เกิดการสูญเสียหุ้นส่วนของชีวิต ความรักต่อความตาย และสูญเสียกิจกรรมทางสังคม 3) การเป็นหม้าย ทำให้สูญเสียผู้ให้ความช่วยเหลือ สูญเสียหุ้นส่วนของชีวิต สูญเสียคู่ครองทางเพศสัมพันธ์ รู้สึกว่างเปล่า โดดเดี่ยว โศกเศร้า เปลี่ยนแปลงความรับผิดชอบในชีวิต และต้องพึ่งพานุคคลอื่น 4) การย้ายกลับภูมิลำเนาเดิม ทำให้เกิดการสูญเสียพื้นที่ส่วนตัว เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อนใหม่ และต้องจากเพื่อน 5) การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ของตนเอง

เกิดผลข้างเคียงจากการรักษา ฟังหาผู้อื่น สูญเสียเงินทอง และสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว และ6) การถูกจัดประเภทเป็นผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุ ลดคุณค่าของตนเอง ทศนคติในแง่ลบกับการสูงวัย ความคาดหวังลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น เกิดมายาคติกับความสูงวัย และเกิดความเสื่อมถอยในชีวิต (Askham, 2002)

การเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ในชีวิตที่เกิดขึ้นทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม ซึ่งอาจมีผลทำให้ผู้สูงอายุค่อย ๆ ถดถอยออกจากสังคม เนื่องจากต้องการลอบทบาทของตนเองให้น้อยลง หรืออาจเกิดจากแรงกดดันจากสังคม การสูญเสียชีวิต การเกษียณอายุ งานที่ลดลง การเข้าร่วมกิจกรรมหรือการถอยห่างออกจากกิจกรรมของผู้สูงอายุ จะได้รับอิทธิพลจากการดำรงชีวิตในอดีต และภาวะเศรษฐกิจสังคมมากกว่าปัจจัยภายในหรือจากสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ตามแนวคิดของทฤษฎีการถดถอยจากสังคม แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุจะมีความสุขมากถ้าอยู่ในสิ่งแวดล้อมดี และพบว่าผู้สูงอายุจะพอใจมากถ้าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี และยังได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่นเหมือนเดิม (Miller, 2009)

กระบวนการชราภาพเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งการเกิดภาวะเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัว และการดำรงอยู่ในสังคม ทำให้ผู้สูงอายุเกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติตนซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เกิดภาวะพึ่งพาที่ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ดูแล ครอบครัว รวมถึงการสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ อย่างไรก็ตามกระบวนการชราภาพมีความซับซ้อนและแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ทำให้กระบวนการชราภาพที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุแต่ละคนมีความแตกต่างกัน บางคนเกิดผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงมาก ขณะที่บางคนแทบจะไม่เกิดผลการเปลี่ยนแปลงอะไร แต่ยังคงมีสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ดี และอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ที่เรียกว่า ผู้สูงอายุที่ประสบผลสำเร็จ (Successful ageing) ที่มีจำนวนไม่น้อยในสังคม

โดยจากการศึกษาวิจัยในประเทศแคนาดาพบว่าผู้สูงอายุที่ประสบผลสำเร็จ ถึงร้อยละ 30.0 ซึ่งการประสบผลสำเร็จในผู้สูงอายุเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและการเจ็บป่วย สุขภาพกาย สุขภาพจิต และการมีส่วนร่วมกิจกรรมในสังคม (Tate et al., 2003) และแม้ว่าการปราศจากโรค และการดำรงรักษาหน้าที่ในการทำงานของร่างกายจะเป็นสิ่งที่มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบผลสำเร็จ แต่ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและมีความยากลำบากในการทำหน้าที่ของร่างกาย ก็ยังคงเป็นผู้ที่ประสบผลสำเร็จได้เหมือนกัน เพราะการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบผลสำเร็จเป็นกระบวนการปรับตัวด้วย (Von Faber et al., 2001; Strawbridge et al., 2002)

จึงเห็นได้ว่ากระบวนการชราภาพเป็นกระบวนการที่มีความซับซ้อนและแตกต่างกันในแต่ละบุคคล เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในร่างกายตั้งแต่ระดับเซลล์ เนื้อเยื่อ จนถึงอวัยวะ ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งการเกิดภาวะเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัว และยังทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติตนซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดภาวะพึ่งพาที่ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ดูแล ครอบครัว รวมถึงการสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคม

2.1.3 ทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงวัย

กระบวนการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ผู้สูงอายุมีความสลับซับซ้อนมาก และกระบวนการชราภาพของผู้สูงอายุแต่ละคนจะมีความแตกต่างกัน ทำให้มีความพยายามอธิบายปรากฏการณ์ของความชราภาพที่เกิดขึ้นผ่านทฤษฎีหลากหลายทฤษฎี สามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มทฤษฎีหลักดังต่อไปนี้

1) ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุด้านชีวภาพ (Biological theories)

เป็นทฤษฎีที่อธิบายกระบวนการด้านกายภาพ และโครงสร้างอวัยวะของร่างกายที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยของร่างกาย หรือทำให้เกิดกระบวนการสูงอายุ ซึ่งกระบวนการสูงอายุทางชีวภาพมีความแตกต่างกันตามหน้าที่การทำงานของอวัยวะ (Yurick et al., 1989; Ebersole & Hess, 1990; Miller, 2009) ภายใต้อายุนี้มีหลายทฤษฎีย่อย ได้แก่

(1) ทฤษฎีพันธุกรรม (Genetic Theory)

ทฤษฎีพันธุกรรมเป็นหนึ่งในทฤษฎีทางชีวภาพที่มีความซับซ้อนมาก แสดงให้เห็นบทบาทของยีนที่พัฒนาการไปตามวัย ในทฤษฎีจะว่าด้วยอายุขัยของสัตว์แต่ละชนิดที่มีความแตกต่างกันตามโปรแกรมของยีนแต่ละประเภท ตามความยาวนานของอายุขัยของชนิดสัตว์ ยีนเป็นตัวควบคุมลักษณะทางพันธุกรรม มีอยู่ตั้งแต่ระดับเซลล์ เนื้อเยื่อ จนถึงอวัยวะ ยีนทำการควบคุมการสร้างเอนไซม์ โดยควบคุมการสร้างโปรตีน ยีนหนึ่งยีนจะควบคุมลักษณะของโปรตีนไปทั่ว และส่วนประกอบของยีนคือ DNA ซึ่งเรียงตัวอยู่บนโครโมโซม เมื่อโมเลกุลของ DNA ถูกทำลาย ยีนก็ถูกทำลาย การทำหน้าที่ของเซลล์ก็เสียไป เซลล์ก็มีความผิดปกติและตายได้ (Wickens, 1998; Wang, 2003) การอธิบายทฤษฎีพันธุกรรมในผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่สนับสนุนเรื่องอายุขัยของสิ่งมีชีวิต การเปลี่ยนแปลงของพันธุกรรมเป็นอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนมีอิทธิพลต่อด้านร่างกายและการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ

(2) ทฤษฎีการเชื่อมตามขวาง (Cross-Linking Theory)

ทฤษฎีนี้อธิบายความชรภาพบนพื้นฐานของกระบวนการเกิดการเชื่อมตามขวาง ที่ทำให้ลักษณะและโครงสร้างโมเลกุลของ DNA เปลี่ยนแปลง ธรรมชาติของกลไกที่เกิดการเชื่อมตามขวาง เมื่อมีอายุมากขึ้นกลไกเหล่านี้ก็ลดลง ทำให้มีผลกับโปรตีนที่อยู่ภายนอกเซลล์คือ โปรตีนคอลลาเจน (collagen) ที่เป็นส่วนประกอบสำคัญของโครงสร้างร่างกาย ให้ความแข็งแรงแก่เนื้อเยื่อ เมื่อมีอายุมากขึ้นคอลลาเจนการเชื่อมตามขวางของคอลลาเจนเพิ่มมากขึ้นทั้งภายในเซลล์ ระหว่างเซลล์ และภายนอกเซลล์ ทำให้เซลล์ไม่สามารถที่จะขนส่งหรือขับถ่ายของเสียออกจากเซลล์ไม่สะดวก ทำให้เนื้อเยื่อและอวัยวะขาดความยืดหยุ่น จนเกิดความลึมหวม นอกจากนี้โปรตีนอีลาสติน (inelastin) ที่อยู่ภายนอกเซลล์ก็มีกลไกการเกิดเช่นเดียวกัน ทฤษฎีนี้จึงอธิบายเรื่องของโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ที่แข็งตัว และอายุที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง (Miller, 2009)

(3) ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunity Theory)

ระบบภูมิคุ้มกันภายในตัวเองเป็นกลไกการตอบสนองหรือการปกป้องร่างกายจากสิ่งแปลกปลอมต่าง ๆ ที่ประกอบด้วยหลายส่วน โดยกลไกการตอบสนองต่อสิ่งแปลกปลอมหรือระบบการปกป้องร่างกายมี 2 อย่าง ได้แก่ การตอบสนองระบบภูมิคุ้มกันโดยการสร้างแอนติบอดีเพื่อทำลายเซลล์ (Humoral immunity) โดย B cell (B-Lymphocyte) เป็นเซลล์ที่รับผิดชอบหลัก และการตอบสนองระบบภูมิคุ้มกันผ่านเซลล์ (cell-mediate immunity) เป็นการสร้างเซลล์เพื่อทำหน้าที่กินหรือย่อยสลายสิ่งแปลกปลอม โดยมี T cell (T-Lymphocyte) เป็นเซลล์ที่รับผิดชอบหลัก อย่างไรก็ตามเมื่อมีอายุที่ขึ้นสูงพบว่าการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันจะไม่แน่นอน การทำหน้าที่ของเซลล์ทั้ง B cell และ T cell ลดลง ส่งผลให้มีการตอบสนองที่ไม่เหมาะสมเหมือนเดิม กลไกการป้องกันตนเองลดลงตามไปด้วย จึงทำให้ระบบภูมิคุ้มกันลดลง นอกจากนี้ระบบ

ภูมิคุ้มกันยังเสื่อมสภาพทำให้จำโครงสร้างของโมเลกุลที่อยู่ในเซลล์ไม่ได้ทำให้เกิดระบบภูมิคุ้มกันทำลายตัวเอง เช่น การเกิดโรคมะเร็ง โรครูมาตอยด์ การติดเชื้อ ที่พบมากในผู้สูงอายุ (Wickens, 1998; Murasko & Gradner, 2003; Miller, 2009)

(4) ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radicals Theory)

สารอนุมูลอิสระเกิดจากอาหารที่เรารับประทาน มลภาวะจากรังสี และกระบวนการเผาผลาญพลังงานของร่างกาย สารอนุมูลอิสระไม่เสถียร จึงมีปฏิกิริยารวดเร็วทำให้สามารถจับกับโมเลกุลอื่น ๆ ในร่างกายได้ดีและสะสมอยู่ในร่างกาย เมื่อสะสมมากขึ้นจะมีอันตรายต่อการทำหน้าที่ของเซลล์ สารอนุมูลอิสระที่จับกับเป็นเซลล์ทำให้ไมโทคอนเดรีย ซึ่งเป็นแหล่งผลิตพลังงานของเซลล์เสื่อมสภาพเร็วขึ้น ทำให้ไม่มีแหล่งพลังงานหล่อเลี้ยงเซลล์ ทำให้เซลล์เสื่อมสภาพเร็ว นอกจากนี้กลไกผลิตพลังงานของไมโทคอนเดรียทำให้เกิดสารอนุมูลอิสระที่เป็นซูเปอร์ออกไซด์ และไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ซึ่งทำลายเซลล์ให้เสื่อมลง ส่งผลให้อวัยวะและร่างกายเสื่อมตามไปด้วย และสารอนุมูลอิสระยังทำให้ DNA ของเซลล์ผิดปกติ ทำให้เกิดความผิดปกติของสารพันธุกรรม รบกวนระบบภูมิคุ้มกัน ทฤษฎีอนุมูลอิสระจึงเป็นทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถอธิบายกลไกของความชราภาพได้ดี ด้วยกระบวนการชราภาพเริ่มเกิดขึ้นในร่างกายระดับเซลล์ และสารอนุมูลอิสระเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงร่างกายในผู้สูงอายุ และยังทำให้เกิดโรคในผู้สูงอายุ เช่น โรคเบาหวาน โรคข้ออักเสบ (กฤษดา ศิรามพุช, 2549; Wickens, 1998; Miller, 2009)

2) ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุด้านจิตสังคม (Psychosocial theories)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุมีอิทธิพลต่อกันและมีความเกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพ สถานภาพ วัฒนธรรม และกิจกรรมในสังคม ซึ่งกลุ่มทฤษฎีที่อธิบายการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและด้านสังคมของผู้สูงอายุเรียกว่าทฤษฎีทางจิตสังคม ซึ่งประกอบด้วยทฤษฎีย่อย ได้แก่

(1) ทฤษฎีการถดถอย (Disengagement Theory)

ทฤษฎีนี้แสดงให้เห็นว่าเมื่อเข้าสู่วัยชราภาพ ผู้สูงอายุจะได้รับความสนใจน้อยลง ผู้สูงอายุจะค่อย ๆ ถดถอยออกจากสังคม เนื่องจากต้องการลดบทบาทของตนเองให้น้อยลง หรืออาจจะเกิดจากแรงกดดันจากสังคม การสูญเสียคู่ชีวิต การเกษียณอายุ งานที่ลดลง การเข้าร่วมกิจกรรมหรือการออกจากกิจกรรมของผู้สูงอายุ จะได้รับอิทธิพลมาจากการดำรงชีวิตในอดีต และภาวะเศรษฐกิจสังคมมากกว่าปัจจัยภายใน หรือจากสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ตามแนวคิดของทฤษฎีการถดถอยจากสังคม แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุจะมีความสุขมากถ้าอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม และพบว่าผู้สูงอายุจะพอใจมากถ้าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีและยังได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่นเหมือนเดิม (Miller, 2009)

(2) ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory)

กิจกรรมเป็นสิ่งจำเป็นที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การที่ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมกิจกรรมจะทำให้ผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทและสถานภาพ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นสิ่งที่ยอมรับของสังคม ส่วนผู้ที่มีการสูญเสียบทบาท จะทำให้มีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับต่ำ และการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุจะช่วยรักษาสุขภาพและบุคลิกภาพของผู้สูงอายุไว้ได้ (Lemon et al., 1972 cited in Yurick et al., 1989) ผู้สูงอายุที่ปกติโดยส่วนมากแล้วจะดำรงไว้ซึ่งการมีกิจกรรมอยู่ในระดับสูง การดำรงไว้ซึ่งกิจกรรมด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุเกี่ยวกับการประสบผลสำเร็จในการ

ดำรงชีวิต ผู้สูงอายุที่ต้องการมีความสุขในชีวิตจึงพยายามที่จะรักษาระดับกิจกรรมของตนเองไว้ให้มากที่สุด ทฤษฎีนี้จึงกล่าวถึงลักษณะของสังคมต้องมีแบบแผนให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมเท่ากับคนในวัยกลางคน และ ควรกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมต่อไป เพื่อความมั่นคงในชีวิตและอยู่ในสังคมอย่างมีคุณค่าและมีความสุข (Yurick et al., 1989; Miller, 2009)

