

รูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท

กิตติยาภรณ์ โชคสวัสดิ์ภิญโญ อาจารย์ สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร
 วรณิช พัวไพโรจน์ อาจารย์ สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร
 สุนันทนา พันธุ์กล้า อาจารย์ สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร
 รุ่งนภา ประยูรศิริศักดิ์ อาจารย์ สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุตรดิตถ์

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา การรับรู้และความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิต และ ผลของรูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท ทำการศึกษา 3 ระยะคือ ระยะที่ 1 สสำรวจการรับรู้และความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิต ศึกษาในอำเภอสามโคก และลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี ตั้งแต่ตุลาคม 2561-มกราคม 2562 จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในชนบท จำนวน 400 คน ระยะที่ 2 พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ที่ตำบลบางเตย อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี โดยการมีส่วนร่วม จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน และ ระยะที่3 ประเมินผลการใช้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ แบบสนทนากลุ่ม และประเมินความพึงพอใจ เครื่องมือที่ใช้ ระยะที่ 1 ได้แก่ แบบสำรวจการรับรู้และความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิต มีค่าความเที่ยง 0.98 และ 0.87 ตามลำดับ ระยะที่ 3 ใช้แบบประเมินความพึงพอใจ มีค่าความเที่ยง 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.75 มีอายุระหว่าง 60-74 ปี ร้อยละ 78.25 สามารถดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้ ร้อยละ 99.25 การรับรู้และความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =3.47, S.D. 0.81, $\bar{X}$ =4.10, S.D. 0.82, S.D. 0.77 ตามลำดับ) ระยะที่ 2 รูปแบบส่งเสริมคุณภาพชีวิตคือ พรหมโมเดล (พ: พัฒนาอาชีพ, ร: รักษาสุขอนามัย, ห: ห่วงใยและเอาใจใส่จากลูกหลาน, ม: มอบสวัสดิการจากภาครัฐ) ระยะที่ 3 ผลการประเมินการใช้รูปแบบพรหมโมเดลพบว่า พัฒนาด้านอาชีพ การรักษาสุขอนามัย การได้รับความห่วงใยและเอาใจใส่ และสวัสดิการจากภาครัฐ กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อรูปแบบพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับมาก ($\bar{X}$ =4.16, S.D. 0.74)

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, การรับรู้, ความต้องการ, รูปแบบ, คุณภาพชีวิต

The Model for improving quality of life of the elderly in rural areas

Kittiyaporn Choksawadphinyo Lecturer of community health nursing, School of Nursing Shinawatra University

Voranich Puapairoj Lecturer of community health nursing, School of Nursing Shinawatra University

Sujintana Phunkla Lecturer of community health nursing, School of Nursing Shinawatra University

Rungnapha Prayoonsirisak Lecturer of community health nursing, Boromarajonani College of Nursing Udonthani

Abstract

The objective of this participatory action research were to study perception and need for improving the quality of life and the results of the model development to improve the quality of life of the elderly in rural areas. Studied in Samkhok and Latlumkeaw district, Pathumthani Province in October 2018-January 2019. There were conducted in three phases which consisted of phase 1 was conducted to survey of perceptions and needs for quality of life development from a sample of 400 elderly. Phase 2 was performed to develop the model of quality of life for improving the elderly in Tambon Bang Toey, Samkhok district rural areas by organizing a meeting. Phase 3 was conducted to evaluate the model for improving the quality of life of the elderly in rural areas. Research tools which used in Phase 1 was the survey of perceptions and needs for quality of life development form with reliability of 0.98 and 0.87 respectively. Phase 2 was recorded and reported of meeting and Phase 3 was used the interview form focus group discussion form and the satisfaction assessment form with reliability was 0.94. Data was analyzed by using descriptive statistics for quantitative data such as frequency, percentage, mean, and standard deviation, and qualitative data was analyzed by content analysis.

The study found that the samples in phase 1 were female 81.75%, aged between 60-74 years 78.25%, most of them able to take care of themselves in daily living 99.25 %. The perception and needs to improve the quality of life as a whole was high level ($\bar{X}$ =3.47, S.D. 4.10, S.D. 0.82, S.D. 0.77, respectively). Phase 2 The quality of life development model was the Bhroma model (Consisted of Thai word that mean Bhroma, the first was vocational development, health promoting, caring from their offspring and social welfare). Phase 3, the results of providing Bhroma model revealed vocational development, health promoting, caring from their offspring, and social welfare. They had satisfied with the Bhroma model for improving quality of life at the high level ($\bar{X}$ =4.16, S.D. 0.74).

Key words: Elderly, perception, Needs, Quality of life

บทนำ

องค์การสหประชาชาติ (United Nations) คาดการณ์ว่า ปี ค.ศ. 2050 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น 2 เท่าตัวจากปัจจุบัน โดยมีจำนวนกว่า 2,000 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 21 ของประชากรโลก ส่วนในประเทศไทยนั้น คาดการณ์ว่า ประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged society) ในปี ค.ศ. 2021 โดยสัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น ร้อยละ 17.5 และ กรมกิจการผู้สูงอายุ ระบุว่าในปี 2574 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป เท่ากับหรือมากกว่า ร้อยละ 14 ของจำนวนประชากร ซึ่งจะเป็นผู้สูงอายุที่ติดสังคม ร้อยละ 79.5 ติดบ้าน ร้อยละ 19 และ ติดเตียง ร้อยละ 1.5¹ ส่วนปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุของไทย ได้แก่ โรคกระดูกพรุน โรคความดันโลหิตสูง โรคข้อและกระดูก โรคเบาหวาน กลุ่มอาการโรคสมองเสื่อม และโรคซึมเศร้า และผู้สูงอายุร้อยละ 40 มีโรคหรือปัญหาสุขภาพมากกว่า 2 ชนิดขึ้นไป ร้อยละ 19 มีโรคที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรที่เคยหรือควรทำได้ และ ร้อยละ 7 ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การสวมเสื้อผ้า หรือการรับประทานอาหาร เป็นต้น ซึ่งแนวโน้มของปัญหาสุขภาพทั้งโรค ภาวะทุพพลภาพ และภาวะพึ่งพา จะสูงขึ้นในอนาคต² นอกจากนี้จากสถานการณ์การกระจายตัวของสังคมเมืองส่งผลให้วิถีชีวิตวัยแรงงานในชนบทเปลี่ยนไป โดยคนวัยทำงานประกอบอาชีพด้านการเกษตรลดลง และเข้าสู่อาชีพด้านอุตสาหกรรมในเมืองใหญ่มากขึ้น ทำให้โครงสร้างของชุมชนชนบทเปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุต้องอยู่บ้านตามลำพังมากขึ้น บางรายต้องประกอบอาชีพเพื่อเลี้ยงดูตนเอง และบางรายยังมีภาระเลี้ยงดูหลานอีกด้วย³

