

## ผู้สูงอายุไทย บริบทของจังหวัดมหาสารคาม

สมพร โปธินาม<sup>1</sup>, พิศ แสนศักดิ์<sup>1</sup>, จงกล พูลสวัสดิ์<sup>1</sup>, วิรัตน์ ปานศิลา<sup>2</sup>, ชนิศา ปานศิลา<sup>3</sup>, ชนัตตา พลอยล้อมแสง<sup>4</sup>, สิริตรี สุทธิจิตต์<sup>4</sup>, เทพลักษณ์ สิริธนะวุฒิชัย<sup>1</sup>, ณัฐจารณ์ พิชัยณรงค์<sup>2</sup>

<sup>1</sup>คณะแพทยศาสตร์ <sup>2</sup>คณะสาธารณสุขศาสตร์ <sup>3</sup>สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองมหาสารคาม <sup>4</sup>คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม อ.เมือง จ.มหาสารคาม 44000

## Thai-elderly; Mahasarakham Province Context

Somporn Pothinam<sup>1</sup>, Phit Saensak<sup>1</sup>, Jongkol Poonsawat<sup>1</sup>, Wirat Pansila<sup>2</sup>, Chanisa Pansila<sup>3</sup>, Chanuttha Ploylearmsang<sup>4</sup>, Siritree Suttajit<sup>4</sup>, Teabpaluck Sirithanawuttichai<sup>1</sup>, Natchaporn Pichinarong<sup>2</sup>  
Faculty of <sup>1</sup>Medicine, <sup>2</sup>Public Health, <sup>3</sup>Muang Mahasarakham Public Health, <sup>4</sup>Faculty of Pharmaceutical Sciences, Mahasarakham University, Mahasarakham, 44000 Thailand.

**หลักการและวัตถุประสงค์:** ในปัจจุบัน ผู้สูงอายุไทยมีจำนวนและอายุเฉลี่ยมากขึ้น ผลจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว กระทั่งต่อโครงสร้างประชากร ภาวะพึ่งพิง ระบบบริการสุขภาพ จังหวัดมหาสารคามเป็นจังหวัดหนึ่ง ที่ประสบกับการเปลี่ยนแปลงของจำนวนผู้สูงอายุเช่นกัน การทบทวนเอกสารช่วยให้เกิดองค์ความรู้ เข้าใจ และเห็นช่องว่างของงานวิจัยต่างๆ ที่ดำเนินการผ่านมา เพื่อทบทวนการศึกษาวิจัยในผู้สูงอายุจังหวัดมหาสารคาม รวม 6 ด้าน คือ ข้อมูลทั่วไป ครอบครัวกับผู้สูงอายุ ศักยภาพการมีส่วนร่วมกับครอบครัว ชุมชน และสังคม คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ความสุขของผู้สูงอายุรวมถึงระบบสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุ

**วิธีการศึกษา:** เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง โดยรวบรวมผลการวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในจังหวัดมหาสารคาม ทุกเรื่องในปี พ.ศ. 2550 ซึ่งมีจำนวน 6 เรื่อง จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

**ผลการศึกษา:** ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นหญิงหม้าย จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา มีรายได้ในระดับต่ำและมีหนี้สิน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้จากบุตรหลานและเงินสงเคราะห์จากผู้สูงอายุ นอกจากนี้พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุเป็นโรคเรื้อรัง ด้านบริบทของผู้สูงอายุต่อครอบครัวพบว่า ร้อยละ 70.9 เป็นหัวหน้าครอบครัวโดยมีบทบาทในครอบครัวระดับปานกลาง แต่ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีศักยภาพในระดับสูงและเป็นผู้ที่มีความสามารถในด้านของการเป็นผู้นำ ด้านการอนุรักษ์วัฒนธรรมประเพณีของภาคอีสาน รวมถึง ทัศนคติและการสอน ด้านคุณภาพชีวิตพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดมหาสารคามส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ผู้สูงอายุรับรู้คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจในชีวิตและสุขภาพทั่วไปอยู่ใน

**Background and Objectives:** At present, elderly Thais rapidly grow both in number and longevity of life which effect Thai population structure, dependent ratio, and health services system. Mahasarakham province, no doubt has been confronted these problems. The Mahasarakham elderly studies review the relevance to understanding the elderly in Mahasarakham context including the exploration of research gaps and strategy in regards to health improving among the elderly. To review Mahasarakham elderly studies we divided into 6 parts; (1) general information, (2) elderly and their family, (3) the elderly potential, (4) quality of life, satisfaction and factors related, (5) the elderly happiness and (6) the elderly social welfare.

