

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และภาคีเครือข่าย อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางประกอบการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - 1.1 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะสูงอายุ
 - 1.2 กระบวนการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ
 - 1.3 การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ
 - 1.4 แนวคิดเกี่ยวกับพฤฒพลัง (Active ageing)
2. ภาวะสุขภาพ สถานการณ์และแนวโน้มผู้สูงอายุ
3. แนวคิดการพัฒนารูปแบบ
4. รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
5. แนวคิดการมีส่วนร่วม
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของประชากรที่เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ มีผลกระทบอย่างกว้างขวางทั้งในระดับมหภาค ได้แก่ ผลต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross domestic product: GDP) รายได้ต่อหัวประชากร งบประมาณของรัฐบาล การจ้างงานและผลิตภาพของแรงงาน การออม และการลงทุน และระดับจุลภาค ได้แก่ ผลต่อผลิตภัณฑ์ตลาด และบริการด้านต่างๆ โดยเฉพาะด้านการเงินและสุขภาพ การเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจึงเป็นเรื่องเร่งด่วนสำคัญที่ต้องมีการวางแผนอย่างเป็นระบบ และเริ่มดำเนินการล่วงหน้า เนื่องจากการดำเนินงานดังกล่าวต้องใช้เวลาในการดำเนินการเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและเป็นรูปธรรม (ชมพูนุท พรหมภักดี 2556) กระบวนการสูงอายุเป็นกระบวนการที่เป็นความจริงทางชีวภาพ มีความเป็นพลวัตอยู่นอกเหนือการควบคุมของมนุษย์ แต่ยังคงอยู่ภายใต้เงื่อนไขเชิงโครงสร้างของแต่ละสังคมที่กำหนด

ความหมายหรือตีความการรับรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ การกำหนดอายุเริ่มต้น การให้นิยามหรือระบุถึง การเข้าสู่ความสูงอายุของบุคคลที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน โดยทั่วไปมักพิจารณาจากองค์ประกอบด้านต่างๆ เช่น การสูงอายุตามวัยหรืออายุตามปีปฏิทินที่ผ่านไป การเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยาของสภาพร่างกาย และความสามารถในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในชีวิต การเปลี่ยนแปลงของสภาพและบทบาททาง สังคมของบุคคล แต่โดยทั่วไปมักกำหนดนิยามผู้สูงอายุโดยใช้อายุตามปีปฏิทินของบุคคล ซึ่งเชื่อว่า สามารถแสดงถึงช่วงวัยของบุคคลที่มีลักษณะของความสูงอายุ และแตกต่างกันไปในแต่ละสังคม (Uotinen 2005; Orimo et al. 2006; Anthony 2010; สุชาดา ทวีสิทธิ์ 2553) อย่างไรก็ตามโดยทั่วไป มักถือว่าผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปี หรือ 65 ปีขึ้นไป โดยนับตามปีปฏิทิน นิยามของผู้สูงอายุอาจแตกต่างกันไปเมื่อพิจารณาจากแง่มุมต่างๆ อาทิ ด้านชีววิทยา ด้านประชากรศาสตร์ (เงื่อนไขการเสียชีวิตและการเจ็บป่วย) การจ้างงาน การเกษียณอายุราชการ และด้านสังคมวิทยา (The Editors of Encyclopaedia Britannica, n.a; สุนีย์ อังศุภาสกร 2554) องค์การสหประชาชาติ (อ้างถึง ใน ชมพูนุท พรหมภักดี 2556) ได้ให้นิยาม ของผู้สูงอายุ ไว้ คือ ประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป นับตั้งแต่อายุเกิด สำหรับประเทศไทย ได้กำหนดนิยามของผู้สูงอายุ ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป (ชมพูนุท พรหมภักดี 2556) และกำหนดให้เป็นิยามที่ใช้เป็นอายุที่เริ่มได้รับสิทธิต่างๆ จากทางราชการด้วย เช่น การเกษียณอายุ ของราชการหรืออายุที่เริ่มได้รับเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุ (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์ 2553)

สรุป ผู้สูงอายุ ตามความหมายขององค์การสหประชาชาติ หมายถึง ประชากรทั้งเพศชาย และเพศหญิงซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป นับตั้งแต่อายุเกิด และประเทศไทยได้กำหนดให้ ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยให้ความหมายของผู้สูงอายุ หมายถึง ประชากร ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง

1.1 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะสูงอายุ

การศึกษาศาสตร์ที่เกี่ยวกับการสูงอายุทำให้เชื่อได้ว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลง ในร่างกายของมนุษย์มีอยู่ 2 ระยะ คือ การเปลี่ยนแปลงที่เริ่มตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 40 ปี ซึ่งมีลักษณะ เป็นไปในทางที่เจริญงอกงาม (Growth) และการเปลี่ยนแปลง หลังอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มีลักษณะการ เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมโทรมและไม่ปรากฏความเจริญงอกงาม (degenerative change) (ภาณุ อดดกลิ่น 2551) ผู้เชี่ยวชาญในศาสตร์ทางชีวภาพ จิตวิทยา และสังคมศาสตร์ ได้สรุปสาเหตุของความ ชราไว้ 2 ประการ ได้แก่ พันธุกรรม (Genetic Etiology) และสิ่งแวดล้อม (Environment Etiology) โดยพิจารณาจากปัจจัยภายในและภายนอกของสิ่งมีชีวิต และพยายามศึกษามนุษย์ให้ครอบคลุมแบบ องค์กรวม นักทฤษฎีทั้ง 3 สาขาดังกล่าวข้างต้น ต่างยอมรับว่า ความรู้จากศาสตร์สาขาใดสาขาหนึ่ง

ยังไม่สามารถอธิบายกระบวนการแก่ชราได้อย่างสมบูรณ์ จึงได้เสนอแนวคิดเพื่อนำมาใช้อธิบายกระบวนการชราของมนุษย์ให้ชัดเจนที่สุด ประกอบด้วยทฤษฎี 3 กลุ่ม (ภาณุ อุดกลั่น 2551) ได้แก่ ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theory) ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory) และทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological Theory) มีรายละเอียดดังนี้

1.1.1 ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theory) อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของร่างกายมนุษย์ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ทฤษฎีด้านพันธุกรรม ทฤษฎีอวัยวะ และทฤษฎีสรีรวิทยา

1) **ทฤษฎีด้านพันธุกรรม (Genetic Theory)** ประกอบด้วย ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolution theory) หรือทฤษฎีเซลล์ (Cell Theory) เป็นทฤษฎีที่ร่วมกันอธิบายว่า สิ่งมีชีวิตต่างก็มีการเปลี่ยนแปลงและมีพัฒนาการตลอดเวลา ทฤษฎีนาฬิกาชีวิต (Biological clock) หรือทฤษฎีการถูกกำหนด (Programming Aging Theory) อธิบายว่า อายุขัยของคนถูกกำหนดไว้แล้ว โดยรหัสทางพันธุกรรม (Gene) ถ้าบรรพบุรุษมีอายุยืนยาว ลูกหลานก็มีอายุยืนยาวตามไปด้วย เชื่อว่า นาฬิกาชีวิตจะอยู่ในนิวเคลียสและโปรตีนของเซลล์ในร่างกาย ทฤษฎีการกลายพันธุ์ (Somatic Mutation Theory) เกิดจากการได้รับรังสีที่ละเล็กทีละน้อยเป็นประจำ จนเกิดการเปลี่ยนแปลง DNA (Deoxyribonucleic Acid) และเกิดการผันแปรของเซลล์หรืออวัยวะในระบบต่างๆ ทำให้เกิดการแบ่งตัวผิดปกติ (Mutation) เกิดโรคมะเร็ง หรือเกิดมะเร็ง ทฤษฎีการสะสมความผิดพลาดของเซลล์ (Error Theory) หรือทฤษฎีโมเลกุล (Molecular Theory) อธิบายว่า ความแก่ เกิดจากนิวเคลียสของเซลล์ มีการถ่ายทอด DNA ที่ผิดปกติไปจากเดิม ทำให้เซลล์ใหม่ที่ได้แตกต่างไปจากเดิม กลายเป็นสิ่งแปลกปลอม ร่างกายจึงสร้างภูมิคุ้มมาต่อต้าน ทำให้เซลล์เสื่อมสลายและทำหน้าที่ไม่ได้

2) **ทฤษฎีอวัยวะ (Organ Theory)** อธิบายกระบวนการแก่ว่า เมื่ออวัยวะมีการใช้งานย่อมจะมีความเสื่อมเกิดขึ้น ประกอบด้วย ทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Wear and Tear Theory) อธิบายว่า ความแก่ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเอง เมื่ออวัยวะมีการใช้งานมากย่อมเสื่อมได้ง่าย และเสื่อมเร็วขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น ทฤษฎีระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine Theory) อธิบายว่า เมื่อเข้าสู่วัยชรา การทำงานของระบบประสาทจะลดลง การตอบสนองต่อสิ่งเร้า (Reflex) ต่างๆ จะเชื่องช้า ความจำจะเสื่อมลง ต่อมไร้ท่อทำงานลดลง ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunological Theory) เชื่อว่า เมื่ออายุมากขึ้น การสร้างภูมิคุ้มกันตามปกติจะลดลง เพราะอวัยวะที่มีส่วนช่วยสร้างภูมิคุ้มกันต่างๆ เสื่อมสภาพลง เช่น ในกระดู ต่อมไทมัส ระบบน้ำเหลือง ตับ ม้าม และจะสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตนเอง (Autoimmune) มากขึ้น ทำให้ร่างกายอ่อนแอและเจ็บป่วย โรคที่พบได้บ่อย คือ มะเร็ง เบาหวาน หลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจรูห์มาติก

3) **ทฤษฎีสรีรวิทยา (Physiological Theory)** อธิบายกระบวนการแก่ชราในลักษณะการทำงานของอวัยวะภายในร่างกาย ประกอบด้วยทฤษฎีต่างๆ ได้แก่ ทฤษฎีความเครียด

และการปรับตัว (Stress Adaptation Theory) เชื่อว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน มีผลทำให้เซลล์ตาย ในภาวะเครียด ร่างกายจะตอบสนอง โดยไฮโปทาลามัสและพิทูอิทารี ถูกกระตุ้นให้หลั่ง Adreno corticotropic Hormone ไปกระตุ้น Adrenal Cortex และ Adrenal Medulla ให้หลั่งสาร Cortisol Aldosterone และ Epinephrine ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น เพื่อช่วยให้ร่างกายดำรงชีวิตอยู่ในภาวะเครียดได้ แต่ถ้าวร่างกายต้องเผชิญกับภาวะนี้มากๆ อาจทำให้เสื่อมและทำงานผิดปกติได้ เมื่อบุคคลเผชิญกับความเครียดบ่อยๆ จะทำให้เข้าสู่วัยชราได้เร็วขึ้น ทฤษฎีสะสมของเสีย (Waste Product Accumulation) อธิบายว่า เมื่อสิ่งมีชีวิตอายุมากขึ้น ของเสียจะถูกสะสม ทำให้เซลล์เสื่อมและตายเพิ่มขึ้น คล้ายกับทฤษฎีความเสื่อมโทรม ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) กล่าวถึงกระบวนการออกซิเดชันของออกซิเจนที่ไม่สมบูรณ์ในกระบวนการเผาผลาญ สารจำพวกโปรตีน คาร์โบไฮเดรต และอื่นๆ ทำให้เกิดอนุมูลอิสระ (Free Radical substance) ทำลายผนังเซลล์ โดยโมเลกุลของอนุมูลอิสระ เมื่อแตกออกเป็นอิสระจะจับกับโมเลกุลอื่นๆ ที่อยู่ใกล้เคียง ทำให้โครงสร้างและหน้าที่ของเซลล์เปลี่ยนไปอนุมูลอิสระเกิดจากสาเหตุอื่นๆ ได้อีก เช่น มลภาวะเป็นพิษ รังสี อาหาร บุหรี่ ทฤษฎีการเชื่อมไขว้ (Cross link Theory on cross link of collagen T.) เชื่อว่า เมื่อชรา สาร Fibrous protein จะเพิ่มขึ้น และจับตัวกันมากขึ้น ทำให้ Collagen fiber หดตัว ขาดความยืดหยุ่นและจับกันไม่เป็นระเบียบ ทำให้เซลล์ตายและเสียหายที่เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในระดับ DNA ของเซลล์ โดยสาร cross link ที่เกิดจากปฏิกิริยาทางเคมีทำให้ DNA มีการเปลี่ยนแปลงและเสื่อม เชื่อว่ารังสีอัลตราไวโอเลตมีผลต่อความชรา และการเปลี่ยนแปลงในระดับสรีรวิทยา ทำให้ผิวหนังเกิดริ้วรอย (Wrinkling) ที่เรียกว่า Solar Elastosis จากการแทนที่ของคอลลาเจน (collagen) ด้วยอีลาสติน (Elastin) (เปราะ เหนียว แตก เล็กน้อย) และอาจทำให้เกิดมะเร็งผิวหนังได้ด้วย

กล่าวโดยสรุปทฤษฎีกลุ่มนี้อธิบายความสัมพันธ์ของปฏิกิริยาทางเคมีในร่างกายกับกระบวนการแก่ชรา การสะสมของเสียจากการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายทำให้เกิดความเสื่อม

1.1.2 ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory) เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุนั้น เป็นการพัฒนาและปรับตัวเกี่ยวกับ ความนึกคิด ความรู้ แรงจูงใจ เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะรับสัมผัสทั้งหลาย ตลอดจนสังคมที่ผู้สูงอายุนั้นๆ อาศัยอยู่ (ภาณุอดกลั่น 2551) ตัวอย่างทฤษฎีทางจิตวิทยา ประกอบด้วย

1) **ทฤษฎีพัฒนาการทางจิต-สังคมของอีริกสัน (Erikson's Epigenetic Theory or Psychosocial Developmental Stage)** อยู่ในกลุ่มจิตวิเคราะห์ใหม่ เน้นพฤติกรรมทางสังคมของมนุษย์ มีแนวคิดสำคัญ คือ มนุษย์มีความต้องการพื้นฐานอย่างเดียวกัน การเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมของเกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีแบบแผนการพัฒนาเช่นเดียวกันทุกสังคม เป็นไปตามลำดับ

ขึ้น โดยพัฒนาการขั้นสูงจะเกิดขึ้นหลังจากมีการพัฒนาในขั้นต้นแล้ว แบ่งพัฒนาการของมนุษย์เป็น 8 ขั้น ซึ่งวัยสูงอายุจะอยู่ในขั้นที่ 8 คือ ขั้นความรู้สึกมั่นคงสมบูรณ์หรือความหมดหวังทอดอาลัย อธิบายว่า วัยสูงอายุ เป็นวัยที่ยากต่อการเริ่มต้นอะไรใหม่ๆ ในชีวิต การดำเนินชีวิตที่ผ่านมา หากรู้สึกพึงพอใจ ต่อผลแห่งการกระทำของตน บุคคลก็จะพัฒนาไปสู่ความสมบูรณ์ในอารมณ์ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีจิตใจที่มั่นคง เข้มแข็ง ส่วนบุคคลที่ไม่พึงพอใจในชีวิตที่ผ่านมาจะรู้สึกหมดหวัง ทอดอาลัย มีแต่ความทุกข์ มีชีวิตอยู่ไปวันๆ (Cramer 2007 อ้างถึงใน ไพโรจน์ คะเชนทร์ ม.ป.ป.; ศรีเรือน แก้วกังวาน 2549)

2) *ทฤษฎีของเพค (Peck's Theory)* มีลักษณะใกล้เคียงกับงานของอีริคสัน มุ่งเน้นการปรับตัวของผู้สูงอายุ แบ่งพัฒนาการในวัยผู้ใหญ่เป็น 7 ขั้น โดยขั้นที่ 5, 6 และ 7 จะเป็นประเด็นเฉพาะผู้สูงอายุ แบ่งผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุวัยต้น อายุ 56-75 ปี และผู้สูงอายุตอนปลาย อายุ 75 ปีขึ้นไป ซึ่งมีความแตกต่างกันทั้งทางกายภาพและจิตสังคม มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคมของผู้สูงอายุใน 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) ขั้นการแยกความแตกต่างของตนเองกับบทบาทการทำงานที่ผ่านมา (Ego differentiation and work-role preoccupation) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับงานที่ทำอยู่ โดยจะรู้สึกว่าตนยังมีคุณค่า แม้บทบาทลดลงหรือเปลี่ยนไป จึงพอใจที่จะหาสิ่งอื่นๆ มาทดแทน (ผู้สูงอายุวัยต้น) 2) ขั้นการแยกความแตกต่างของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงกับการเตรียมการปรับตัวให้เหมาะสม (Body transcendence and body preoccupation) เป็นความรู้สึกที่ผู้สูงอายุยอมรับว่า สภาพร่างกายของตนถดถอยลง และชีวิตจะมีสุขถ้าสามารถยอมรับและปรับความรู้สึกนี้ได้ (อายุที่เพิ่มขึ้น) และ 3) ขั้นการแยกความแตกต่างของกฎเกณฑ์และการเปลี่ยนแปลงทางธรรมชาติ (Ego transcendence and Ego preoccupation) เป็นความรู้สึกที่ยอมรับกฎเกณฑ์และการเปลี่ยนแปลงทางธรรมชาติ ยอมรับความตายได้โดยไม่รู้สึกหวาดวิตก (ผู้สูงอายุตอนปลาย) (Eliopoulos 1995; ศรีเรือน แก้วกังวาน 2549)

1.1.3 *ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological Theory)* กล่าวถึงแนวโน้มบทบาทของบุคคล สัมพันธภาพและการปรับตัวทางสังคมของผู้สูงอายุ พยายามวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้สถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป และพยายามที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ในระดับที่เหมาะสม มีแนวคิดที่น่าสนใจ ดังนี้ (ภาณุ อุดกลั่น 2551)

1) *ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory)* อธิบายถึง สถานภาพทางสังคมผู้สูงอายุ เน้นความสัมพันธ์ในทางบวกระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น สถานภาพและบทบาททางสังคมจะลดลง แต่บุคคลยังมีความต้องการทางสังคมเหมือนบุคคลในวัยกลางคน เชื่อว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการที่จะเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อความสุข และการมีชีวิตที่ดี เช่นเดียวกับวัยผู้ใหญ่ และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่บุคคลอื่นปฏิบัติต่อตนเอง นั่นคือ กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติต่อเพื่อนฝูง สังคมหรือชุมชน ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่า ตนเองยังมีคุณค่าและ