จะเห็นได้ว่าการศึกษเกี่ยวกับกระบวนการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุมีความสลับซับซ้อน ทำให้ไม่สามารถที่จะใช้เพียงทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งมาอธิบายได้ การอธิบายกระบวนการสูงอายุ หรือ กระบวนการชราภาพนั้นเกิดขึ้นตั้งแต่ในระดับเซลล์ จนถึงระดับมหภาค ทฤษฎีที่ใช้อธิบายจึงประกอบด้วยทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุด้านชีวภาพ ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุด้านจิตใจและสังคม ความเข้าใจในทฤษฎีเหล่านี้จะทำให้เราเข้าใจกระบวนการชราภาพของผู้สูงอายุได้ดียิ่งขึ้น กระบวนการชราภาพของผู้สูงอายุจะมีความแตกต่างกัน ผู้สูงอายุบางคนเมื่อมีอายุมากขึ้นแล้ว จะประสบกับการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอย แต่ยังมีผู้สูงอายุอีกจำนวนมากที่แม้จะมีอายุมากขึ้นยังคงเป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จอยู่ ด้วยการเป็นผู้ที่ช่วยเหลือตนเองได้ มีสุขภาพดีปราศจากโรค มีสุขภาพจิตดี และมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม ทำให้เกณฑ์ในการกำหนดผู้สูงอายุเพื่อใช้เป็นเส้นแบ่งประชากรผู้สูงอายุกับวัยอื่นๆ มีความแตกต่างและหลากหลายวิธี การเลือกใช้วิธีแบ่งที่เหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มเป้าหมายและบริบททางสังคมจึงมีความจำเป็นและมีความสำคัญ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า ชาวบ้านส่วนใหญ่ให้ความหมายและจำแนกผู้สูงอายุ โดยใช้อายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นเกณฑ์ในการบอกความหมายผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุบางส่วนไม่เห็นด้วยกับการใช้อายุเป็นเกณฑ์แบ่งผู้สูงอายุ แต่นิยามผู้สูงอายุโดยใช้สภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปทางถดถอยลง ดังนั้น ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จึงให้ความหมายของผู้สูงอายุโดยใช้วิธีการแบ่งประชากรผู้สูงอายุตามนิยามทางกฎหมายพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 หมายถึงบุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย โดยอาศัยฐานข้อมูลขององค์การบริหารส่วนตำบล ร่วมกับวิธีการแบ่งที่ใช้ความสามารถในการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย โดยใช้การประเมินภาวะทุพพลภาพเป็นเกณฑ์ในการแบ่งประเภทผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ และกลุ่มผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ

2.2 ภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ

กระบวนการชราภาพเป็นเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมของวัยผู้สูงอายุ นำมาสู่การเกิดภาวะทุพพลภาพ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ต้องพึ่งพาผู้อื่น ที่มีแนวโน้มเป็นปัญหาขนาดใหญ่ของสังคมผู้สูงอายุ ภาวะทุพพลภาพจึงไม่ได้มีผลกระทบเฉพาะเพียงผู้สูงอายุมีภาวะทุพพลภาพเท่านั้น หากแต่ส่งผลกระทบต่อสังคม ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน รวมถึงผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ และประเทศชาติ ปัจจุบันภาวะทุพพลภาพจึงเป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับจากวงการแพทย์ว่ามีความสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (Miller, 2009) และเป็นเป้าหมายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2003)

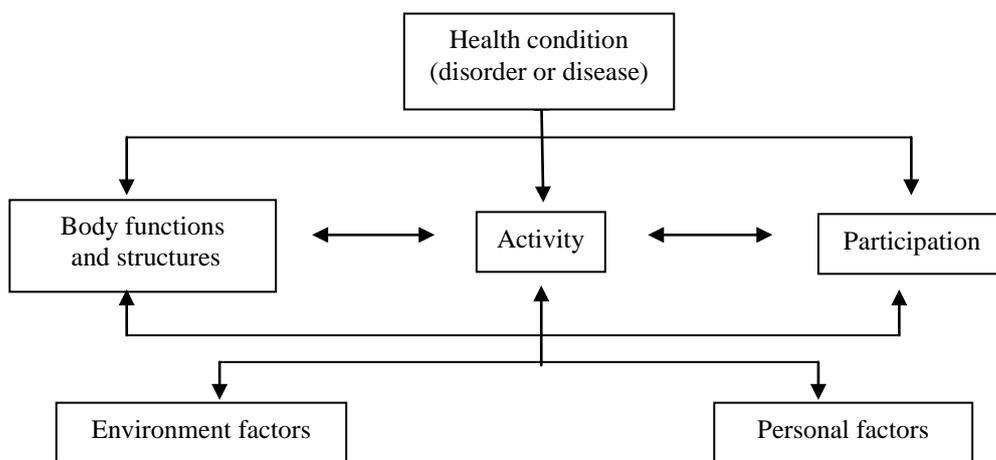
2.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะทุพพลภาพ

การศึกษาภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุที่ผ่านมาเป็นการศึกษาผ่านแนวคิดการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม การให้ความหมายเกี่ยวกับภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุจึงเป็นการให้ความหมายเกี่ยวกับ ความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรม หรือความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่เคยทำได้

(Jagger et al., 2001; WHO, 2001; Freedman et al., 2002; WHO, 2003; Tas et al., 2007) ซึ่งอธิบายผ่านแนวคิดของภาวะทุพพลภาพที่นิยามกล่าวถึง 3 แนวคิด ได้แก่

1) แนวคิดภาวะทุพพลภาพขององค์การอนามัยโลก

เป็นแนวคิดที่ถูกกำหนดขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก เพื่อใช้เป็นโครงสร้างการจำแนกโรคใหม่ที่เรียกว่า International Classification of Impairment, Disability and Handicap (ICIDH) โดยจัดแบ่งระดับความต่อเนื่องการเกิดภาวะทุพพลภาพสู่ความพิการ เป็น 3 ระดับ คือ ภาวะบกพร่องหน้าที่ (Impairment) ภาวะทุพพลภาพ (Disability) และภาวะพิการ (Handicap) (Patrick & Peach, 1989; Verbrugge & Jette, 1994) อย่างไรก็ตามแนวคิดนี้เกิดปัญหาในการนำมาใช้เป็นพื้นฐาน การพัฒนาสมมติฐานและการออกแบบการวิจัย ปัญหาความชัดเจนของแนวคิด ส่วนประกอบภายนอก และ ความเป็นไปได้ของเครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจ ต่อมาปี 2000 จึงได้มีการปรับปรุงแนวคิดใหม่ คือ ICIDH-2 เพื่อช่วยอธิบายการจัดระดับที่มีเป้าหมายหลายอย่างโดยการออกแบบให้กรอบแนวคิดง่ายต่อความเข้าใจมิติทุพพลภาพ และการสูญเสียหน้าที่ทั้ง 3 ระดับ คือ ร่างกาย บุคคล และสังคม ซึ่งมีประยุกต์ใช้กับ ICD อย่างแพร่หลาย มีแปลเป็นภาษาต่างๆ เพื่อใช้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพทั่วโลก มี 4 องค์ประกอบ คือ โครงสร้างและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย กิจกรรมและการมีส่วนร่วม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยส่วนบุคคล โมเดลภาวะทุพพลภาพที่ปรับปรุงใหม่มีดังนี้ (WHO, 2001; Yong, 2003)

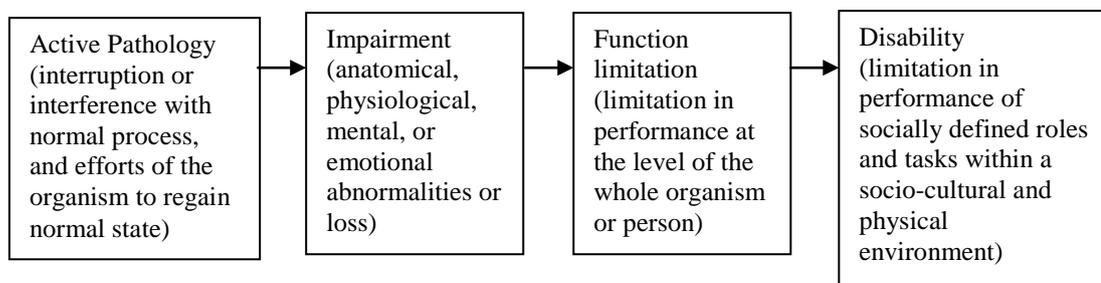


ภาพที่ 1 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างส่วนประกอบต่างๆ ของการทำหน้าที่ ภาวะทุพพลภาพ และสุขภาพตามการจำแนกระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก

2) แนวคิดภาวะทุพพลภาพของ Saad Nagi

ภาวะทุพพลภาพตามแนวคิดนี้มี 4 องค์ประกอบ คือ การเกิดพยาธิสภาพ (Active pathology) ภาวะบกพร่องหน้าที่ (Impairment) ภาวะจำกัดในการทำหน้าที่ (Functional limitation) และภาวะทุพพลภาพ (Disability) แนวคิดภาวะจำกัดในการทำหน้าที่ และภาวะทุพพลภาพครอบคลุมแนวคิด ICIDH's Disability แต่ไม่ถึงภาวะพิการ แนวคิดนี้ถูกวิพากษ์เกี่ยวกับปัจจัยภายในและภายนอกที่สามารถทำให้ภาวะทุพพลภาพดีขึ้นหรือเลวลงได้ อย่างไรก็ตามจุดแข็งคือ ผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนและสิ่งแวดล้อมทาง

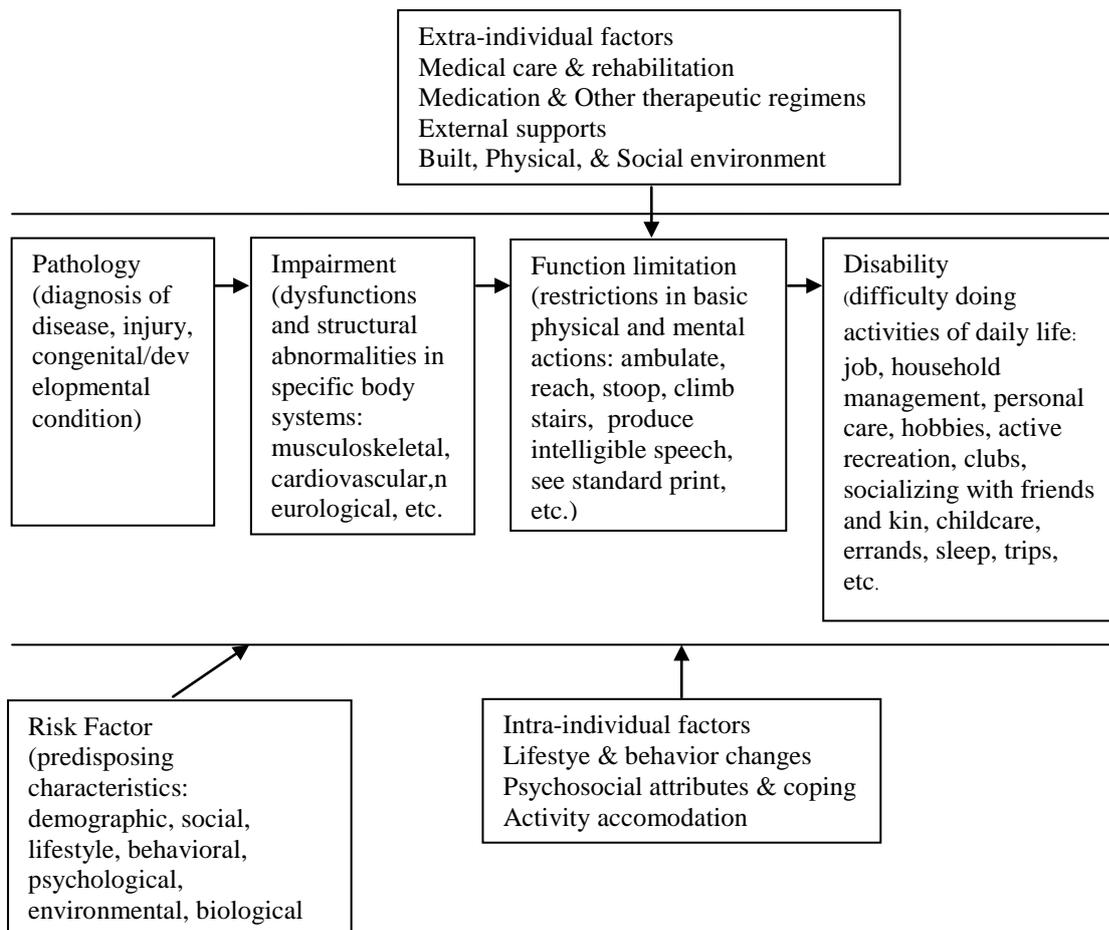
กายภาพหรือทางสังคมที่อาศัยอยู่และเหตุการณ์ปัจจุบัน พบว่าภาวะบกพร่องและความสามารถในการทำกิจกรรมสามารถนำไปสู่ความเป็นอิสระในภาวะจำกัดในการทำหน้าที่ของการเกิดพยาธิสภาพ (Verbrugge & Jette, 1994; Rejeski & Focht, 2002) แนวคิดนี้แสดงผังแผนภาพต่อไปนี้



ภาพที่ 2 โมเดลการเกิดภาวะทุพพลภาพของ Saad Nagi

3) โมเดลกระบวนการเกิดภาวะทุพพลภาพ (A model of the disablement process)

พัฒนาขึ้นจากแนวคิดของ ICDH และของ Nagi ใน ค.ศ.1994 ทุพพลภาพ หมายถึง การประสบการณ์ความยากลำบากของการทำกิจกรรมหลักของชีวิต อันเนื่องมาจากสุขภาพหรือปัญหาด้านกายภาพ ซึ่งการให้ความหมายนี้แยกเป็น 2 องค์ประกอบคือ เงื่อนไขการเจ็บป่วยเรื้อรังสามารถมีผลต่อการทำกิจกรรมหลัก จากสุขอนามัยจนถึงงานอดิเรก จากกิจวัตรต่าง ๆ จนถึงนอน และลักษณะเด่นพื้นฐานของภาวะทุพพลภาพ คือ ความยากลำบากของการทำกิจกรรมที่เคยทำตามปกติ แนวคิดนี้ได้แสดงองค์ประกอบหลักของภาวะทุพพลภาพ 4 อย่าง การเกิดพยาธิสภาพ (pathology) ภาวะบกพร่องหน้าที่ (Impairment) ภาวะจำกัดในการทำหน้าที่ (Functional limitation) และภาวะทุพพลภาพ (Disability) และองค์ประกอบภายนอก ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล (Verbrugge & Jette, 1994) ดังภาพต่อไปนี้



ภาพที่ 3 โมเดลกระบวนการภาวะทุพพลภาพ (A model of the disablement process)

จากแนวคิดเกี่ยวกับภาวะทุพพลภาพที่ผ่านจะเห็นได้ว่าการให้ความหมายเกี่ยวกับภาวะทุพพลภาพ หมายถึง ความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน การศึกษาภาวะทุพพลภาพจึงเป็นการศึกษาผ่านประสบการณ์เกี่ยวกับความสามารถของร่างกายและการทำกิจกรรมที่เคยปฏิบัติเป็นประจำ ดังนั้นเครื่องมือการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม จึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการประเมินภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ ซึ่งมีรายละเอียดต่อไปนี้

1) เครื่องมือประเมินการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต (Basic Activity of daily living, ADLs) เป็นเครื่องมือที่แสดงถึงความเป็นอิสระในการดำรงชีวิตด้วยตนเอง ไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ที่บ่งบอกสมรรถภาพทางกายที่แสดงถึงการมีสุขภาพที่สมบูรณ์ และเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งจุดติของเครื่องมือประเมิน ADLs คือ ผู้ดูแลทางด้านสุขภาพ หรือ ผู้ดูแลในครอบครัว สามารถใช้ได้ และใช้เวลาไม่นาน และเป็นเครื่องมือที่ใช้ได้ทุกสถานการณ์ จุดอ่อน คือ เป็นการประเมินเฉพาะกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต และ การใช้ประโยชน์จากการประเมินเพื่อใช้ในเชิงป้องกันทำได้ยาก เครื่องมือที่มักใช้กัน ได้แก่ Katz index, Barthel index

2) การประเมินการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน (Instrumental Activity of daily living, IADLs) เป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญในการอธิบายระดับความต้องการช่วยเหลืออย่างอิสระหรือการพึ่งพาบางส่วน ซึ่งในการประเมินการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของผู้สูงอายุในชุมชนมีความสำคัญมากเพราะภาวะบกพร่องเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนนำมาสู่การสูญเสียหน้าที่อื่น ๆ และเป็นตัวชี้วัดที่เตือนถึงภาวะโรคเรื้อรัง ที่นำมาสู่การสูญเสียอิสระในการดูแลตนเอง ซึ่งกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนมีความซับซ้อนตามความจำเป็นในการดำรงชีวิตตามของแต่ละบริบทของชุมชน เครื่องมือประเมินจึงต้องแสดงให้เห็นถึงสถานะการปฏิบัติกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทของสังคม อย่างไรก็ตาม เครื่องมือชนิดนี้มักคิดที่สามารถจำแนกภาวะเสื่อมถอยในผู้สูงอายุแต่เน้น ๆ และทำให้สามารถจัดกิจกรรมก่อนจะมีภาวะทุพพลภาพที่รุนแรง และใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดบริการเพื่อให้สามารถป้องกันและลดปัญหาทุพพลภาพในผู้สูงอายุได้ แต่มีจุดอ่อนคือ วัฒนธรรมของแต่ละสังคมมีความแตกต่างกันเครื่องมือชนิดนี้จึงต้องมีความสอดคล้องกับวัฒนธรรมของแต่ละสังคม ซึ่งเครื่องมือประเมินการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน ได้แก่ Physical Self Maintenance Scale, Chula ADL index (Jintapunkul et al.,1994; Bayer & Synan, 1998; Burke & Laramie, 2004; Maguire, 2006)