ปัญหาที่พบในผู้สูงอายุดังกล่าว ล้วนส่งผลถึงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และเศรษฐกิจสังคม ฟลานานแกน (Flanagan)⁴ กล่าวว่าคุณภาพชีวิตอยู่บนพื้นฐานความพึงพอใจต่อภาวะสุขภาพที่สามารถดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน ดังนั้นการดำเนินการอย่างเหมาะสม เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทจึงมีความสำคัญ อันจักนำไปสู่การส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ผู้สูงอายุมีความสุขและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของผู้สูงอายุในชนบท
2. เพื่อศึกษาความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท
3. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท
4. เพื่อประเมินผลของรูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) ดำเนินการวิจัยตั้งแต่ตุลาคม 2561-มกราคม 2562 แบ่งเป็น 3 ระยะคือ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Situation analysis) โดยทำการสำรวจการรับรู้และความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท ระยะที่ 2 ดำเนินการพัฒนารูปแบบส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทแบบมีส่วนร่วม โดยคัดเลือกพื้นที่ศึกษาแบบเจาะจงในการทดลองรูปแบบ และระยะที่ 3 ทำการประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิต

กลุ่มตัวอย่าง ในระยะที่ 1 ประชากรในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 92,276 คน และอาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบท อำเภอลาดหลุมแก้ว อำเภอสสามโคก จังหวัดปทุมธานี เดือนตุลาคม 2561 ทำการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการสำรวจคุณภาพชีวิต โดยใช้ตารางของ ทาโรยามาเน (Taro Yamane) ได้จำนวน 400 คน และสุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) ส่วนระยะที่ 2 เป็นการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและนำไปทดลองใช้ ตำบลบางเตย อำเภอสสามโคก จังหวัดปทุมธานี ในเดือนมกราคม 2562 ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข และนักวิชาการด้านการศึกษา จำนวน 10 คน และสุ่มตัวอย่างแบบอาสาสมัคร จำนวน 40 ครัวเรือน ที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยและทดลองใช้รูปแบบส่งเสริมคุณภาพชีวิต รวมกลุ่มตัวอย่างระยะที่ 2 มีจำนวน 50 คน และระยะที่ 3 ทำการประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบการ

ส่งเสริมคุณภาพชีวิต จากกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 2 ที่เป็น
ครัวเรือนผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวน 40 ครัวเรือน

เครื่องมือในการวิจัย ในระยะที่ 1 ใช้แบบสำรวจ
การรับรู้และความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิต ซึ่งได้รับการ
ตรวจสอบคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้าน
การพยาบาล 1 ท่าน ด้านสาธารณสุข 2 ท่าน ได้ค่า IOC
(Index of item objective congruence) 0.83 และ
0.78 ตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ด้วย
สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha
Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.98 และ 0.87 ตามลำดับ
กำหนดมาตรวัดเครื่องมือดังนี้

1. แบบสอบถามเพื่อสำรวจการรับรู้คุณภาพชีวิตของ
ผู้สูงอายุในชนบท แบ่งมาตรวัดออกเป็น 5 ระดับ คือ

- รับรู้ว่ามีคุณภาพชีวิตด้านนั้นๆมากที่สุด 5 คะแนน
- รับรู้ว่ามีคุณภาพชีวิตด้านนั้นๆมาก 4 คะแนน
- รับรู้ว่ามีคุณภาพชีวิตด้านนั้นๆปานกลาง 3 คะแนน
- รับรู้ว่ามีคุณภาพชีวิตด้านนั้นๆน้อย 2 คะแนน
- รับรู้ว่ามีคุณภาพชีวิตด้านนั้นๆน้อยที่สุด 1 คะแนน

2. แบบสอบถามเพื่อสำรวจความต้องการพัฒนา
คุณภาพชีวิต จำแนกเป็น มิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม
และเศรษฐกิจ กำหนดมาตรวัด 5 ระดับ ได้แก่

- ต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านนั้นๆมากที่สุด 5 คะแนน
- ต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านนั้นๆมาก 4 คะแนน
- ต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านนั้นๆปานกลาง 3 คะแนน
- ต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านนั้นๆน้อย 2 คะแนน
- ต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านนั้นๆน้อยที่สุด 1 คะแนน

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวม
ข้อมูล 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะที่หนึ่ง ทำการสำรวจการรับรู้และความ
ต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทโดยใช้
แบบสอบถาม ผู้วิจัยเก็บข้อมูลภาคสนาม ร่วมกับผู้ช่วยวิจัย
ซึ่งได้ประชุมชี้แจงทำความเข้าใจการใช้เครื่องมือวิจัยให้
สอดคล้องกัน

2. ระยะที่สอง พัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพ
ชีวิต โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ด้วยการจัดประชุม
จากนั้น นำรูปแบบไปทดลองใช้กับ 40 ครัวเรือน ที่
อาสาสมัครเข้าโครงการ รูปแบบประกอบด้วย กิจกรรม
ต่อไปนี้

1. การพัฒนาอาชีพ โดยการอบรมการแปรรูป

สมุนไพร ได้แก่ ปลูกดอกไม้แห้งโรมา การทำน้ำมันไพล การ
ทำยาหม่อง การทำลูกประคบ และ แปรรูปทำเครื่องดื่ม
สมุนไพรจากว่านหางจระเข้

2. การส่งเสริมด้านสุขภาพจิต โดยให้สมาชิกใน
ครอบครัว ได้แก่ บุตรหลานแสดงความรักความเอาใจใส่
ผู้สูงอายุในครัวเรือน เช่น การนวด การเตรียมอาหาร
สำหรับผู้สูงอายุ การพูดคุยให้กำลังใจ