เป็นประโยชน์ต่อสังคม การมีกิจกรรมต่อสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้นการมีกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัยจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็น การจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุควรคำนึงถึงปัจจัยต่อไปนี้เป็นสภาพสังคมปัจจุบันที่ทันสมัยและเปลี่ยนแปลงไป (Modernization Perspective) เป็นปัจจัยซึ่งทำให้บทบาทของคนในสังคมเปลี่ยนแปลงไป อาจทำให้ผู้สูงอายุก้าวตามไม่ทัน การเชื่อมโยงบุคคลแต่ละยุค แต่ละวัย (Intergeneration Linkage) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงและประสบการณ์ชีวิตของคนเมื่ออายุมากขึ้น ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันระหว่างคนในวัยเดียวกันแต่ละยุคสมัย ปัจจัยบทบาทหน้าที่ตามโครงสร้างของแต่ละวัย เมื่อคนเข้าสู่วัยชรามากขึ้นบทบาทหน้าที่ของตนเองก็จะลดลง

2) ทฤษฎีแยกตนเองหรือทฤษฎีการถอยห่าง (Disengagement Theory) กล่าวถึงการถอยห่างจากสังคมของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุและสังคมจะลดบทบาทซึ่งกันและกันอย่างค่อยเป็นค่อยไปตามความต้องการของร่างกายและไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ เนื่องจากยอมรับว่า ตนเองมีความสามารถลดลง สุขภาพเสื่อมลง จึงถอยหนีจากสังคม เพื่อลดความเครียดและรักษาพลังงาน พอใจกับการไม่เกี่ยวข้องกับสังคมต่อไป เพื่อถอนสภาพและบทบาทของตนให้เกษียณหลัง ซึ่งระยะแรกอาจมีความวิตกกังวลอยู่บ้างในบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปและค่อยๆ ยอมรับการไม่เกี่ยวข้องกับสังคมต่อไปได้ในที่สุด อย่างไรก็ตาม ทฤษฎีนี้อธิบายว่าโดยปกติแล้วบุคคลจะพยายามผสานอยู่กับสังคมให้นานเท่าที่จะทำได้ เพื่อเป็นการรักษาสมดุลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ก่อนที่บทบาทของตนเองจะแคลงเมื่อมีอายุมากขึ้น กระบวนการถอยห่างเป็นกระบวนการที่มีลักษณะเฉพาะ พัฒนาอย่างค่อยเป็นค่อยไป เป็นสิ่งที่อาจหลีกเลี่ยงได้ เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ผู้สูงอายุพึงพอใจเป็นสากลของทุกสังคม และเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติเพื่อรักษาสมดุลของมนุษย์ ปัจจัยที่มีผลต่อการถอยห่างของผู้สูงอายุ ได้แก่ กระบวนการชราที่มีความแตกต่างกันของแต่ละบุคคล สภาพสังคม และความเชื่อมโยงของอายุที่เพิ่มขึ้น จะเห็นได้ว่าทฤษฎีการถอยห่าง และทฤษฎีกิจกรรมจะมีความขัดแย้งกัน ซึ่งนูการ์เทน และคณะ (Neugarten et. Al. 1968 cited in Miller 1955) ได้ศึกษาเพื่อหาข้อขัดแย้งของทั้งสองทฤษฎี พบว่า การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ มีความสุข และมีกิจกรรมร่วมกันนั้น ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและแบบแผนชีวิตของแต่ละบุคคลที่ผ่านมา ผู้ที่มีบทบาทในสังคมชอบเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ก็ต้องการที่จะร่วมกิจกรรมต่อไป ส่วนผู้ที่ชอบสันโดษไม่เคยมีบทบาทใดๆ ในสังคมมาก่อน ก็ย่อมที่จะแยกตัวเองออกจากสังคมเมื่ออายุมากขึ้น และได้เสนอแนวคิดใหม่เกี่ยวกับทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory)

3) ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) อธิบายในเรื่องของการปรับตัวทางสังคมของผู้สูงอายุ คือ การที่ผู้สูงอายุจะมีความสุขในบั้นปลายชีวิตได้นั้น เป็นผลมาจากบุคลิกภาพและรูปแบบการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคลที่มีมาเดิม เชื่อว่า ผู้สูงอายุจะแสวงหาบทบาททางสังคม

ใหม่มาทดแทนบทบาททางสังคมเก่าที่ตนสูญเสียไป และยังคงพยายามปรับสภาพตนเองให้เข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่อย่างต่อเนื่องอยู่เสมอ ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุ คือ การเข้าไปมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคมในวัยสูงอายุ ซึ่งถือเป็นบทบาทใหม่ที่เข้ามาทดแทนบทบาททางสังคมเดิมที่ต้องสูญเสียไปในกิจกรรมประเภทต่างๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ การเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุนั้นจะเป็นการได้แสดงศักยภาพ ความสามารถของตนเอง ทำประโยชน์ต่อตนเองและสังคมได้ ทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (เล็กสมบัติ และคณะ 2554)

4) ทฤษฎีบทบาท (Role Theory) กล่าวว่า เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ จะปรับเปลี่ยนบทบาท และสภาพต่างๆ หลายอย่างที่ไม่ใช่บทบาทเดิมของตนมาก่อน เช่น การละทิ้งบทบาททางสังคมและความสัมพันธ์ ซึ่งเป็นแบบวัยผู้ใหญ่ไปยอมรับบทบาทในแบบผู้สูงอายุ และเว้นจากความผูกพันกับคู่สมรส เนื่องจากการตายไปของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง เป็นต้น

จากทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า แต่ละทฤษฎีจะกล่าวถึงความสูงอายุดแตกต่างกันไป ทฤษฎีทางชีววิทยาจะอธิบายความชราโดยพิจารณาจากประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายที่ลดลง ทฤษฎีทางจิตวิทยาจะมองความสูงอายุโดยพิจารณาจากความจำ การเรียนรู้ สถิติปัญญา อารมณ์ ส่วนทฤษฎีทางสังคมวิทยาพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากความสามารถในการคงบทบาทและสถานภาพทางสังคมไว้ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ไม่มีทฤษฎีใดเพียงทฤษฎีเดียวที่จะอธิบายความเสื่อมถอยของสังขาร การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ จิตใจ และสภาพทางสังคมของผู้สูงวัยได้ทั้งหมด

1.2 การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ

จากการศึกษาเอกสารและปรากฏการณ์ในพื้นที่ที่ศึกษา พบความหลากหลายในการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ อาทิ ปัจจัยด้านหน่วยงาน/องค์กรหลัก บุคลากรที่ดำเนินการ วัตถุประสงค์ ซึ่งการที่มีความหลากหลายของการปฏิบัติระดับพื้นที่เช่นนี้ แม้จะมีข้อดีคือ สามารถตอบสนองตรงตามเป้าหมายของหน่วยงาน/องค์กรที่ต้องการ แต่การขาดการบูรณาการการทำงานเสมือนต่างคนต่างทำ บางส่วนซ้ำซ้อน ใช้บุคลากรในการดำเนินงานมาก แต่ไม่มีความชัดเจนในจัดระบบฐานข้อมูล และขาดความเป็นเอกภาพในการนำไปสู่การปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ จึงยากที่จะทำให้บริการของรัฐเกิดความต่อเนื่องและครอบคลุม (วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และลัดดา ดำริการเลิศ (บรรณาธิการ) 2553) องค์การอนามัยโลก แบ่งเกณฑ์อายุตามสภาพของการมีอายุเพิ่มขึ้น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นหรือช่วงต้น (Young-old) คือ ผู้มีอายุ 60-69 ปี เป็นกลุ่มที่ถือว่ายังมีสภาวะร่างกายแข็งแรง สุขภาพดี ยังสามารถดำรงชีวิตได้ตามลำพัง ช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งช่วงอายุนี้นี้ควรมีการจรรโลงสุขภาพที่ดีไว้ 2) กลุ่มผู้สูงอายุช่วงกลาง (Medium-old) คือ ผู้มีอายุ 70-79 ปี กลุ่มนี้หากไม่มีโรคประจำตัว

และดูแลสุขภาพดีก็ยังแข็งแรงดีอยู่ แต่จะเริ่มต้องการการพึ่งพิงจากครอบครัวและสังคมบ้าง ควรมีการเฝ้าระวังทางสุขภาพ และ 3) กลุ่มผู้สูงอายุช่วงปลาย (Old-old) คือ ผู้มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ต้องการผู้ดูแลช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน และควรได้รับการดูแลทางการแพทย์และเวชศาสตร์ตามสาเหตุ ซึ่งอาจเป็นการดูแลที่บ้านหรือสถานพยาบาล (สำนักงานเศรษฐกิจอุตสาหกรรม 2556) สถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติ (National Institute of Aging) ประเทศสหรัฐอเมริกา แบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุ เป็น 2 กลุ่ม (Yuriek, A.G., et al. 1980) ได้แก่ 1) กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (Young-Old) มีอายุ 60-74 ปี และ 2) กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (Old-Old) อายุ 75 ปีขึ้นไป ประเทศไทยมีผู้เสนอการจัดแบ่งเกณฑ์ผู้สูงอายุตามสภาพของการมีอายุเพิ่มขึ้น โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุ (Elderly) คือ อายุระหว่าง 60-69 ปี 2) คนชรา (Old) คือ อายุระหว่าง 70-79 ปี และ 3) คนชรามาก (Very old) คือ อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป (พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ 2546; ศูนย์การศึกษาออกโรงเรียนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2543) ขณะที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2553) ได้จำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อการจัดบริการสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีแนวคิดการจัดกลุ่มอายุด้านสุขภาพ ตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โรคและการเจ็บป่วยเป็นหลัก จัดลักษณะทางสังคมที่เข้าพวกเข้ากลุ่มได้กับลักษณะทางสุขภาพ เพื่อการบูรณาการงานทั้งด้านสุขภาพและสังคมเข้าด้วยกัน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง (วรรณภา ศรีชัยรัตน์ และลัดดา คำการเลิศ (บรรณาธิการ) 2553) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (สุจริต สุวรรณชีพ และคณะ 2558)

กลุ่มที่ 1 กลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคม หมายถึง กลุ่มผู้สูงอายุที่ยังดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างอิสระ สามารถทำกิจวัตรพื้นฐานและกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้ เป็นผู้ที่มีสุขภาพทั่วไปดี ไม่มีโรคเรื้อรังหรือเป็นเพียงผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือเป็นผู้ที่มีโรคเรื้อรัง 1-2 โรค ที่ยังควบคุมโรคได้

กลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน หมายถึง กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความจำกัดการดำเนินชีวิตในสังคม และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้มีภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายหรือจิตใจจนส่งผลต่อการรู้คิด การตัดสินใจ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ช่วยเหลือตนเองได้บ้างหรือต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นเพียงบางส่วน

กลุ่มที่ 3 กลุ่มติดเตียง หมายถึง กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นในเรื่องการเคลื่อนที่ การปฏิบัติกิจวัตรพื้นฐานประจำวันอื่นๆ มีโรคประจำตัวหลายโรค ทั้งที่ควบคุมได้และไม่ได้ มีการเจ็บป่วยเรื้อรังมายาวนานและมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามสถาบันวิจัยระบบสุขภาพ 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคม 2) กลุ่มติดบ้าน และ 3) กลุ่มติดเตียง

1.3 กระบวนการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลจะไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม อาหาร ภาวะสุขภาพและความเครียด ความเป็นผู้สูงอายุนั้น เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม (จุฬารักษ์ กวีวิรัชย์ และ วราภรณ์ ทิพย์สุวรรณกุล 2558) ดังนี้

1.3.1 การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

1) **ผิวหนัง ผม และขน** จากการลดระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจนจะส่งผลให้ผิวหนังมีลักษณะตกรกระ แห้ง ผิวเหี่ยวย่นเป็นร่องลึก ขาดความชุ่มชื้น อาจมีอาการคันตามผิวหนัง เมื่อเกาอาจเกิดแผลและติดเชื้อได้ง่าย

2) **ระบบทางเดินหายใจ** พบว่า อวัยวะที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ เริ่มมีความเสื่อม ตั้งแต่ลักษณะปลายจมูกที่งองุ้ม ขนพัดโบกที่สามารถขจัดสิ่งแปลกปลอมได้ลดลง กล่องเสียงมีความยืดหยุ่นลดลง ปิดไม่สนิท เกิดการสำลักอาหารได้ง่าย ประสิทธิภาพในการขับสิ่งแปลกปลอมต่างๆ ลดลง จากการยืดขยายของหลอดลมและทรวงอกลดลง เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง ทรวงอกเป็นอกถั่งเปียร์ กล้ามเนื้อในการขยายตัวของปอดอ่อนแรง กระดูกชายโครงขยายตัวได้น้อยลง เกิดการคั่งของก๊าซในปอดมากขึ้น ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลง จากการยืดขยายและแลกเปลี่ยนก๊าซของถุงลมในปอดลดลง

3) **ระบบหัวใจและหลอดเลือด** พบว่า หลอดเลือดมีความยืดหยุ่นลดลง หลอดเลือดตีบ กล้ามเนื้อหัวใจมีการยืดขยายลดลง ขาดความยืดหยุ่น ประสิทธิภาพการทำงานของคลื่นไฟฟ้าหัวใจลดลง การไหลเวียนของเลือดไปยังส่วนต่างๆ ลดลง เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ไม่เต็มที่ เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวและกล้ามเนื้อหัวใจตาย

4) **ระบบทางเดินทางอาหาร** เนื่องจากฟันและรากฟันของผู้สูงอายุมีการเสื่อมตามวัย จากฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง การสร้างเซลล์กระดูกใหม่มีจำนวนลดลง กระดูกบาง ทำให้การยึดเกาะของรากฟันลดลง เกิดฟันหลุด ตุ่มรับรสของลิ้นฝ่อ ทำให้ไม่อยากอาหาร ต่อมน้ำลายผลิตน้ำลายได้น้อยลง ทำให้การกลืนเคี้ยวอาหารไม่ดี เกิดการกลืนลำบาก หลอดอาหารโป่งพอง มีขนาดกว้าง ปลายหลอดหย่อนตัว กล้ามเนื้อเรียบในหลอดอาหารเคลื่อนไหวได้น้อยลง กระเพาะอาหารย่อยอาหารได้น้อยลง มีอาหารอยู่ในกระเพาะอาหารนานขึ้น การเคลื่อนไหวในกระเพาะอาหารช้าลง เยื่อบุกระเพาะอาหารฝ่อ ผลิตน้ำย่อยไม่ดี เกิดกรดและแก๊สในกระเพาะอาหาร เยื่อบุและการเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กลดลง การดูดซึมสารอาหารประเภทไขมัน น้ำตาล วิตามินบี 1 บี 12 แคลเซียมและเหล็กลดลง ลำไส้ใหญ่เคลื่อนไหวลดลง มักมีปัญหาคาบถ่าย ตับจะฝ่อ มีขนาดเล็กลง ทำให้ปริมาณไกลโคเจน อัลบูมิน ลดลง ระดับไกลบูลินเพิ่มขึ้น ปริมาณน้ำดีลดลง การดูดซึมคอเลสเตอรอลลดลง ตับ

อ่อนมีขนาดเล็กกลง ทำให้การผลิตเอนไซม์ต่าง ๆ ลดลง ทั้งปริมาณและความเข้มข้น ทำให้เกิดภาวะ
ทิวโกซนาการ โลหิตจาง ท้องผูก มีนิ่วหรือเกิดสารพิษตกค้างในร่างกาย เป็นต้น

5) *ระบบทางเดินปัสสาวะ* ไตจะมีอัตราการกรองลดลง เนื่องจากเลือด
ไหลเวียนไปเลี้ยงน้อยลง อาจมีการคั่งของเสียที่ไต กล้ามเนื้อเรียบของกระเพาะปัสสาวะอ่อนแรง
ช่องว่างในกระเพาะปัสสาวะและการบีบขยายของหูรูดลดลง กล้ามเนื้อหูรูดของท่อทางเดินปัสสาวะ
อ่อนแรง ปิดไม่สนิท กลั้นปัสสาวะไม่ได้ แรงดันปัสสาวะที่ขับออกลดลง เพศชายจะมีต่อมลูกหมาก
โตขึ้น จากการที่ต้องผลิตสารคัดหลั่งให้เพียงพอต่อการหลั่งน้ำเชื้อ ทำให้ปัสสาวะลำบาก

6) *ระบบสืบพันธุ์* เพศชายจะมีฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนหรือฮอร์โมนเพศ
ชายลดลง ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางขององคชาต อั้นทะ จำนวนสเปิร์มลดลง เพศหญิงจะมีระดับ
ฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง ส่งผลให้เต้านมห้อย ย้อยและเหี่ยวลง มีไขมันสะสมบริเวณหน้าอก สะโพก
ขนบริเวณอวัยวะเพศ (public hair) บางลง เปราะง่าย ขนเป็นสีเทา ขนาดของอวัยวะเพศ (labia minora,
clitoris) ลดลง ช่องคลอดเป็นสีชมพูจาง ความยืดหยุ่นในช่องคลอดลดลง ทำให้เจ็บขณะร่วมเพศ
เพราะมีการสูญเสียส่วนที่ปกคลุมเส้นประสาท ปากมดลูก มดลูก รังไข่และท่อนำไข่หดเล็กลง มีโอกาส
ติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ เกิดเนื้องอกหรือสูญเสียภาพลักษณ์จากการเปลี่ยนแปลงในระบบนี้ได้

7) *ระบบต่อมไร้ท่อ* ต่อมใต้สมองมีน้ำหนักลดลง การผลิตฮอร์โมนต่างๆ
ลดลง เกิดผลต่อร่างกายหลายอย่าง ได้แก่ ทำให้ผิวหนังบางแห้ง กระดูกบางลง มีการสะสมของไขมัน
กลางลำตัว ความแข็งแรงและยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อลดลง หน่วยไตไม่สามารถดูดน้ำกลับเข้าสู่ร่างกาย
ความสมดุลของโซเดียมสูญเสียไป การหลั่งฮอร์โมนและความสนใจทางเพศของเพศชายยังปกติ เพศ
หญิง จะมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์มากกว่าเพศชาย ตับอ่อนจะมีการหลั่งอินซูลินลดลง ร่างกาย
ตอบสนองต่ออินซูลินน้อยกว่าปกติ ไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้ในเซลล์ได้หรือได้น้อยลง ทำให้ระดับ
น้ำตาลในกระแสเลือดสูง โดยเฉพาะจะพบในผู้ที่มีอายุมากขึ้น