เครื่องมือประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันมีวิธี ขอบเขต และความแตกต่างในรายละเอียด เครื่องมือบางอย่างถูกออกแบบมาเพื่อคัดกรอง ขณะที่เครื่องมือบางอย่างถูกออกแบบมาเพื่อประเมิน ดังนั้นการเลือกเครื่องมือในการวัดขึ้นอยู่กับ 1) เป้าหมายของวิธีการวัด เช่น เพื่อคัดกรอง การวางแผนระยะเริ่มแรก การติดตามและการประเมินผลโครงการ 2) สถานที่ใช้ในการประเมิน เช่น โรงพยาบาล คลินิก สถานพยาบาล และ บ้าน 3) ลักษณะของประชากรที่ประเมิน เช่น ช่วยตนเองได้ อ่อนแอ มีภาวะเจ็บป่วย นอกจากนี้การเลือกใช้เครื่องมือแต่ละชนิดยังต้องคำนึงถึงบรรทัดฐานของกลุ่มเป้าหมาย วัฒนธรรมที่แตกต่างกัน รวมทั้งควรพิจารณาความเที่ยงของเครื่องมือ ความตรงของเครื่องมือ กรอบระยะเวลาที่เก็บข้อมูลด้วย (Kane & Rubenstein, 1998)

2.2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะทุพพลภาพ

1) ปัจจัยด้านสถานะสุขภาพ

กระบวนการเกิดภาวะทุพพลภาพมีความสลับซับซ้อน และเป็นกระบวนการที่เกิดพัฒนาการอย่างต่อเนื่องจากภาวะบกพร่องหน้าที่ (Impairment) เกิดภาวะจำกัดในการทำหน้าที่ (Functional limitation) จนนำไปสู่การเกิดข้อจำกัดหรือข้อบกพร่องในการปฏิบัติกิจกรรมที่เคยทำเป็นประจำที่เรียกว่าภาวะทุพพลภาพ (Disability) กระบวนการหลักในการเกิดภาวะทุพพลภาพเกี่ยวข้องโดยตรงกับปัจจัยทางด้านสุขภาพและพยาธิสภาพของบุคคล (Patrick & Peach, 1989; Rejeski & Focht, 2002; Verbrugge & Jette, 1994; Yong, 2003) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและจากการสรุปขององค์การอนามัยโลก(WHO, 2003) พบว่าปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่มีผลต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพมีดังต่อไปนี้

(1) โรคหรืออาการเจ็บป่วย โรคหรืออาการเจ็บป่วยทำให้ร่างกายเกิดพยาธิสภาพ ทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ตามระบบร่างกายที่เจ็บป่วย ทำให้เกิดข้อจำกัดทางด้านร่างกายและจิตใจ และนำมาสู่การสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน(Rejeski & Focht, 2002; Verbrugge & Jette, 1994) ซึ่งโรคหรือการเจ็บป่วยที่มีรายงานการวิจัย พบว่ามีความเข้มแข็งสูงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพ ได้แก่ Stroke เป็นโรค

เรื้อรังทางระบบหัวใจและหลอดเลือดมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ ซึ่งพบค่านัยสำคัญทางสถิติในทุกรายงานน้อยกว่า 0.05 ($p < 0.05$) และมีรายงานการวิจัย ที่พบว่าโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพระดับรุนแรงของผู้สูงอายุในเพศชายที่ป่วยด้วย Stroke สูงกว่าเพศหญิง (Gill et al., 2004; Spiers et al., 2005; Tas et al., 2007) Arthritis โรคเรื้อรังในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่มีระดับเข้มแข็งสูงกับการเกิดภาวะทุพพลภาพ มีรายงานพบว่าโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพจากโรคมี่ค่านัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.01$ (Spiers et al., 2005; Tas et al., 2007; Jagger et al., 2007) และโรคเบาหวานเป็นอีกโรคหนึ่งพบว่าโรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพ ที่มีนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า 0.05 (Gregg et al., 2002; Volpato et al., 2002; Spiers et al., 2005) โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังร่วมตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไปทำให้โอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพเพิ่มสูงขึ้น (Jagger et al., 2007; Marengoni et al., 2009; Tas et al., 2007)

(2) ภาวะสมองเสื่อม หรือการสูญเสียการรับรู้ (Cognitive Impairment) เป็นอาการทางระบบประสาทก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพในระดับสูง (WHO, 2003; Spiers et al., 2005; Tas et al., 2006; Tas et al., 2007) การเปลี่ยนแปลงทางการรับรู้ เป็นกระบวนการคิด การเรียนรู้และการจดจำ ที่เป็นผลจากเหตุทั้งภายในและภายนอกของผู้สูงอายุเอง สันนิฐานว่ากลไกการเกิดการสูญเสียการรับรู้ประกอบด้วย 4 อย่างคือ ข้อมูลที่อยู่ในกระบวนการ การทำหน้าที่เกี่ยวกับการจดจำของสมอง ข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของสมอง และการทำหน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก (Park & Schwarz, 2000) โดยประเมิน MMSE score พบว่าที่ MMSE score น้อยกว่า 21 มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.01$ (11, 13) (Bruce et al., 1994; Penninx et al., 1999; Cronin-Stubbs et al., 2000; WHO, 2003; Tas et al., 2006) และนอกจากนี้พบว่าภาวะ depression เป็นอีกปัจจัยที่สำคัญที่พบเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะทุพพลภาพ ซึ่งภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกิดจากประสบการณ์ พฤติกรรม และการปรับตัวของผู้สูงอายุ เช่น การสูญเสียคนรัก การเปลี่ยนแปลงทางสังคม บุคลิกภาพส่วนตัว โรคประจำตัวหรือการเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงอายุ ประสบการณ์สูญเสียทางร่างกายและการเข้าใกล้ความตาย ปัจจัยเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดผลกระทบต่ออารมณ์ของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความเศร้า โศก รู้สึกผิด รู้สึกโดดเดี่ยว ซึมเศร้า วิตกกังวล รู้สึกอ่อนแอและขาดคนช่วยเหลือ และ เกิดความรุนแรงทางอารมณ์ นำมาสู่การเกิด ภาวะซึมเศร้า และทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพตามมา (Butler et al., 1998) ซึ่งผลการศึกษาวิจัยพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพอย่างมีนัยสำคัญ (Cronin-Stubbs et al., 2000; WHO, 2003; Dunlop et al., 2005; Tas et al., 2007)

(3) การหกล้ม ในผู้สูงอายุนระบบกระดูกและกล้ามเนื้อทั้งรูปร่างและโครงสร้างเปลี่ยนไป ความแข็งแรงและความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง การทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อลดลง เป็นทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาโรคของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง โอกาสเกิดการได้รับบาดเจ็บ โดยเฉพาะ การหกล้มมีสูง การหกล้มทำให้เกิดความกลัวต่อการหกล้ม ทำให้ผู้สูงอายุพยายามหลีกเลี่ยงการปฏิบัติกิจกรรม จึงทำให้เกิดการสูญเสียความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ทำให้ความสมดุลของการควบคุมร่างกายเสียไป จนนำมาสู่ความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน (Delbaere et al., 2004) และจากการศึกษาวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่หกล้มมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพ โดยเฉพาะเพศหญิงพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ (Tas et al., 2007) และยิ่งในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปการหกล้มเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะทุพพลภาพ (Dunn et al., 1992)

(4) อายุ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของร่างกายและหน้าที่ด้วยอายุที่เพิ่มสูงขึ้นมีผลให้ร่างกายเกิดกระบวนการทพพลภาพและทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะทพพลภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมาก กระบวนการชราภาพจะทำให้เกิดการการทำงานของระบบประสาทสัมผัสและประสาทสั่งการลดลง เกิดกระบวนการเสื่อมของระบบหายใจและหัวใจ ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ และระบบประสาทเป็นต้น (WHO, 2003) รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของแต่ละบุคคล ที่มีผลให้เมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะทพพลภาพ ดังมีรายงานการวิจัยที่พบว่าอายุเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดภาวะทพพลภาพ ยิ่งมีอายุเพิ่มขึ้น โอกาสเกิดภาวะทพพลภาพก็เกิดขึ้นสูง (Fuchs et al., 1998; Jagger et al., 2001; Spiers et al., 2005; Tas et al., 2006; Tas et al., 2007; Berlau et al., 2009)

(5) ค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนหรือมีค่าดัชนีมวลกายที่มากกว่า 30 ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสประสบปัญหาความยากลำบากในการเคลื่อนไหว ซึ่งทำให้มีโอกาสเกิดภาวะทพพลภาพสูงกว่าคนปกติจึงจากรายงานการศึกษาวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 30 ซึ่งจัดอยู่ในประเภทของโรคอ้วนนั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทพพลภาพ (Gregg et al., 2002; Tas et al., 2007) ปัจจัยเสี่ยงในข้อที่ 1-4 ที่กล่าวมาในข้างต้นล้วนเป็นปัจจัยที่มีระดับความสัมพันธ์สูงกับการเกิดภาวะทพพลภาพ อย่างไรก็ตามกลไกการเกิดภาวะทพพลภาพมีความเชื่อมโยงและเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ มากมาย ซึ่งปัจจัยที่ผลการศึกษายังไม่ชัดเจนแต่รายงานการศึกษาวิจัยส่วนหนึ่งพบว่ามีความโน้มต่อการเกิดภาวะทพพลภาพในผู้สูงอายุ ได้แก่

(6) การสูญเสียความรู้สึกร่างระบบประสาทสัมผัส ในผู้สูงอายุประสาทรับความรู้สึก (Sensory receptors) ทั้ง การได้ยิน การมองเห็น การได้กลิ่น การสัมผัส การทรงตัว และความเจ็บปวด เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการสูญเสียความรู้สึกร่างระบบประสาทสัมผัสนอกจากนี้ระบบประสาทอัตโนมัติ มีการเปลี่ยนแปลงทำให้การตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติช้าลง ซึ่งผลการศึกษายังพบว่าการสูญเสียการมองเห็นเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทพพลภาพ (Spiers et al., 2005; Tas et al., 2007)

(7) ข้อจำกัดในการทำกิจกรรม รวมถึงการไม่มีกิจกรรมใดๆเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ผลการศึกษายังพบว่าทำให้เกิดโอกาสต่อการเกิดภาวะทพพลภาพ โดยเฉพาะการมีข้อจำกัดด้านร่างกาย การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีภาวะอ่อนแอ ประวัติการเกิดภาวะทพพลภาพ (Gill et al., 2004; Jagger et al., 2007)

(8) พฤติกรรมเสี่ยงในผู้สูงอายุ ที่สำคัญคือ การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งผลการศึกษายังพบว่ามีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะทพพลภาพในผู้สูงอายุ ดังการศึกษาพบว่า การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทพพลภาพ (Gill et al., 2004; Spiers et al., 2005) และการศึกษาพบว่าทั้งคนที่สูบบุหรี่จัด และสูบบุหรี่ปานกลางถึงเล็กน้อยต่างก็มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทพพลภาพในส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ (Lincoln et al., 2003)

2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับการก่อให้เกิดภาวะทพพลภาพได้ (WHO, 2001) โดยเฉพาะสิ่งแวดล้อมในบ้านเป็นปัจจัยที่สำคัญของผู้สูงอายุที่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งสิ่งแวดล้อมในบ้านประกอบด้วย 1) สิ่งแวดล้อมทั่วไปในบ้าน ได้แก่ แสงสว่างที่ไม่เพียงพอ หรือมีความสว่างมากเกินไป ไม่มีแสงสว่างในตอนกลางคืน พรหมหรือที่คลุมพื้นมีสภาพที่ไม่ดี พรหมลื่น พื้นลื่น เครื่องเฟอร์นิเจอร์ที่กีดขวางทางเดิน ชั้นวางของที่อยู่สูงหรือต่ำจนเกินไป ใต้อ่างหรือเก้าอี้ที่ไม่เรียบ

ปราศจากที่จับหรือไม่มีที่พนัก ความไม่ปลอดภัยของอุปกรณ์ไฟฟ้า 2) ห้องครัว ได้แก่ ที่วางอยู่บนเตาสูงเกินไปที่จะมองเห็น 3) ห้องน้ำห้องส้วม ได้แก่ ที่อาบน้ำลื่นไม่มีที่เกาะ สบู่แชมพูหรือของใช้ต่างๆที่ไม่ได้สะดวกต่อการใช้ ประตูกระจกไม่ได้ปลอดภัย ห้องส้วมไม่มีราวจับ โถส้วมอยู่ต่ำจนเกินไป ห้องส้วมเป็นแบบประตูเปิด ทำเลของห้องส้วมทั้งในและนอกบ้าน 4) บันไดบ้าน พบว่าอันตรายเกิดจาก มีความชันมาก ความยาวมากเกินไป ชำรุด บันไดขั้นสุดท้ายมองไม่เห็น ไม่มีราวบันได ราวบันไดไม่สม่ำเสมอและไม่ปลอดภัยหรือยาวไม่เพียงพอ และแสงสว่างไม่เพียงพอ และ 5) สิ่งแวดล้อมนอกบ้าน ได้แก่ มีความชัน ลื่น มีสิ่งกีดขวางทางเดิน พื้นหรือทางเดิน ลื่นหรือเปียกชื้น (Carter et al., 1997) และผลจากการศึกษาการทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากสิ่งแวดล้อมในบ้าน จากรายงานการวิจัย 5 เรื่อง พบว่ารายงานการวิจัย 2 เรื่องพบว่าการคัดแปลงที่อยู่อาศัยสามารถลดโอกาสเกิดการหกล้มได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามพบว่าการวิจัย 3 เรื่องพบว่าการคัดแปลงบ้านไม่มีความสัมพันธ์กับการลดการหกล้มในผู้สูงอายุ (Lord et al., 2006)

3) ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม สังคมผู้สูงอายุเป็นสังคมที่ประกอบด้วยหลายมิติและมีกลไกในการขับเคลื่อน ทั้งการเปลี่ยนผ่านทางบทบาท ความคาดหวังเกี่ยวกับพฤติกรรมการแสดงออก การยินยอมของสังคมในการให้โอกาสและให้สามารถเข้าถึงทรัพยากรได้ การให้ความหมายและสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการใช้อายุ กำหนดความเป็นผู้สูงอายุ และ ประสบการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตของแต่ละคน และการจัดการตามช่วงชีวิต (Atchley, 2001) ซึ่งปัจจัยด้านวัฒนธรรมเหล่านี้ส่งผลต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุดังรายละเอียดต่อไปนี้

(1) ช่วงระยะเวลาของชีวิต (The life course) ช่วงชีวิตของผู้สูงอายุประกอบด้วยบทบาททางสังคม ซึ่งเป็นสิ่งที่สังคมกำหนดบทบาทที่แสดงถึง การขัดเกลาทางสังคมและจากสถาบันต่าง ๆ บทบาททางสังคมของผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับความคาดหวังของสังคม เป็นความคาดหวังในพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงตามอายุ (Morgan & Kunkel, 2001) การที่ผู้สูงอายุยังคงสถานะบทบาททางสังคมอยู่ทำให้ผู้สูงอายุได้พบปะผู้คนช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย มีการทำงานอยู่ทำให้โอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพมีน้อยกว่าผู้ที่ไม่มีกิจกรรมใด ๆ ดังจากการวิจัย พบว่าการเกิดข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพ HR 1.07(95% CI= 1.04-1.09) (Gill et al., 2004) และจากรายงานการวิจัยเกี่ยวกับบทบาทของผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทสูงทางสังคมและวัฒนธรรม โดยบทบาทที่เด่นของผู้สูงอายุได้แก่ บทบาทผู้นำในศาสนาพิธี บทบาทในด้านการรักษาความเรียบร้อยและความสามัคคีในหมู่บ้าน การอบรมสั่งสอนลูกหลาน การส่งเสริมประเพณีปฏิบัติ (Sriruecha, 2002)