3. การดูแลสุขภาพอนามัย โดยการตรวจคัดกรอง
สุขภาพเบื้องต้น ได้แก่ การวัดความดันโลหิต การตรวจวัด
น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ประเมินภาวะซึมเศร้า และ
ประเมินภาวะสมองเสื่อม

4. การส่งเสริมสวัสดิการในชุมชน เพื่อเป็นส่วนหนึ่ง
ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ เช่น การออมเงินวันละบาท การ
จัดการถ่านถ่านความสะอาดในการไปตรวจสุขภาพ การจัด
สวัสดิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น การนำส่ง
เบี้ยผู้สูงอายุ สำหรับรายที่ไม่สะดวกในการโอนผ่านบัญชี
ธนาคาร

3. ระยะที่สาม ติดตามประเมินผล และสรุปรูปแบบ
การส่งเสริมคุณภาพชีวิต โดยการสัมภาษณ์ และการ
สนทนากลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ทำการเก็บ
รวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ทำการ
วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่
ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพทำการวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์
เนื้อหา (Content analysis) และทำการแปลผลค่าเฉลี่ย
ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	การรับรู้คุณภาพชีวิต/ความ ต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิต	
4.22-5.00	หมายถึง	มากที่สุด
3.42-4.21	หมายถึง	มาก
2.62-3.41	หมายถึง	ปานกลาง
1.81-2.61	หมายถึง	น้อย
1.00-1.80	หมายถึง	น้อยที่สุด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างได้รับ
การพิทักษ์สิทธิโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยให้ชัดเจน
และระบุถึงการออกจากโครงการวิจัยเมื่อกลุ่มตัวอย่างมี
ความประสงค์ไม่ร่วมโครงการวิจัยต่อไป และให้ลงลายมือ

ชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัย จากคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยชินวัตร เลขที่ IRB 22/2561 ลงวันที่ 31 ตุลาคม 2561

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.75 จำแนกช่วงอายุตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก พบว่าอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี ร้อยละ 78.25 และกลุ่มคนชรา ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 74.25 มีรายได้เฉลี่ย 1,297 บาทต่อเดือน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ร้อยละ 99.25 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 90.25 โดยผู้สูงอายุที่มีการใช้ยาเป็นประจำ ร้อยละ 5.25 เนื่องจากเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และเก๊าท์ รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N=400)

ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	73 (18.25)
หญิง	327 (81.75)
อายุ (ปี) (เกณฑ์ WHO)	
60-74 ปี (ผู้สูงอายุ/Elderly)	313 (78.25)
75 –90 ปี คนชรา (Old)	87 (21.75)
อายุ 90 ปีขึ้นไป คนชรามาก (Very Old)	-
อาชีพ	
ไม่มีงานทำ	78 (20.50)
เกษตรกร	297 (74.25)
ค้าขาย	15 (3.75)
รับจ้าง	7 (1.75)
ข้าราชการบำนาญ	3 (0.75)
รายได้ (ต่อเดือน) Min-Max 500-10,800 $\bar{X}$ =1,297	
การมีผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	
ไม่มี	397 (99.25)
มี	3 (0.75)
โรคประจำตัว	
ไม่มี	361 (90.25)
มี	39 (9.75)
การใช้ยาประจำ	
ไม่มี	379 (94.75)
มี	21 (5.25)

ผลการศึกษาระยะที่ 1

1.1 การรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท

การรับรู้คุณภาพชีวิตในภาพรวมทุกด้านอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =3.47, S.D. 0.81) จำแนกรายด้านพบว่า ด้านร่างกายรับรู้ว่ามีคุณภาพชีวิตในระดับมาก ($\bar{X}$ =3.44, S.D. 0.82) เช่น สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ($\bar{X}$ =3.56, S.D. 0.84) ความรู้สึกว่าตนเองยังกระฉับกระเฉง ($\bar{X}$ =3.49, S.D. 0.98) ส่วนการรับรู้ว่ามีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางและต้องการปรับปรุง คือการพักผ่อนไม่เพียงพอ ($\bar{X}$ =3.34, S.D. 0.92) ยังขาดความรู้ในการป้องกันโรคต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น ($\bar{X}$ =3.6, S.D. 0.59) การออกกำลังกาย ($\bar{X}$ =3.38, S.D. 0.93) และการตรวจสุขภาพ ($\bar{X}$ =3.39, S.D. 0.58)

การรับรู้คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =3.50, S.D. 0.66) เช่น รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าต่อลูกหลานและคนอื่นๆ ($\bar{X}$ =4.13, S.D. 0.86) มีความมั่นใจในตนเอง ($\bar{X}$ =3.48, S.D. 0.80) และรับรู้ที่สามารถตัดสินใจเรื่องใดๆ ได้ด้วยตนเอง ($\bar{X}$ =3.45, S.D. 0.66) อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายยังรู้สึกว่าเป็นภาระของลูกหลาน ($\bar{X}$ =3.40, S.D. 0.72) และรู้สึกท้อแท้ เบื่อชีวิต ($\bar{X}$ =3.39, S.D. 0.94)

การรับรู้คุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจและสังคม ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =3.46, S.D. 0.82) ด้านที่รับรู้ว่ามีคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจและสังคม ในระดับมากที่สุด คือ มีเพื่อนที่สามารถพูดคุยปรึกษากันได้ ($\bar{X}$ =4.49, S.D. 0.85) และการร่วมกิจกรรมกับชุมชนเสมอๆ เช่น งานบุญ ประเพณีต่างๆ ($\bar{X}$ =4.29, S.D. 0.72) ส่วนด้านที่รับรู้ว่ามีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ได้แก่ ต้องขายทรัพย์สินที่มี เช่น ที่ดิน รถ เครื่องประดับ เพื่อนำเงินมาใช้จ่าย ($\bar{X}$ =3.40, S.D. 0.85)

ตารางที่ 2 ผลการสำรวจคุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของผู้สูงอายุในชนบท (N=400)