**Methods:** Cross-sectional descriptive study by reviewing all of Mahasarakham elderly studies in 2007 in Faculty of Medicine, Mahasarakham University. Total studies were 6 parts which all of these are cross-sectional study.

**Results:** Most of the elderly are female, widow, completed primary school, had low income since the childhood by government standard. Most of the elders perceived their health status as moderate level and more than half of the elders had chronic diseases. However, there were 70.9% of all elderly samples who were family leaders and their family role were moderate level. This study found the elderly were highly respected in cultural Thai level, especially in the areas of Thai culture, Thai and E-san tradition and handicrafts. This study also found the elderly perceived their quality of life and life satisfaction as in good level, factors related were community participation,

เกณฑ์ดีมาก ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต คือการมีส่วนร่วมในสังคม ชุมชน และครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การเห็นคุณค่าในตัวเอง รวมถึงรายได้ เมื่อพิจารณาด้านความสุขพบว่าผู้สูงอายุมีระดับของความสุขในระดับสูงเช่นกัน ปัจจัยที่มีผลต่อความสุข คือ การเห็นคุณค่าในตัวเอง ระดับการศึกษา การเป็นสมาชิกชมรมต่างๆ และมีการเข้าร่วมชมรมในชุมชนของตนเอง และจำนวนสมาชิกในครอบครัว ในด้านของการรับรู้สวัสดิการของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุ มีความเข้าใจในด้านการได้รับเบี้ยยังชีพ และสิทธิการรักษาพยาบาลในระดับดี ผู้สูงอายุในเขตชนบท และส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือด้านการเงิน และสุขภาพ

**สรุป:** มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุจังหวัดมหาสารคาม มีโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุมีศักยภาพสูงและมีคุณภาพชีวิตดี มีความพึงพอใจในชีวิต มีความสุขในระดับที่สูง ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่สำคัญ คือ การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชน การรับรู้ทางสวัสดิการสังคมด้านอื่นๆ ในผู้สูงอายุในเขตชนบทมากขึ้น

family relationship, health status, self esteem. The same as happiness level, the elderly perceived happiness level as high level, factors related were self esteem. education level, community club member, community participation and number of family member. Besides, the elderly perceived their social welfare in part of government living allowance and health insurance as high as well. This study also found urban elderly perceived the social welfare level better than rural elderly. Most of the elderly needs social welfare in aspects of financial and health support.

**Conclusion:** Even through more than half of Mahasarakham elderly have chronic diseases, this study found the elderly potentially perceived their quality of life, life satisfaction, and happiness as in high level and important factors related such as community participation were satisfactory. The elderly perceived well of social welfare in respects to government living allowance and health insurance. Improving the elderly health is needed to explore as well as educate the elderly in the area of social welfare especially among rural elderly.

**Keywords:** Thai-elderly, quality of life

ศรีนครินทร์เวชสาร 2552; 24(3): 197-205 • Srinagarind Med J 2009; 24(3): 197-205

### บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรวัยสูงอายุในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา เป็นไปตามการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลก ประเทศไทย มีจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้น สัดส่วนของผู้สูงอายุจะเพิ่มจากร้อยละ 7.2 ในปี พ.ศ. 2533 เป็นร้อยละ 9.2 ในปี พ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 11.5 ในปี พ.ศ. 2553 และ เป็นร้อยละ 15.3 ในปี พ.ศ. 2562 การที่จำนวนผู้สูงอายุ 60 ปี มีมากกว่าร้อยละ 10 ของจำนวนประชากรนี้สังคมไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) ซึ่งหมายความว่า จะต้องมีการเตรียมการเพื่อรับกับสถานการณ์ดังกล่าว<sup>1</sup>