(2) รูปแบบประสบการณ์ตามลักษณะของสังคม (The patterning of experience) ความหลากหลายในประสบการณ์ผู้สูงอายุเป็นความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุตามถิ่นที่อยู่ ได้แก่ เพศ เชื้อชาติ ความเชื่อ และชนชั้นทางสังคมล้วนส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ (Morgan & Kunkel, 2001) ซึ่งการศึกษาของประเทศอังกฤษในผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิงที่มีชนชั้นทางสังคมแตกต่างกันที่ประเมินจากอาชีพในการทำงานพบว่าผู้สูงอายุที่เคยทำงานในกลุ่มวิชาชีพหรือผู้บริหารมีช่วงระยะเวลาของการปราศจากภาวะทุพพลภาพที่ยาวนานกว่าผู้ที่มีอาชีพใช้แรงงานหรือใช้ทักษะในการทำงาน (Melzer et al., 2000) นอกจากนี้ความเชื่อเป็นสิ่งที่หนึ่งนี้อาจมีผลต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพ ดังเช่น ในสังคมไทยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อ

ในเรื่องบุญและบาป มีความเชื่อในเรื่องเวรกรรม มีความเชื่อในวาสนา ชะตาชีวิต มีพิธีการขอขมาต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่าง ๆ เพราะเชื่อว่าช่วยให้มีชีวิตยืนยาว (Siriruecha, 2002; ปรีชา อุปโยธิน และคณะ, 2539)

(3) สถาบันทางสังคมและการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Social institutions and social change) สถาบันทางสังคมที่สำคัญในผู้สูงอายุ ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มผู้สูงอายุ ระบบสุขภาพ ระบบเศรษฐกิจ โดยเฉพาะสถาบันครอบครัวมีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ด้วยผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการพึ่งพาสูง จึงต้องการผู้ดูแลการไม่มีผู้ดูแลจะทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพได้สูงกว่าวัยอื่น ตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลโอกาสการได้รับการช่วยเหลือ การฟื้นฟูสภาพให้กลับคืนสภาพเดิม ดังจากการศึกษาการแยกตัวออกจากเพื่อนบ้านและอุบัติการณ์เกิดภาวะทุพพลภาพทางการเคลื่อนไหวในผู้สูงอายุ พบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติการณ์รายงานความยากลำบากในการเคลื่อนไหว RR 1.75(95%CI=1.14 – 2.70) (Lang et al., 2008) อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่าผู้สูงอายุภาคอีสานอาศัยอยู่คนเดียวร้อยละ 6.3 ซึ่งต่ำกว่าภาคอื่นๆ ในประเทศไทย อีกทั้งยังพบว่าสังคมในปัจจุบันครอบครัวเดี่ยวมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น เป็นร้อยละ 31.0 และพบว่าผู้สูงอายุอาศัยอยู่เพียงคนเดียวตามลำพังเพิ่มสูงขึ้นเป็น ร้อยละ 7.5 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) นอกจากนี้พบว่าลักษณะครอบครัวมีขนาดเล็กลงมีเด็กจำนวนน้อยที่ทำงานเป็นผู้ดูแลมีค่ามารดา ขณะที่ผู้หญิงที่มีการศึกษาออกไปทำงานออกบ้าน(Choowattanapakorn, 1999) ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่ผ่านมาแม้จะยังไม่ปรากฏเป็นที่ชัดเจนแต่ยังต้องการแสวงหาคำตอบอีก เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุให้มีความสมบูรณ์และครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

จากแนวคิดเกี่ยวกับภาวะทุพพลภาพที่ผ่านจะเห็นได้ว่า ภาวะทุพพลภาพ หมายถึง ความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน การศึกษาภาวะทุพพลภาพจึงเป็นการศึกษาผ่านประสบการณ์เกี่ยวกับความสามารถของร่างกายและการทำกิจกรรมที่เคยปฏิบัติเป็นประจำ เครื่องมือการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการประเมินภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามภาวะทุพพลภาพเป็นกระบวนการที่มีความสลับซับซ้อน และเป็นกระบวนการที่เกิดพัฒนาการอย่างต่อเนื่องจากภาวะบกพร่องหน้าที่ (Impairment) เกิดภาวะจำกัดในการทำหน้าที่ (Functional limitation) จนนำไปสู่การเกิดข้อจำกัดหรือข้อบกพร่องในการปฏิบัติกิจกรรมที่เรียกว่าภาวะทุพพลภาพ (Disability) (Patrick & Peach, 1989; Rejeski & Focht, 2002; Verbrugge & Jette, 1994; Yong, 2003)

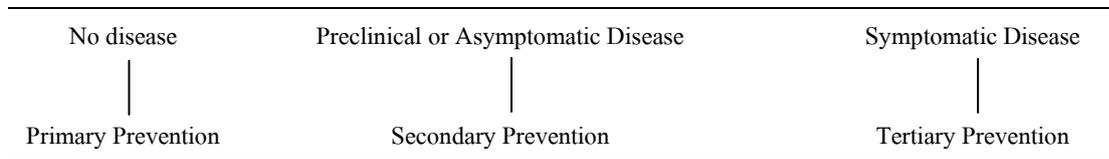
ดังนั้น การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการภาวะทุพพลภาพ จึงมีเป้าหมายเพื่อประเมินความชุกภาวะทุพพลภาพและพัฒนารูปแบบการดำเนินกิจกรรมป้องกันการภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบท ตำบลคำคู อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น จึงเลือกใช้เครื่องมือการประเมินการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต (Basic Activity of daily living, ADLs) โดยใช้เครื่องมือ Barthel index เพื่อประเมินภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ และการประเมินการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน (Instrumental Activity of daily living, IADLs) โดยใช้เครื่องมือ Physical Self Maintenance Scale หรือ Lowton Instrumental Activities of Daily Living Scale เพื่อใช้เป็นข้อมูลตัดสินใจในการจัดบริการเพื่อให้สามารถป้องกันและลดปัญหาทุพพลภาพของผู้สูงอายุ และคัดเลือกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะทุพพลภาพเริ่มต้นจาก 3 ปัจจัยหลักที่ครอบคลุม คือ ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ได้แก่ โรคหรืออาการเจ็บป่วย การได้บาดเจ็บ อายุ ข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ค่าดัชนีมวลกาย

ที่มากกว่า 30 พฤศจิกายนเสี่ยง ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และปัจจัยเสี่ยงด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ ช่วงระยะเวลาของชีวิต รูปแบบประสบการณ์ตามลักษณะของสังคม สถาบันทางสังคมและการเปลี่ยนแปลง

2.3 การป้องกันภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ

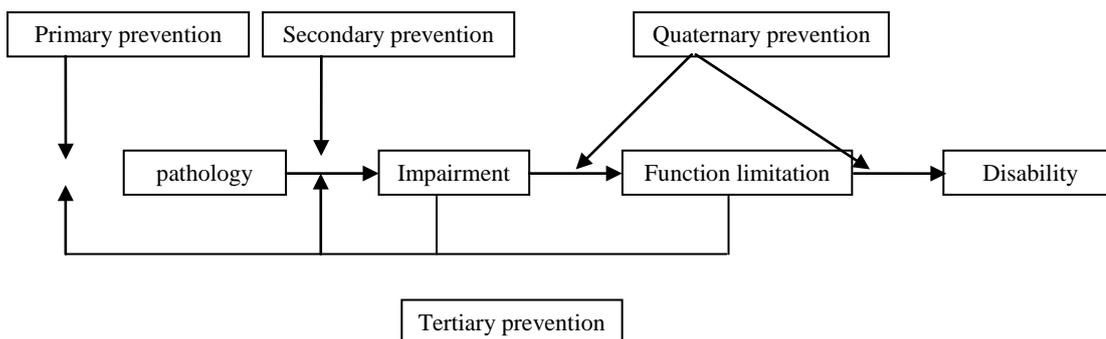
2.3.1 แนวคิดการป้องกันภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ

เป้าหมายที่สำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุคือ ป้องกัน ชะลอ ลดการเกิดภาวะทุพพลภาพและการพึ่งพาผู้อื่น (Haber, 2006; Verbrugge & Jette, 1994; WHO, 2003) ดังนั้นการป้องกันภาวะทุพพลภาพจึงเป็นเป้าหมายที่สำคัญของการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถจำแนกกิจกรรมการป้องกันได้เป็น 3 ระดับ คือ การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) เป็นการป้องกัน เน้นไปที่กลุ่มทั่วไป มีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดโรค ป้องกันปัจจัยเสี่ยง การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) เป็นการป้องกัน โรคในกลุ่มที่ยังไม่มีอาการแต่มีปัจจัยเสี่ยงแน่นอน มีเป้าหมายเพื่อการวินิจฉัยและการรักษาโรคในระยะแรกก่อนที่โรคจะลุกลามเป็นปัญหา และการป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) เป็นการป้องกันสุขภาพในกลุ่มที่เป็นโรคหรือมีภาวะทุพพลภาพแล้วมีเป้าหมายเพื่อควบคุมไม่ให้เกิดผลกระทบจากโรคหรือน้อยที่สุด ลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เกิดขึ้น ฟันฟูหรือดำรงรักษาการทำหน้าที่ของร่างกายให้มากที่สุด การป้องกันระดับตติยภูมิรวมถึง การฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยนอก และการดูแลระยะยาว (Katz et al., 2000; Resnick, 2006; Haber; 2007)



ภาพที่ 4 Three Levels of prevention (Harber, 2007)

นอกจากนี้มีการจำแนกระดับการป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุตามกระบวนการเกิดภาวะทุพพลภาพเป็น 4 ระดับคือ Primary prevention เป็นกิจกรรมที่ช่วยป้องกันปัญหาทางสุขภาพการป้องกันการเกิดพยาธิสภาพหรือการเจ็บป่วย Secondary prevention เป็นกิจกรรมที่ทำในกลุ่มเสี่ยงหรือป่วยในระยะเริ่มแรกแต่ยังไม่ปรากฏอาการทาง/คลินิก กิจกรรมในกลุ่มนี้เน้นที่การค้นหาอาการของโรคในระยะเริ่มต้น เป็นการป้องกันก่อนเกิดภาวะบกพร่องหน้าที่ Tertiary prevention เป็นกิจกรรมที่เน้นไปที่การฟื้นฟูและการรักษาโรคเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบของโรคให้น้อยที่สุด ป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพและลดการพึ่งพาผู้อื่นและ quaternary prevention เป็นกิจกรรมป้องกันที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรัง มีเป้าหมายเพื่อพยายามรักษาความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional limitation) และลดภาวะทุพพลภาพ (Disability) ให้เกิดการปรับตัว (Haber, 2006; Verbrugge & Jette, 1994) ดังรายละเอียดตามแผนภาพต่อไปนี้



ภาพที่ 5 Prevention strategies (Verbrugge & Jette, 1994)

การป้องกันภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุจึงเป็นกระบวนการป้องกัน การชะลอ และลดการเกิดภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพของภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ ตั้งแต่เริ่มแรกจนกระทั่งเข้าสู่ภาวะทุพพลภาพ โดยเฉพาะปัจจัยที่ทำให้โอกาสของการเกิดภาวะทุพพลภาบน้อยลง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระลดการพึ่งผู้อื่น ซึ่งในการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในครั้งนี้ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพ และการป้องกันภาวะทุพพลภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพเพื่อลดระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะทุพพลภาพ

2.3.2 วิธีการป้องกันภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ

จากการทบทวนรายงานวิธีการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ ของ Gustafsson et al. (2009) พบว่ารูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้สูงอายุที่มีความอ่อนแอซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชน สามารถจำแนกเป็น 4 รูปแบบคือ การทำหน้าที่ทางโครงสร้างและร่างกาย การทำกิจกรรมและการมีส่วนร่วม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านบุคคล ส่วนองค์การอนามัยโลก ได้จำแนกรูปแบบการป้องกันโรคตามปัจจัยเสี่ยง ซึ่งประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ การป้องกันโรคเรื้อรัง การป้องกันภาวะซึมเศร้า และการทำกิจกรรมและออกกำลังกาย (WHO, 2003) ส่วนผลการศึกษาวิจัยอื่นๆ พบว่าการป้องกันภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุมีความหลากหลายและมีความแตกต่างกัน ซึ่งสามารถสรุปรูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพได้ดังต่อไปนี้

1) การใช้กิจกรรมออกกำลังกายเพื่อปรับปรุงการสูญเสียหน้าที่ที่สัมพันธ์กับการเคลื่อนไหว ได้แก่ การฝึกความแข็งแรง ความเร็ว ความทนทาน ความยืดหยุ่น และการประสานงานของร่างกาย ซึ่งข้อค้นพบจากการศึกษาเป็นไปในแนวทางเดียวกันคือ การออกกำลังกาย การเคลื่อนไหว และการทำกิจกรรม พบว่าเป็นปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพและเป็นปัจจัยที่ทำนายการฟื้นคืนสู่ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน (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) และผลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า การจัดกิจกรรมออกกำลังกายมีผลดีโดยตรงต่อการป้องกันภาวะทุพพลภาพในระยะเวลา 12 เดือน และให้ผลลดน้อยลงหลังการติดตาม 18 เดือน (Gustafsson et al., 2009) อย่างไรก็ตาม

บางการวิจัยพบว่ามีความสัมพันธ์กันต่ำ อย่างเช่น การวิจัยในผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายด้วยคาร์วี่ (Chakravarty et al., 2008)

2) การตรวจคัดกรองสุขภาพทางการแพทย์ร่วมกับการติดตามประเมินภาวะสูงอายุอย่างลึกซึ้ง เช่น กิจกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า ซึ่งการยังคงมีกิจกรรมทางด้านร่างกายอยู่ มีการติดต่อกับผู้คนมาก ทำให้ผู้สูงอายุ มีสุขภาพจิตดี ปราศจากภาวะซึมเศร้าและการสูญเสียความจำและมีผลต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพ (Depp & Jeste, 2009; Tate et al., 2003) อย่างไรก็ตาม ผลจากการทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่าการวัดการสูญเสียการทำหน้าที่ของโครงสร้างและร่างกาย มีนัยสำคัญทางสถิติกับการปรับปรุงภาวะทุพพลภาพเพียง ร้อยละ 29.0 (รายงานการวิจัย 5 ใน 17 เรื่อง) (Gustafsson et al., 2009)

3) การมีส่วนร่วมทำกิจกรรมในกลุ่มหรือสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นหรือในสังคมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ (WHO, 2001) ดังผลการศึกษาดูแลการปรับโปรแกรมเพื่อป้องกันการสูญเสียหน้าที่ในผู้สูงอายุที่มีความอ่อนแอทางด้านร่างกาย พบว่าผู้สูงอายุที่เข้ากลุ่มทำกิจกรรมมีการเกิดภาวะสูญเสียหน้าที่น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (Gill et al., 2002)

4) การจัดการสิ่งแวดล้อม เป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่ช่วยสนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมและป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับผู้สูงอายุได้ การจัดการสิ่งแวดล้อมเป็นกิจกรรมที่มีเป้าหมายในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุภายในบ้าน โดยเฉพาะการหกล้มในบ้านและสนับสนุนการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม มีรายงานการศึกษาวินิจฉัยพบว่าการจัดหรือดัดแปลงที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมสามารถช่วยลดและเพื่อป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพ (Clarke & George, 2005) ซึ่งการประสพการณ์ความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันมีความสัมพันธ์กับการดัดแปลงที่อยู่อาศัย (Johansson et al., 2007) และผลจากการทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่าการจัดการการบ่งชี้ด้านสิ่งแวดล้อม สามารถปรับปรุงภาวะทุพพลภาพให้ดีขึ้นร้อยละ 32.0 (รายงานการวิจัย 7 เรื่อง ใน 22 เรื่อง) โดยพบว่าการประเมินผลปฏิบัติการเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายในบ้านให้ผลทางบวกในระยะเวลาการติดตาม 6 เดือน แต่ไม่ได้ผลในการติดตามระยะเวลา 12 เดือน (Gustafsson et al., 2009)