8) *ระบบประสาท* ด้านโครงสร้างระบบประสาท พบว่า น้ำหนักสมองและ
ปริมาตรของสมองลดลง มีการฝ่อลีบของสมองและสูญเสียเซลล์ประสาท ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลง
สมรรถภาพทางด้านร่างกาย สติปัญญา การรับรู้สัมผัสต่ออุณหภูมิและความเจ็บปวดบริเวณปลายมือ
ปลายเท้า แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานลดลง เกิดการเปลี่ยนแปลง
ที่สำคัญ ได้แก่ 1) การมองเห็นลดลง เนื่องจาก ลูกตา รูม่านตามีขนาดเล็กลง แก้วตาขุ่นมัว ความคมชัด
ในการมองภาพลดลง ต่อม่านตาทำงานน้อยลง ตาแห้ง ความยืดหยุ่นของเปลือกตาลดลง เกิดภาวะ
หนังตาตก 2) การได้ยินลดลง โดยจะได้ยินเสียงทุ้มมากกว่าเสียงสูง เนื่องจากการไหลเวียนเลือดบริเวณ
หูชั้นในลดลง ทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะ และเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย 3) การรับกลิ่นลดลง เนื่องจากการ
เสื่อมของเยื่อบุโพรงจมูกและเส้นประสาทสมองคู่ที่ 1 ทำให้การรับกลิ่นลดลง ทำให้ไม่อยากอาหาร

4) การรับรสลดลง พบว่า ตุ่มรับรสมีการฝ่อลีบ รสชาติอาหารที่เคยรับประทานจะเปลี่ยนไป โดยรสเค็มจะเลือนก่อน ผู้สูงอายุจึงมักปรุงอาหารที่มีรสเค็มมากขึ้น ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ส่วนรสเปรี้ยว ขม หวาน จะเลือนลงตามลำดับ

9) *กล้ามเนื้อและกระดูก* ผู้สูงอายุจะมีการสูญเสียเนื้อออกจากร่างกายเป็นจำนวนมาก การหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง การใช้กล้ามเนื้อลดลงและมีการขาดสารอาหารร่วมด้วย ทำให้ผู้สูงอายุเหนื่อยง่ายและอ่อนแรง มีการสลายแคลเซียมเข้าสู่กระแสเลือด เกิดกระดูกบาง เปราะ กระดูกบริเวณหลังเริ่มงอรั้ง บริเวณข้อต่อต่างๆ มีความยืดหยุ่นลดลง เนื่องจากน้ำหล่อเลี้ยงเซลล์ลดลง ทำให้เกิดอาการปวดเมื่อมีการเคลื่อนไหวข้อ จึงไม่กล้าเคลื่อนไหว

1.3.2 การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่พบในผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ คือ 1) การรับรู้ ที่มีกีดกันติดกับความคิดและเหตุผลของตัวเอง ทำให้เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ยาก มีความไม่มั่นใจในการปรับตัว 2) การแสดงออกทางอารมณ์ มีลักษณะของความท้อแท้ น้อยใจ หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย และซึมเศร้า 3) ความสนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง จะสนใจเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตนเอง มากกว่าเรื่องของคนอื่น

1.3.3 การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม การเปลี่ยนแปลงทางด้านวัฒนธรรม สังคมและเศรษฐกิจ ของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ คือ 1) ภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมลดน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุถอยห่างไปจากสังคม 2) สังคมไม่ให้ความสำคัญ คนส่วนใหญ่มักมองว่า ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพและความสามารถลดน้อยลง จึงไม่ให้ความสำคัญหรือไม่มอบหน้าที่ให้รับผิดชอบ 3) บทบาทในครอบครัวเปลี่ยนเป็นผู้ตาม บทบาทที่เคยเป็นผู้นำครอบครัวจะกลายเป็นผู้อาศัยหรือผู้ตามในครอบครัว

1.3.4 ผลจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุต้องประสบปัญหาในด้านต่างๆ ตามมา (มลฤดี โพธิ์พิจารย์ 2558) คือ 1) ปัญหาด้านสุขภาพกาย ส่วนใหญ่มักจะมีปัญหาด้านสุขภาพจากการเสื่อมถอยของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ทำให้สุขภาพเสื่อมโทรมมีโรคภัยต่างๆ เบียดเบียนทั้งโรคทางร่างกายและทางสมอง ผู้มีอายุเกิน 65 ปี มักมีการเปลี่ยนแปลงทางสมอง คือ โรคสมองเสื่อม โรคหลงลืม โรคซึมเศร้า 2) ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุที่มีฐานะไม่ดี ไม่มีลูกหลานดูแลอุปการะเลี้ยงดูอาจจะไม่มีรายได้หรือมีไม่เพียงพอสำหรับการเลี้ยงชีพ อาจไม่มีที่อยู่อาศัยทำให้ได้รับความลำบากในช่วงบั้นปลายชีวิต 3) ปัญหาด้านความรู้ ผู้สูงอายุขาดโอกาสที่จะได้รับความรู้เพื่อการพัฒนาตนเองให้เหมาะสมกับวัยและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปและเพื่อให้เข้าได้กับคนรุ่นใหม่ 4) ปัญหาด้านสังคม การลดบทบาททางสังคมทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการยกย่องจากสังคมเหมือนเดิม โดยเฉพาะผู้ที่เคยเป็นข้าราชการตำแหน่งสูงซึ่งเคยมีอำนาจและบริหารแวดล้อม เมื่อเกษียณอายุราชการอาจเสียดยอำนาจและตำแหน่งที่เสียไป คนรุ่นใหม่หลายคนอาจมีทัศนคติไม่ดีต่อผู้สูงอายุ มองเป็นคนรุ่นเก๋า ลำไส้ผุ พุดไม่รู้เรื่องและไม่มีประโยชน์ 5) ปัญหาด้านจิตใจ จากการได้รับความเอาใจใส่ และความ

อบอุ่นจากลูกหลานไม่เพียงพอ เกิดความรู้สึกว่าเหวออ้างว้างและอาจจะมีคามวิตกกังวลต่างๆ เช่น กังวลว่าจะถูกลูกหลานและญาติพี่น้องทอดทิ้ง กังวลในเรื่องความตาย มักมีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น เศร้า เฉยเมย เอาแต่ใจตนเอง บางคนก็ยังมีความต้องการความสุขทางโลกีย์ซึ่งไม่เหมาะสมกับวัยของตนทำให้ได้รับความผิดหวัง 6) ปัญหาค่านิยมที่เปลี่ยนแปลง ความเปลี่ยนแปลงจากภาวะทางเศรษฐกิจและสังคมทำให้คนรุ่นหลังมีความกตเวทิต่อพ่อแม่ ครูอาจารย์น้อยลง ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแล บางคนต้องอาศัยอยู่ตามลำพัง หรือบางคนต้องอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ในอนาคตเมื่อประเทศไทยเปลี่ยนแปลงไปสู่การเป็นประเทศอุตสาหกรรมแบบใหม่ สังคมไทยอาจมีรูปแบบเป็นแบบสังคมตะวันตก คือ ต่างคนต่างอยู่ไม่มีการเอื้อเฟื้อซึ่งกันและกัน ไม่มีการทดแทนบุญคุณ บุตรหลานโตขึ้นก็จะไม่เลี้ยงดูพ่อแม่เมื่อแก่ชรา 7) ปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมจากอดีตที่เป็นครอบครัวใหญ่หรือครอบครัวขยายซึ่งสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์แน่นแฟ้น มีความอบอุ่นระหว่างพ่อแม่และลูกหลาน แต่ในปัจจุบันครอบครัวไทยโดยเฉพาะในเขตเมืองส่วนใหญ่จะเป็นครอบครัวเดี่ยว ลูกหลานจะไปทำงานในเขตเมืองทิ้งให้พ่อแม่เฝ้าบ้าน ต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยวไม่ได้รับการดูแล ขาดความอบอุ่นดังเช่นอดีตที่ผ่านมา

สรุป ผู้สูงอายุทุกคนจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามระยะพัฒนาการ โดยมักจะประสบกับปัญหาสุขภาพมากขึ้นแตกต่างกัน เนื่องจากการเสื่อมถอย เปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งจะมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต การมีอิสระในการปฏิบัติกิจกรรมตามความต้องการโดยไม่ต้องพึ่งพาคนอื่น และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (จุฬารักษ์ กวีวิรัช และ วราภรณ์ ทิพย์สุวรรณกุล 2558) เกิดความไม่มั่นคงในจิตใจ โดยผู้สูงอายุมักถูกมองว่าเป็นผู้ป่วย มีความสามารถลดลง ต้องได้รับการดูแล ช่วยเหลือจากผู้อื่นในทุกๆ เรื่อง แต่สภาพสังคมปัจจุบันทำให้ผู้สูงอายุต้องช่วยเหลือ และพึ่งพาตนเองให้มากที่สุด เพื่อป้องกันผลเสียจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องทำการประเมินผู้สูงอายุก่อนการให้การช่วยเหลือดูแลที่เหมาะสมในผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม

1.4 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะพุดพลัง (Active ageing)

องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนวคิดภาวะพุดพลัง (Active ageing) เมื่อปี ค.ศ. 2002 มีวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งเน้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพทั้งด้านความสามารถ คุณค่า คุณประโยชน์ และศักยภาพในการดำรงชีวิตด้านร่างกาย สังคม และจิตใจ การมีหลักประกันที่มั่นคงปลอดภัย การปกป้องที่พอเพียง การได้รับการช่วยเหลือดูแล และให้ความปลอดภัยเมื่อต้องการสำหรับผู้สูงอายุ

Active ageing หมายถึง กระบวนการเพิ่มประสิทธิภาพ และโอกาสสำหรับการมีสุขภาพที่ดี การมีส่วนร่วมทางสังคม และการมีหลักประกันที่มั่นคงปลอดภัยที่จำเป็น เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตตามกลุ่มอายุ (WHO, 2002) ประเทศไทยยังไม่มีคำบัญญัติคำแปลของคำว่า Active ageing จึงมีการใช้คำในภาษาไทยที่แตกต่างกันออกไป เช่น พุดพลัง พุดพิลัง ผู้สูงวัยที่มีคุณภาพ สูงวัยอย่างมี

คุณภาพผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ หรืออวุฒิวัย (จิราพร เกศพิชญพัฒนา 2549; โสภณ เมฆธน 2552; วรรณภา ศรีชัยรัตน์ และลัดดา คำการเลิศ (บรรณาธิการ) 2553; ปณิธิ บรรวณ 2557; ภกพร กุลจิรินทร์ 2559; ศุภเจตน์ จันทร์สาส์น 2555; เล็ก สมบัติ, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และธนิกานต์ สักดาพร 2554; สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล 2557) และมีผู้ให้ความหมายไว้มากมาย ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 (2556) ให้ความหมายของคำว่า พฤต หรือพฤตมา หมายถึง เจริญ แข็งแรง ใหญ่ แก่ เฒ่า หรือคำว่า พฤติ หมายถึง ความเจริญ ความมั่งคั่ง ความสมบูรณ์ และคำว่า พลัง หมายถึง กำลัง ความสามารถซึ่งมีอยู่ในตัวของสิ่งให้งานได้ ดังนั้นพฤตพลัง หรือ พฤติพลัง จึงหมายถึง พลังผู้เฒ่า หรือผู้เฒ่าที่ยังมีพลังอยู่ หรือการสูงวัยอย่างมีพลัง

ภกพร กุลจิรินทร์ (2559) ให้ความหมายของภาวะพฤตพลัง หมายถึง ภาวะที่ผู้สูงอายุ มีการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ภาวะสูงวัยโดยการพักอาศัยอยู่ในชุมชนที่มีความตระหนัก มีความรู้ ในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมทางสังคมกับชุมชนและสามารถดูแลตนเอง ในด้านสุขภาพทางร่างกายและจิตใจได้

โสภณ เมฆธน (2552, น. 1) ให้ความหมายว่า เป็นแนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบ องค์กรร่วม สนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถชะลอความเสื่อมทางร่างกายได้มากที่สุด ดำเนินการโดยชุมชน เพื่อชุมชน มีปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะพฤตพลัง 3 ส่วน ได้แก่ 1) พฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการ สุขอนามัย ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ (3อ.) 2) การจัดระบบบริการทางการแพทย์ ที่เหมาะสม เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี การให้คำปรึกษา และ 3) การจัดบ้านพักอาศัย และสิ่งแวดล้อม ที่ปลอดภัย

Department of local government and regional development (2007) อ้างถึงใน เอมอร์ จารุรังษี (2551) กล่าวว่า active ageing เกี่ยวข้องกับบุคคลที่มีโอกาสและใช้โอกาสนั้นรักษาความมีพลัง ที่เกี่ยวข้องกับลักษณะต่างๆ ของชีวิตตามอายุ รวมถึงการมีส่วนร่วมในสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม จิตวิญญาณ สิ่งแวดล้อม และประชาสังคม มากกว่าความสามารถหรือมีพลังทางร่างกายเพียงอย่างเดียว การได้รับความเคารพและสนับสนุนจากครอบครัว มีสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนและชุมชน ตลอดจนสมาชิก กลุ่มอื่นๆ ในสังคม

Nort Carolina cooperative extension service (2007) มหาวิทยาลัยแห่งรัฐ Nort Carolina อ้างถึงในเอมอร์ จารุรังษี (2551) กล่าวถึง Active ageing หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีทัศนคติทางบวก (Positive attitudes) มีภาวะโภชนาการที่ดี (good nutrition) ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (regular exercise) และมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม (social activities) สามารถหลีกเลี่ยงปัญหาและจัดการ กับวิกฤตในบั้นปลายชีวิตได้มากกว่าคนที่ไม่มีภาวะดังกล่าว

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเรียกว่า “ภาวะพลพลง” ซึ่งสรุปได้ว่า เป็นภาวะที่ผู้สูงอายุ ยังคงมีภาวะสุขภาพที่ดี มีความสามารถในการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมได้อย่างเหมาะสม มีความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น และมีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต ซึ่งนับได้ว่าพลพลงเป็นกลไกและกระบวนการที่สำคัญในการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพประชากรผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี และลดระยะเวลาในการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงให้เหลือน้อยที่สุดตามกระบวนการสูงอายุของบุคคล

1.4.1 มโนทัศน์ของพลพลง

องค์การอนามัยโลก (World health organization: WHO 2002; อ้างถึงใน เอมอร์ จารุรังษี 2551) เสนอแนวคิด Active ageing ในปี 2002 เพื่อหาแนวทางแก้ปัญหาการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่สมบูรณ์ในอนาคต โดยเสนอกรอบที่เป็นองค์ประกอบหลักของภาวะพลพลง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ สุขภาพ การมีส่วนร่วม และการมีหลักประกันในการดำเนินชีวิตดังนี้

1) สุขภาพ (Health) หมายถึง การมีภาวะสุขภาพที่ดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งบุคคลที่มีสุขภาพแข็งแรงจะเป็นเงื่อนไขแรกของการดำรงชีวิตอยู่อย่างเป็นอิสระและพึ่งพาตนเองได้ อันเป็นลักษณะสำคัญของภาวะพลพลง ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับทั้งลักษณะส่วนบุคคล ครอบครัว และสังคม

2) การมีส่วนร่วม (Participation) หมายถึง การมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องในกิจกรรมทางสังคม (social) เศรษฐกิจ (economic) วัฒนธรรม (cultural) จิตวิญญาณ (spiritual) และหน้าที่พลเมือง (civic affairs) การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในกิจกรรมของครอบครัว ชุมชน และสังคม เป็นการดำรงไว้ซึ่งสิทธิมนุษยชนและวัฒนธรรมทางสังคม แสดงถึงควมมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี การได้รับความเคารพนับถือ เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของบุตรหลานเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีและส่งผลต่อการมีสุขภาพที่ดีตามมา

3) การมีหลักประกันที่มั่นคงปลอดภัย (security) คือ การมีความมั่นคงปลอดภัยด้านร่างกายจากการมีที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่มีความปลอดภัยในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ รวมถึงความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ความมั่นคงในสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวและชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจที่จะดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมจนถึงบั้นปลายของชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

1.4.2 คำจำกัดความที่สำคัญเกี่ยวกับภาวะพลพลง (WHO 2002) ได้แก่

1) การดูแลตนเอง (Autonomy) เป็นการรับรู้ความสามารถในการควบคุม การรับมือและการตัดสินใจส่วนบุคคลเกี่ยวกับพื้นฐานการดำรงชีวิตประจำวันที่มีความสอดคล้องกับกฎระเบียบและความพึงพอใจ

2) *ความเป็นอิสระ (Independence)* เป็นความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตประจำวัน นั่นคือ สมรรถภาพในการใช้ชีวิตอย่างเป็นอิสระในชุมชนที่ไม่มีและ/หรือมีความช่วยเหลือเล็กๆ น้อยๆ จากคนอื่นๆ

3) *คุณภาพชีวิต (Quality of life)* คือ การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับบริบททางวัฒนธรรมและระบบคุณค่าในสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่อาศัยอยู่ ความสัมพันธ์กับเป้าหมายชีวิต ความคาดหวัง มาตรฐาน และความกังวล รวมถึงภาวะสุขภาพทางกาย สภาพจิตใจ ระดับความเป็นอิสระสัมพันธภาพทางสังคม ความเชื่อส่วนบุคคล และความสัมพันธ์ที่สำคัญในสิ่งแวดล้อมตามอายุของบุคคล คุณภาพชีวิตส่วนใหญ่จะถูกกำหนดโดยคำนึงถึงความสามารถในการดูแลตนเอง และความเป็นอิสระ