สาเหตุสำคัญที่ทำให้ ผู้สูงอายุ มีจำนวนเพิ่มขึ้นนั้นเนื่องมาจาก ความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งการกระจายบริการด้านสาธารณสุข และจากนโยบายการวางแผนครอบครัวที่ส่งผลทำให้อัตราการเจริญพันธุ์ของประชากรลดลงทำให้อัตราส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและมีอายุยืนยาวขึ้น<sup>1</sup>

การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุทั้งจำนวนและมีอายุที่ยืนยาวขึ้นนี้มีผลกระทบต่อโครงสร้างประชากรไทย โดยเฉพาะอัตราการพึ่งพิงของวัยสูงอายุ (Aging Dependency Ratio) และอัตรา

การเกื้อหนุนผู้สูงอายุ (Potential Support Ratio) สำหรับอัตราพึ่งพิงของวัยผู้สูงอายุประเทศไทยพบว่า แนวโน้มของอัตราการเป็นภาระของประชากรสูงอายุ เมื่อเทียบกับวัยแรงงานมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10 ในปี พ.ศ. 2505 เป็นร้อยละ 19.6 ในปี พ.ศ. 2553 และเป็น 29.6 ในปี พ.ศ. 2562<sup>2</sup> ในด้านของ อัตราการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ (Potential Support Ratio) พบว่า มีอัตราส่วนที่ลดลง กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2503 มีคนวัยแรงงาน 11 คน ที่ช่วยอุปการะผู้สูงอายุ 1 คน อัตราส่วนนี้ลดลงอย่างต่อเนื่องมาเป็น 6:4 คน ในปี พ.ศ. 2549 และในอีก 30 ปีข้างหน้า ผู้สูงอายุไทยแต่ละคนจะมีวัยแรงงานที่จะดูแลเกื้อหนุนเพียง 2 คน<sup>2,3</sup>

นอกจากนี้ ผลจากการเพิ่มของจำนวนและการมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นของผู้สูงอายุไทย กระทบต่อการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจ และทรัพยากรโดยเฉพาะทรัพยากรทางด้านสุขภาพ เมื่อเกิดปัญหาทางสุขภาพขึ้น จำเป็นจะต้องมีการวางแผนกิจกรรม ในการดูแลผู้สูงอายุให้ดีและมีประสิทธิผลสูงสุด

จังหวัดมหาสารคาม ตั้งอยู่ตอนกลางของภาคภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีชนหลายเผ่า เช่น ชาวไทยพื้นเมืองพูดภาษาอีสาน ชาวไทยญ้อและชาวผู้ไท ประชาชนส่วนใหญ่นับถือพระพุทธศาสนาปฏิบัติตามขนบธรรมเนียมจารีตประเพณี

“อีตสิบสอง” (จารีตประเพณีประจำ 12 เดือน ที่สมาชิกในชุมชน ได้มีโอกาสร่วมชุมนุมกันทำบุญเป็นประจำเดือนในทุกๆ เดือนของรอบปี) และ ประกอบอาชีพด้านกสิกรรมเป็นส่วนใหญ่ ใช้ชีวิตอย่างเรียบง่ายมีการไปมาหาสู่กัน ช่วยเหลือพึ่งพาอาศัยกันตามแบบของคนอีสานทั่วไป การปกครองแบ่งออกเป็น 13 อำเภอ 133 ตำบล 1,804 หมู่บ้าน<sup>4</sup> ในส่วนของประชากรผู้สูงอายุจังหวัดมหาสารคาม พบว่า ร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุ มีจำนวนเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 3.45 (17,229 คน) ในปี 2503 มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 3.89 (28,521) ในปี 2523 และ มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 7.39 (71,213) ในปี 2542 ตามลำดับ ดังนั้นในขณะที่ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วนี้ องค์ความรู้ทางด้านสุขภาพ และบริบทอื่นๆ จึงควรจะได้มีการศึกษา เพื่อหาแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพพัฒนาในกลุ่มผู้สูงอายุ ตลอดจนหาแนวทางแก้ไขปัญหามาในปัจจุบันและปัญหาที่เกิดขึ้นได้ในอนาคต<sup>5</sup>