การรับรู้คุณภาพชีวิต	ระดับการรับรู้	
	$\bar{X}$ (S.D.)	แปลผล
ด้านร่างกาย		
1. สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง	3.56 (0.84)	มาก
2. สามารถทำงานบ้านเช่นกวาดบ้าน ล้างจาน ทำกับข้าว	3.48 (0.96)	มาก
3. สามารถออกแรงในการทำงาน เช่น ยกของปลูกต้นไม้	3.38 (0.93)	ปานกลาง
4. ความรู้สึกที่ตนเองยังกระฉับกระเฉง	3.49 (0.98)	มาก
5. มีการป้องกันโรคต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น	3.36 (0.59)	ปานกลาง
6. มีการตรวจสุขภาพสม่ำเสมอ	3.39 (0.58)	ปานกลาง
7. สามารถพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ	3.34 (0.92)	ปานกลาง
8. มีอาการอ่อนเพลียบ่อยๆ	3.44 (0.61)	มาก
9. การบริโภคอาหารที่มีประโยชน์และเพียงพอ	3.49 (0.97)	มาก
10. สามารถได้ยินเสียงต่างๆ อย่างชัดเจน	3.47 (0.83)	มาก
ภาพรวมการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย	3.44 (0.82)	มาก
ด้านจิตใจ		
1. รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าต่อลูกหลานและคนอื่น	4.13 (0.86)	มาก
2. รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของลูกหลาน	3.40 (0.72)	ปานกลาง
3. รู้สึกท้อแท้ เบื่อชีวิต	3.39 (0.94)	ปานกลาง
4. ไม่อยากคบค้าสมาคมกับใคร	3.41 (0.97)	ปานกลาง
5. มีความมั่นใจในตนเอง	3.48 (0.80)	มาก
6. รับรู้ความสามารถตัดสินใจเรื่องใดๆ ได้ด้วยตนเอง	3.45 (0.66)	มาก
7. ได้รับการยอมรับจากคนในครอบครัวและชุมชน	3.38 (0.81)	ปานกลาง
8. มีความภาคภูมิใจในตนเอง	3.36 (0.70)	ปานกลาง
9. มีความคิดเกี่ยวกับการตาย	3.49 (0.67)	มาก
10. รู้สึกว่าตนเองเป็นคนจิตใจเข้มแข็ง	3.48 (0.65)	มาก
ภาพรวมการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	3.50 (0.78)	มาก

ตารางที่ 2 ผลการสำรวจคุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของผู้สูงอายุในชนบท (N=400) (ต่อ)

การรับรู้คุณภาพชีวิต	ระดับการรับรู้	
	$\bar{X}$ (S.D.)	แปลผล
ด้านเศรษฐกิจและสังคม		
1. มีรายได้สมดุลกับค่าใช้จ่าย	3.13 (0.98)	ปานกลาง
2. มีเงินออมสำหรับเก็บไว้ใช้เมื่อจำเป็น	2.45 (0.65)	น้อย
3. สามารถทำงานหารายได้สำหรับครอบครัว	3.53 (0.84)	มาก
4. มีหนี้สินที่จะต้องหาเงินใช้หนี้เป็นระยะมากกว่า 1 ปี	3.43 (0.92)	มาก
5. ต้องขายทรัพย์สินที่มีเช่น ที่ดิน รถ เครื่องประดับ เพื่อนำเงินมาใช้จ่าย	3.40 (0.85)	ปานกลาง
6. มีเพื่อนที่สามารถพูดคุยปรึกษากันได้	4.49 (0.85)	มากที่สุด
7. ค่อนข้างแยกตัว ไม่อยากยุ่งกับคนอื่น	3.33 (0.96)	ปานกลาง
8. มีการร่วมกิจกรรมกับชุมชนเสมอๆ	4.29 (0.72)	มากที่สุด
9. เป็นที่ปรึกษาให้แก่สมาชิกในครอบครัวหรือคนอื่น	3.15 (0.65)	ปานกลาง
10. เป็นที่ยอมรับของคนในชุมชน	3.47 (0.74)	มาก
ภาพรวมการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจและสังคม	3.46 (0.82)	มาก
ภาพรวมคุณภาพชีวิตทุกด้าน	3.47 (0.81)	มาก

1.2 ความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท

กลุ่มตัวอย่าง มีความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.10$, S.D. 0.77) เมื่อจำแนกรายข้อพบว่า ด้านที่มีความต้องการมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ด้านสวัสดิการเบี้ยยังชีพ ($\bar{X}=4.84$, S.D. 0.84) ความต้องการสวัสดิการจากภาครัฐ ($\bar{X}=4.65$, S.D. 0.82) ความต้องการพัฒนาด้านอาชีพ ($\bar{X}=4.61$, S.D. 0.81) ความต้องการในระดับมาก 3 ลำดับแรก ได้แก่ ความต้องการการยอมรับจากครอบครัว/ชุมชน ($\bar{X}=4.09$, S.D. 0.71) การมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนของตน ($\bar{X}=3.89$, S.D. 0.63) และความต้องการพัฒนาด้านความเป็นอยู่ ($\bar{X}=3.85$, S.D. 0.79) ส่วนด้านที่มีความต้องการพัฒนาในระดับปานกลาง ได้แก่ การจัดตั้งกลุ่มชมรมผู้สูงอายุ ($\bar{X}=3.01$, S.D. 0.78) และ ด้านที่มีความต้องการในระดับน้อย ได้แก่ ด้านการศึกษา ($\bar{X}=2.55$, S.D. 0.77) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการสำรวจความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท (N=400)

ความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิต	ระดับความต้องการ	
	$\bar{X}$ (S.D.)	แปลผล
1. ความต้องการพัฒนาด้านอาชีพ	4.61 (0.83)	มากที่สุด
2. ความต้องการพัฒนาด้านการศึกษา	2.55 (0.77)	น้อย
3. ความต้องการพัฒนาด้านความเป็นอยู่	3.85 (0.79)	มาก
4. ความต้องการพัฒนาสุขภาพให้แข็งแรง	4.39 (0.81)	มากที่สุด
5. ความต้องการพัฒนาให้มีการจัดตั้งกลุ่มชมรมผู้สูงอายุ	3.01 (0.78)	ปานกลาง
6. ความต้องการให้มีศูนย์สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ	4.28 (0.68)	มากที่สุด
7. ความต้องการให้มีผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	4.22 (0.74)	มากที่สุด
8. ความต้องการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนของตน	3.89 (0.63)	มาก
9. ความต้องการการยอมรับจากครอบครัว/ชุมชน	4.09 (0.71)	มาก
10. ความต้องการสวัสดิการจากภาครัฐ เช่น การรักษาฟรี การมีช่องทางบริการเฉพาะผู้สูงอายุ	4.65 (0.82)	มากที่สุด
11. ความต้องการด้านความสะดวกในการเข้ารับบริการในหน่วยงานด้านสุขภาพ	4.53 (0.76)	มากที่สุด
12. ความต้องการด้านสวัสดิการเบี้ยเลี้ยงชีพ	4.84 (0.84)	มากที่สุด
13. ความต้องการบริการจากเจ้าหน้าที่ภาครัฐในการจัดช่องทางบริการพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ	4.35 (0.76)	มากที่สุด
14. ความต้องการด้านความสะดวกของการใช้บริการรถประจำทาง เช่น มีที่นั่งสำหรับผู้สูงอายุ	4.44 (0.85)	มากที่สุด
15. ความต้องการด้านการส่งเสริมสถาบันครอบครัวต่อการดูแลผู้สูงอายุ	4.23 (0.74)	มากที่สุด
ภาพรวม	4.10 (0.77)	มาก