4) *ความคาดหวังในการมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข (Healthy life expectancy)* มีความหมายสอดคล้องความคาดหวังในการมีชีวิตอยู่โดยปราศจากความพิการ (disability-free life expectancy) ในขณะที่อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดยังคงเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของการเป็นผู้สูงอายุ ความตั้งใจที่บุคคลจะมีชีวิตอยู่โดยปราศจากความพิการให้ยาวนานที่สุดโดยเฉพาะอย่างยิ่งในประชากรผู้สูงอายุ

ด้วยข้อกเว้นในการดูแลตนเองที่มักจะเป็นไปในทางที่เสื่อมลงและยากต่อการวัด แนวคิดของพญพลึงดังกล่าวข้างต้นได้มีการเพิ่มเติมถึงความพยายามที่จะวัดระดับความลำบากที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ (activities related to daily living: ADLs) ตัวอย่างเช่น การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การใช้ห้องน้ำ และการเดินข้ามห้อง เป็นต้น และกิจกรรมที่มีประโยชน์ในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ (instrumental activities of daily living: IADLs) ตัวอย่างเช่น การซื้อปิ้ง การทำงานบ้าน การเตรียมอาหาร เป็นต้น เมื่อไม่นานมานี้ได้มีความพยายามในการตรวจสอบความสมบูรณ์ของการวัดจำนวนมากที่เกี่ยวกับสุขภาพแบบองค์รวมที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตซึ่งได้รับการพัฒนาให้สามารถใช้ร่วมกันได้อย่างเหมาะสมสำหรับการนำไปใช้ในวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่มีความหลากหลาย

2. ภาวะสุขภาพ สถานการณ์และแนวโน้มผู้สูงอายุประเทศไทยและจังหวัดร้อยเอ็ด

2.1 ภาวะสุขภาพ

จากการศึกษา ทบทวน เอกสารวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ยังไม่พบว่ามีให้นิยาม ของคำว่า ภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาความหมายของคำว่า ภาวะ และสุขภาพ เพื่อนำมารวมเป็นนิยามของคำว่า ภาวะสุขภาพ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ NECTEC's Lexitron Dictionary (2560) ให้ความหมายของคำว่า ภาวะ หมายถึง สถานะ สภาพความเป็นอยู่ สภาวะ สภาวะการณ์ พจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2554 (2556) ให้ความหมายของคำว่า ภาวะ หมายถึง ความมี ความเป็น ความปรากฏ เช่น ภาวะน้ำท่วม ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ พจนานุกรมแปล ไทย-ไทย อ.เปลื้อง ณ นคร (2560) ให้ความหมายของคำว่า ภาวะ หมายถึง ความมี ความเป็น ความปรากฏ ความเกิด ที่ตั้ง ความเป็นจริง สรุป ภาวะ หมายถึง สถานะ สภาวะ สภาพความเป็นอยู่ ความมี ความเป็นจริง ที่ปรากฏ

องค์การอนามัยโลก (WHO 1998) ได้ให้ความหมายของสุขภาพไว้ว่า หมายถึง ภาวะที่เป็นพลวัต (dynamic) แห่งความสมบูรณ์ทางด้านร่างกาย (physical) จิตใจ (mental) จิตวิญญาณ (spiritual) และภาวะความเป็นสุขทางสังคม (social well-being) ไม่เพียงแต่ความปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วยเท่านั้น พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2554 ให้ความหมายของคำว่า สุขภาพ หมายถึง ภาวะที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ เช่น อาหารเพื่อสุขภาพ การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (ราชกิจจานุเบกษา 2550) ให้ความหมายของสุขภาพไว้ว่า หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

สรุป สุขภาพ หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ ปัญญาหรือจิตวิญญาณ และภาวะที่เป็นสุขทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล มิใช่เพียงแค่การปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วยหรือความพิการเท่านั้น

ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่า ภาวะสุขภาพ หมายถึง สภาวะหรือสภาพความเป็นจริง ที่มีและปรากฏเกี่ยวกับภาวะความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ ปัญญาหรือจิตวิญญาณ และภาวะความเป็นอยู่ทางสังคมในปัจจุบัน ของบุคคล ที่เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความหมายของ ภาวะสุขภาพ หมายถึง สภาวะความเป็นอยู่ทางด้านสุขภาพที่เป็นจริง มีและปรากฏอยู่ในปัจจุบัน ทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ ปัญญาหรือจิตวิญญาณ และความเป็นอยู่ทางสังคม ที่เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวม ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมหรือกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี ในอำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดร้อยเอ็ด

จากความหมายของภาวะสุขภาพดังกล่าวข้างต้น สุขภาพ มิได้หมายความว่าเฉพาะสุขภาพทางกายและสุขภาพจิตเท่านั้น แต่ยังรวมถึงความเป็นอยู่ทางสังคมหรือสุขภาพทางสังคม และสุขภาพทางจิตวิญญาณหรือปัญญาอีกด้วย ตามความหมายของสุขภาพในปัจจุบันจึงสรุปได้ว่ามีองค์ประกอบ 4 ส่วนด้วยกัน คือ (คณาจารย์สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย 2558) 1) สุขภาพทางกาย (Physical Health) หมายถึง สภาพหรือสภาวะที่ดีของร่างกาย คืออวัยวะต่างๆ อยู่ในสภาพที่ดี มีความแข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ สามารถทำงานได้ตามปกติ และมีความสัมพันธ์กับอวัยวะส่วนอื่นๆ ทุกส่วนเป็นอย่างดี และก่อให้เกิดประสิทธิภาพที่ดีในการทำงาน 2) สุขภาพจิต (Mental Health) หมายถึง สภาพทางจิตใจของบุคคลที่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ดี มิให้เกิดความขัดข้องใจหรือความขัดแย้งในจิตใจ มีจิตใจที่เบิกบาน แจ่มใส สามารถปรับตัวเข้าสังคม และสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข ควบคุมอารมณ์ได้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งบุคคลที่มีสุขภาพจิตดีมีผลมาจากการที่มีสุขภาพกายดีด้วย ดังที่ จอห์น ล็อก (John Locke) ได้กล่าวไว้ว่า จิตใจที่แจ่มใสย่อมอยู่ในร่างกายที่สมบูรณ์ (A sound mind is in a sound body) 3) สุขภาพทางสังคม (Social Health) หมายถึง การที่บุคคลที่มีสภาวะทางกายและจิตใจที่สุขสมบูรณ์ มีความเป็นอยู่หรือการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ไม่ทำให้อื่นหรือสังคมเดือดร้อน มีปฏิสัมพันธ์และสามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้เป็นอย่างดีและมีความสุข 4) สุขภาพจิตวิญญาณ (Spiritual Health) หมายถึง สภาวะที่ดีของปัญญาที่มีความรู้ทั่ว รู้เท่าทันและมีความเข้าใจอย่างแยกแยะในผลแห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์ และมีโทษ ซึ่งนำไปสู่การเป็นบุคคลที่มีจิตใจอันดีงามและเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่

สุขภาพนับเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อการพัฒนาการและความเจริญของงานในทุกๆ ด้านของบุคคล ซึ่งอาจกล่าวถึงความสำคัญของสุขภาพได้ ดังนี้ (คณาจารย์สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย 2558) 1) เป็นรากฐานที่สำคัญของชีวิต นับตั้งแต่การมีปฏิสนธิในครรภ์มารดา วัยทารก วัยผู้ใหญ่ จนถึงวัยชรา ดังที่พระพุทธเจ้าได้ตรัสไว้ว่า “อโรคยา ปรมาลาภา” แปลว่า “ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ” สอดคล้องกับอารยประเทศทางตะวันตกที่เห็นว่า “สุขภาพ คือ พรอันประเสริฐสุด (Health is the greatest blessing of all)” ซึ่งหมายความว่า สุขภาพจะเป็นเสมือนหนึ่งวิถีทางหรือหนทางที่จะนำบุคคลไปสู่ความสุขและความสำเร็จต่างๆ ได้ 2) เป็นวิถีแห่งชีวิต การรักษาสุขภาพอนามัยให้แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ การมีสุขภาพดี ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ หรือการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุต่างๆ อวัยวะในร่างกายสามารถทำงานได้ดี มีประสิทธิภาพสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดี ไม่มีความวิตกกังวล ไม่ถูกรบกวนจากความเครียด สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขย่อมเป็นสิ่งที่บุคคลทุกคนปรารถนา สุขภาพจึงเปรียบเสมือนวิถีแห่งชีวิตที่จะนำไปสู่ความสุขและความสำเร็จต่างๆ ในชีวิตได้ 3) เป็นพื้นฐานของการทำงานที่มีประสิทธิภาพ การทำงานหรือการประกอบอาชีพของบุคคลทุกคนย่อมต้องอาศัยสุขภาพที่ดี แข็งแรงสมบูรณ์เป็น

ปัจจัยสำคัญ ประเทศที่ประชาชนในชาติมีสุขภาพดี มีสติปัญญา มีคุณธรรมและจริยธรรม มีความสามารถในการประกอบอาชีพเพื่อเลี้ยงตนเองและครอบครัวได้ ไม่เบียดเบียนและทำร้ายซึ่งกันและกัน ย่อมเกิดความสงบสุข และเมื่อบุคคลในชาติมีสุขภาพกายและจิตใจดี มีมันสมองที่ดี มีศักยภาพ ย่อมเป็นผู้ที่มีความสามารถเรียนรู้และสร้างสรรค์สิ่งต่างๆ ได้ดี จะส่งผลต่อการพัฒนาประเทศทั้งด้าน เศรษฐกิจและสังคมโดยรวม

แนวคิดเรื่องสุขภาพในปัจจุบันวางอยู่บนพื้นฐานเรื่อง สุขภาวะ (Well-being) ทั้งมิติทางกาย จิตใจ สังคม และสติปัญญาหรือจิตวิญญาณ รวมถึงมิติของคน ครอบครัว ชุมชน และสังคม ดังนั้นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจึงประกอบด้วยหลายปัจจัย จึงต้องให้ความสำคัญกับองค์ความรู้ ทั้งเรื่องของการดำเนินการงานทางสาธารณสุข การจัดการบริการสาธารณสุข และสิ่งต่างๆ ที่ปรากฏในสังคม เพราะสิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม ทั้งด้านบวกและด้านลบ องค์ความรู้เรื่องการพัฒนาสุขภาพและระบบสุขภาพจึงไม่ใช่เฉพาะเรื่องของระบบการแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่เป็นความร่วมมือกันของสังคมที่จะมาร่วมสร้างค่านิยมที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพ สร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และเอื้อต่อการมีสุขภาพดี สร้างวัฒนธรรมของการดำเนินชีวิตที่ไม่เบียดเบียนตนเองและผู้อื่น และร่วมกันสร้างสรรค์สังคมที่อยู่ร่วมกันอย่างมีสันติสุข

การดูแลสุขภาพร่างกายในผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ครบห้าหมู่ ง่ายง่าย อาหารจำพวกต้ม นึ่ง และมีกากใยอาหาร การออกกำลังกาย ที่เน้นการเผาผลาญพลังงานส่วนเกินซึ่งอาจแฝงอยู่ในกิจวัตรประจำวัน การหลีกเลี่ยงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ และดื่มสุรา (บรรลุ ศิริพานิช 2544) ด้านการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เช่น การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัว เพื่อป้องกันความรู้สึกถูกทอดทิ้ง โดดเดี่ยว หรือถูกลดความสำคัญ การออกไปพบปะและสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับคนในวัยเดียวกันจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีจิตใจเบิกบาน และมีกำลังใจในการดำรงชีวิต (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2554)

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับสภาวะทางร่างกาย ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ความยาวเส้นรอบเอว โรคประจำตัว ภาวะข้อเข่าเสื่อม สภาวะทางจิตใจ ได้แก่ ภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน การจัดการความเครียด พฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสวมหมวกนิรภัยขณะขับขีรถจักรยานยนต์ การคาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับ/โดยสารรถยนต์ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การวางแผน การปฏิบัติ และการร่วมประเมินผล

2.2 สถานการณ์ผู้สูงอายุประเทศไทยและจังหวัดร้อยเอ็ด

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตามการแบ่งระดับสังคมผู้สูงอายุขององค์การสหประชาชาติ (พวงทอง ไกรพิบูลย์ 2557) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 ซึ่งประเทศไทยมีประชากรสูงอายุร้อยละ 10.2 ของจำนวนประชากรทั้งประเทศ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2556) ในปี พ.ศ.2557 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14.9 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2557) คาดว่าในปี พ.ศ.2568 ประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ คือ มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2556) และจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างยิ่งยวดในราวปี พ.ศ.2578 ซึ่งการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรของไทยในการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุดังกล่าวใช้เวลาสั้นกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วถึง 3 เท่า (United Nation 2013) จากผลการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ.2554 พบว่า โรคที่ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียปีสุขภาวะ 5 อันดับแรก ในผู้สูงอายุชาย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน และโรคมะเร็งตับ ตามลำดับ ส่วนในเพศหญิง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด โรคสมองเสื่อม และโรคซึมเศร้า ตามลำดับ (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ 2557)

จังหวัดร้อยเอ็ดมีประชากรทั้งหมด 990,259 ในกลุ่มนี้มีผู้สูงอายุ 185,644 คน หรือร้อยละ 18.8 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งอยู่ในเกณฑ์การเป็นสังคมผู้สูงอายุ และใกล้เข้าสู่การเป็นสังคมอายุอย่างสมบูรณ์ และจากผลการดำเนินการสำรวจข้อมูลภาวะพึ่งพิงจากการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ใน พ.ศ. 2559 จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะพึ่งพิงทั้งหมด 165,648 คน หรือ ร้อยละ 89.2 ของผู้สูงอายุทั้งหมด และเมื่อแบ่งตามภาวะการพึ่งพิง พบว่า เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 97.06 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 2.4 และ กลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.6 (รายงานมาตรฐานกลางจาก 43 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด 2559)

อำเภอสุวรรณภูมิ พ.ศ. 2557 มีประชากรทั้งหมด 86,566 คน มีผู้สูงอายุ 13,642 คน หรือร้อยละ 15.8 พ.ศ. 2558 มีประชากรทั้งหมด 87,110 คน มีผู้สูงอายุ 14,728 คน หรือ ร้อยละ 16.9 พ.ศ. 2559 มีประชากรทั้งหมด 86,810 คน มีผู้สูงอายุ 16,160 คน หรือ ร้อยละ 18.6 ซึ่งมีแนวโน้มสัดส่วนกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น และใกล้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (ร้อยละ 20) การดำเนินงานคัดกรองภาวะพึ่งพิงในกลุ่มผู้สูงอายุตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living : ADL) โดยบุคลากรสาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสุวรรณภูมิ แบ่งเป็นกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง พบว่าพ.ศ. 2557 พบมีกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 96.3 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 2.9 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 0.7 พ.ศ. 2558 พบมีกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 96.5 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 2.8 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 0.7 พ.ศ. 2559 พบมีกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 98.07 กลุ่มติดบ้าน

ร้อยละ 1.5 และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.4 (รายงานมาตรฐานกลางจาก 43 แฟ้ม สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดร้อยเอ็ด 2559) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่า มีจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม เป็นประชากรกลุ่ม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี รวมถึงอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่มีอัตราการ เพิ่มเร็วขึ้น พ.ศ. 2558 มีอัตราการเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุ 7.9 พ.ศ. 2559 มีอัตราเพิ่มประชากร ผู้สูงอายุ 9.7

ด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดร้อยเอ็ด จากรายงานมาตรฐานกลางจาก 43 แฟ้ม พ.ศ. 2559 พบว่า ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในกลุ่มโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของระบบหัวใจและ หลอดเลือดในผู้สูงอายุ โรคที่พบความชุกมากที่สุดคิดจากอัตราป่วยต่อประชากรผู้สูงอายุ 100,000 คน คือ โรคความดันโลหิตสูง (37,577.8) รองลงมา คือ โรคเบาหวาน (24,411.2) โรคหลอดเลือดสมอง (3,668.3) โรคหัวใจและหลอดเลือด (3,086.5) และ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (2,216.6) ตามลำดับ (รายงาน มาตรฐานกลางจาก 43 แฟ้ม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด 2559) อัตราป่วยตายจากโรคเรื้อรัง กลุ่มดังกล่าว พบว่า โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุที่มีอัตราป่วยตายสูงที่สุด คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 4.8 รองลงมา คือ โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 4.2 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 3.8 โรคเบาหวาน ร้อยละ 2.4 และโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 1.9 ตามลำดับ (รายงานมาตรฐานกลางจาก 43 แฟ้ม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด 2559)

ด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จากรายงาน มาตรฐานกลางจาก 43 แฟ้ม พ.ศ. 2559 พบว่า ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในกลุ่มโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง ของระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ โรคที่พบความชุกมากที่สุดคิดจากอัตราป่วยต่อประชากร ผู้สูงอายุ 100,000 คน คือ โรคความดันโลหิตสูง (31,540.8) รองลงมา คือ โรคเบาหวาน (14,610.2) โรคหลอดเลือดสมอง (2,840.4) โรคหัวใจและหลอดเลือด (2,042.1) และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (1,324.3) ตามลำดับ (รายงานมาตรฐานกลางจาก 43 แฟ้ม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด 2559) อัตรา ป่วยตายจากโรคเรื้อรังกลุ่มดังกล่าว พบว่า โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุที่มีอัตราป่วยตายสูงที่สุด คือ โรคหัวใจ และหลอดเลือด ร้อยละ 26.1 รองลงมา คือ โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 18.7 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 16.4 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 10.2 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 9.5 ตามลำดับ (รายงาน มาตรฐานกลางจาก 43 แฟ้ม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด 2559)

จากสถานการณ์ที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น อัตราการเพิ่มของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น อย่างรวดเร็ว และใกล้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในระยะเวลาไม่นาน รวมถึงอัตราป่วย อัตราตายของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น จากภาวะเสื่อมของร่างกาย และการมีพฤติกรรมดูแลตนเอง ที่ไม่เหมาะสม จึงมีความจำเป็นที่สังคมไทยต้องมีการเตรียมการเพื่อรองรับการจัดการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุในระยะยาว ผู้วิจัยเห็นว่า การจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นเรื่องสำคัญในการเตรียมความ