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อรวบรวมองค์ความรู้ สรุปบทเรียน ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม และหาแนวทางในการที่จะพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ รวมถึงศึกษาช่องว่างของงานวิจัยต่างๆ ที่ได้ดำเนินการมาแล้วเพื่อที่จะได้ทำการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นอื่นๆ

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

การทบทวนเอกสารครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อทบทวนการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุในจังหวัดมหาสารคาม จากการศึกษาวิจัยในปี 2550 จำนวน 6 ประเด็น ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ครอบครัวกับผู้สูงอายุ ศักยภาพการมีส่วนร่วมกับครอบครัว ชุมชน และสังคม คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ความสุขของผู้สูงอายุ รวมถึงระบบสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุ

### วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง ณ ช่วงเวลาใด เวลาหนึ่ง (cross sectional descriptive study) ซึ่งใช้การศึกษาทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ โดยรวบรวมผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในจังหวัดมหาสารคามจำนวน 6 เรื่อง ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในจังหวัดมหาสารคาม ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป

### ผลการศึกษา

สามารถจำแนกประเด็นการศึกษาได้จำนวน 6 ประเด็นดังต่อไปนี้

#### 1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุมหาสารคาม จากประชากรตัวอย่างในผู้สูงอายุ จังหวัดมหาสารคาม

จำนวน 1,200 คน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เป็นหญิง (ร้อยละ 69.4) อายุเฉลี่ย 69.86 (SD 7.10) ระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 93.3) พักอาศัยในบ้านของตนเอง (ร้อยละ 91.7) มีผู้อาศัยเฉลี่ยในบ้าน 4 คน นอกจากนี้ พบว่า โดยเฉลี่ยผู้สูงอายุมีรายได้ต่อเดือน 1,992 บาท ส่วนใหญ่มีหนี้สิน (ร้อยละ 73.8) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 59.5)<sup>6</sup> ที่มาของรายได้ คือ บุตร หลาน และเงินสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ค่าใช้จ่ายที่ผู้สูงอายุ ต้องรับผิดชอบในครอบครัว คือ ค่าใช้จ่ายภายในบ้าน เช่น ค่าน้ำ ค่าไฟ และค่าใช้จ่ายต่อเดือนที่สูงที่สุด คือ หนี้สิน เช่น หนี้ธนาคาร หนี้บัตรเครดิต เฉลี่ย 3,010.8 บาท ต่อเดือน<sup>7</sup>

#### 2. ครอบครัวกับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีสถานะเป็นหัวหน้าครอบครัวมากที่สุดคิดเป็น (ร้อยละ 70.9) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) เป็นผู้ที่มีรายได้ โดยแหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่มาจากบุตรหลาน/ญาติ (ร้อยละ 63.6) งานบ้านที่ผู้สูงอายุต้องรับผิดชอบในครอบครัวส่วนใหญ่ (ร้อยละ 38.2) เป็นการทำงานบ้าน (ร้อยละ 24.2) ดูแลคนในครอบครัว และไม่มียานบ้านเลยคิดเป็น (ร้อยละ 45.5) ผู้สูงอายุมีแหล่งที่อยู่อาศัยในชุมชนหรือหมู่บ้าน (ร้อยละ 89.7) โดยเป็นบ้านของตนเองทั้งหมด<sup>7</sup> ความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับครอบครัว ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69.4) มีระดับความสัมพันธ์กับครอบครัวที่ระดับปานกลาง ในส่วนของบทบาทและกิจกรรมของผู้สูงอายุในครอบครัว พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.8) มีระดับบทบาทและกิจกรรมของผู้สูงอายุในครอบครัว ในระดับปานกลาง<sup>7</sup>