ผลการศึกษาระยะที่ 2

ในระยะเวลาที่ 2 ผู้วิจัย จัดประชุมเพื่อนำเสนอผลการศึกษาระยะที่ 1 และ ให้ผู้เข้าร่วมประชุมแสดงความคิดเห็นต่อผลการศึกษา ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะ แนวทางส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท และจากการประชุมกลุ่มย่อยในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจาก 40 ครอบครัว มีข้อมูลดังนี้

ผู้สูงอายุระบุความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยส่วนใหญ่ต้องการพัฒนาด้านอาชีพ เนื่องจากทราบว่าตนเองยังมีสุขภาพแข็งแรง สามารถทำงานได้ตามศักยภาพ และต้องการแบ่งเบาภาระครอบครัวด้านรายได้ บางรายมีภาระเลี้ยงหลานต้องหาค่ารายได้สำหรับเลี้ยงดูครอบครัวให้เพียงพอ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“ลูกไม่ค่อยส่งเงินมา ต้องเลี้ยงลูกให้เขาอีก ก็เลยอยากมีรายได้พอเป็นค่าขนมให้หลานไปโรงเรียน ทุกวันนี้ก็มีแต่ตาไปหารับจ้างมาให้กิน”

“ก็ยังมีแรงทำงานได้อยู่ บางวันก็ไปรับจ้างกรอกขนม ได้วันละยี่สิบบาท อยากทำงานของตัวเองว่าจะลงทุนขายขนมให้นักเรียน ก็ยังไม่มีทุน”

นอกจากนี้ผู้สูงอายุ ยังต้องการให้มีการส่งเสริมสุขภาพกายให้แข็งแรง เพื่อป้องกันการเกิดโรค หรือสร้างเสริมสุขภาพผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง แต่มีข้อจำกัดในการออกกำลังกายคือบางคนมีโรคประจำตัว ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“อยากให้มาสอนการดูแลสุขภาพ พวกเบาหวาน ความดันก็เยอะ อย่างการออกกำลังกายที่ทำได้อยู่บ้าน อยากให้มีเจ้าหน้าที่มาตรวจสุขภาพในหมู่บ้านประจำ ก็เคยมีหมอมาเยี่ยมในหมู่บ้าน แต่เยี่ยมเฉพาะคนป่วย”

ด้านสุขภาพจิตพบว่าผู้สูงอายุต้องการความรักความห่วงใยจากลูกหลาน โดยเฉพาะลูกที่ไปทำงานในกรุงเทพฯ หรือต่างจังหวัดไกลๆ อยากให้กลับมาทำงานที่บ้าน ดังบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ลูกไปทำงานโรงงานที่กรุงเทพฯ คนหนึ่ง อีกคนไปอยู่ภูเก็ต เอาหลานมาให้ยายช่วยเลี้ยง เพราะเขาไม่มีเวลาดูแลลูก นานๆ จึงจะกลับมาเยี่ยม”

“ยายมีลูกสี่คน ไปอยู่ที่อื่นกันหมด เขาก็มีครอบครัวของเขา ยายอยู่อย่างนี้มาเป็นสิบปีแล้วชินแล้ว แต่บางทีก็เหงาเนะ เวลาเขาพาหลานมาเยี่ยมแล้วกลับไป ยายนอนคนเดียวร้องไห้ก็เคย คิดถึงลูก คิดถึงหลาน”

ส่วนความต้องการด้านอื่นๆ ได้แก่ การส่งเสริมสวัสดิการต่างๆ จากภาครัฐ เช่น การมอบเบี้ยยังชีพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตรงเวลา สวัสดิการชุมชนเกี่ยวกับการกู้ยืมกรณีเหตุจำเป็น สวัสดิการในการนำส่งโรงพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“ถ้ามีเงินให้ยืมเป็นสวัสดิการในหมู่บ้าน เวลามีความจำเป็นเร่งด่วนก็จะดีครับ จะได้ยืมไปใช้ ไม่มีใครรู้

ล่วงหน้า หรือกว่าจะเกิดอะไรขึ้น บางคนก็ไม่มีเงินไปโรงพยาบาล บางคนจะจัดงานศพยังไม่มีเงินไปจัดเลย”

จากผลการสำรวจในระยะที่ 1 และการประชุมในระยะที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิต ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยจัดลำดับความสำคัญ พบว่า ด้านเศรษฐกิจต้องการมีอาชีพที่ช่วยสร้างรายได้ ด้านร่างกาย ต้องการให้มีการส่งเสริมการดูแลสุขภาพ ด้านจิตใจ ต้องการให้ลูกหลาน อยู่ใกล้ชิดให้ความรักความห่วงใย และด้านสังคม คือการได้รับความไว้วางใจในการเป็นส่วนหนึ่งของการตัดสินใจ การให้ข้อเสนอแนะ และการสร้างประโยชน์เพื่อส่วนรวมในชุมชน เมื่อนำมาจัดลำดับความสำคัญ ของความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิต สามารถกำหนดเป็นแนวทางแบบที่สอดคล้องกับคำว่าพรหม จึงให้ชื่อแนวทางนี้เป็น “พรหมโมเดล” (พ: พัฒนาอาชีพ, ร: รักษาสุขอนามัย, ห: ห่วงใย และเอาใจใส่จากลูกหลาน, ม: มอบสวัสดิการจากภาครัฐ)