พร้อมให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง พึ่งพาตนเองได้ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัวและชุมชนได้ มีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี ซึ่งเป็นประชากรผู้สูงอายุส่วนใหญ่ จึงศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งเน้นที่การมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัว และภาคีเครือข่ายหรือผู้มีส่วนได้เสียในการส่งเสริมการจัดการดูแลสุขภาพให้ผู้สูงอายุให้มีภาวะสุขภาพที่ดี เป็นผู้สูงอายุที่มีพลังหรือมีภาวะพลพลังสามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างมีคุณภาพในช่วงวัยสูงอายุได้ยาวนานยิ่งขึ้น และลดระยะการเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอนาคต

3. แนวคิดการพัฒนารูปแบบ

3.1 ความหมายของรูปแบบ มีนักวิชาการได้ให้ความหมายของคำว่า รูปแบบ ทั้งในลักษณะที่เหมือนกัน และแตกต่างกัน ดังนี้

รูปแบบ หมายถึง การจำลองสถานการณ์เพื่อให้เข้าใจความสัมพันธ์ที่สลับซับซ้อนของปรากฏการณ์นั้นๆ ได้ง่ายขึ้น (Stoner & Wanke, 1986) เป็นการสร้างความคิดรวบยอดเกี่ยวกับชุดของปรากฏการณ์ ด้วยวิธีการของเหตุผลที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อทำให้เกิดความกระจ่างชัดของนิยามความสัมพันธ์ และข้อเสนอของระบบที่เกี่ยวข้อง (Willer 1986) เป็นภาพจำลองของจริงหรือสภาพการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งอาจจะมีตั้งแต่รูปแบบอย่างง่าย ๆ ไปจนถึงรูปแบบที่มีความสลับซับซ้อนมากๆ มีทั้งรูปแบบทางกายภาพ และรูปแบบเชิงลักษณะ ที่ใช้อธิบายปรากฏการณ์ด้วยภาษาหรือสัญลักษณ์ (Tosi & Carroll 1982) เป็นรูปย่อความจริงของปรากฏการณ์ ซึ่งแสดงด้วยข้อความ จำนวน หรือภาพ โดยการลดทอนเวลาและสถานที่ ทำให้เข้าใจความจริงของปรากฏการณ์ได้ดียิ่งขึ้น เป็นตัวแทนของการใช้แนวคิดที่สรุปแล้วของโปรแกรมที่กำหนดเฉพาะ เป็นแบบจำลองอย่างง่ายหรือย่อส่วนของปรากฏการณ์ต่างๆ ที่ผู้เสนอรูปแบบดังกล่าวได้ศึกษาและพัฒนาขึ้นมาเพื่อแสดงหรืออธิบายปรากฏการณ์ให้เข้าใจง่ายขึ้น หรือในบางกรณีอาจใช้ประโยชน์ในการทำนายปรากฏการณ์ที่จะเกิดขึ้น ตลอดจนการใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไป (Raj 1996; อ้างถึงใน บุญเชิด ขานิสาสตร์ 2556) เป็นแบบอย่างของสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างหรือทำซ้ำ เป็นตัวอย่างเพื่อเลียนแบบเป็นชุดของปัจจัยหรือตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน รวมตัวกันเป็นองค์ประกอบและเป็นสัญลักษณ์ทางระบบของสังคม (Good 2005) เป็นโครงสร้างที่ถูกนำเสนอเพื่อใช้วินิจฉัยความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบที่สร้างจากเหตุการณ์ การหยั่งรู้ด้วยวิธีการอุปมาอุปมัย หรือได้มาจากทฤษฎี ดังนั้นรูปแบบ จึงไม่ใช่ทฤษฎี (Hensen & Postlethwaite 1994)

ขณะที่มีนักวิชาการในประเทศไทยได้ให้ความหมายของ รูปแบบ ในความหมายที่คล้ายกันและแตกต่างกัน ดังนี้

รูปแบบ หมายถึง เครื่องมือทางความคิดที่บุคคลใช้ในการสืบสอบหาคำตอบ ความรู้ ความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น โดยสร้างจากความคิด ประสบการณ์ การใช้อุปมาอุปไมย หรือจากทฤษฎี หลักการต่าง ๆ และแสดงออกในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง (ทิสนา แคมมณี 2550) เป็นแบบจำลองของสิ่งที่เป็นรูปธรรม เช่น ระบบการปฏิบัติงาน และสิ่งที่เป็นนามธรรม เช่น เครื่องคอมพิวเตอร์ เป็นต้น อาจแสดงความสัมพันธ์ด้วยเส้นโยงแสดงในรูปแบบหรือเขียนเป็นข้อความ จำนวน ภาพ แผนภูมิ หรือรูปสามมิติ (มาลี สืบกระแสน 2552) เป็นสิ่งที่สร้างหรือพัฒนาขึ้น แสดงให้เห็นองค์ประกอบสำคัญๆ ของเรื่องให้เข้าใจง่ายขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานต่อไป (กัมภีร์ สุดแท้ 2553) เป็นโครงสร้างที่เกิดจากทฤษฎี ประสบการณ์ การคาดการณ์ นำเสนอในรูปของข้อความ หรือแผนผัง (ปัญญา ทองนิล 2553) สิ่งที่แสดงโครงสร้างและความสัมพันธ์ของปัจจัยหรือตัวแปรหรือองค์ประกอบของสิ่งที่ศึกษาหรืออธิบายคุณลักษณะสำคัญของปรากฏการณ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น เพื่อให้เข้าใจง่าย มองเห็นเป็นรูปธรรม ไม่มีองค์ประกอบตายตัวหรือให้รายละเอียดทุกแง่มุม โดยผ่านกระบวนการทดสอบอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดความแม่นยำและเชื่อถือได้แล้วนำไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่ง (พิสิฐ เทพไกรวัด 2554)

สรุป รูปแบบ (Model) หมายถึง เครื่องมือที่แสดงถึงโครงสร้างความสัมพันธ์ของปัจจัยหรือตัวแปรหรือองค์ประกอบของปรากฏการณ์ที่มีลักษณะเฉพาะและเข้าใจได้ง่าย โดยผ่านกระบวนการทดสอบอย่างเป็นระบบ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน การทำซ้ำหรือลอกเลียนแบบ

รูปแบบการดูแลสุขภาพ (Model of Care) เป็นการให้นิยามอย่างกว้างๆ เพื่อเป็นแนวทางการจัดบริการดูแลสุขภาพ เป็นการแสดงออกถึงการปฏิบัติและการบริการที่ดีที่สุดสำหรับบุคคล กลุ่มประชากรหรือกลุ่มผู้ป่วย มีเป้าหมายเพื่อให้แน่ใจว่าบุคคลได้รับการดูแลที่ถูกต้องในเวลาที่เหมาะสม โดยทีมและสถานที่ที่เหมาะสม (AGENCY FOR CLINICAL INNOVATION 2013)

ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ จึงกำหนดให้ รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การกำหนดกระบวนการและองค์ประกอบที่ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ เพื่อการจัดบริการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่กำหนดโดยการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ สมาชิกครอบครัว และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยตนเองได้ดีในชุมชน ได้รับการดูแลสุขภาพและส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตน เป็นรูปแบบที่สร้างขึ้นจากความร่วมมือระหว่างหน่วยงานด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันวิเคราะห์ ประเมินความจำเป็นและร่วมเสนอแนวทางการปฏิบัติในการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่นำไปสู่การ

ดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นผู้สูงอายุที่มีพลัง หรือมีภาวะพลุดพลังต่อไป

3.2 ประเภทของรูปแบบ

นักวิชาการสาขาต่างๆ ได้แบ่งประเภทของรูปแบบที่แตกต่างกันออกไป สำหรับรูปแบบทางการศึกษาและสังคมศาสตร์ แบ่งออกได้เป็น 4 ประเภท (Keeve 1988) ได้แก่

1. รูปแบบเชิงเปรียบเทียบ (Analogue model) เป็นรูปแบบเชิงกายภาพ ใช้การอุปมาอุปไมยเทียบเคียงปรากฏการณ์ที่เป็นรูปธรรม เพื่อสร้างความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่เป็นนามธรรม ส่วนใหญ่ใช้ในด้านวิทยาศาสตร์ มีองค์ประกอบชัดเจนสามารถนำไปทดสอบด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ได้ และนำไปใช้ทดสอบหาข้อสรุปของปรากฏการณ์ได้อย่างกว้างขวาง เป็นแบบจำลองที่แสดงออกในลักษณะของการเปรียบเทียบสิ่งต่างๆ อย่างน้อย 2 สิ่งขึ้นไป

2. รูปแบบเชิงอธิบาย (Semantic model) ใช้ภาษาเป็นสื่อในการบรรยายหรืออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษา แสดงออกโดยการพูดหรือเขียน นำเสนอด้วยภาษา แผนภูมิหรือรูปภาพ เพื่อให้เห็นโครงสร้าง แนวคิด องค์ประกอบและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบนั้นๆ ใช้ข้อความอธิบายเพื่อให้เกิดความกระจ่างมากขึ้น แต่จุดอ่อนของรูปแบบประเภทนี้ คือ ขาดความชัดเจนแน่นอน ทำให้ยากต่อการทดสอบรูปแบบ แต่อย่างไรก็ตามได้มีการนำมาใช้กับการศึกษามาก เช่น รูปแบบการเรียนรู้ในโรงเรียน เป็นต้น

3. รูปแบบเชิงคณิตศาสตร์ (Mathematical model) ใช้สมการทางคณิตศาสตร์ เป็นสื่อในการแสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบหรือตัวแปรต่าง ๆ ปัจจุบันมีแนวโน้มในการนำไปใช้ด้านพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์เพิ่มขึ้น รวมทั้งการศึกษาด้วย รูปแบบนี้สามารถอธิบายความสัมพันธ์และนำไปสู่การสร้างทฤษฎี เพราะสามารถทดสอบสมมุติฐานได้ มักพัฒนามาจากรูปแบบเชิงอธิบาย นิยมใช้ทั้งในสาขาจิตวิทยา ศึกษาศาสตร์ และการบริหารการศึกษา

4. รูปแบบเชิงเหตุผล (Causal model) พัฒนามาจากรูปแบบเชิงอธิบาย โดยการนำเอาเทคนิคการวิเคราะห์เส้นทาง (Path analysis) และหลักการสร้างรูปแบบเชิงอธิบายมาใช้ เป็นการนำเอาตัวแปรมาเขียนเป็นสัญลักษณ์หรือคำย่อ แล้วใช้เส้นตรงและลูกศรแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรในเชิงเหตุและผล เช่น รูปแบบการเรียนรู้ของผู้เรียน สถิติปัญญาของผู้เรียน มีผลมาจากสภาพทางเศรษฐกิจของพ่อแม่ และสิ่งแวดล้อมที่บ้าน เป็นต้น สามารถกำหนดเป็นกรอบในการรวบรวมข้อมูลในสภาพที่เป็นจริง เพื่อทดสอบรูปแบบได้ด้วย แบ่งเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ รูปแบบเชิงสาเหตุเส้นเดียว (Recursive model) แสดงถึงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปร ด้วยเส้นโยงที่มีทิศทางของการเป็นสาเหตุในทิศทางเดียว ไม่มีความสัมพันธ์ย้อนกลับ และรูปแบบเชิงสาเหตุเส้นคู่ (Non-

recursive model) แสดงถึงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปร โดยที่ทิศทางของตัวแปรภายในตัวแปรตัวหนึ่ง อาจเป็นทั้งตัวแปรเชิงเหตุและเชิงผลพร้อมกัน จึงมีทิศทางย้อนกลับได้

ฮุสเซน และ โพสต์เลไวด์ (Husen & Postlewaite 1994) ได้แบ่งประเภทของรูปแบบไว้ 5 ประการ ได้แก่

1. รูปแบบเชิงอุปมาหรือเปรียบเทียบ (Analogue models) เป็นรูปแบบที่ใช้หลักการคิดหาเหตุผล นิยมใช้ในสาขาวิทยาศาสตร์ทางกายภาพ ไม่ค่อยนำมาใช้ในทางสังคมศาสตร์ และพฤติกรรมศาสตร์ มีประโยชน์ในการอธิบายการเปลี่ยนแปลงและทำนายอนาคต ใช้ในการวางแผนและกำหนดนโยบายได้
2. รูปแบบเชิงภาษา (Semantic models) แสดงออกด้วยการใช้คำพูด ภาษาท่าทาง รูปภาพเป็นหลัก มีจุดอ่อนอยู่ที่ขาดความชัดเจนแน่นอน ยากต่อการทดสอบ ขึ้นอยู่กับความชัดเจนของการใช้ภาษา
3. รูปแบบเชิงแบบแผน (Schematic models) แสดงแผนที่หรือแผนภูมิที่พยายามเชื่อมโยงหน่วยและกลุ่มต่างๆ ให้เข้ามาสัมพันธ์กัน นิยมใช้ในสาขาจิตวิทยา รูปแบบหนึ่งที่ใช้คือรูปแบบของ Guilford ที่กล่าวถึงระดับสติปัญญาที่เกี่ยวข้องกัน 3 มิติ คือ ด้านเนื้อหา ผลลัพธ์ และการจัดกระทำ
4. รูปแบบเชิงคณิตศาสตร์ (Mathematic models) นิยมใช้มากขึ้นในสาขาวิชาพฤติกรรมศาสตร์ สังคมศาสตร์ และจิตวิทยา สามารถทำให้ข้อสันนิษฐานได้มีการพิจารณาด้วยเชิงปริมาณและทดสอบได้ด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ สามารถเขียนความสัมพันธ์ได้ในรูปของสูตรหรือสมการทางคณิตศาสตร์ได้
5. รูปแบบเชิงเหตุผล (Causal models) มีการนำเทคนิคการวิเคราะห์เส้นทาง (Path analysis) มาใช้ แนวคิดสำคัญของรูปแบบนี้จะเกี่ยวข้องกับการสร้างสมการ โครงสร้างอย่างง่ายของสาเหตุกับตัวแปรต่างๆ ภายใต้การให้เหตุผลในการตัดสินใจ

สมิธ (Smith 1980) จำแนกประเภทของรูปแบบออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. รูปแบบเชิงกายภาพ (Physical model) ประกอบด้วย (1) รูปแบบคล้ายจริง (Iconic model) มีลักษณะคล้ายของจริง เช่น เครื่องบินจำลอง หุ่นตามร้านเสื้อผ้า หุ่นไล่กา เป็นต้น และ (2) รูปแบบเหมือนจริง (Analog model) มีลักษณะคล้ายปรากฏการณ์จริง เช่น การทดลองทางเคมีในห้องปฏิบัติการก่อนจะทำการทดลองจริง เครื่องบินฝึกบิน ซึ่งรูปแบบนี้จะมีความใกล้เคียงความจริงกว่าแบบแรก

2. รูปแบบเชิงสัญลักษณ์ (Symbolic model) ประกอบด้วย

(1) รูปแบบข้อความ (Verbal model) หรือรูปแบบเชิงคุณภาพ (Qualitative model) พบมากที่สุด เป็นการใช้อธิบายปฏิกิริยาในการอธิบายโดยย่อ เช่น คำพรรณาลักษณะงาน คำอธิบายรายวิชา เป็นต้น และ (2) รูปแบบทางคณิตศาสตร์ (Mathematical model) หรือรูปแบบเชิงปริมาณ (Quantitative model) เช่น สมการ และ โปรแกรมเชิงเส้น เป็นต้น

3. รูปแบบเชิงแนวคิด (Conceptual model) แบ่งออกเป็น

(1) รูปแบบเชิงแนวคิดของสิ่งหนึ่งสิ่งใด (Conceptual model of) คือ รูปแบบที่สร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎี เพื่ออธิบายปรากฏการณ์บางอย่าง และ (2) รูปแบบเชิงแนวคิดเพื่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด (Conceptual model for) คือ รูปแบบที่สร้างขึ้นจากทฤษฎีการคัดสรรตามธรรมชาติ เพื่อนำไปอธิบายทฤษฎี

กรรณิกา เจิมเทียนชัย (2539) ได้แบ่งประเภทของรูปแบบ เป็น 2 ชนิด คือ รูปแบบของสิ่งที่เป็นรูปธรรมและสิ่งที่เป็นนามธรรม

จากการศึกษาแนวคิดการแบ่งประเภทรูปแบบของนักวิชาการดังกล่าวข้างต้น พบว่ามีแนวทางในการแบ่งประเภทที่สอดคล้องกัน แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการอธิบายรูปแบบแต่ละลักษณะ เช่น รูปแบบทางการศึกษาและทางสังคมศาสตร์ที่แบ่งออกเป็นรูปแบบที่ใช้การอุปมาอุปมัยเทียบเคียงปรากฏการณ์ซึ่งเป็นรูปธรรม เพื่อสร้างความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่เป็นนามธรรม รูปแบบที่ใช้ภาษาเป็นสื่อในการบรรยายหรืออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษา ด้วยภาษา แผนภูมิ รูปภาพ รูปแบบที่ใช้สมการทางคณิตศาสตร์ เป็นสื่อในการแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ และรูปแบบที่นำเอาตัวแปรต่างๆ มาเชื่อมโยงสัมพันธ์กันเชิงเหตุและผลที่เกิดขึ้น เป็นต้น

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้รูปแบบที่เชิงอธิบาย ร่วมกับรูปแบบเชิงเหตุผล สำหรับการพัฒนารูปแบบโดยใช้ภาษา ข้อความอธิบาย แผนภูมิ รูปภาพ เป็นสื่อในการบรรยายหรืออธิบายปรากฏการณ์ ที่ได้มาจากการวิเคราะห์เส้นทาง การเชื่อมโยงสัมพันธ์กันขององค์ประกอบในรูปแบบที่นำไปใช้เพื่อให้เข้าใจได้ง่าย สามารถนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และเกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

3.3 การพัฒนารูปแบบ

การพัฒนารูปแบบ (Model development) หมายถึง กระบวนการในการสร้างหรือพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย 1) การศึกษาองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง 2) การกำหนดหลักการและองค์ประกอบของรูปแบบ 3) การร่างรูปแบบ และ 4) การตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ หรือการทดลองใช้รูปแบบ (ดิเรก วรรณเชียร, 2545) ผู้วิจัยจะดำเนินการพัฒนารูปแบบตามสมมติฐาน โดยการศึกษาค้นคว้า เอกสารวิชาการ แนวคิด ทฤษฎี และรูปแบบการดูแลสุขภาพ ที่มีผู้พัฒนาไว้แล้ว