5) การจัดการปัจจัยส่วนบุคคล วิถีชีวิต นิสัย และวิธีการเผชิญปัญหา ของแต่ละคน ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหาร หรือการกระทำความเสี่ยงต่าง ๆ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งผลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลสามารถปรับปรุงภาวะทุพพลภาพให้ดีขึ้น ร้อยละ 36.0 (รายงานการวิจัย 8 เรื่อง ใน 22 เรื่อง) และพบว่าการไม่ดื่มสุราและไม่สูบบุหรี่มีผลทางบวก อย่างไรก็ตามพบว่าในกลุ่มควบคุมผลลัพธ์การวิจัยยังมีความขัดแย้งกันอยู่ (Gustafsson et al., 2009) โดยเฉพาะการลดการดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งพบการศึกษายังไม่ปรากฏแน่ชัดว่าสามารถป้องกันภาวะทุพพลภาพได้ (WHO, 2003)

6) การป้องกันและจัดการกับโรคเรื้อรัง โรค และการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะทุพพลภาพ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป กิจกรรมที่กระทำมีเป้าหมายเพื่อการป้องกันและเพื่อประสิทธิภาพในการจัดการกับโรคเรื้อรัง ส่วนในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย 60-75 ปี ไม่มีความแตกต่างจากกลุ่มผู้สูงอายุตอนกลางที่ได้รับผลประโยชน์จาก กิจกรรมต่างๆที่มีอยู่หลากหลาย เช่น การให้คำแนะนำ การคัดกรองการให้วัคซีน ส่วนในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 75-80 ปีขึ้นไป การให้ข้อมูลมีความจำเป็นต่อประสิทธิภาพของปฏิบัติการที่มีเป้าหมายเพื่อ ป้องกัน หรือ ชะลอ การเกิดภาวะทุพพลภาพ (WHO, 2003)

ส่วนระยะเวลาในการปฏิบัติการเพื่อป้องกันและลดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุจากการทบทวนอย่างเป็นระบบ พบว่า มีระยะเวลายาวนานสูงสุด 3 ปี และสั้นที่สุด 3 เดือน แต่ส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาประมาณ 6 เดือน และโปรแกรมการทำกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นการปฏิบัติด้วยตนเอง โดยใช้บ้านเป็นสถานที่ปฏิบัติกิจกรรม และพบว่าผลการปฏิบัติได้ผลดีในกรณีผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป นอกจากนี้พบว่าปฏิบัติการมีทั้งที่อยู่ภายใต้การดูแลของวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่งโดยลำพัง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด และโดยการร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ นักสังคม เป็นต้น (Gustafsson et al., 2009)

อย่างไรก็ตาม ความสำคัญของการป้องกันในผู้สูงอายุ อาศัยพื้นฐานของความเชื่อที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) ความสามารถของปฏิบัติการที่สามารถป้องกันโรค หรือ ป้องกันการสูญเสียหน้าที่ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต 2) คุณค่าของผลประโยชน์ที่จะเกิดกับสุขภาพ และ 3) ต้นทุนของกิจกรรมการป้องกันที่รวมทั้งต้นทุนทางตรงและทางอ้อม (Kane, 2009) ความแตกต่างของข้อค้นพบเกี่ยวกับศึกษาเพื่อการป้องกันภาวะทุพพลภาพที่ผ่านมาทำให้องค์การอนามัยโลก สรุปว่าวิธีการป้องกันภาวะทุพพลภาพยังเป็นช่องว่างขององค์ความรู้และความขัดแย้งในประสิทธิผลของกลวิธีปฏิบัติการต่าง ๆ ที่มีความหลากหลาย ทั้งในเรื่องของความคุ้มค่าในการใช้จ่าย และ ประโยชน์สูงสุด (WHO, 2003)

จะเห็นว่าแนวทางการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่ผ่านมาประกอบด้วย 1) การใช้กิจกรรมออกกำลังกายเพื่อปรับปรุงการสูญเสียหน้าที่ที่สัมพันธ์กับการเคลื่อนไหว 2) การตรวจคัดกรองสุขภาพทางการแพทย์ร่วมกับการติดตามประเมินภาวะสูงอายุอย่างลึกซึ้ง 3) การมีส่วนร่วมทำกิจกรรมในกลุ่มและสังคม 4) การจัดการสิ่งแวดล้อม 5) การจัดการปัจจัยส่วนบุคคล และ 6) การป้องกันและจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง อย่างไรก็ตามความเหมาะสมและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการค้นหาคำตอบที่ชัดเจนเพื่อสร้างองค์ความรู้ในการป้องกันภาวะทุพพลภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและการป้องกันภาวะทุพพลภาพที่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังช่วยลดการเกิดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ การศึกษาวิจัยเรื่อง รูปแบบการป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพครั้งนี้ จึงเป็นการศึกษารูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยอาศัยกิจกรรมการป้องกันภาวะทุพพลภาพทั้ง 5 กิจกรรม ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุเป็นกรอบแนวคิดเบื้องต้น

2.4 แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ

2.4.1 ความหมายและแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นแนวคิดที่ถูกนำมาใช้ในการพัฒนา เพื่อเป็นกุญแจสำคัญสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน ทั้งทางด้านสังคม ด้านสุขภาพ และ การพัฒนาชุมชน แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนจึงถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวาง อย่างไรก็ตามการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นแนวคิดที่กว้าง มีหลายมิติที่แตกต่างกันไปตามบริบท ทำให้ไม่มีนิยามสากลที่สามารถอธิบายแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนได้ทั้งหมด นิยามการมีส่วนร่วมของชุมชนจึงมีความหลากหลายขึ้นกับบริบทที่แตกต่างกัน (Oakley, 1989; Sulemana & Ngah, 2012) ซึ่งการให้คำจำกัดความและแนวคิดของการมีส่วนร่วมที่ผ่านมามีดังต่อไปนี้

ในระยะแรกก่อนปี ค.ศ.1990 การให้ความหมายเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถสรุป 3 กลุ่มคือ

1) การมีส่วนร่วมที่ทำให้เป็นความหมายอย่างกว้าง ซึ่งการมีส่วนร่วมหมายถึงการทำให้คนเกิดความรู้สึกมีส่วนร่วม และทำให้เกิดการเปิดกว้างให้ประชาชนสามารถเข้าร่วมรับผิดชอบต่อการพัฒนาโปรแกรม และเป็นการกระตุ้นให้เกิดความคิดริเริ่มในท้องถิ่น ซึ่งเป็นการชักนำให้ประชาชนปฏิรูปสังคม ทำให้ประชาชนร่วมรับผลประโยชน์จากสังคมที่ดีขึ้น มุ่งเน้นการพัฒนาชนบท และที่สะท้อนการพัฒนากระแสหลัก แต่ประชาชนไม่ถูกคาดหวังให้เป็นส่วนหนึ่งของใน โครงร่างของโครงการ หรือ วัตถุประสงค์เนื้อหาของโครงการ (Arnstein, 1969; Oakley, 1989; Oakley & Marsden, 1984)

2) การให้ความหมายการมีส่วนร่วมที่เกี่ยวข้องกับโครงการของประชาชน ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่กระบวนการตัดสินใจ การปฏิบัติการของโครงการ การร่วมรับผลประโยชน์จากโครงการพัฒนา การมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องกับการประเมินโครงการ รวมถึงผลกระทบที่จะเกิดกับพวกเขา ทำให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินโครงการ ทำให้ประชาชนสามารถช่วยเหลือตนเอง ระบุปัญหาและความต้องการ เพิ่มความรับผิดชอบในการวางแผน การจัดการ การควบคุม และประเมินการดำเนินการโดยรวม (Oakley, 1989; Oakley & Marsden, 1984; Roy & Sharma, 1986)

3) เป็นการให้ความหมายการมีส่วนร่วมที่เจาะจงมากขึ้น โดยความหมายการมีส่วนร่วมจะเกี่ยวกับความพยายามที่จะเพิ่มการจัดการควบคุมทรัพยากร และความเป็นอิสระภาพในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเองของประชาชน การให้ความหมายการมีส่วนร่วมของชุมชน จึงเป็นการทำให้ประชาชนรับรู้สิทธิและหน้าที่ของตนเอง เป็นความรับผิดชอบในการประเมินความต้องการ การระดมทรัพยากรท้องถิ่นและเสนอแนวทางแก้ไข ปัญหาใหม่ เป็นสิ่งที่ดีมีความสร้างสรรค์ และมีความหมายในการจัดการในท้องถิ่น (Oakley, 1989; Oakley & Marsden, 1984; Rifkin et al., 1988)

หลังจากปี 1990 การให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นการให้ความหมายที่เน้น 2 มิติ คือ การให้ความหมายการมีส่วนร่วมในแง่ของการตัดสินใจในการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งมุ่งเน้นกระบวนการตัดสินใจของประชาชนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เกี่ยวกับการกำหนดปัญหา นโยบายและเป้าหมาย การกำหนดวัตถุประสงค์ การกำหนดแนวทางโครงการและการเลือก การปฏิบัติ การติดตาม และ การประเมินการกระจายทรัพยากร และ การร่วมรับผลประโยชน์จากโครงการในทุกกระบวนการของโครงการ (Samah & Aref, 2011; Sulemana & Ngah, 2012)

อีกมิติหนึ่งเป็นการให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชน คือ กระบวนการเสริมพลังประชาชนในท้องถิ่น ทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของประชาชนในการดำเนินกิจกรรม จนสามารถทำให้ควบคุมจัดการกับปัญหา และรับผลประโยชน์ด้วยตนเอง โดยมีจุดเน้น คือ การการส่งต่ออำนาจการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างอำนาจ และการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนด้วยตนเอง เพื่อให้พวกเขาสามารถควบคุมทรัพยากรและชีวิตได้ด้วยตนเอง และ การยอมรับในความสามารถ และสิทธิของบุคคลที่จะตัดสินใจชีวิตด้วยตนเองในการกำหนดเป้าหมายความสำเร็จ (Kumar, 2002; Laverack, 2003; Zakus & Lysack, 1998)

การมีส่วนร่วมของชุมชนจึงเป็นแนวคิดที่มีการตีความที่หลากหลาย ความเข้าใจแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ถูกต้องยังมีจำกัด ซึ่งแนวคิดของการมีส่วนร่วมที่มีการกล่าวถึงมากที่สุดคือ

1) การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการ (Participation as a mean) เป็นแนวคิดของการมีส่วนร่วมที่แสดงถึงการที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนโปรแกรมสาธารณะ โดยการช่วยดำเนินงานพัฒนาประเทศ แต่ประชาชนไม่มีส่วนร่วมในการกำหนด หรือ วิพากษ์โปรแกรม การมีส่วนร่วมตามแนวคิดนี้เป็นกระบวนการที่นำไปสู่การประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ หรือ อีกนัยหนึ่งคือเส้นทางที่ใช้ทรัพยากรทางสังคม และเศรษฐกิจของประชาชนในชนบทเพื่อประสบความสำเร็จตามกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดไว้ ผลลัพธ์ของการการมีส่วนร่วมในรูปแบบนี้เป็นการออกแบบกำหนดกลุ่มเป้าหมาย มากกว่าการปฏิบัติการมีส่วนร่วม ซึ่งรัฐบาลและองค์กรจะรับผิดชอบในการจัดบริการ และควบคุมทรัพยากร โดยมองการมีส่วนร่วมคือกระบวนการ เกี่ยวกับการปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบบริการ การมีส่วนร่วมในแนวคิดนี้เป็นสิ่งที่ตายตัว เป็นสถานการณ์เชิงรับ และรูปแบบการมีส่วนร่วมสามารถควบคุมได้ ดังนั้นการมีส่วนร่วมดังกล่าวจึงเป็นเพียงวิธีหรือการอำนวยความสะดวกความสำเร็จของวัตถุประสงค์ของโครงการที่ประชาชนแทบจะไม่มีสิทธิโต้แย้ง (Nelson & Wright, 1995; Oakley, 1989; Oakley & Marsden, 1984)

2) การมีส่วนร่วมเป็นเป้าหมาย (Participation as a end) เป็นแนวคิดอีกด้านหนึ่ง คือการยอมรับว่าการมีส่วนร่วมเป็นจุดสิ้นสุด และเป้าหมายในตัวมันเอง ภายใต้แนวคิดนี้การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่ประชาชนมีส่วนร่วม โครงการในการกำหนด การตัดสินใจ และเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพัฒนาจากประชาชนระดับล่างสู่ระดับบน การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการ เป็นพลวัต ไม่ใช่สิ่งที่จับต้องได้เป็นตัวเลข และที่ไม่สามารถคาดเดาได้ กระบวนการมีส่วนร่วมจึงเป็นเหมือนสิ่งที่ถาวรและอยู่ภายในเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน เป็นการขยายเป้าหมายของโครงการเพื่อทำให้เกิดกลไกการพัฒนาที่ถาวรส่งเสริมให้ประชาชนในชนบทมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการพัฒนาโดยตรง องค์กรประกอบของกระบวนการเป็นการสร้างความตระหนักและการจัดการองค์กร ซึ่งเป็นเงื่อนไขพื้นฐานของการมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การมีส่วนร่วมเป็นเป้าหมายด้วยตัวของมันเอง เป็นสมมติฐานที่สร้างขึ้น ผลลัพธ์ของการมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์กับรูปแบบกิจกรรมการพัฒนาจากภายนอกหรือในส่วนของรัฐบาล และเกี่ยวข้องกับประชาชนระดับล่างในการจัดการสู่การเปลี่ยนแปลงทางออกขององค์กร ซึ่งเป็นการพัฒนาการวิเคราะห์ และกระบวนการติดตามที่เป็นไปตามธรรมชาติ (Nelson & Wright, 1995; Oakley, 1989; Oakley & Marsden, 1984)

การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่องและเป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง ซึ่งชุมชนสามารถวิเคราะห์กระบวนการและสามารถติดตามพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยตนเอง จากการดำเนินแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรมของชุมชนได้ด้วยตนเอง ใน 4 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้ (Bamberger, 1986)

ขั้นตอนที่ 1 การตัดสินใจ (Decision Making) เป็นขั้นตอนที่สำคัญมาก ของชุมชนในการเข้าร่วมโครงการ การระบุปัญหาจึงมีความสำคัญต่อการตัดสินใจของชุมชน กระบวนการประเมินวิเคราะห์สถานการณ์ เกี่ยวกับสถานะสุขภาพ ระบบสุขภาพ และบริบทของชุมชน และ การวิเคราะห์ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ซึ่งการส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมรับรู้ปัญหา จะนำมาสู่การตัดสินใจเข้าร่วมโครงการของชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผน (Planning) หลังจากการระบุปัญหาต้องมีการออกแบบแผนงานเกี่ยวกับ โครงการ โดยเป้าหมายของการมีส่วนร่วมควรจะมีการกำหนดชัดเจน วัตถุประสงค์ของ โครงการควรเริ่มต้นร่วมกันระหว่างชุมชนและผู้มีหน้าที่ด้านสุขภาพ เพื่อกำหนดสัญลักษณ์ของการมีส่วนร่วมของชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินการ (Implementation) แผนการดำเนินงานควรออกแบบที่มีความยืดหยุ่นต่อองค์กรท้องถิ่นและการเปลี่ยนแปลงในองค์กรและวัตถุประสงค์ แผนการดำเนินการควรใช้ประโยชน์สูงสุดจากเทคโนโลยีและวัสดุในท้องถิ่น การกระตุ้น เป็นการระดมทรัพยากรที่มีในชุมชน เพื่อใช้ประโยชน์หรือส่งเสริมควรจะใช้เพื่อช่วยให้การมีส่วนร่วมหรือองค์กรมีความเข้มแข็ง ซึ่งการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมอาจเป็นไปในรูปของการเข้าร่วม โดยการสนับสนุนด้านทรัพยากร การบริหาร การร่วมมือรวมทั้งการร่วมแรงร่วมใจ นอกจากนี้ปัจจัยความสำเร็จของการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผนงาน คือ ความมุ่งมั่นและนโยบายการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของรัฐบาล วัฒนธรรมความร่วมมือกันของชุมชน การรับรู้ความต้องการของแผนงาน ความซับซ้อนของเทคนิคของแผนงาน และระดับการศึกษาของชาวบ้าน