ผลการศึกษาระยะที่ 3

จากการติดตามการนำ พรหมโมเดล ไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมโครงการสามเดือน ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาว่า ผู้สูงอายุสามารถนำกิจกรรมที่เข้าร่วมไปใช้ในการดำเนินชีวิตดังนี้

พ: พัฒนาอาชีพ เป็นการพัฒนาอาชีพที่กลุ่มตัวอย่างระบุว่า ควรสามารถปฏิบัติที่บ้านได้ หรือใช้เวลาว่างในการทำงานเพื่อสร้างรายได้เสริม เป็นการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เช่น การทำถุงหอมจากดอกไม้แห้ง การทำขนมต้มสมุนไพร เพื่อจำหน่ายในชุมชน และตลาด

ร: รักษาสุขอนามัย เป็นการสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยการออกกำลังกายและการผ่อนคลาย โดยมีหน่วยงานสาธารณสุขมาดำเนินงานการตรวจสุขภาพ และคัดกรองโรคเบื้องต้นให้กับผู้สูงอายุในชุมชน ผู้สูงอายุบางรายมีการทำกายยัดออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้าน

ห: ห่วงใยและใส่ใจจากลูกหลาน เป็นการสร้างความเข้าใจกับครอบครัว โดยกลุ่มตัวอย่างระบุว่า ลูก หลาน พี่น้อง ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน มีการแสดงความเอาใจต่อผู้สูงอายุในครัวเรือน เช่น การจัดหาอาหารให้ การนำไปตรวจรักษาสุขภาพ การพูดคุย การประพฤติปฏิบัติตัวที่ไม่ทำให้ผู้สูงอายุเป็นห่วงและไม่สบายใจ

ม: มอบสวัสดิการให้ผู้สูงอายุ เป็นความต้องการของผู้สูงอายุ ที่ต้องการให้มีการจัดสวัสดิการต่างๆ ในชุมชน พบว่า ในชุมชนมีการส่งเสริมการออมทรัพย์วันละบาท ผู้นำมีการจัดกลุ่มอาสาสมัครที่มีรถยนต์ นำส่งผู้สูงอายุไปรับการตรวจรักษา และในการนำส่งสวัสดิการเงินผู้สูงอายุ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า มีกำหนดการโอนเงินที่ชัดเจน และ ส่งตรงเวลา ในรายที่ไม่สะดวกในการรับโอน เจ้าหน้าที่จะให้บริการโดยการนำส่งที่บ้าน

จากการประเมินความพึงพอใจ ในการใช้รูปแบบพรหมโมเดล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{X}=4.16$, S.D. 0.74) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ความพึงพอใจต่อการนำพรหมโมเดล ไปใช้ส่งเสริมคุณภาพชีวิต ด้านร่างกาย ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.04$, S.D. 0.72) ด้านจิตใจ มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.23$, S.D. 0.77) และด้านเศรษฐกิจสังคม มีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{X}=4.16$, S.D. 0.74) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการสำรวจความความพึงพอใจของครัวเรือนที่เข้าร่วมโครงการต่อพรหมโมเดล (N=40)

คุณภาพชีวิตด้านที่ประเมิน	ระดับความพึงพอใจ	
	$\bar{X}$ (S.D.)	แปลผล
I. ด้านร่างกาย		
1. สามารถนำวิธีการออกกำลังกายไปใช้ในชีวิตประจำวัน	4.28 (0.64)	มากที่สุด
2. สามารถนำความรู้ไปใช้ในการป้องกันโรค เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง	3.55 (0.83)	มาก
3. สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปสังเกตอาการไม่สบายที่อาจจะเจ็บป่วยได้	3.65 (0.82)	มาก
4. สามารถนำความรู้ในการดูแลสุขภาพไปแนะนำคนอื่นได้	3.85 (0.62)	มาก
5. ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพจากเจ้าหน้าที่	4.43 (0.64)	มากที่สุด
6. มีการจัดช่องทางบริการสำหรับผู้สูงอายุ	4.48 (0.74)	มากที่สุด
ภาพรวมด้านร่างกาย	4.04 (0.72)	มาก
II. ด้านจิตใจ		
1. หลังเข้าร่วมกิจกรรม สมาชิกในครอบครัวให้ความเอาใจใส่มากขึ้น	4.65 (0.83)	มากที่สุด
2. รู้สึกมีกำลังใจ และต้องการดูแลตนเองให้มีสุขภาพแข็งแรง	3.90 (0.65)	มาก
3. สามารถให้กำลังใจคนอื่นได้	4.45 (0.85)	มากที่สุด

ตารางที่ 4 ผลการสำรวจความพึงพอใจของ ครัวเรือนที่เข้าร่วมโครงการต่อพรหมโมเดล (N=40) (ต่อ)

คุณภาพชีวิตด้านที่ประเมิน	ระดับความพึงพอใจ	
	$\bar{X}$ (S.D.)	แปลผล
II. ด้านจิตใจ (ต่อ)		
4. รู้สึกมีความสุขกับชีวิตในแต่ละวัน	4.32 (0.66)	มากที่สุด
5. รู้สึกชีวิตมีคุณค่า	3.97 (0.69)	มาก
6. เมื่อมีความเครียดสามารถจัดการ ความเครียดได้เร็วขึ้น	4.10 (0.96)	มาก
ภาพรวมด้านจิตใจ	4.23 (0.77)	มากที่สุด
III. ด้านเศรษฐกิจและสังคม		
1. สามารถสร้างอาชีพและมีรายได้เพิ่มขึ้น	3.70 (0.64)	มาก
2. มีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน เช่นงาน บุญประเพณี	4.57 (0.67)	มากที่สุด
3. สามารถนำความรู้จากกิจกรรม โครงการไปแนะนำคนอื่น	3.88 (0.73)	มาก
4. มีเงินออมกับโครงการออมวันละบาท	4.55 (0.83)	มากที่สุด
5. มีสวัสดิการในชุมชน เช่นบริการรถ นำส่งผู้สูงอายุไปตรวจสุขภาพ	4.15 (0.74)	มาก
6. ได้รับเงินสวัสดิการจากองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นตรงเวลา	4.33 (0.75)	มากที่สุด
ภาพรวมด้านเศรษฐกิจและสังคม	4.20 (0.73)	มาก
ความพึงพอใจในภาพรวม	4.16 (0.74)	มาก