ในเรื่องเดียวกันหรือเรื่องอื่นๆ และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะช่วยให้สามารถกำหนดองค์ประกอบหรือตัวแปรต่างๆ ภายในรูปแบบ รวมทั้งลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบ ตัวแปร ลำดับก่อนหลังขององค์ประกอบ ในรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมา ใช้หลักของเหตุและผลเป็นรากฐานสำคัญ ผู้วิจัยอาจคิดโครงสร้างของรูปแบบขึ้นมาก่อน แล้วปรับปรุง โดยอาศัยข้อสนเทศจากการศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี รูปแบบหรือผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง หรือทำการศึกษารายละเอียดองค์ประกอบย่อย หรือตัวแปรแต่ละตัว แล้วคัดเลือกองค์ประกอบย่อยหรือตัวแปรที่สำคัญ ประกอบกันขึ้นเป็นโครงสร้างรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาก็ได้ (บุญชม ศรีสะอาด 2535)

เมสัน อัลเบิร์ต และเคโดรี (Albert & Khedourri 1985; อ้างถึงใน วิโรจน์ ผลเยี่ยม 2557) เสนอขั้นตอนการสร้างรูปแบบ 5 ขั้นตอน คือ 1) ขึ้นรวบรวมปัญหา (Problem fomulation) เพื่อให้รู้ว่า อะไรคือปัญหาที่แท้จริง 2) ขึ้นสร้างรูปแบบ (Model construction) โดยพิจารณาวัตถุประสงค์เบื้องต้นของการสร้าง และต้องรู้ถึงลักษณะเฉพาะที่ต้องการของผลผลิต ข้อมูลสารสนเทศที่จำเป็น และควรคำนึงถึงค่าใช้จ่าย 3) การทดสอบรูปแบบ (Testing the model) เมื่อสร้างรูปแบบเสร็จแล้วควรทดสอบโดยพิจารณาถึงประเด็นต่อไปนี้ (1) มีความตรงตามสถานการณ์จริง (valid) หากมีความใกล้เคียงกับความจริงจะดีมาก เพราะจะช่วยให้การตัดสินใจทำได้ดีขึ้น ไม่ยุ่งยากต่อการนำไปใช้ และควรพิจารณาถึงความสำเร็จของการแก้ปัญหา (2) มีการนำไปทดลองใช้เพื่อเปรียบเทียบผลการนำไปใช้ ช่วยให้มีการปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติงาน การทดลองใช้มี 2 ลักษณะ คือ การทดลองย้อนหลัง (Retrospective evaluation) โดยทดลองใช้กับข้อมูลในอดีต และการทดลองที่ใช้ปฏิบัติจริงในปัจจุบัน 4) การนำไปใช้ (Implementation) รูปแบบที่ผ่านการทดสอบแล้ว ควรสามารถที่จะนำไปใช้ให้เกิดความสำเร็จ เพราะไม่มีรูปแบบใดที่เรียกได้ว่า สำเร็จสมบูรณ์ จนกว่าจะได้รับความสนใจและนำไปใช้จริง 5) การพัฒนาปรับปรุงรูปแบบให้ทันสมัย (Model updating) แม้จะมีการนำรูปแบบไปใช้อย่างประสบผลสำเร็จแต่ก็ควรมีการพัฒนาปรับปรุง ประยุกต์ให้มีความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ขององค์กร และสถานการณ์ทั้งจากภายนอก และภายใน ที่มากระทบต่อองค์กรด้วย

การพัฒนารูปแบบ อาจมีขั้นตอนการดำเนินงานที่แตกต่างกันไป แต่โดยทั่วไปอาจแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ การสร้างรูปแบบ และการหาความตรงของรูปแบบ (Willer 1967; อ้างถึงใน วิโรจน์ ผลเยี่ยม 2555)

สรุป แนวคิดในการพัฒนารูปแบบ หมายถึง กระบวนการในการสร้างหรือพัฒนาขั้นตอนการดำเนินงาน เพื่อปรับปรุงหรือพัฒนาการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งอาจจะมีขั้นตอนในการพัฒนา รายละเอียดที่แตกต่างกันตามวัตถุประสงค์ของผู้พัฒนา และสามารถสรุปขั้นตอนการพัฒนารูปแบบได้ คือ 1) การรวบรวมปัญหาและศึกษาองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบที่ต้องการพัฒนา 2) การกำหนดหลักการและองค์ประกอบของรูปแบบหรือการสร้างรูปแบบ โดยอาศัยแนวคิด

ทฤษฎี หรือรูปแบบที่มีผู้พัฒนาไว้แล้ว 3) การทดสอบความตรงตามสถานการณ์ ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยการนำไปทดลองใช้ 4) การนำรูปแบบที่ผ่านการตรวจสอบไปใช้จริง และ 5) ปรับปรุง พัฒนาให้มีความทันสมัย เหมาะสมกับสถานการณ์ และสรุปรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย ใช้แนวความคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่ายในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้ขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้ 1) การรวบรวมและศึกษาปัญหา องค์ความรู้ ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมหรือกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี ตามแนวทฤษฎีการดูแลสุขภาพ 2) กำหนดหลักการและองค์ประกอบของรูปแบบที่พัฒนา โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่ายในการร่วมพัฒนารูปแบบ 3) การทดสอบความตรง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ตามสถานการณ์และวัตถุประสงค์ที่กำหนด โดยผู้เชี่ยวชาญ 4) การปรับปรุงและพัฒนารูปแบบให้มีความเหมาะสม ทันสมัย และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

4. รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจำแนกตามลักษณะการดูแลโดยบุคคล หน่วยงาน หรือองค์กร สามารถจำแนกเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่

4.1 การดูแลภายในครอบครัว เป็นการให้การดูแลและเลี้ยงดูผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ การเงิน เสื้อผ้า อาหาร ช่วยทำงานบ้าน จัดหาที่อยู่อาศัย การดูแลสุขภาพ พาไปพบแพทย์ จ่ายค่ารักษาพยาบาล ให้กำลังใจ ให้ความรักความเข้าใจ รวมไปถึงการสนับสนุนให้ได้รับการเรียนรู้ การให้ข่าวสาร จัดหาสิ่งต่างๆ การป้องกัน คุ้มครองภัยจากอุบัติเหตุ และอาชญากรรม เป็นต้น โดยปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในครอบครัว คือ การคัดเลือกผู้ดูแลหลักที่เหมาะสม การดูแลแบบองค์รวมบนพื้นฐานของความรักหรือความกตัญญู ความรู้สึกรักผูกพันใจในความสามารถของตนเองของผู้ดูแล และการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแล (นริรัตน์ จิตรมนตรี และคณะ 2552) ครอบครัวที่ให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดีทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมั่นใจ และเชื่อมั่นว่าครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ แม้ในปัจจุบันที่สภาพแวดล้อมทางสังคมเปลี่ยนแปลงไปทำให้ผู้สูงอายุและครอบครัวต้องการความช่วยเหลือจากภายนอก เพื่อเสริมสร้างให้มีศักยภาพเข้มแข็งสามารถดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ ซึ่งต้องอาศัยความช่วยเหลือจากปัจจัยภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน กลุ่มเพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน และศาสนาที่ช่วยแบ่งเบาภาระที่เกินความสามารถของครอบครัว

ที่จะดูแลผู้สูงอายุได้ แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุยังมีความมั่นใจว่าจะได้รับการดูแลจากครอบครัว โดยเฉพาะในยามเจ็บป่วยและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (เล็ก สมบัติ 2550)

4.2 การดูแลในสถาบัน มีการกำหนดมาตรการ แผนงาน และนโยบายต่างๆ เพื่อดูแลผู้สูงอายุและครอบครัว ตั้งแต่การจัดสถานสงเคราะห์คนชรา สวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย บริการประกันสังคม หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการประกันกับบริษัทเอกชน รวมไปถึงสวัสดิการด้านการศึกษา อาชีพ และบริการสังคม ไม่ว่าจะเป็นการศึกษา นอกโรงเรียน การฝึกอาชีพ การกู้ยืมเงินทุนประกอบอาชีพ ศูนย์บริการผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ที่บ้าน การจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ และคนพิการในที่สาธารณะ และการลดหย่อนค่าโดยสารขนส่งมวลชน (สายฤดี วรกิจโกศาทร และคณะ 2550) การสร้างระบบความคุ้มครองทางเศรษฐกิจและสังคมสำหรับผู้สูงอายุ เป็นประเด็นที่ควรให้ความสำคัญ เช่น การสร้างหลักประกันรายได้ให้แก่แรงงานผู้สูงอายุ การเพิ่มโอกาสในการทำงานหรือสร้างรายได้ของผู้สูงอายุที่ยังสามารถประกอบอาชีพได้ การพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการสุขภาพ รวมถึงการพัฒนารูปแบบบริการในชุมชน โดยชุมชนให้มีเพิ่มมากขึ้น เพื่อส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุในบ้านและครอบครัว ตลอดจนการสร้างระบบดูแลร่วมกันในชุมชนโดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทมากขึ้นในการประสาน จัดตั้ง และส่งเสริมเรื่องการดูแลกันเองในชุมชน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย 2555)

4.3 การดูแลโดยชุมชน เป็นการสร้างจิตสำนึกให้คนในชุมชนตั้งแต่ผู้สูงอายุ สมาชิกครอบครัว ชุมชน องค์กร และสถาบันทางสังคมต่างๆ เกิดการแก้ปัญหา ระดมความร่วมมือพัฒนาระบบบริการต่างๆ ให้แก่สมาชิกในชุมชน ซึ่งปัจจุบันมีการนำแนวคิดสำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน ที่เน้นการเข้าถึงระบบบริการ การดูแลอย่างต่อเนื่อง การบริการแบบผสมผสาน การดูแลแบบองค์รวม การประสานการดูแล และการเสริมพลังชุมชน (สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ 2552) เพื่อสร้างจิตสำนึกให้คนในชุมชนเกิดการแก้ไขปัญหา ระดมความร่วมมือ และพัฒนาบริการต่างๆ ให้แก่สมาชิกในชุมชนของคนระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน องค์กร และสถาบันทางสังคมต่างๆ ซึ่งมีรูปแบบและลักษณะบริการแตกต่างกัน (สายฤดี วรกิจโกศาทร และคณะ 2550) รวมถึงการดูแลผู้สูงอายุโดยการสร้างเสริมครอบครัวให้เข้มแข็ง การสนับสนุนจากท้องถิ่น และชุมชน การสนับสนุนศักยภาพของผู้สูงอายุ และการดูแลต่อเนื่องทั้งในด้านระบบ และผู้ดูแล การมีนโยบายชุมชนที่เข้มแข็ง และการจัดบริการเฉพาะในกลุ่มด้อยโอกาสโดยชุมชน (สิรินธร ฉันทศิริกาญจน์ ม.ป.ป.) ชุมชนที่มีความเข้มแข็ง และมีระบบสนับสนุนที่ดี มีทุนทางสังคม มีการบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ บูรณาการบทบาทในชุมชน และมีฐานข้อมูลในชุมชน ก็จะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ชุมชนมีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีด้วย (นารีรัตน์ จิตรมนตรี และสาวิตรี ทยานศิลป์ 2552)

4.4 การดูแลในสถานการณพิเศษ เช่น เมื่อเกิดภัยพิบัติ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกระดับจะต้องรวมผู้สูงอายุไว้เป็นกลุ่มเป้าหมายในแผนการป้องกันรับมือภัยพิบัติ และควรจัดทำคู่มือรับมือภัยพิบัติที่ให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือ ผู้สูงอายุเป็นพิเศษเมื่อเกิดภัยพิบัติ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องมีการซักซ้อมแผนปฏิบัติการช่วยเหลือผู้สูงอายุตามกำหนดเวลาที่เหมาะสมและให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้สูงอายุในการเตรียมความพร้อม การดูแลตนเอง และการฟื้นฟูหากเกิดภัยพิบัติด้วย (ปราโมทย์ ประสาทกุล (บรรณาธิการ) 2558)

จากการศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศไทยที่ผ่านมา พบว่ายังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นรูปธรรม การบริการผู้สูงอายุแบ่งออกเป็นบริการทางการแพทย์ที่ให้บริการในสถานบริการ เช่น การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ในส่วนของโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งได้จัดให้บริการดูแลผู้สูงอายุทั้งแบบ Long-term care, Day care และ Home care สถานบริการผู้สูงอายุที่ให้บริการโดยภาคเอกชน ส่วนการบริการด้านสุขภาพและสังคมส่วนใหญ่จะเป็นการให้บริการโดยหน่วยงานภาครัฐ เช่น สถานสงเคราะห์คนชรา ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การประกันสุขภาพ และสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่มีบัตรทอง (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ 2548) ระบบบริการสุขภาพภาครัฐของประเทศไทย ซึ่งรับผิดชอบโดยกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาล ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีความพยายามที่จะผลักดันให้เกิดคลินิกผู้สูงอายุขึ้นในโรงพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศไทย และในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นบริการด่านแรกของผู้สูงอายุ การจัดบริการที่ให้ส่วนใหญ่เป็นการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การเยี่ยมบ้าน และการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ซึ่งรายละเอียดของการจัดบริการเพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมาของประเทศไทย มีดังนี้ (ศิริณี ศรีหาภาค 2556; กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์ 2552; Jitapunkul and Wivatvanit 2008)

1. บริการสุขภาพภาคเอกชนหรือมูลนิธิ ได้แก่ โรงพยาบาลเอกชน ทั้งที่ดำเนินการในเชิงธุรกิจโดยตรงและสถานสงเคราะห์คนชรา ที่ให้บริการฟรีหรือเก็บเงินบางส่วน สำหรับผู้สูงอายุที่ยากไร้ ไม่มีญาติ ส่วนใหญ่เป็นการดำเนินงานโดยมูลนิธิหรือสถานสงเคราะห์ภายใต้การสนับสนุนของสมาคมในเครือคาทอลิกต่างๆ ศูนย์/สถานบริการสุขภาพ กิจกรรมจะเน้นที่การส่งเสริมสุขภาพทั่วไปไม่เฉพาะสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ Nursing home รับดูแลเฉพาะผู้สูงอายุในลักษณะ Nursing care ไม่ได้ให้บริการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพฯ โรงเรียนสอนผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นหลักสูตรระยะสั้น สอนวิชาชีพการดูแลเด็กและผู้สูงอายุ มีการทำธุรกิจครบวงจร

2. หลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ประเทศไทยมีหลักประกันสุขภาพ และระบบสวัสดิการสุขภาพหลายระบบ ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3. ระบบบริการผู้สูงอายุที่ดูแลโดยกระทรวงพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ ได้แก่ ศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ เป็นศูนย์บริการทางสุขภาพ และสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ที่ประกอบด้วยการบริการเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย นันทนาการ การกีฬา

4. เครือข่ายผู้สูงอายุอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุใน เครือข่ายสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี เพื่อดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ นันทนาการ พบปะสังสรรค์ ทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมและส่งเสริม สุขภาพจิต

รูปแบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่ผ่านมาของประเทศไทย สามารถจำแนกรูปแบบ การดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวตามสถานที่ให้บริการดูแลเป็น 2 รูปแบบ (ศิริณี ศรีหาภาค และคณะ 2556) ได้แก่ 1) การให้บริการโดยใช้สถานบริการเป็นฐาน ได้แก่ บ้านพักคนชรา สถานดูแลช่วยเหลือ การดำรงชีวิต สถานบริบาล สถานดูแลผู้ป่วยระยะยาวในโรงพยาบาล และสถานดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้าย จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสถานบริการดังกล่าวส่วนใหญ่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร และ เขตปริมณฑล ในภูมิภาคส่วนใหญ่จะอยู่ในเขตเทศบาลของจังหวัดใหญ่ๆ และพบว่าส่วนใหญ่จะ ประสบปัญหาขาดแคลนบุคลากรเฉพาะด้าน เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีปัญหาโรคเรื้อรัง มีภาวะพึ่งพา นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่ทำให้การดูแลผู้สูงอายุบางคนมีทัศนคติทางลบ ต่อผู้สูงอายุ และ 2) รูปแบบการดูแลระยะยาวโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการให้บริการ ซึ่งการศึกษา ที่ผ่านมามีพบว่าสถานพยาบาลในชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทหลักในการจัดบริการ ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นการบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะช่วยเหลือตัวเองได้น้อย หรือ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และจำนวนผู้ดูแลยังมีจำกัดทั้งในด้านการดูแลสุขภาพ และการดูแลด้านสังคม บทบาทในการดูแลหลักยังคงเป็นเรื่องของครอบครัว แม้ปัจจุบันจะมีอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในบางพื้นที่ แต่ส่วนใหญ่ยังเป็นการดูแลทั่วไป และขาดการสนับสนุนจากหน่วยงานในพื้นที่ในการ ทำงานของอาสาสมัคร

5. แนวคิดการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วม เป็นแนวคิดที่หลากหลาย ซึ่งแตกต่างกันไปตามการประยุกต์ใช้และการให้คำจำกัดความ แนวทางการมีส่วนร่วม ขึ้นอยู่กับบริบทที่เกิดขึ้น (World Bank 1995) เป็นความหมายที่กว้างและเกี่ยวข้องกับบุคคลทุกระดับ ทุกส่วน (จินตวิรี เกษมสุข 2554) ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมไว้หลากหลาย ดังนี้