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินการมีส่วนร่วม (Evaluation) การประเมินผลมีความสำคัญกับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามแผนงานและ ผลกระทบของแผนงานที่เกิดขึ้นกับชุมชน ซึ่งการพัฒนา ระบบติดตามการดำเนินงาน การตรวจสอบและการประเมินผล ในแต่ละโครงการอาจแตกต่างกันตาม สถานการณ์ของชุมชน การรับรู้ และเงื่อนไข ซึ่งควรประเมินอย่างต่อเนื่อง และ ประเมินเกี่ยวกับความต้องการ การมีส่วนร่วมของชุมชนตั้งแต่เริ่มต้น โครงการ (Roy & Sharma, 1986)

การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นแนวคิดที่มีวิวัฒนาการมานานและมีความหลากหลาย ซึ่งในช่วงระยะแรกเป็นการให้ความหมายในมุมมองกว้างเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนกับกระบวนการพัฒนาตั้งแต่การร่วมตัดสินใจคัดเลือกรูปแบบ ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมประเมินผล และร่วมรับผลประโยชน์ ต่อมาความหมายของการมีส่วนร่วมมีความเฉพาะเจาะจงที่ขึ้นอยู่กับเป้าหมายและวิธีการศึกษา ซึ่งเป้าหมายสูงสุดของแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนคือความยั่งยืน

2.4.2 รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน

เป็นกระบวนการต่อเนื่องตั้งแต่มีส่วนร่วมน้อยที่สุดจนถึงมีส่วนร่วมสูงสุด ดังนั้นการส่งเสริมพัฒนาการมีส่วนร่วมในกระบวนการไปสู่การมีส่วนร่วมสูงสุดของชุมชนหรือเป็นเป้าหมาย ซึ่งเป็นการเสริมพลังอำนาจให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องที่จะทำให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืนจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ซึ่งการศึกษาพัฒนาการและ ลักษณะการมีส่วนร่วมของชุมชนมีความแตกต่างกันในแต่ละระดับ ดังแผนภาพเปรียบเทียบต่อไปนี้

ตารางที่ 1 แสดงเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน

Level of Participation	Typologies of participation				
	Arnstein (1969)	Rifkin (1988)	Oakley (1989)	Pretty (1995)	WHO (2002)
High Continuum Low	Citizen control	Wide very much excellent	Spontaneous participation	Self-mobilization	Has control
	Delegated power				Has delegated authority
	Partnership	Open, much good		Interactive participation	Plans jointly
				Function participation	
	Placation	Mean, fair	Induced participation	Participatory for material incentives	Advice
	Consultation			Participatory by consultation	Is consulted
	Informing	Restricted, small		Passive participation	
	Therapy				
	Manipulation	Narrow, nothing	compulsory participation	Manipulative participation	Receives information

Arnstein (1969) อธิบายรูปแบบการมีส่วนร่วมจากรูปแบบของผู้ดำเนินการมีส่วนร่วม โดยจัดระดับการมีส่วนร่วมออกเป็น 8 ระดับ ซึ่งการมีส่วนร่วมสูงสุด คือ การมีส่วนร่วมที่สามารถควบคุมได้โดยประชาชนเอง ส่วนด้านล่างสุดของการมีส่วนร่วมคือการจัดการและการบำบัด ทั้ง 2 ระดับดังกล่าวคือการไม่มีส่วนร่วมของประชาชน (Nonparticipation) ส่วนการให้ข้อมูล การให้คำปรึกษาและการให้คำแนะนำ ซึ่งทั้ง 3 ระดับเหล่านี้ เป็นเพียงการยินยอมให้รับฟังข้อมูลฝ่ายเดียวของประชาชนที่ไม่มีสิทธิมีเสียง (Tokenism) เมื่อการมีส่วนร่วมมากขึ้นระดับการตัดสินใจของประชาชนเพิ่มขึ้นตั้งแต่ มีการทำงานแบบเป็นหุ้นส่วนซึ่งสามารถเจรจาต่อรองได้ มีอำนาจมากขึ้น จนกระทั่งถึงประชาชนสามารถควบคุมโครงการได้ด้วยตนเอง ผู้มีอำนาจหลักในการตัดสินใจเป็นของประชาชน หรือมีอำนาจในการจัดการเต็มที่ จัดเป็นระดับการมีส่วนร่วมสูง (Citizen power)

ส่วน Rifkin (1988) ได้แบ่งระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนตามองค์ประกอบของการมีส่วนร่วม 5 ด้าน คือ การประเมินความต้องการ (needs assessment) ภาวะผู้นำ (Leadership) การจัดองค์กร (organization) การระดมทรัพยากร (resource mobilization) และการบริหารจัดการ (management) ซึ่งระดับการมีส่วนร่วมมีตั้งแต่

ระดับการมีส่วนร่วมแคบ (Narrow, nothing) มีข้อจำกัด (Restricted, small) มีส่วนร่วมปานกลาง (Mean, fair) มีส่วนร่วมมาก (Open, much good) และมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง (Wide very much excellent) (Rifkin et al., 2007; Rifkin, 2001; Rifkin et al., 2000; Rifkin et al., 1988)

ด้าน Oakley ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมและได้แบ่งระดับของการมีส่วนร่วมออกเป็น 3 รูปแบบ คือ มีส่วนร่วมตามธรรมชาติ (Spontaneous participation) เป็นการมีส่วนร่วมที่เริ่มต้นในชุมชนซึ่งนำไปสู่ศักยภาพที่ทำให้เกิดความยั่งยืนด้วยตนเอง มีส่วนร่วมโดยการแทรกแซง (Induced participation) เริ่มต้นจากการแสวงหาการสนับสนุนจากกลุ่มคนภายนอก หรือ การเกิดจากแผนงาน โครงการจากภายนอกเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม วางแผนเป็นผลจากการและมีส่วนร่วมแบบบังคับ (compulsory participation) เป็นกระบวนการที่ประชาชนถูกขับเคลื่อน หรือ ถูกจัดการภายใต้กิจกรรมที่พวกเขาไม่มีสิทธิพูด และไม่สามารถควบคุมอะไรได้ (Oakley, 1989)

Pretty (1995) ได้อธิบายการมีส่วนร่วมให้ชัดเจนขึ้น โดยแบ่งออกเป็น 7 ระดับ เริ่มต้นจากการมีส่วนร่วมที่ถูกองค์กรด้านนอกเข้ามาจัดการ การเป็นเพียงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่กำหนดไว้ และขยายการมีส่วนร่วมออกไปจนถึงประชาชนสามารถขับเคลื่อนกระบวนการต่าง ๆ ด้วยตนเองอย่างอิสระจากองค์กรภายนอก

ส่วน WHO ได้แบ่งระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนออกเป็นเส้นความต่อเนื่องตั้งแต่ไม่มีส่วนร่วม (None) การรับข้อมูล (Receives information) รับคำปรึกษา (Is consulted) รับคำแนะนำ (Advice) วางแผนร่วมกัน (Plans jointly) ได้รับความมอบอำนาจ (Has delegated authority) และสามารถควบคุมด้วยตนเอง (Has control) (WHO, 2002)

จะเห็นได้ว่ากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง ที่เริ่มต้นตั้งแต่มีส่วนร่วมน้อยที่สุด หรือ ไม่มีส่วนร่วมเลย จนขยายการมีส่วนร่วมของชุมชนออกไปเรื่อย ๆ จนการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถขยายออกไปอย่างกว้างขวาง ประชาชนสามารถควบคุมโครงการได้ด้วยตนเอง อย่่างไรก็ตาม ในรายละเอียดของแต่ละรูปแบบยังคงมีความแตกต่างกันในส่วนเนื้อหาของเนื้อหา

2.4.3 การมีส่วนร่วมของชุมชนด้านสุขภาพ

แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนถูกนำมาใช้ในการพัฒนาสาธารณสุขครั้งแรก จากคำประกาศที่กรุง Alma-Ata เพื่อพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน ผู้การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ค.ศ.2000 ทำให้ต่อมาแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ถูกนำมาใช้เป็นกลวิธีทางด้านสุขภาพในการออกแบบพัฒนาสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านสุขภาพ เป็นหลักการพื้นฐานที่สำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพ ได้แก่ บริการปฐมภูมิ การควบคุมโรคติดต่อ ระบาดวิทยาให้วัคซีน สุขภาพครอบครัวและ น้ำดื่มและการสุขภาพ ซึ่งต่อมาได้รับการสนับสนุนอย่างกว้างขวาง และได้รับการยอมรับให้เป็นหลักการพื้นฐานที่สำคัญของการพัฒนาสุขภาพ ด้วยเหตุผลความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านสุขภาพได้ 5 ประเด็นดังนี้

- 1) ช่วยเพิ่มความเป็นประชาธิปไตย (Increase democracy) การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การวางแผน และการปฏิบัติในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชนจะสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง ส่งเสริมความรู้สึกรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง รับรู้ของสิทธิและหน้าที่มีส่วนร่วมในกิจการสาธารณะและชุมชน รวมทั้งสุขภาพส่วนบุคคล การมีส่วนร่วมของชุมชนจึงเป็นหลักการสร้างคุณค่าจากภายในขยายสู่การพัฒนาชุมชนและควรส่งเสริมให้เป็นหลักการพื้นฐานของการพัฒนาสุขภาพตั้งแต่การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ซึ่งในการพัฒนาชุมชน และการจัดองค์กรชุมชน จำนวนมากที่ทำงาน

กับกลุ่มเฉพาะที่มีความพิเศษ การฟังเสียงของประชาชนจะเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยกับการลดความขัดแย้งภายใน การมีส่วนร่วมของชุมชนจึงส่งเสริมระบอบประชาธิปไตยที่เพิ่มขึ้น (Kahssay & Oakley, 1999; Oakley et al., 1991; WHO, 2002; Zakus & Lysack, 1998)

2) ส่งเสริมพลังอำนาจประชาชน (Empowering people) การมีส่วนร่วมของชุมชนจะทำให้เกิดความเป็นอิสระในการทำงาน ทำให้ประชาชนคิดแก้ไขปัญหาด้วยเชิงบวกจากสาเหตุของปัญหาที่เป็นสิ่งทดสอบประชาชน ช่วยในการจัดเตรียมประชาชนสู่กระบวนการมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่ หรือระดับชาติ การมีส่วนร่วมของชุมชนจึงเกี่ยวข้องกับการพัฒนามนุษย์และเพิ่มความรู้สึกรักของชาวบ้าน ในการควบคุมปัจจัยหรือสิ่งต่างๆ ที่มีอิทธิพลกับชีวิตของตนเอง ช่วยทำให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้ในการวางแผนและปฏิบัติ และแก้ไขปัญหาของชาวบ้าน การมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้เกิดผลลัพธ์ คือ การส่งเสริมความตระหนักรู้ในตนเอง ความเชื่อมั่น และทำให้ประชาชนเกิดความมั่นใจในตนเองที่สามารถควบคุมชีวิตได้ด้วยตนเอง (Kahssay & Oakley, 1999; Oakley, et al., 1991; WHO, 2002; Zakus & Lysack, 1998) เช่นเดียวกับ Neuhauser et al. (1998) ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพรัฐ California ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยประเมินจาก Wellness Guide ซึ่งเป็นการประเมินความรู้ ทักษะคิด และ การปฏิบัติ ผลการศึกษา พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถปรับปรุงความรู้ ทักษะคิด และ ทักษะในการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญ (Neuhauser et al., 1998)

3) มีความครอบคลุม (Coverage) กลุ่มประชาชน แผนงานโครงการที่เกิดขึ้นในรัฐบาล และองค์กรต่าง ๆ ทั้งที่เป็นหน่วยงานโดยตรงหรือสนับสนุนแผนงานพัฒนา รวมทั้งระบบบริการสุขภาพที่ไม่สามารถจัดบริการได้ครอบคลุมสำหรับความต้องการทางด้านสุขภาพได้ทั้งหมด จะเข้าถึงได้เพียงกลุ่มที่มีข้อจำกัด และกลุ่มที่พิเศษ ทำให้มีการจำกัดจำนวนของประชาชนที่เข้าร่วมโครงการ บริการความช่วยเหลือที่ให้จึงมีเพียงคนจำนวนน้อยที่สามารถเข้าถึงได้ แต่การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นการขยายความครอบคลุมในสิ่งต่าง ๆ ที่จะนำเข้าถึงประชาชนอย่างทั่วถึงและขยายวงกว้าง โดยตรงผ่านกิจกรรมการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนจึงทำให้เกิดความครอบคลุมของแผนงานหรือโครงการในชุมชน (Kahssay & Oakley, 1999; Oakley et al., 1991; WHO, 2002; Zakus & Lysack, 1998)

4) ทำให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น (Efficiency and Effectiveness) ในประเทศกำลังพัฒนา ที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร การมีส่วนร่วมของชุมชนจะสามารถทำให้เกิดการระดมทรัพยากรและพลังงานของชุมชน ที่มีคุณค่าและมีพลังงานมากมายที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ ด้วยการใช้ความรู้และทรัพยากรในท้องถิ่นช่วยในการจัดบริการสุขภาพของทางการ ใช้เทคนิคที่สามารถสนับสนุนประชาชนที่เหมาะสม ในการฝึกและทำงานพัฒนาชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านสุขภาพจึงสามารถขยายบริการสุขภาพให้ครอบคลุมและมีต้นทุนต่ำ การมีส่วนร่วมของชุมชนจึงสามารถเพิ่มการใช้ประโยชน์ จากทรัพยากรอย่างเต็มความสามารถ เพื่อพัฒนาแผนงานจะช่วยทำให้เกิดประสิทธิภาพมาก สามารถช่วยลดปัญหาและมีประสิทธิภาพสูงต้นทุนต่ำ ดังนั้นหากประชาชนในพื้นที่ร่วมรับผิดชอบในกิจกรรมต่าง ๆ ต้นทุนทรัพยากรจากภายนอกต่ำ และใช้ทรัพยากรจากรัฐบาลและองค์กรจำนวนไม่มาก จึงทำให้เกิดประสิทธิภาพของแผนงานหรือโครงการ (Kahssay & Oakley, 1999; Oakley et al., 1991; WHO, 2002; Zakus & Lysack, 1998)

5) เกิดความยั่งยืน (Sustainability) การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น ต่อบริการสุขภาพที่มีจุดมุ่งหมายในการส่งเสริมสุขภาพ ส่งเสริมความอยู่ดีมีสุข ส่งเสริมคุณภาพชีวิต และปกป้อง

สิ่งแวดล้อม ทำให้ประชาชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของในวงกว้างและทำให้เกิดความยั่งยืน การมีส่วนร่วมจะช่วยส่งเสริมให้ชาวบ้านดำรงรักษาเอกลักษณ์ของแผนงานโครงการ ทำให้เกิดการเป็นเจ้าของร่วมในแผนงาน สนับสนุนนโยบาย และการดำรงระบบการให้การช่วยเหลือ ซึ่งจะทำให้เกิดความยั่งยืน โดยเฉพาะงานบริการสุขภาพปฐมภูมิแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนได้รับการยอมรับว่ามีความสำคัญ ด้วยเหตุผลสำคัญ 3 ประการ คือ การมีส่วนร่วมเป็นกุญแจนำไปสู่ความยั่งยืนและความเสมอภาค การมีส่วนร่วมนำไปสู่การเสริมพลังอำนาจ และการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่อิสระ การมีส่วนร่วมของชุมชนจะช่วยหยุดการพึ่งพาด้านสุขภาพ สร้างความตระหนักของชาวบ้านต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาด้านอื่นๆ ผลสุดท้ายจะสามารถสร้างจิตสำนึกของชาวบ้านต่อการแสวงหาการพัฒนาประเทศของตนเองซึ่งจะนำไปสู่ความยั่งยืนต่อไป (Kahssay & Oakley, 1999; Oakley et al., 1991; Rifkin, 2001; WHO, 2002; Zakus & Lysack, 1998)

การมีส่วนร่วมของชุมชนจึงเป็นหัวใจสำคัญของงานด้านสุขภาพภาคประชาชน ทำให้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนถูกนำมาใช้ในการพัฒนาสุขภาพชุมชนและสุขภาพประชาชนอย่างกว้างขวางและยาวนาน ด้วยเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ เกิดการระดมทรัพยากรในชุมชน ทำให้เกิดการดูแลสุขภาพของชุมชนและประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ และนำไปสู่ความยั่งยืนทางด้านสุขภาพของชุมชน