#### 3. ศักยภาพการมีส่วนร่วมกับครอบครัว ชุมชน และสังคม

ศักยภาพของผู้สูงอายุ ในที่นี้หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุในการจัดการเรื่องต่างๆ เป็นอย่างดี ตั้งแต่การดูแลตนเอง การจัดการครอบครัวและสิ่งแวดล้อมต่างๆ การดูแลครอบครัวและคนรอบข้าง การดูแลชุมชน และการดูแลสังคม ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุได้แสดงคุณค่าประโยชน์ต่อตนเองและบุคคลอื่นๆ พบว่า ครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุมหาสารคาม มีศักยภาพในการดูแลตนเองได้ดี และยังสามารถช่วยเหลือผู้อื่น เช่น คนในครอบครัว เพื่อนบ้าน และชุมชน ได้อีกด้วย ในขณะที่ ประมาณร้อยละ 10 มีศักยภาพในการดูแลตนเอง แต่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ และหนึ่งในสี่ของผู้สูงอายุ มีศักยภาพในการดูแลตนเองต่ำ คือ ต้องการการช่วยเหลือจากครอบครัว หรือบุคคลอื่นๆ<sup>6</sup> นอกจากนี้ ผู้สูงอายุมีความสามารถพิเศษในระดับการเป็นผู้นำกิจกรรมต่างๆ โดยพบว่า เกือบร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุ มีความสามารถในด้านการอนุรักษ์ วัฒนธรรม ประเพณีของภาคอีสาน การออกกำลังกาย และด้านหัตถกรรม และมีเพียงประมาณ ร้อยละ 10 ที่มีความสามารถด้านภูมิปัญญา พื้นบ้าน เช่น การลำพญา<sup>6</sup>

ในส่วนของการมีส่วนร่วมกับครอบครัว ชุมชน และสังคม พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมสูงสุดในกิจกรรมร่วมกับครอบครัว รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน แต่ในชมรมที่เป็นสมาชิก หรือการมีส่วนร่วมเป็นวิทยากรในชุมชนอยู่ในระดับต่ำ<sup>6</sup>

**4. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต**

ผู้สูงอายุในจังหวัดมหาสารคาม มีระดับคุณภาพชีวิตสูง<sup>6,8</sup> ผู้สูงอายุรับรู้คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในชีวิต สุขภาพทั่วไป ในเกณฑ์ที่ดีมาก คือ มีคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม<sup>6</sup> ในขณะที่ศึกษาในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมหาสารคาม โดยวัดระดับคุณภาพชีวิตจำแนกในแต่ละองค์ประกอบ และระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับสูงคือด้านสังคม ด้านร่างกาย และด้านจิตใจ ตามลำดับ

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต พบว่า ปัจจัยความจำเป็นพื้นฐานของชีวิต ได้แก่ ลักษณะที่อยู่อาศัย ( $r=-0.018, p=0.011$ ) และการรักษาพยาบาล ( $r=-0.289, p<0.001$ ) ปัจจัยทางด้านครอบครัว ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว ( $r=0.715, p<0.001$ ) และสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ( $r=0.241, p=0.001$ ) และปัจจัยสิ่งแวดล้อมในสังคม ได้แก่ สัมพันธ์ภาพในชุมชน ( $r=0.163, p=0.021$ )<sup>6</sup> ในขณะที่ ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อกำลังใจต่อการทำงานหรืออาชีพของตนเอง สุขภาพทั่วไป รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความคิดเห็นต่อสุขภาพของตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง การมีส่วนร่วมกับครอบครัว ระดับการศึกษา ระดับความพึงพอใจต่อรายได้ของตนเอง ที่อยู่ รวมถึงการมีส่วนร่วมกับชมรมที่เป็นสมาชิก ตามลำดับ<sup>6</sup> โดยทั้ง 13 ปัจจัยนั้นสามารถอธิบายความสุขของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 48.2