5.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม องค์การสหประชาชาติ ได้กำหนดความหมายเพื่อการดำเนินงานขององค์การไว้ว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนในสังคมได้มีส่วนช่วยเหลืออย่างเต็มที่ต่อสังคมนั้นๆ ไม่ว่าจะเป็นสังคมขนาดเล็กหรือขนาดใหญ่ ได้แก่ การที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ เช่น การพิจารณาปัญหา การตั้งนโยบาย การตัดสินใจ ต่อประเด็นปัญหาต่างๆ เกี่ยวกับการพัฒนาประเทศและการประเมินความต้องการของสังคมนั้นๆ (จินตวิรี เกษมสุข 2554) เป็นวิธีการให้ความรู้แก่ประชาชน เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของกลุ่มบุคคล มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจที่ส่งผลต่อชีวิตของพลเมือง เป็นช่องทางในการถ่ายทอดอำนาจทางการเมือง และยังเป็นแนวทางในการคัดค้านความไม่เห็นด้วย ซึ่งเป็นกลไกในการสร้างความมั่นใจ การยอมรับ ความไวต่อความรู้สึก และความรับผิดชอบในการให้บริการทางสังคมแก่ผู้บริโภค (Brager, Specht and Torczyner 1987) ความพยายามร่วมกันในการควบคุมการใช้ทรัพยากรของสถาบัน ของกลุ่มหรือผู้ที่เคยถูกกีดกันออกจากกลุ่มก่อนหน้านี้ (Westergaard 1986) การมีส่วนร่วมของบุคคลจำนวนมาก ในสถานการณ์หรือการกระทำที่ช่วยเพิ่มความเป็นอยู่ที่ดีของพวกเขา เช่น รายได้ ความปลอดภัย หรือความเชื่อมั่นในตนเอง (Chowhury 1989) กำหนดการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นกระบวนการที่บุคคล ครอบครัวหรือชุมชน รับผิดชอบต่อสวัสดิการ และให้การสนับสนุนต่อการพัฒนาตนเองและชุมชน ในบริบทของการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน แสดงถึงกระบวนการปฏิบัติที่มีผลโดยตรงต่อผู้รับผลประโยชน์ และทำให้การดำเนินโครงการประสบผลสำเร็จ ไม่ใช่เพียงแค่การได้รับประโยชน์จากโครงการ (Oakley and Marsden 1984) เป็นกระบวนการร่วมคิด ตัดสินใจ ลงมือปฏิบัติของบุคคลที่มีต่อกลุ่ม องค์กร ชุมชน โดยมีความเข้าใจในปัญหาของตนและตระหนักถึงสิทธิ ซึ่งความรู้สึกเหล่านั้นจะเกิดขึ้นได้ด้วยการที่บุคคลได้รับข้อมูลใหม่ที่จะช่วยเพิ่มอำนาจ ความคิด และโอกาสได้ร่วมวิเคราะห์ และตัดสินใจกำหนดเป้าหมายในกิจกรรมเหล่านั้น (โกวิท พวงงาม 2541) เป็นการที่บุคคล กลุ่มคน หรือองค์กรประชาชน สมัครงานอาสาเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจดำเนินโครงการ แบ่งปันผลประโยชน์และประเมินผลโครงการพัฒนา โดยปราศจากข้อกำหนดที่มาจากบุคคลภายนอก และเป็นไปเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของสมาชิกในชุมชน รวมทั้งมีอำนาจอิสระในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดจากการพัฒนาให้กับสมาชิกด้วยความพึงพอใจและรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการ

(สายสุณีย์ ปวุฒินันท์ 2541) การเปิดโอกาสให้ผู้นำชุมชนได้มีส่วนช่วยเหลือกัน ตั้งแต่การวางแผน การบริหารงบประมาณ การดำเนินการ และการติดตามและประเมินผล การมีส่วนร่วมที่แท้จริง คือ การที่ประชาชนหรือชุมชนพัฒนาขีดความสามารถของตนเองในการจัดการและควบคุมการใช้ทรัพยากร และปัจจัยการผลิตที่มีอยู่ในสังคม เพื่อประโยชน์ต่อการดำรงชีพทางเศรษฐกิจและสังคม การตัดสินใจ ต่างๆ เกี่ยวกับโครงการที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับร่วมกัน (จินต วิร์ เกษมสุข 2554)

การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง กระบวนการที่รวบรวมเอาความห่วงกังวล ความต้องการและค่านิยมต่างๆ ของสาธารณชนไว้อยู่ในกระบวนการตัดสินใจของรัฐและเอกชน เป็นการสื่อสารสองทาง และเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ที่มีเป้าหมายเพื่อการตัดสินใจที่ดีกว่าและได้รับการสนับสนุนจากสาธารณชน ซึ่งมีผู้ให้คำจำกัดความของการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ อย่างน้อยจะมี องค์ประกอบต่อไปนี้ไว้ด้วย คือ 1) การมีส่วนร่วมของประชาชนใช้กับการตัดสินใจในการบริหาร 2) ไม่ใช่เพียงการให้ข้อมูลแก่ประชาชน แต่เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์กรที่ทำหน้าที่ตัดสินใจ และประชาชนซึ่งต้องการมีส่วนร่วม 3) มีกระบวนการอย่างเป็นระบบของการเข้ามามีส่วนร่วมของ ประชาชน ไม่ใช่สิ่งที่เกิดขึ้นโดยบังเอิญหรือโดยไม่คาดคิดมาก่อน 4) ผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมได้รับ ผลกระทบในระดับต่างๆ หรือมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจที่กำลังดำเนินการอยู่ (Creighton 2005; แปลโดย วันชัย วัฒนศัพท์ และคณะ) เป็นการที่ประชาชนได้รับโอกาสและได้ใช้โอกาสในลักษณะการทำงาน ร่วมกัน มีความต้องการร่วมกัน ทั้งด้านการตัดสินใจ การดำเนินกิจกรรม การร่วมรับผลประโยชน์ และการติดตามประเมินผล เพื่อให้เกิดการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ต้องการ ซึ่งการมีส่วนร่วม ของประชาชนเป็นสิ่งสำคัญที่เป็นการขับเคลื่อนการพัฒนาชุมชนให้ดำเนินงานตามแผนหรือ โครงการ ที่กำหนดไว้ (นพรัตน์ ช่วงเวฬุวรรณ 2556)

สรุป การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้บุคคล กลุ่ม องค์กร ชุมชน ทุกระดับ หรือผู้มีส่วนได้เสีย ได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ด้วยความสมัครใจ ตั้งแต่ การร่วมค้นหาปัญหา วิเคราะห์ วางแผน ตัดสินใจ ปฏิบัติงาน และติดตามผลการดำเนินงาน การพัฒนา ขีดความสามารถในการจัดการและควบคุมการใช้ทรัพยากรและปัจจัยการผลิตที่มีอยู่ในสังคม เพื่อ ประโยชน์ต่อการดำรงชีพ ความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลในสังคม ตอบสนองต่อความต้องการของสมาชิก ในชุมชน เกิดการพัฒนาเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ต้องการ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วม ของครอบครัวและภาคีเครือข่าย โดยการเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมค้นหาปัญหา วิเคราะห์ บริบทของผู้สูงอายุ ร่วมวางแผน และร่วมตัดสินใจในการพัฒนารูปแบบ เพื่อให้ได้รูปแบบที่มีความตรง เหมาะสมในการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมศักยภาพของผู้สูงอายุตามแนวคิดภาวะ พหุผลพลั้ง

5.2 รูปแบบของการมีส่วนร่วม

การรวมกลุ่มของประชาชนในพื้นที่ในรูปของประชาคมหรือชุมชน เป็นแนวคิดที่สนับสนุนความเข้มแข็งของชุมชนและสังคม โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน ให้ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมแก้ไขปัญหา ซึ่งจำเป็นต้องมีความร่วมมือทำพร้อมๆ กันในทุกระดับ ต้องระดมทุกองค์ประกอบในสังคม โดยเฉพาะชุมชน เพื่อเสริมสร้างความเป็นชุมชนให้มีความเข้มแข็ง สามารถแก้ปัญหาต่างๆ ได้ด้วยตนเอง รูปแบบของการมีส่วนร่วมที่ดำเนินอยู่โดยทั่วไป สามารถสรุปได้ 4 รูปแบบ (จินตวิรัช เกษมสุข 2554) ได้แก่

5.2.1 การรับรู้ข่าวสาร (Public information) ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องได้รับการแจ้งให้ทราบถึงรายละเอียดของโครงการที่จะดำเนินการ รวมทั้งผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ทั้งนี้การได้รับแจ้งข่าวสารดังกล่าว จะต้องเป็นการแจ้งก่อนที่จะมีการตัดสินใจดำเนินโครงการ

5.2.2 การปรึกษาหารือ (Public consultation) เป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมที่มีการจัดการหารือระหว่างผู้ดำเนินการโครงการกับประชาชนที่เกี่ยวข้องและได้รับผลกระทบ เพื่อรับฟังความคิดเห็นและตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติม ทำให้เกิดความเข้าใจในโครงการและกิจกรรมมากขึ้น

5.2.3 การประชุมรับฟังความคิดเห็น (Public meeting) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชน ฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับโครงการหรือกิจกรรม และผู้มีอำนาจตัดสินใจในการทำโครงการหรือกิจกรรมนั้นๆ ได้ใช้เวทีสาธารณะในการทำความเข้าใจและค้นหาเหตุผลในการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมในพื้นที่นั้น ซึ่งมีหลายรูปแบบ ได้แก่

1) **การประชุมในระดับชุมชน (Community meeting)** โดยจัดขึ้นในชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากโครงการ โดยเจ้าของโครงการหรือกิจกรรมจะต้องส่งตัวแทนเข้าร่วม เพื่ออธิบายให้ที่ประชุมทราบถึงลักษณะโครงการ ผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้นและตอบข้อซักถาม

2) **การประชุมรับฟังความคิดเห็นในเชิงวิชาการ (Technical hearing)** สำหรับโครงการที่มีข้อโต้แย้งในเชิงวิชาการ จำเป็นจะต้องเชิญผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาจากภายนอกมาช่วยอธิบายและให้ความเห็นต่อโครงการ ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมต้องได้รับทราบผลดังกล่าวด้วย

3) **การทำประชาพิจารณ์ (Public hearing)** เป็นเวทีในการเสนอข้อมูลอย่างเปิดเผยไม่มีการปิดบังทั้งฝ่ายเจ้าของโครงการและฝ่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากโครงการ ซึ่งจะต้องมีองค์ประกอบของผู้เข้าร่วมที่เป็นที่ยอมรับ มีหลักเกณฑ์และประเด็นในการพิจารณาที่ชัดเจน และแจ้งให้ทุกฝ่ายทราบทั่วกัน

5.2.4 การร่วมในการตัดสินใจ (Decision making) เป็นเป้าหมายสูงสุดของการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งประชาชนจะมีบทบาทในการตัดสินใจได้เพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของคณะกรรมการที่เป็นผู้แทนประชาชนในพื้นที่

ลักษณะที่สำคัญของการมีส่วนร่วมเป็นเรื่องของกระบวนการ ซึ่งได้สรุปถึงขั้นตอนของการมีส่วนร่วมได้ 4 ขั้นตอนหลักๆ คือ 1) มีส่วนร่วมในการคิด ศึกษา และค้นคว้า หาปัญหาและสาเหตุของปัญหาตลอดจนความต้องการของชุมชน 2) มีส่วนร่วมในการวางนโยบายหรือแผนงาน โครงการหรือกิจกรรม เพื่อลดและแก้ไขปัญหา 3) มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการจัดหรือปรับปรุงระบบการบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและปฏิบัติงานให้บรรลุตามเป้าหมาย และ 4) มีส่วนร่วมในการควบคุม ติดตาม และประเมินผลการทำงาน

การสร้างการมีส่วนร่วมจำเป็นต้องใช้กระบวนการ วิธีการสื่อสารในรูปแบบต่างๆ ที่เหมาะสมในการนำพาข่าวสารจากหน่วยงานภาครัฐบาลหรือเอกชน ไปสู่ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย สิ่งสำคัญในการกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนหรือชุมชนได้รับความรู้เกี่ยวกับข้อมูลที่ต้องการสื่อสารนั้น ต้องอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน เพราะถือว่าเป็นส่วนช่วยให้กระบวนการติดต่อสื่อสารหรือแลกเปลี่ยนข่าวสารระหว่างสมาชิกในสังคมเป็นไปได้โดยสะดวกขึ้น กล่าวคือ ประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมพัฒนาชุมชน ให้มีความเข้มแข็งเพื่อเป็นพลังขับเคลื่อนสู่การแก้ไขปัญหาของสังคมและประเทศชาติได้ (จินตวิรี เกษมสุข 2554)

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย ใช้แนวทางการมีส่วนร่วม ผ่านกิจกรรมการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของผู้สูงอายุ สมาชิกครอบครัว และภาคีเครือข่าย ได้ร่วมสนทนาได้ตอบ แสดงความรู้สึกรู้สึกนึกคิด อภิปราย ถึงแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ตามแนวคิดภาวะพลวัตพลัง โดยอาศัยข้อมูลพื้นฐานที่ได้จากการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

5.3 การมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน

การมีส่วนร่วมจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการปัญหาสุขภาพ เป็นรูปแบบหนึ่งที่เป็นเครื่องมือหรือวิธีการทำงานให้มีประสิทธิภาพ โดยใช้กลไกของการสื่อสาร แลกเปลี่ยนข้อมูล และประสบการณ์ ร่วมมือกันในเรื่องต่างๆ และทำให้มีพลังต่อรองกับอำนาจต่างๆ ได้ดีขึ้น นับเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดของการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน การมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นแนวคิดที่ให้คนในชุมชนต้องมีส่วนร่วม ตั้งแต่ ร่วมให้/รับรู้ข้อมูลข่าวสาร หรือรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชน ร่วมคิด วางแผน หารูปแบบหรือแนวทาง กำหนดวิธีการ หรือกิจกรรมในการดำเนินงานส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ร่วมตัดสินใจ แสดงความคิดเห็นในการกำหนดวิธีการจัดกิจกรรม การใช้ทรัพยากรในการจัดกิจกรรม ร่วมทำ ร่วมจัดกิจกรรม

สุศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในโครงการของชุมชนตามขีดความสามารถของตนเอง กลุ่มและชุมชน ร่วมตรวจสอบหรือติดตามประเมินผลการจัดกิจกรรม โดยใช้ข้อมูลปัญหาของชุมชนเป็นฐาน (กองสุศึกษา 2556)

การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และประชาชนเป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในสังคม ได้เข้ามามีส่วนร่วมกับภาครัฐ สามารถแบ่งระดับของการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (กองสุศึกษา 2556)

5.3.1 การให้ข้อมูลข่าวสาร (Inform) เป็นระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับต่ำที่สุด แต่มีความสำคัญที่สุด เพราะเป็นก้าวแรกที่ประชาชนจะได้เข้าสู่การมีส่วนร่วม เช่น การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านทางเอกสารสิ่งพิมพ์ หรือสื่อต่างๆ การจัดนิทรรศการ จัดหมายข่าว การตีพิมพ์ การจัดงานแถลงข่าว และการให้ข้อมูลผ่านทางสื่อออนไลน์ เป็นต้น

5.3.2 การรับฟังความคิดเห็น (Consult) เป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการให้ข้อมูล ข้อเท็จจริง และแสดงความคิดเห็นเพื่อประกอบการตัดสินใจ เช่น การเปิดรับฟังความคิดเห็น สำนวความคิดเห็น จัดเวทีสาธารณะ หรือการเปิดให้ประชาชนแสดงความคิดเห็นผ่านสื่อออนไลน์ หรือเว็บไซต์

5.3.3 การเกี่ยวข้อง (Involve) เป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการปฏิบัติงานหรือร่วมเสนอแนะแนวทางที่นำไปสู่การตัดสินใจ เช่น การประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพิจารณาประเด็นนโยบาย มาตรการสาธารณะ การจัดตั้งคณะทำงาน ประชาพิจารณ์ เพื่อเสนอแนะประเด็นนโยบายหรือมาตรการในการดำเนินงาน

5.3.4 ความร่วมมือ (Collaboration) เป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนหรือผู้แทนภาคสาธารณะ โดยการเข้าเป็นหุ้นส่วนในทุกขั้นตอนของการตัดสินใจ และดำเนินกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เช่น คณะกรรมการที่มีภาคประชาชนร่วมเป็นกรรมการ

5.3.5 การเสริมอำนาจแก่ประชาชน (Empower) เป็นขั้นการมีส่วนร่วมของประชาชนระดับสูงที่สุด โดยให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจ เช่น การลงประชามติในประเด็นที่เกี่ยวกับสาธารณะต่างๆ

การให้ภาคีเครือข่ายและประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ต้องเกิดจากการมีจิตใจที่ต้องการเข้าร่วมในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง เพื่อให้เกิดผลต่อความต้องการของกลุ่มคนและสอดคล้องกับวิถีชีวิตทางสังคมของชุมชน ดังนั้น เพื่อให้เกิดความสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม จึงต้องคำนึงถึง วิธีการดำเนินชีวิต ค่านิยม ประเพณี ทัศนคติของบุคคล เนื่องจากบุคคลในชุมชนมีความแตกต่างกันในลักษณะส่วนบุคคล เศรษฐกิจ และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ขั้นตอนการเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มี 5 ขั้นตอน โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง และมีหน่วยงานภาครัฐคอยช่วยเหลือ

ให้คำแนะนำหรืออำนวยความสะดวกเท่านั้น ประกอบด้วย 1) การสร้างทีมงาน 2) วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ 3) จัดทำแผนงาน/โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 4) จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ 5) ประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาต่อไป (กองสุศึกษา 2556)

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม งานวิจัย และบทความที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่สำคัญ ดังนี้

ชญาธิศ เขียวสด และคณะ (2554) ศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวด้วยการบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ด้วยการบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการนำเกณฑ์มาตรฐานที่พัฒนาขึ้นไปใช้กำหนดองค์ประกอบพื้นฐานในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ 6 ด้าน ได้แก่ (1) ชมรมผู้สูงอายุ (2) วัด (3) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) (4) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) (5) PCU สถานีอนามัย และ (6) เทศบาลตำบล (ทต.) องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ดำเนินการวิจัยในพื้นที่ 8 ตำบล มีประชากรที่เข้าร่วมการกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอนตำบลละ 5 คน ประกอบด้วยตัวแทนจากชมรมผู้สูงอายุ 1 คน ผู้แทนกลุ่ม อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุหรืออาสาสมัครสาธารณสุข 1 คน ตัวแทนบุคลากรจาก PCU สถานีอนามัย 2 คน และผู้แทนจากเทศบาลตำบลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน รวมประชากรที่ศึกษาในพื้นที่อื่นที่เข้าร่วมกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอนทั้งสิ้น 40 คน และประเมินความพึงพอใจต่อการดำเนินงานตำบลต้นแบบในผู้สูงอายุทั้งหมด 371 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม เกณฑ์มาตรฐานตำบลต้นแบบที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น แนวทางการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เจาะลึก แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้สูงอายุ ต่อการดำเนินงานตำบลต้นแบบ การสังเกต สติติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา ระยะที่ 1 การพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ด้วยการบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ก่อนเริ่มกระบวนการพัฒนา พบว่า ภาวะสุขภาพโดยรวมส่วนใหญ่มีสุขภาพดี สามารถช่วยเหลือตนเองช่วยเหลือผู้อื่นและสังคมได้ การเจ็บป่วยที่พบมาก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน กล้ามเนื้อและข้อ หัวใจและหลอดเลือด เบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ระบบทางเดินหายใจ สุขภาพช่องปาก ระบบทางเดินอาหาร และการทำงานของไตบกพร่อง การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมา ยังขาดการบูรณาการและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน รวมทั้งขาดการสนับสนุนให้การดำเนินงานมีความ