2.4.4 การประเมินผลการมีส่วนร่วมของชุมชน

แม้ว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนจะเป็นสิ่งที่ทุกคนเห็นดีว่ามีผลทางบวกกับด้านสุขภาพ แต่การมีส่วนร่วมของชุมชนมีความเป็นพลวัต ไม่มีผลลัพธ์ที่คงที่ ไม่สามารถวัดได้โดยง่าย และยังมีปัญหาความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับตัวชี้วัด (Eyre & Gauld, 2003; Oakley, 1989; Rifkin et al., 1988; Roy & Sharma, 1986) ปัญหาการประเมินการมีส่วนร่วมเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้แนวคิดนี้ขาดความชัดเจน คือ 1) การมีส่วนร่วมของชุมชนมีความหลากหลาย ของบริบทที่ปฏิบัติ ทำให้เกิดปัญหาอย่างมากในการเปรียบเทียบ โครงการและการประเมิน 2) ปัญหาหลักที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งของการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นเรื่องเกี่ยวกับเทคนิคเฉพาะที่เกิดจากการไม่เข้าใจ 3) การมีส่วนร่วมของชุมชนที่แม้จะมีชื่อเสียงมากในการกำหนดนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ แต่แนวคิดนี้ขาดการวิพากษ์ ทำให้ขาดการวิเคราะห์ ทำให้แนวคิดนี้จึงยังมีความคลุมเครือ ทั้งที่โครงการด้านสุขภาพจำนวนมากที่เกิดความล้มเหลวในการนำแนวคิดนี้ไปใช้ (Zakus & Lysack, 1998)

สอดคล้องกับการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิเขตชนบท พบว่ามีงานวิจัยที่มีคุณภาพสูงเพียงเล็กน้อยเท่านั้นที่แสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของชุมชน ช่วยทำให้มีผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีกว่าไม่มีส่วนร่วมของชุมชน ในสถานการณ์เดียวกัน (Preston, et al., 2010) และการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสุขภาพผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพในชุมชน ระหว่างปี ค.ศ. 1985-2005 จำนวน 22 เรื่อง พบว่ามีกรณีการประเมินการมีส่วนร่วม เพียง 6 เรื่อง ซึ่งแสดงให้เห็นว่านักวิจัยไม่สามารถอธิบายได้เพียงพอว่าการมีส่วนร่วมมีนัยสำคัญเชิงโครงสร้าง และไม่สามารถสรุปได้ว่าการมีส่วนร่วมเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญในโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพในชุมชน และยังพบว่ารายงานการวิจัยที่ประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชน 6 เรื่อง มีเพียง 4 เรื่อง ที่มีผลทางบวกกับการมีส่วนร่วม และรายงานการวิจัย 2 เรื่อง พบว่าการมีส่วนร่วมไม่สามารถชี้ชัดได้เพียงพอ การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบในครั้งนี้ จึงพบว่า การมีส่วนร่วมเป็นโครงสร้างที่สำคัญ แต่ยังคงขาดการประเมินที่เพียงพอสำหรับโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพในชุมชน ที่

วัตถุประสงค์ของการมีส่วนร่วม รวมทั้งจำนวนประชาชนที่มีภาวะทุพพลภาพที่ได้รับการเข้าถึงทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ (Sharma, 2007)

ปัญหาเกี่ยวกับการประเมินผลของกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้เครื่องมือการประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยตรงมีอยู่อย่างจำกัด อย่างไรก็ตามเครื่องมือประเมินที่ใช้อย่างแพร่หลายและได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง คือ Spidergram ซึ่งประกอบด้วยการประเมินการมีส่วนร่วม 5 ด้าน คือ การประเมินความต้องการ ภาวะผู้นำ การจัดองค์กร การระดมทรัพยากร และการบริหารจัดการ (Bjaras, et al., 1991; Eyre & Gauld, 2003; Jacobs & Price, 2003; Rifkin et al., 1988) ซึ่งเครื่องมือประเมิน Spidergram มีประโยชน์ต่อการประเมินการมีส่วนร่วม 2 ประการ คือ 1) ใช้อธิบายความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของชุมชนในโปรแกรมสุขภาพ หลายเวลา โดยกลุ่มประชาชนที่แตกต่างกัน 2) มีความสำคัญในการอภิปรายเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่สามารถทำให้เกิดความเข้าใจในกระบวนการได้ดีขึ้น และเป็นสิ่งที่สามารถช่วยให้ประชากรเข้ามาเกี่ยวข้องกับโปรแกรม เพื่อทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีประสบความสำเร็จดีขึ้น โดยทำให้เกิดการมีส่วนร่วม (Rifkin et al., 1988) ซึ่งต่อมา ได้พัฒนาเครื่องมือจาก 5 ระดับเป็นการประเมิน 3 ระดับ เพื่อให้สะดวกและยังรักษาความแตกต่างภายในหมวดหมู่และความแตกต่างระหว่างโครงสร้างและความสัมพันธ์ได้ (Bjaras et al., 1991)

ซึ่งผลการนำเครื่องมือนี้ไปใช้ในการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในบริการสุขภาพปฐมภูมิ พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริการปฐมภูมิเป็นกระบวนการที่เน้นความสามารถของกลุ่มประชาชนในการปรับปรุงสุขภาพของตนเองและการดูแลสุขภาพ ด้วยการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและเสมอภาค (Rifkin et al., 1988) ส่วนในเขตชนบท ประเทศนิวซีแลนด์ พบว่าองค์ประกอบทั้ง 5 ด้านของการมีส่วนร่วมมีระดับการมีส่วนร่วมเพิ่มสูงขึ้นทุกองค์ประกอบ (Eyre and Gauld, 2003) และการศึกษาในประเทศกัมพูชา พบว่า ความเชื่อทางศาสนา และอาสาศัมครที่เกี่ยวข้องในชนบทกัมพูชา เป็นทำให้เกิดประสิทธิภาพต่อการมีส่วนร่วม ทำให้องค์ประกอบการมีส่วนร่วมทุกองค์ประกอบสูงขึ้นทั้งหมดเช่นกัน (Jacobs & Price, 2003)

จะเห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาอย่างยั่งยืน การมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นการส่งเสริมให้ชุมชนสามารถรับรู้ถึงอำนาจของตนเองที่สามารถควบคุม พัฒนา และปรับปรุงสุขภาพได้ด้วยตนเอง ดังนั้นการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในครั้งนี้ กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ จึงหมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชน รับรู้ถึงอำนาจในตนเองที่สามารถควบคุมในการจัดการแลป้องกันปัญหาภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุได้ด้วยตนเอง ตั้งแต่การตัดสินใจ การวางแผนแก้ไขปัญหา การปฏิบัติ และการประเมินผล ด้วยกระบวนการส่งเสริมพลังอำนาจให้ให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้และป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ จากการประเมินความต้องการ สร้างภาวะผู้นำ การจัดองค์กร การบริหารจัดการ และระดมทรัพยากรในชุมชน เพื่อให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้และนำไปสู่ความยั่งยืนต่อไปในอนาคต

2.5 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน

2.5.1 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

วิธีการแสวงหาคำตอบเกี่ยวกับวิธีการป้องกันภาวะทุพพลภาพที่เหมาะสมเกิดประสิทธิภาพสูงสุดและทำให้เกิดความยั่งยืนนั้นจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการวิจัยที่อาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมเป็นสำคัญ ซึ่งการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจึงเป็นระเบียบวิธีวิจัยที่ตอบสนองเป้าหมายการป้องกันภาวะทุพพลภาพอย่างยั่งยืน ด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นแนวทางที่มีระบบ มีส่วนร่วม ในการสืบค้น เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนเข้าใจปัญหาหรือประเด็นและปฏิบัติการแก้ไขปัญหานั้นหรือประเด็น โดยตรงอีกครั้ง คล้ายกับการวิจัยพื้นฐานที่เป็นการแสวงหาวิธีการอธิบายปัญหาในสิ่งทั่วไปที่เกี่ยวกับบริบทของประชากร การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการแสวงหาความเข้าใจท้องถิ่นที่เป็นสิ่งที่มีความสัมพันธ์เฉพาะส่วนของบริบทที่ศึกษา (Stringer & Genat, 2004) โดยเฉพาะการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นศึกษาอย่างเป็นระบบ และมีส่วนร่วม ในการสืบค้นเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนเข้าใจปัญหาและปฏิบัติการแก้ไขปัญหานั้นโดยตรงด้วยตนเอง (Stringer & Genat, 2004) ซึ่งจะก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ของประชาชน ทำให้เกิดความยั่งยืนในการแก้ไขปัญหานั้นในชุมชน

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation action research) อยู่ภายใต้หลักการพื้นฐาน 4 ประการคือ ความเป็นประชาธิปไตย (Democratic) การมีส่วนร่วม (Participatory) การเสริมพลังอำนาจ (Empowering) และการทำให้ชีวิตดีขึ้น (Life enhancing) โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างพลังอำนาจในกลุ่มคนที่เข้าร่วมในกระบวนการ เชื่อในศักยภาพของคนที่อยู่ในสถานการณ์จริงว่าสามารถจัดการกับปัญหาของตนเองได้ถ้าทราบถึงสภาพของความเป็นจริงหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง เน้นการร่วมคิดแก้ไขปัญหานั้นของตนเองด้วยตนเอง บนพื้นฐานของความเสมอภาค ความเท่าเทียมกัน และความจริงใจที่มีให้กันและกัน ทำให้คนเกิดการตระหนักรู้ในความรู้และศักยภาพของตนเอง เกิดความสามารถในการรวบรวมเหตุผลในการตัดสินใจ เลือกวิธีการปฏิบัติด้วยตนเอง ทำให้เกิดการปลดปล่อยความคิดของตนเองด้วยความอิสระจากกรอบแนวคิดเดิม และเสริมสร้างพลังอำนาจ ตามศักยภาพของบุคคลต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในปรากฏการณ์นั้น ๆ (Stringer, 1999; Stringer & Genat, 2004)

ซึ่งลักษณะเฉพาะของวิธีการศึกษาหรือการค้นหาคำความจริงของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีลักษณะแตกต่างจากการวิจัยทั่วไปดังต่อไปนี้ (Greenwood & Levin, 2005; Kemmis & Taggart, 2005; Stringer & Genat, 2004)

1) กระบวนการสร้างความรู้จากการปฏิบัติ การปฏิบัติการ คือ เป้าหมาย และผลลัพธ์ที่คาดหวังดังนั้นกระบวนการค้นหาคำความจริงมีความแตกต่างจากการวิจัยพื้นฐานตรงที่มีขั้นตอนของการปฏิบัติ หรือ การกระทำขึ้นมาเพิ่มเติม และสิ่งที่เข้มงวดของการวิจัยปฏิบัติการคือการสืบค้นหา การปฏิบัติที่สามารถปฏิบัติได้จริง ไม่ใช่การปฏิบัติในนามธรรม เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ความจริง วัตถุ เครื่องมือ และรายละเอียดเกี่ยวกับการปฏิบัติทั้งของประชาชนและสถานที่ เน้นการเปลี่ยนแปลงรายละเอียดของการปฏิบัติของผู้ปฏิบัติ หลักการของการวิจัยสนใจในการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในปัจจุบัน และเป็นการปฏิบัติที่อยู่ภายใต้ มีความเป็นประชาธิปไตย ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน มีความเสมอภาค ยอมรับในความเสมอภาคของประชาชนเป็น

สิ่งที่มีคุณค่า มีความเป็นอิสระภาพ มีความเป็นอิสระภาพปลอดจากการกดขี่หรือทำให้อ่อนแอ ส่งเสริมโอกาสให้คนเติมเต็มในชีวิต

2) ใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ในการสืบค้นหาความจริงตามขั้นของกระบวนการวิจัยทั่วไป และมีขั้นกระบวนการวิจัยอย่างเป็นระบบเริ่มจากการมองค้นหาปัญหาด้วยวงล้อการประเมินสะท้อนผลอย่างเป็นระบบ ซึ่งประกอบด้วยการวางแผนปฏิบัติ การเปลี่ยนแปลง การปฏิบัติ และการสังเกต กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลง การประเมินสะท้อนผล กระบวนการและผลการดำเนินการ การทบทวนแผนการปฏิบัติ ปฏิบัติและสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงซ้ำ การประเมินสะท้อนผลซ้ำ และ ทำซ้ำในกระบวนการต่อไปอีก

3) เน้นการทำงานร่วมกันและความเสมอภาค การวิจัยปฏิบัติการมีเป้าหมายเพื่อแก้ไขปัญหาด้วยบริบทของประชากรไปด้วยของนักวิจัยร่วมกับกลุ่มเป้าหมายในท้องถิ่น เป็นการสืบค้นหาความจริงที่เต็มไปด้วยการใช้ความสามารถทางสติปัญญา กระบวนการสืบค้นหาความจริงที่ชาญฉลาดเกี่ยวข้องกับการฝึกและของนักวิจัยและความรู้จากกลุ่มเป้าหมายในท้องถิ่นที่ร่วมกันอย่างเสมอภาคทำงานเพื่อกำหนดปัญหา การจัดการความรู้และข้อมูล การวิเคราะห์ผลลัพธ์ของข้อมูลและออกแบบจัดปฏิบัติการเปลี่ยนแปลงสังคม ความสัมพันธ์ของนักวิจัยและกลุ่มเป้าหมายในท้องถิ่นเป็นพื้นฐานที่นำไปสู่การขับเคลื่อนความรู้และร่วมแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

4) การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีความเด่นชัดในความสัมพันธ์ของทฤษฎีและการปฏิบัติ มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาความสัมพันธ์ของทั้งเหตุผลเกี่ยวกับทฤษฎีและการปฏิบัติ ดังนั้นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องกับการเข้าถึงความจริงของจากมุมมองภายนอกและภายใน ด้วยความเฉพะรายละเอียดสถานการณ์ ที่เป็นความเข้าใจโดยประชาชน เพื่อศึกษาความแตกต่างอย่างต้องแท้, ทฤษฎี และวาทกรรม ที่อาจจะช่วยแสดงรายละเอียดของการปฏิบัติและบริบทที่ปฏิบัติ ที่เป็นพื้นฐานสำหรับการวิพากษ์การพัฒนาอย่างลึกซึ้งและเป็นอุดคติ เกี่ยวกับสิ่งที่จะเปลี่ยนผ่าน ขณะที่เดิมถูกกำหนดขึ้น โดยการศึกษา ทฤษฎี วาทกรรม ดังนั้นเป้าหมายของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจึงเป็นการเปลี่ยนผ่านทั้งทฤษฎีของผู้ปฏิบัติและการปฏิบัติ ด้วยการเชื่อมโยงทฤษฎี และการปฏิบัติ โดยมีจุดร่วมกัน คือ การเชื่อมโยง ผลลัพธ์ของการกระทำ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับวัตถุและปัจจัยทางสังคมที่สอดคล้องกับแต่ละบริบท การปฏิบัติการ เป็นเป้าหมายและผลลัพธ์ที่คาดหวัง กระบวนการสร้างความรู้ อยู่บนพื้นฐานของการปฏิบัติ ในการสืบค้นหาความจริงของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจึงเป็นผสมผสานความรู้ในท้องถิ่นและความรู้ของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งตรงกันข้ามกับการวิจัยทางสังคมอื่นที่ความรู้ของนักวิจัยอยู่นอกความรู้ในท้องถิ่น