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 60-74 ปี มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้ ผู้สูงอายุจึงมีการรับรู้ระดับคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่ง Flanagan⁴ ระบุว่าองค์ประกอบที่สำคัญของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี คือความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน มีความผาสุกด้านร่างกายและวัตถุ ความผาสุกด้านวัตถุรวมถึงการเงิน และความปลอดภัย เช่น มีอาหารดี มีที่อยู่อาศัย มีสุขภาพแข็งแรงปราศจากโรค⁴ ส่วนด้านสุขภาพจิต พบว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับมาก โดยรู้สึว่าตนเองมีคุณค่าต่อลูกหลานและคนอื่นๆ มีความมั่นใจในตนเอง และรับรู้ว่าจะสามารถตัดสินใจเรื่องใดๆ ได้ด้วยตนเอง ซึ่งการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้

เรื่องราวต่างๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิตและความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต จะมีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค⁴ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ที่มีการรับรู้ต่อตนเองในเชิงบวก จึงทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับสูง

สำหรับความต้องการต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต ในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะด้านสวัสดิการ เบี้ยยังชีพ สวัสดิการจากภาครัฐ เช่น การรักษาฟรี การมีช่องทางบริการเฉพาะผู้สูงอายุ ความต้องการพัฒนาด้านอาชีพ ด้านความสะดวกในการเข้ารับบริการในหน่วยงานด้านสุขภาพ และด้านความสะดวกของการใช้บริการรถประจำทาง เช่น มีที่นั่งสำหรับผู้สูงอายุ การสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรง การบริการจากเจ้าหน้าที่ภาครัฐในการจัดช่องทางบริการพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ ด้านการส่งเสริมสถาบันครอบครัวต่อการดูแลผู้สูงอายุ และความต้องการให้มีผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งจะเห็นได้ว่า ส่วนใหญ่เป็นรัฐสวัสดิการที่ควรจัดให้กับผู้สูงอายุ ในขณะที่ครอบครัวและชุมชน ควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุเช่นกัน⁵ สอดคล้องกับการศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจการดูแลโดยครอบครัว⁶ และแรงสนับสนุนจากชุมชน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กรณีศึกษาจังหวัดพระนครศรีอยุธยา⁷ โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ตัวประกอบ และการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านความพอใจ พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน สามารถอธิบายการแปรผันคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านต่างๆ 5 ด้านข้างต้นได้ร้อยละ 33.8, 9.7, 13.2, 17.9 และ 9.3 ตามลำดับ โดยตัวแปรอิสระ 12 ตัว (เพศ อายุ รายได้ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ การพึ่งตนเอง การได้รับการเกื้อหนุน การมีบทบาทสภาพแวดล้อมที่บ้าน การมีกิจกรรมในชุมชน สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และข้อมูลข่าวสาร) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงเป็นการบ่งชี้ที่ชัดเจนขึ้นว่า ทั้งครอบครัวและชุมชน

ล้วนมีความสำคัญถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ส่วนแนวทางส่งเสริมคุณภาพชีวิตตามคำว่า **พรหม** ที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแนวทางที่บ่งชี้ว่า การพัฒนาอาชีพ การรักษาสุขอนามัย ความเอาใจใส่ของครอบครัว และการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุ และต้องมีการเตรียมพร้อมด้านต่างๆ เช่น สุขภาพ รายได้ เป็นต้น ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ดังการวิจัย ศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยบุคคล ครอบครัว และชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา⁷ ผลการวิจัยพบว่า แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ต้องการในระดับบุคคล ประกอบด้วยการเตรียมเรื่องความรู้และการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพตั้งแต่วัยเด็กต่อเนื่องถึงวัยสูงอายุ การเตรียม เรื่องการเงินโดยการออมเงินหรือการสะสมเงินเข้ากองทุนตั้งแต่วัยทำงาน เพื่อเอื้อต่อการเป็นผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งตนเองได้ และการเป็นผู้สูงอายุที่กระฉับกระเฉงเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน ส่วนในระดับครอบครัวนั้น บุตรหลานควรมีความกตัญญูให้ความรักความอบอุ่น ให้การเลี้ยงดูเกื้อหนุนช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่ สมาชิกในครอบครัวควรมีความรู้และการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ เพื่อสามารถให้คำแนะนำข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์กับผู้สูงอายุ ปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่บ้าน และปฏิบัติต่อผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม อีกทั้งสนับสนุนและส่งเสริมผู้สูงอายุให้ยังคงมีบทบาท และเข้าร่วมกิจกรรมทั้งในครอบครัวและชุมชน สำหรับในระดับชุมชน ควรเน้นหลักการชุมชนเข้มแข็ง ประกอบด้วยการสนับสนุนและกระตุ้นผู้นำชุมชนและประชาชนให้ร่วมกันคิดร่วมกันสร้างกิจกรรม ตามความต้องการ และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ โดยอาศัยภูมิปัญญาและทรัพยากรท้องถิ่น การเป็นแบบอย่างที่ดี เน้นการทำงานเชิงรุกในการพัฒนาองค์ความรู้และความร่วมมือกันดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ในขณะที่การห่วงใยและเอาใจใส่ของบุตรหลาน เป็นการแสดงความเอาใจต่อผู้สูงอายุในครัวเรือน เช่น การจัดหาอาหารให้ การนำไปตรวจรักษาสุขภาพ การพูดคุย การประพฤติปฏิบัติตัวที่ไม่ทำให้ผู้สูงอายุเป็นห่วงและไม่สบายใจ สอดคล้องกับการศึกษาการปฏิบัติกิจกรรม การสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจ ซึ่งกล่าวได้ว่าการได้รับความรัก ความห่วงใย และการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวในระดับมากก็จะส่งผลถึงความผาสุกของผู้สูงอายุในระดับมากเช่นกัน⁶

นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวยังส่งผลถึงการมีสุขภาพกายที่ดี ดังการศึกษาของนาริรัตน์ เชื้อสูงเนิน⁸ และนาริรัตน์ จิตรมนตรี และคณะ⁹ พบว่าผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่มีความพร้อมต่อการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันความรู้สึกเสียใจ การสร้างความสุข การสร้างความรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์ การส่งเสริมให้ฝึกสัมพันธ์ทางสังคม และการดูแลสุขภาพทางจิตวิญญาณ การดูแลบนพื้นฐานของความรัก ความห่วงใย ความกตัญญู เป็นรูปแบบที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว และมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ส่วนการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุนั้น กล่าวได้ว่ามีความจำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทั้งการมีระบบสนับสนุนที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ การมีทุนทางสังคม และการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ที่มีการกำหนดให้มีการจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุในด้านต่างๆ เช่น การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ การประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพ ที่เหมาะสม การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะหรือการบริการสาธารณะอื่น เป็นต้น ดังนั้นอาจนำแนวทางพรหม ไปเป็นหลักการที่นำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท หรือ ในบริบทอื่นๆ

สรุป

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อายุระหว่าง 60-74 ปี มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้ ผู้สูงอายุจึงมีการรับรู้ระดับคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับมากสำหรับความต้องการต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต ในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะด้านสวัสดิการ เบี้ยยังชีพ สวัสดิการจากภาครัฐ เช่น การรักษาฟรี การมีช่องทางบริการเฉพาะผู้สูงอายุ ความต้องการพัฒนาด้านอาชีพ ด้านความสะดวกในการเข้ารับบริการในหน่วยงานด้านสุขภาพ แนวทางส่งเสริมคุณภาพชีวิตตามคำว่า **“พรหม”** ที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแนวทางที่บ่งชี้ว่า การพัฒนาอาชีพ การรักษาสุขอนามัย ความเอาใจใส่ของครอบครัว และการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุ และต้องมีการเตรียมพร้อมด้านต่างๆ เช่น สุขภาพ รายได้ เป็นต้น ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

1) ข้อเสนอแนะต่อการนำไปใช้ประโยชน์

1.1) การศึกษาพบว่าผู้สูงอายุต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตในด้านอาชีพ เพื่อให้มีรายได้ที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พัฒนาชุมชน ควรมีบทบาทในการสร้างเสริมอาชีพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เป็นงานที่สามารถทำได้ที่บ้าน เช่น การแปรรูปอาหาร การทำขนม การแปรรูปสมุนไพร เป็นต้น

1.2) การมีสุขอนามัยให้สมบูรณ์แข็งแรง ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมั่นคง และพึ่งพาตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ซึ่งนำไปสู่การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ดังนั้นหน่วยงานด้านสาธารณสุขควรมีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ในรูปแบบที่หลากหลายเหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ตลอดจนมีการคัดกรองสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ เพื่อจะได้นำไปสู่การตรวจรักษาอย่างถูกต้องทันเวลาที่ ทำให้สามารถดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีในระยะยาวต่อไป

1.3) ผู้ดูแลในครอบครัว ทั้งบุตร หลาน รวมถึงสมาชิกในครอบครัว มีความสำคัญต่อการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งควรให้การสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้แข็งแรง แสดงความรัก ความห่วงใย ยกย่อง และกตัญญู ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีความอบอุ่นใจ ตระหนักในคุณค่าของตน สามารถลดความวิตกกังวล ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเช่นภาวะซึมเศร้าได้ และทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจในความผาสุกและคุณภาพชีวิตที่ดีของตน

1.4) การได้รับสวัสดิการจากภาครัฐหรือชุมชน เป็นอีกแนวทางหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ดังนั้นชุมชนควรมีส่วนร่วมในการกำหนดจัดสวัสดิการ ซึ่งอาจไม่ใช้รูปแบบของเงิน และอาจเป็นกิจกรรม หรือบริการต่างๆ ที่อำนวยความสะดวกต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น การจัดบริการอำนวยความสะดวกในการไปรับบริการตรวจรักษา การจัดอาสาสมัครในชุมชนเพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จัดสวัสดิการในการติดต่อสื่อสารผ่านระบบสื่อออนไลน์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรหลานที่อยู่ห่างไกลกัน เป็นต้น

2) ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

2.1) ควรศึกษารูปแบบการจัดสวัสดิการของชุมชน

ให้กับผู้สูงอายุทั้งในชนบทและชุมชนเมือง

2.2) ควรศึกษาแนวทางการจัดการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

2.3) ควรศึกษาการจัดการองค์ความรู้ของผู้ดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

2.4) ควรศึกษารูปแบบการจัดอาสาสมัครในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนทั้งในชนบทและชุมชนเมือง

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ตามวัตถุประสงค์ด้วยความอนุเคราะห์และความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ที่ให้ความร่วมมือในการสำรวจ และสัมภาษณ์ เพื่อหาแนวทางพัฒนาคุณภาพชีวิต ขอขอบคุณประธานชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่อนุเคราะห์พื้นที่ในการศึกษาและอำนวยความสะดวกในการดำเนินงาน

เอกสารอ้างอิง

1. กองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ระยะ 10 ปี (พ.ศ.2555-2564). กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2554.

2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย 2551-2553. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2553.

3. สมศักดิ์ ชุนหรัศมี . สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2551. กรุงเทพฯ: คิวพีจำกัด; 2552.

4. Flanagan, J.C. Measurement of quality of life index for patient with cancer. Oncology Nursing Forum 1982;17:15-21.

5. มานพ นักการเรือน. พระพุทธศาสนากับแนวคิดเรื่องคุณภาพชีวิต [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 29 มีนาคม 2555]. เข้าถึงได้จาก: <http://src.ac.th/web/index.php?option=content&task=view&id=976>.

6. Srimuang Paluangrit, Frits van Griensven, Kua Wongboonsin. Improvement of the Quality of Life of the Elderly through Individual Empowerment, Family Care and Community Support: The Case of Phra Nakhon Si Ayutthaya Province, Thailand. Journal of Population and Social Studies 2006; 14(2); January-June.

7. ศรีเมือง พลึงฤทธิ์. แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยบุคคล ครอบครัว และชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา: การศึกษาเชิงคุณภาพ. ว. ประชากรศาสตร์; 2550:23(2):67-84.

8. นาริรัตน์ เชื้อสูงเนิน. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติกิจกรรมการสนับสนุนจากครอบครัวกับความพึงพอใจของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.

9. นาริรัตน์ จิตรมนตรี, วิไลวรรณ ทองเจริญ, สาวิตรี ทยานศิลป์. ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2552.