ต่อเนื่อง ยังไม่มีรูปแบบการดำเนินงาน การพัฒนาเกณฑ์เพื่อใช้เป็นคู่มือในการปฏิบัติงานและการประเมินรับรองการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน รวมทั้งไม่มีตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว เพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้ให้ครอบคลุมในทุกจังหวัด 2) การวางแผนการดำเนินงาน ได้หลักเกณฑ์การดำเนินงาน 6 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) มาตรฐานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ (2) มาตรฐานวัดส่งเสริมสุขภาพ (3) มาตรฐานอาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน (4) มาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านโดยบุคลากรสาธารณสุข (5) มาตรฐานระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มที่ 2 (ติดบ้าน) และกลุ่มที่ 3 (ติดเตียง) ของชุมชน (6) มาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวโดยท้องถิ่นมีส่วนร่วม และได้สร้างคู่มือการประเมินผลสำหรับใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานที่เป็นมาตรฐาน ระยะที่ 2 ระยะประเมินผลตำบลต้นแบบด้วยเกณฑ์มาตรฐานที่พัฒนาขึ้น พบว่า จุดแข็ง ปัจจัยความสำเร็จ ซึ่งแสดงถึงศักยภาพที่เป็นต้นทุนทางสังคมในชุมชน และหลักการบริหารจัดการ ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่ดี ส่งผลให้การดำเนินงานของทุกตำบลประสบผลสำเร็จได้นั้นมีความคล้ายคลึงกัน และพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในภาพรวมต่อการดำเนินงาน ระดับมาก ร้อยละ 80.95 และต้องการให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ระดับมาก ร้อยละ 98.81

เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาญ และคณะ (2555) ศึกษากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลบางแค โดยใช้แนวคิดการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน 4 กระบวนการหลักของการทำงานในชุมชน ได้แก่ 1) กระบวนการค้นหาและใช้ทุนชุมชน 2) กระบวนการศึกษาปัญหาและความต้องการของชุมชน 3) กระบวนการออกแบบการดูแลสุขภาพชุมชนโดยใช้พื้นที่เป็นตัวตั้ง และ 4) กระบวนการพัฒนานโยบายสุขภาพระดับพื้นที่ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน แบบเจาะจงเป็นผู้ริเริ่มดำเนินโครงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและแบบบังเอิญ คือ ผู้ให้ข้อมูลรองเป็นผู้ที่ใช้ประโยชน์และไม่ได้ใช้ประโยชน์จากโครงการ รวม 20 คน ประกอบด้วยผู้ให้ข้อมูลหลัก 11 คน และผู้ให้ข้อมูลรอง 9 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสำรวจชุมชนแบบเร่งด่วน ศึกษาข้อมูลมือสอง การสังเกต สัมภาษณ์เจาะลึก และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา สะท้อนแนวคิด และการตรวจสอบข้อมูล ผลการวิจัยพบกระบวนการสำคัญในการดูแลสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน 2 ส่วน ได้แก่ 1) กระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 2) ส่วนที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมนั้นๆ ซึ่งกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การสร้างทีมแกนนำ ซึ่งเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญของชุมชน โดยการค้นหาแกนนำ เปิดโอกาสให้เข้าร่วมแบบจิตอาสา การสร้างข้อตกลงร่วมกันในการกำหนดบทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบอย่างชัดเจน

(2) กระบวนการค้นหาปัญหา และความต้องการ (3) การออกแบบกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุภายใต้แนวคิดการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมในเวทีประชาคม และการประชุมร่วมกันเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กำหนดเป้าหมาย วางแผน และดำเนินงานร่วมกันอย่างมีทิศทาง และ (4) กระบวนการพัฒนาข้อตกลงร่วมกันในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนในระดับพื้นที่ โดยการเปิดช่องทางการสื่อสารเพื่อให้เกิดการรับรู้ และการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ทั้งในระดับบุคคล ระดับกลุ่ม การผลักดันโครงการเข้าสู่แผนพัฒนาชุมชน ที่มีความสอดคล้องกับนโยบายบริหารงานในระดับท้องถิ่น และส่วนที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วม ได้แก่ (1) เกิดการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุทำให้โครงการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมีความเข้มแข็งจากการบริหารจัดการร่วมกันในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกันเอง (2) ระบบบริการเปลี่ยนแปลงจากการบริการเชิงรับ เป็นเชิงรุก เน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาการเจ็บป่วย หรือโรค และ (3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถจัดกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังผ่านการดำเนินงานในโครงการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการมากขึ้น

ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ และยวดี รอดจากภัย (2557) ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ทำการศึกษาในผู้สูงอายุและผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย จำนวน 415 คน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์โดยประยุกต์แนวคิดด้านการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ประกอบด้วย การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม 2) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณ 3) การออกกำลังกาย 4) การปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย 5) การจัดการความเครียด 6) การสุขภาพที่ดีที่อยู่อาศัย และ 7) การปฏิบัติด้านโภชนาการ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองส่วนใหญ่รู้สึกว่ามีสุขภาพดี (ร้อยละ 46.70) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน พบว่าพฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การสุขภาพที่ดีที่อยู่อาศัย (3.64) S.D. = 0.46 รองลงมา คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณ และการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย (3.40) S.D. = 0.67 และพฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (3.03) S.D. = 0.60 การศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนประกอบด้วย 1) การจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการวางแผนดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม และกำหนดประเด็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพกาย และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน ผู้สูงอายุ และประชาชนในชุมชนเข้าใจแนวคิด และกระบวนการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น โดยประยุกต์แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน แนวคิดเกี่ยวกับ

สุขภาพ แนวคิดการสร้างพลังอำนาจ แนวคิดการทำงานโดยอาศัยภาคีเครือข่าย ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญในการส่งเสริมความเข้มแข็งให้ชุมชนสามารถพัฒนาศักยภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง และเกิดการปฏิบัติด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม

วิราพรธน์ วิโรจน์รัตน์ และคณะ (2557) ศึกษาการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา โดยการมีส่วนร่วมระหว่างครอบครัว ชุมชน และองค์กรรัฐ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล เครือข่ายชุมชน และบุคลากรทีมสุขภาพของศูนย์บริการสาธารณสุขแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ประชุมกลุ่ม (focus group) เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ระบบสนับสนุนและบริการที่มีอยู่ ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ควรมี 3 ภาคส่วน คือ ผู้ดูแลและครอบครัว เครือข่ายชุมชน และศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อประสานงานการดูแลผู้สูงอายุให้เป็นองค์รวม ทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และระยะที่ 2 ประชุมกลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบของระบบบริการ และกำหนดรูปแบบบริการ นำไปใช้ทดลองกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาใน 3 ชุมชน ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมระหว่างครอบครัว ชุมชน และศูนย์บริการสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา โดยกระบวนการวิจัยแบบ PAR ได้สร้างความตระหนักถึงปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน ผ่านการร่วมคิด ร่วมวางแผน ลงมือปฏิบัติจริง และติดตามประเมินผลร่วมกันขององค์กรที่เกี่ยวข้อง มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกิดการเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ร่วมกันของทุกภาคส่วนและเป็นการเสริมพลังอำนาจให้ผู้สูงอายุและครอบครัว เครือข่ายของชุมชน ต่อการให้บริการจากภาครัฐ เกิดการสร้างความสัมพันธ์แนวราบ และการแก้ปัญหาแบบบูรณาการ เกิดการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และผลจากการทดลองนำรูปแบบไปทดลองใช้ใน 3 ชุมชน พบว่า การเข้าถึงบริการ และความพึงพอใจของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ผู้ดูแลเข้าถึงบริการได้มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

รัชฎา พองชนกิจ (2558) วิจัยเรื่องการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพทั่วไป การบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลสาขลา และสร้างรูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อเป็นแนวทางสำหรับชุมชนอื่นๆ ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยผู้วิจัย ชุมชน และแกนนำชาวบ้าน โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ และแก้ปัญหาโดยใช้กระบวนการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายแบ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายในการสร้างความรู้ และการถ่ายทอดความรู้จากเรื่องเล่า เป็นผู้นำงานด้านผู้สูงอายุในแขนงต่างๆ และจากองค์กรต่างๆ ได้แก่ ผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข ประธานชมรมผู้สูงอายุในชุมชน ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนในพื้นที่ ผู้เชี่ยวชาญทางด้านโภชนาการ ด้านการออก

กำลังกายผู้สูงอายุ ด้านการใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุ ด้านการตรวจสุขภาพ และองค์กรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับ
 ผู้สูงอายุ และกลุ่มเป้าหมายในการทำ Train the Trainer ได้แก่ แก่นนำผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดเลือกจาก
 ชุมชนผู้สูงอายุในตำบลสาธิตา จาก 6 หมู่บ้าน เพื่อเป็นผู้นำไปถ่ายทอดและเผยแพร่ในชุมชน เครื่องมือ
 ที่ใช้ในการวิจัย คือ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสัมภาษณ์เจาะลึก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการบันทึกเทป
 จดบันทึก สังเกต และถ่ายภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูลแบบเนื้อหา ผลการวิจัย
 พบว่า ประเด็นที่เป็นจุดเด่นของระบบการดูแลผู้สูงอายุเทศบาลตำบลสาธิตา คือ มีการบริหารจัดการ
 อย่างมีเป้าหมาย การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น การใช้ศักยภาพของบุคลากรในชุมชน ความร่วมมือร่วมใจกัน
 ซึ่งสามารถสรุปประเด็นที่เป็นจุดเด่นของระบบการดูแลผู้สูงอายุเทศบาลตำบลสาธิตา ดังนี้ 1) ผู้นำ
 สูงสุดของชุมชน คือ นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลสาธิตา เป็นผู้ขับเคลื่อนและสนับสนุนกิจกรรม
 ผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน การไปพบปะเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุ 2) ความเข้มแข็งของคณะกรรมการ
 ชุมชนผู้สูงอายุ 3) ความมุ่งมั่นของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4) ความร่วมมือ
 ร่วมใจของส่วนราชการในชุมชน ชุมชนฯ และคณะกรรมการชุมชน การมีปฏิสัมพันธ์กับส่วนราชการ
 ต่างๆ นายกเทศบาลตำบลให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุและเชื่อมประสานขอความร่วมมือกับส่วนราชการ
 เอง 5) การสนับสนุนจากสถาบันการศึกษาในชุมชน 6) มีกิจกรรมบริการผู้สูงอายุทุกวัน มีบริการรถ
 รับ-ส่ง และเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุพอใจ ด้านการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุเพื่อเสริมสร้าง
 สุขภาพและความสามารถผู้สูงอายุในชุมชนขึ้นอยู่กับ 1) ศักยภาพชุมชน เริ่มจากผู้นำสูงสุดของชุมชน
 และทีมบริหารชุมชนผู้สูงอายุ 2) การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยนำความรู้จากผู้สูงอายุมาใช้ให้เกิด
 ประโยชน์ 3) นโยบายสวัสดิการภาครัฐเป็นตัวผลักดันให้มีการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแล
 ผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพซึ่งมีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพกาย และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ 4) ความ
 ต้องการของผู้สูงอายุ เป็นตัวกำหนดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 5) ภาวะเศรษฐกิจ และสังคม
 ของชุมชน 6) ความรู้วิชาการของชุมชน

สมจิตต์ ศิริวนารังสรรค์ และเสนห์ แสงเงิน (2559) ศึกษาแบบการพัฒนาคุณภาพ
 ชีวิตผู้สูงอายุในชนบท จังหวัดสุโขทัย มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบ
 การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท จังหวัดสุโขทัย ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การ
 วิเคราะห์สภาพปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชุมชนชนบท
 จังหวัดสุโขทัย จำนวน 420 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็น
 แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพัฒนา
 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท ประกอบด้วย 1) การศึกษาความต้องการและข้อเสนอแนะของผู้ที่
 เกี่ยวข้องกับรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทด้วยการสนทนากลุ่ม จำนวน 5 ครั้ง
 2) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน และระยะที่ 3 การทดสอบ

ประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท ผลการวิจัย ระยะที่ 1 พบว่า รายได้ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว การดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว ระบบการดูแลสุขภาพ ความจำเป็นพื้นฐานของชีวิตและสิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท พบว่า รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท ประกอบด้วย 1) กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย และการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ 2) กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับการดำรงชีวิตร่วมกับครอบครัว 3) กิจกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง และ 4) กิจกรรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต ระยะที่ 3 การทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

พิมพิสุทธิ์ บัวแก้ว และ รติพร ถึงผึ่ง (2559) ศึกษาการดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ คุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทย และเพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ด้วยตัวแปร คุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ทั้งในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล โดยศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิ จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุ ประจำปี 2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ จำนวนตัวอย่าง 16,058 คน ผลการศึกษา พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ สามารถรวมทำนายภาวะสุขภาพผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 11.2 ตัวแปรที่สำคัญที่สุด คือ รายได้ โดยพบว่าระดับรายได้เฉลี่ยต่อปีตั้งแต่ 50,000 บาทขึ้นไป สามารถทำนายภาวะสุขภาพผู้สูงอายุได้มากที่สุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ .174 รองลงมาคือ การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ .164

เชน และคณะ (Chen et al., 2010) วิจัยปัจจัยที่มีผลต่อความเป็นอยู่ที่ดี ในผู้สูงอายุเขตเมืองของจีน โดยมุ่งเน้นการมีบทบาทที่หลากหลาย มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจปัจจัยทำนายที่เอื้อต่อความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุชาวจีน โดยมุ่งเน้นการมีบทบาทที่หลากหลาย ศึกษาปัจจัย 3 ด้าน ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล 2) ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย สุขภาพด้านร่างกาย สถานะทางการเงิน และระดับการรับรู้ความสามารถตนเอง และ 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย เหตุการณ์เชิงลบในชีวิต ความถี่ของบทบาท จำนวนบทบาท และการมีกิจกรรมส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างเป็นชาวจีนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 356 คน ที่เกษียณจากมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งและอาศัยอยู่ในเขตเมือง

ของจีน โดยใช้แบบสอบถามในการวัดระดับความพึงพอใจในชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นในเพศชาย ได้แก่ การปราศจากโรคเรื้อรัง การมีสถานะทางการเงินที่ดีขึ้น การรับรู้ความสามารถตนเองมากขึ้น การไม่มีความขัดแย้งกับบุคคลอื่น และการได้มีบุตรหลาน สำหรับเพศหญิง พบว่าปัจจัยที่มีสัมพันธ์ต่อความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ได้แก่ การปราศจากความเจ็บป่วยที่รุนแรง การปราศจากความขัดแย้งกับคนอื่น การมีบทบาทมากขึ้น การได้ติดต่อกับเพื่อนบ้านมากขึ้น การมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่ม และมีกิจกรรมนันทนาการส่วนบุคคลมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศพบว่า การมีบทบาทเพิ่มขึ้น การได้ติดต่อกับเพื่อนบ้าน และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างเพศชายและเพศหญิง โดยปัจจัยดังกล่าวจะพบในเพศหญิงแต่ไม่พบในเพศชาย ด้านการมีบุตรหลาน พบว่ามีความสัมพันธ์กับความเป็นอยู่ที่ดีในเพศชาย

บันจาเร และคณะ (Banjare et al. 2015) วิจัยเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในชีวิต ของผู้สูงอายุในชนบทโอริสสา ประเทศอินเดีย มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลกระทบจากความหลากหลายทางเศรษฐกิจและสังคม ประชากร ภาวะสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนทางสังคม และผลกระทบของความเจ็บป่วยที่หลากหลายบนความพึงพอใจในชีวิต กลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ในย่านบาร์กาซ ของโอริสสา ที่ตอบแบบสอบถามจำนวน 310 คน ตัวแปรต้น ประกอบด้วย ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม พฤติกรรมสุขภาพ สถานะสุขภาพทางกาย การรับรู้สถานะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม จำนวนของภาวะแทรกซ้อน ตัวแปรตาม ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพเป็นสิ่งที่มีความอิทธิพลมากที่สุดในการกำหนดความพึงพอใจในชีวิตทั้งในเพศชายและเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคมของแต่ละบุคคลมีผลกระทบต่อบทบาทและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว มีความพิการ และมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ต่ำ มีรายงานว่ามีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่ต่ำทั้งเพศหญิงและเพศชาย

จากการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงซึ่งจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการดูแล และกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว เป็นกระบวนการที่มีการนำมาใช้มากขึ้นในการเชื่อมโยงระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ในพื้นที่ซึ่งมีการบูรณาการการมีส่วนร่วมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ส่งผลให้ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้สูงอายุ ในขณะเดียวกัน ยังมีการศึกษาถึงรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตนเองได้ดีค่อนข้างน้อย ดังนั้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมในช่วงระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น เข้าสู่ภาวะพึ่งพิงช้าลง ลดระยะเวลาของภาวะพึ่งพิงให้น้อยลง และช่วยลดภาระของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ผู้วิจัยจึงสนใจการพัฒนา

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อนำไปใช้สำหรับการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี โดยเน้นการเสริมสร้างศักยภาพของผู้สูงอายุในการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุจากครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุเป็นผู้สูงอายุที่มีพลัง หรือพลุดพลัง ซึ่งประกอบด้วย การมีสุขภาพที่ดี การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน และการมีหลักประกันในการดำเนินชีวิตและเกิดรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่สามารถตอบสนองความต้องการผู้สูงอายุ มีความเหมาะสมตามบริบทของผู้สูงอายุในพื้นที่ต่อไป