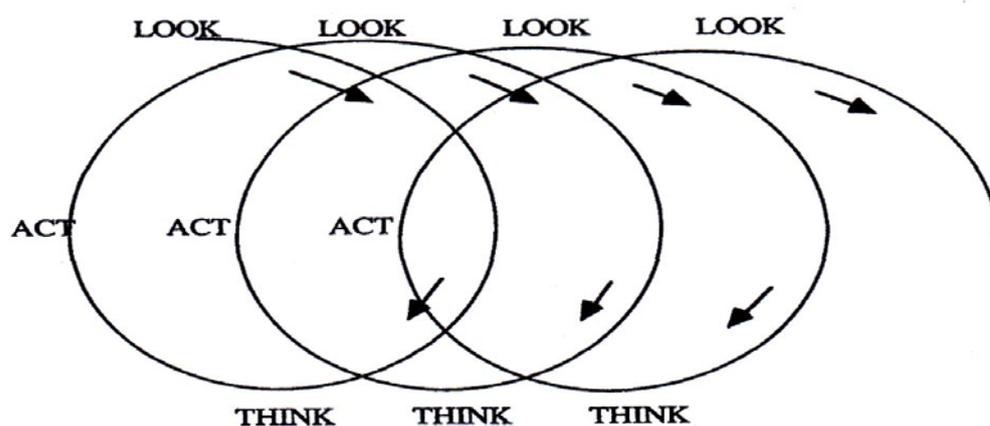
5) การวิจัยปฏิบัติการส่งเสริมประชาชนให้ร่วมกันปฏิบัติในสังคม ที่เชื่อมจากตนเองกับผู้อื่นด้วยปฏิสัมพันธ์ในสังคม เป็นกระบวนการศึกษาการปฏิบัติของตนเองด้วยการสื่อสาร ผลผลิต และ การจัดองค์กรทางสังคม และพยายามศึกษาว่าจะปรับปรุงปฏิสัมพันธ์ของการอยู่ร่วมกัน เป้าหมายของนักวิจัยมีส่วนร่วมเพื่อทำงานร่วมกันในการรื้อประกอบสร้างความสัมพันธ์ในสังคมด้วยตัวเอง เพื่อให้ประชาชนเปลี่ยนผ่านการปฏิบัติด้วยการประเมินตนเอง การวิพากษ์สิ่งที่ตนเองปฏิบัติและการสะท้อนผลการปฏิบัติ การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจึงมีเป้าหมายเพื่อเชื่อมโยงท้องถิ่นและ โลก และทำให้ชีวิตออกสู่สังคม ดังนั้นกระบวนการวิจัยปฏิบัติการจึงเป็นการศึกษาในท้องถิ่น ความรู้ที่ได้จากการวิจัยมีวัตถุประสงค์ 2 อย่าง คือ มีความสำคัญในการทำความเข้าใจเงื่อนไขของบริบท ด้วยความรู้ที่ถูกสร้างขึ้น และการส่งต่อความรู้ในบริบทอื่น ๆ ต้องทำความเข้าใจกับเงื่อนไข

ของบริบทใหม่ ว่าแตกต่างอย่างไรกับกับความรู้ที่เกิดขึ้นใหม่ และปัจจัยอะไรที่จะตอบสนองกับผลของการประยุกต์ความรู้มาใช้ในบริบทใหม่

การศึกษาครั้งนี้จึงใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อสร้างองค์ความรู้ในการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนจากการปฏิบัติ ด้วยการทำงานร่วมกันระหว่างนักวิจัยและกลุ่มคนในชุมชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อผสมผสานความรู้เชิงทฤษฎีและการปฏิบัติภายใต้หลักการของความเสมอภาค การมีส่วนร่วม การเสริมพลังอำนาจ และการปรับปรุงชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนให้ดีขึ้น โดยมีเป้าหมายสูงสุดเพื่อการเรียนรู้ของการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนอย่างยั่งยืน

2.5.2 ขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีขั้นตอน 4 ขั้นตอน (Stringer, 1999; Stringer & Genat, 2004) รายละเอียดดังนี้คือ 1) การค้นหาปัญหา (Look) มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้กลุ่มเป้าหมายสามารถมองเห็นภาพของปัญหา ซึ่งจะนำไปสู่ความเข้าใจ ความชัดเจน และความลึกซึ้งในประเด็นของปัญหา ในขั้นตอนนี้ประกอบด้วยกระบวนการรวบรวมข้อมูล การบันทึกข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเขียนรายงานข้อมูล และการสื่อสารข้อมูล 2) การประเมินปัญหา (Think) มีเป้าหมายเพื่อใช้กระบวนการตีความ อธิบายให้ประชาชนได้เข้าใจครอบคลุมและชัดเจน รวมทั้งเพื่อจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม ในขั้นตอนนี้ประกอบด้วยการทำงานร่วมกับกลุ่มเป้าหมายในกรอบการทำงาน กระบวนการกลุ่มเพื่ออธิบายประเด็น การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม และการจัดโครงสร้างการทำงาน 3) ปฏิบัติการแก้ไขปัญหา (Act) มีเป้าหมายเพื่อปฏิบัติการแก้ไขที่กำหนดไว้ในการวิจัย และ 4) การสะท้อนผล (Reflection) ซึ่งขั้นตอนประกอบด้วย การวางแผนแก้ไขปัญหา ปฏิบัติการแก้ไขปัญหา และ ประเมินผล ในวงรอบต่อไปจึงมีทบทวนการปฏิบัติอีกครั้ง ดังแผนภาพต่อไปนี้



ภาพที่ 6 Action Research Helix

ซึ่งการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ผ่านมาเกี่ยวกับภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุของ Ravesloot et al. (2007) เพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชนที่มีภาวะทุพพลภาพกับการพัฒนาและการประเมินผลเกี่ยวกับความเป็นอยู่ที่ดีด้วยโปรแกรมทุพพลภาพ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) ทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับเงื่อนไขทุพพลภาพ

เกี่ยวกับประสบการณ์ภาวะทุพพลภาพที่สัมพันธ์กับความบกพร่องในการเคลื่อนไหว ซึ่งพบว่ามีทั้งหมด 26 เงื่อนไข 2) สนทนากลุ่ม และ สํารวจคำถามปลายเปิด ผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพ พบว่ามี 14 เงื่อนไขที่ไม่พบในการ ทบทวนวรรณกรรม 3) ทำงานกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการบริการทุพพลภาพเพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินการรอด ชีวิต ด้วยการประเมินความชุกและความรุนแรงของข้อจำกัดอันเนื่องมาจากเงื่อนไขข้างต้น 4) ใช้เครื่องมือที่ พัฒนาร่วมกับผู้ป่วย และทดสอบประสิทธิภาพ เกี่ยวกับปฏิบัติการการมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขกับภาวะทุพพลภาพ ผล การศึกษาพบว่า ผลลัพธ์ของการจัดเงื่อนไขสุขภาพ ปัจจัยเกี่ยวกับโรคนัยยําคําคัญกับภาวะทุพพลภาพ OR 2.07 (95% CI 1.18-3.63)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จึงเป็นทั้งแนวคิด ทฤษฎี กระบวนการ และเครื่องมือที่ ก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้จากการปฏิบัติ ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม ช่วยเสริมพลังอำนาจให้คนและสังคมมาก ยิ่งขึ้นและสร้างความยั่งยืนขึ้นในชุมชน กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจึงเป็นกลวิธีที่สำคัญที่ นำมาใช้ในการพัฒนาปรับปรุงสุขภาพประชาชนให้ดีขึ้น ทำให้ประชาชนเกิดการยอมรับในการดูแลสุขภาพ ประชาชนที่มีฐานปฏิบัติการอยู่ในชุมชน โดยเฉพาะปัญหาภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพาผู้อื่น ในการดูแลกิจวัตรประจำวัน ยังต้องอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนสูง ดังนั้นกระบวนการศึกษาวิจัยที่ ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมจึงเป็นวิธีการที่ทำให้การดูแลผู้สูงอายุให้เป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ซึ่งจะทําให้ชุมชนเกิด การเรียนรู้จัดการปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ทําให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสมตามบริบทของสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ เศรษฐกิจ การวิจัย ครั้งนี้จึงอาศัยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ในการ ค้นหาค้นหาองค์ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าเห็นได้ว่าผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับปัญหา ความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน หรือ ภาวะทุพพลภาพ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการระต่อผู้ดูแล ครอบครัว และการสูญเสียเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ การป้องกัน และลดการเกิด ภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ จึงเป็นเป้าหมายที่สำคัญของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่องค์การอนามัยโลกให้ ความสำคัญ อย่างไรก็ตามการป้องกันภาวะทุพพลภาพมีความหลากหลาย และขาดความชัดเจนในประสิทธิผล ของวิธีปฏิบัติ ดังนั้นการแสวงหาคําตอบที่ชัดเจนเพื่อสร้างองค์ความรู้ในการป้องกันภาวะทุพพลภาพ เพื่อนําไปสู่ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและการป้องกันภาวะทุพพลภาพที่มีประสิทธิภาพ และช่วยลดการเกิดภาวะทุพพลภาพใน ผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนจึงเป็นสิ่งที่มีความจําเป็น การศึกษาวิจัยเรื่อง รูปแบบการป้องกันการเกิด ภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น เป็น วิธีการศึกษาหากรูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพ ด้วยวิธีสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้การดูแล ผู้สูงอายุเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ทําให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้ในการจัดการปัญหาภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ ที่ สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ดังรายละเอียดของกรอบแนวคิดการศึกษาวิจัยเบื้องต้นดังนี้

ภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ปัจจัยต่าง ๆ ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม ของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถสรุปได้ 3 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยทางสังคมและ วัฒนธรรม ได้แก่ ลักษณะการอยู่อาศัย การสนับสนุนทางสังคม โครงสร้างครอบครัว การมีส่วนร่วมในกิจกรรม ทางสังคม ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน สิ่งแวดล้อมภายนอกบ้าน และการหกล้ม และได้รับบาดเจ็บ และปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ โรคและอาการเจ็บป่วย อายุ ดัชนีมวลกาย พฤติกรรมสุขภาพ การ

สูญเสียประสาทสัมผัส การนอนรับการรักษาในโรงพยาบาล ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า และ การรับประทาน ยา ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชนดังกล่าวจึงเป็น จุดเริ่มต้นที่สำคัญของการวิเคราะห์สถานการณ์ภาวะทุพพลภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะทุพพลภาพ ของผู้สูงอายุในชุมชน

ซึ่งภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ เป็นการประเมินภาวะความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรม ขึ้นพื้นฐานของชีวิต (Instrumental Activity of daily living, ADL) ของผู้สูงอายุที่แสดงถึงความเป็นอิสระในการ ดำรงชีวิตด้วยตนเอง ประกอบด้วย 10 กิจกรรม คือ การรับประทานอาหาร (feeding) การลูกนั่ง (transfer) การใช้ ห้องน้ำ (toilet use) การเข้าและออกจากห้องน้ำ การแต่งหน้าหวีผม (grooming) อาบน้ำ (bathing) เดินในทางราบ (mobility) เดินขึ้นลงบันได (stairs) แต่งตัว (dressing) การกลั่นอุจจาระ (bowels) และกลั่นปัสสาวะ (bladder) นอกจากนี้การปฏิบัติกิจกรรมขึ้นพื้นฐานของชีวิตมีความสัมพันธ์กับความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อ การดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน (Instrumental Activity of daily living, IADL) ที่ใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจเกี่ยวกับการ จัดบริการเพื่อป้องกันและลดปัญหาทุพพลภาพในผู้สูงอายุได้ การประเมินภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุจึงมี ความจำเป็นต้องประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน เพื่อใช้ในการป้องกัน ภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ ในขณะที่การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขึ้นพื้นฐานของชีวิต เป็น การประเมินเพื่อจำแนกประเภทและระดับความรุนแรงของภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ

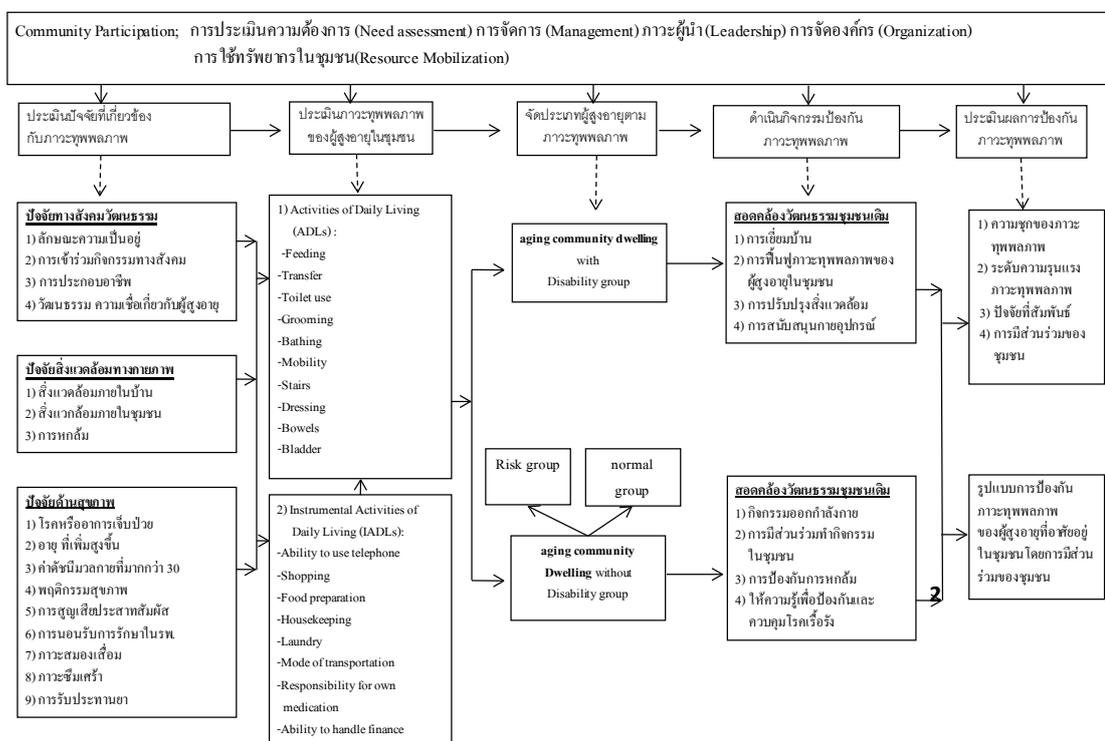
โดยการจำแนกประเภทผู้สูงอายุจากการประเมินภาวะทุพพลภาพของการศึกษาวิจัยครั้งนี้จำแนก ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพรุนแรง และกลุ่มที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ โดยในกลุ่ม ผู้สูงอายุที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ ประกอบด้วย กลุ่มผู้สูงอายุที่ปกติไม่มีภาวะทุพพลภาพและไม่มีปัจจัยที่ สัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพ และ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพ ดังนั้นการ ป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนของผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่ม ดังกล่าวจึงมีความแตกต่างกันทั้ง เป้าหมายและกิจกรรม

ซึ่งการป้องกันภาวะทุพพลภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่ปกติ และ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง จึงมี เป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพ และลดปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่ สามารถป้องกันได้ ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพรุนแรง มีเป้าหมายเพื่อลดระดับความรุนแรงของการเกิด ภาวะทุพพลภาพหรือดำรงสภาพภาวะทุพพลภาพไม่ให้มีระดับความรุนแรงเพิ่มขึ้น รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพของ ภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องอาศัยการพึ่งพาจากบุคคลอื่น โดยเฉพาะผู้สูงอายุ กลุ่มที่ประสบปัญหาภาวะทุพพลภาพรุนแรง การดำเนินกิจกรรมและกระบวนการป้องกันภาวะทุพพลภาพต้องมึ ความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและ วัฒนธรรมของครอบครัว และชุมชน ดังนั้นกระบวนการการมีส่วนร่วมของ ครอบครัวและชุมชนจึงมีความจำเป็นต่อการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

การวิจัยในครั้งนี้ จึงอาศัยทั้งแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน และระเบียบวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วมเพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมคิดและดำเนินการวิจัยตั้งแต่การขึ้นตอนการศึกษาบริบทชุมชนและ ประเมินภาวะทุพพลภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การจำแนกประเภทผู้สูงอายุ การออกแบบและดำเนินการป้องกัน ภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในชุมชน และประเมินผลการวิจัย ซึ่งประเมินจากองค์ประกอบการมีส่วนร่วมของ ชุมชน 5 องค์ประกอบ คือ การประเมินความต้องการ การจัดการ ภาวะผู้นำ การจัดองค์กร และ การระดม

ทรัพยากร เพื่อชุมชนเกิดการเรียนรู้ในการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมของพื้นที่อย่างยั่งยืน

การประเมินผลการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนจึงประเมินจากผลลัพธ์หลังการดำเนินการวิจัย ได้แก่ ความชุกของภาวะทุพพลภาพ ระดับความรุนแรงของภาวะทุพพลภาพ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพ และ ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนหลังดำเนินการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ รวมทั้งการสังเคราะห์รูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเพื่อประยุกต์ใช้ในบริบทอื่นต่อไป



ภาพที่ 7 กรอบแนวคิดการวิจัยเรื่อง รูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอช้างสูง จังหวัดขอนแก่น