**ตารางที่ 1** ระดับการมีส่วนร่วมกับครอบครัว ชุมชน และสังคม ( $n=1,200$ )<sup>6</sup>

ระดับการมีส่วนร่วม	ค่าเฉลี่ย (0-10)	ร้อยละ
1. ระดับการมีส่วนร่วมกับครอบครัว	8.3	2.4
2. ระดับการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลืองาน/ กิจกรรมของชมรมที่เป็นสมาชิก	2.9	3.4
3. ระดับการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลืองาน/ กิจกรรมของชุมชน/ หมู่บ้าน/ ท้องถิ่น	7.4	3.0
4. ระดับการมีส่วนร่วมในการเป็นวิทยากร/ จัดอบรม/ เป็นที่ปรึกษาของชุมชน	2.7	3.9

**ตารางที่ 2** ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในชีวิต ( $n=1,200$ )<sup>6</sup>

ปัจจัย	Unstandardized Coefficients (B)	Standardized Coefficients (β)	p-value	R Square	Adjusted R Square
1. การมีส่วนร่วมกับชุมชน	1.267	0.188	<0.001	0.186	0.186
2. ความพึงพอใจต่อการทำงาน/อาชีพ	2.591	0.268	<0.001	0.289	0.287
3. สุขภาพทั่วไป	0.428	0.141	<0.001	0.363	0.361
4. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	0.001	0.138	<0.001	0.394	0.392
5. ความคิดเห็นต่อสุขภาพตนเอง	4.224	0.151	<0.001	0.421	0.418
6. การเห็นคุณค่าในตนเอง	0.546	0.107	<0.001	0.434	0.430
7. การมีส่วนร่วมกับครอบครัว	1.493	0.152	<0.001	0.444	0.440
8. การศึกษาระดับประถมศึกษา	7.736	0.186	<0.001	0.455	0.451
9. การศึกษาระดับมัธยมศึกษา	11.824	0.104	<0.001	0.462	0.456
10. ระดับความพึงพอใจต่อรายได้	1.515	0.088	0.001	0.469	0.463
11. การอาศัยในนอกเขตเทศบาล	5.496	0.083	0.001	0.474	0.468
12. การสามารถปฏิบัติภารกิจส่วนตัวได้ด้วยตนเอง	0.377	0.073	0.004	0.479	0.472
13. การมีส่วนร่วมกับชมรม	4.622	0.064	0.011	0.482	0.475

ค่าคงที่ (constant) = 40.616,  $R^2 = 48.2\%$

การรับรู้ความพึงพอใจต่ออาชีพการงาน และครอบครัว การเห็นคุณค่าในตนเอง (self esteem) ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ (Emotional Control) ภาวะสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ มีคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเอง 30.1 จากคะแนนเต็ม 40 คะแนน ความสามารถในการควบคุมตนเอง มีคะแนนเฉลี่ย 38.5 จากคะแนนเต็ม 50 คะแนน โดยเฉพาะคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในชีวิต และ สุขภาพทั่วไป ของผู้สูงอายุ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 170.3 คะแนน และ 95.3 หรือร้อยละ 81 และร้อยละ 85 ของคะแนนเต็ม ตามลำดับ ในขณะที่คะแนนด้านความพึงพอใจในชีวิตครอบครัว และในอาชีพการงาน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.83 และ 11.0 คะแนน หรือคิดเป็นร้อยละ 70 ของคะแนนเต็ม นอกจากนี้ ในด้านของระดับความสุข พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนความสุขเฉลี่ย คิดเป็น 79.4 คะแนน<sup>6</sup>

### 5. ความสุขของผู้สูงอายุ

เมื่อนำข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุทั้งปัจจัยภายในและภายนอกมาเป็นตัวแปรอิสระในการศึกษาหาปัจจัยที่มีผลต่อความสุขของผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสุขของตัวของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดมหาสารคาม คือ การเห็นคุณค่าในตนเอง ระดับการศึกษา การเป็นสมาชิกชมรมต่างๆ และการมีส่วนร่วมในชมรมในชุมชนของตนเอง

รวมถึงจำนวนสมาชิกในครอบครัวตามลำดับ โดยทั้ง 9 ปัจจัยนั้นสามารถอธิบายความสุขของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 42.36 (ตารางที่ 4)

### 6. สวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุ

จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 331 คน พบว่า ความคิดเห็นและการรับรู้เกี่ยวกับระบบสวัสดิการของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเห็นด้วยมากที่สุด กับการที่รัฐควรเพิ่มเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุให้มากขึ้นตามสภาพเศรษฐกิจปัจจุบัน ( $\bar{x}=3.82$ ) รองลงมาคือการเห็นด้วยกับการที่ผู้สูงอายุทุกคนควรได้รับเบี้ยยังชีพโดยมีเงื่อนไขและรัฐควรมีการจัดระบบสวัสดิการให้ผู้สูงอายุทุกคน ( $\bar{x}=3.79$ ) ในส่วนของการรับรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับระบบสวัสดิการ พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้มากที่สุดว่า ปัจจุบันมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลสวัสดิการให้ผู้สูงอายุ ( $\bar{x}=3.27$ ) รองลงมาคือ การรับรู้ว่ารัฐได้ถ่ายโอนการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุให้องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ตนเองเป็นผู้รับผิดชอบแล้ว และการรับรู้ที่น้อยที่สุดคือ เรื่องว่าปัจจุบันผู้สูงอายุมีกฎหมายคุ้มครองการส่งเสริมและการสนับสนุนต่อสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ ( $\bar{x}=2.19$ )<sup>9</sup>

ตารางที่ 3 ข้อมูลตัวแปรสำคัญในการศึกษาของผู้สูงอายุ<sup>6</sup>

ข้อมูล	ค่าเฉลี่ย, SD
1. การเห็นคุณค่าในตนเอง (คะแนนระหว่าง 4-40)	30.1, 3.89
2. ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ (คะแนนระหว่าง 5-50)	38.5, 3.86
3. การรับรู้คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในชีวิต (คะแนนระหว่าง 0-210)	170.3, 20.82
4. ความพึงพอใจในชีวิตครอบครัว (คะแนนระหว่าง 2-17)	9.83, 1.34
5. ความพึงพอใจในอาชีพ การงาน (คะแนนระหว่าง 3-16)	11.3, 1.90
6. สุขภาพทั่วไป (คะแนนระหว่าง 28-112)	95.3, 6.64
7. ความสุข (คะแนนระหว่าง 0-100)	79.4, 17.11

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขของผู้สูงอายุ (n=1,200)<sup>6</sup>

ปัจจัย	Unstandardized Coefficients (B)	Standardized Coefficients (β)	p-value	R Square	Adjusted R Square
1. การเห็นคุณค่าในตนเอง	0.690	0.150	<0.001	0.129	0.128
2. การศึกษาระดับประถมศึกษา	-17.593	-0.444	<0.001	0.236	0.234
3. ความพึงพอใจในชีวิตครอบครัว	3.276	0.234	<0.001	0.313	0.311
4. สุขภาพทั่วไป	0.519	0.194	<0.001	0.358	0.355
5. การศึกษาระดับมัธยมศึกษา	-20.906	-0.204	<0.001	0.393	0.391
6. การรับรู้คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในชีวิต	0.165	0.186	<0.001	0.411	0.408
7. การเป็นสมาชิกชมรม	0.491	0.055	0.019	0.414	0.411
8. การมีส่วนร่วมกับชมรม	-0.650	-0.134	<0.001	0.417	0.413
9. จำนวนสมาชิกในครอบครัว	4.116	0.121	<0.001	0.423	0.418

ค่าคงที่ (Constant) = -39.657, R<sup>2</sup> = 42.3%

**ความต้องการด้านสวัสดิการของผู้สูงอายุ** พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการมากที่สุดในเรื่อง ต้องการให้รัฐจ่ายเบี้ยยังชีพให้ผู้สูงอายุทุกคนโดยไม่มีเงื่อนไข ( $\bar{x}=3.84$ ) รองลงมาคือ ความต้องการให้รัฐจัดสวัสดิการให้ผู้สูงอายุทุกคนให้มากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ( $\bar{x}=3.80$ )<sup>9</sup>

นอกจากนี้ จากการสนทนากลุ่ม จากตัวแทนของกลุ่มผู้สูงอายุในบริบทของชุมชนเมือง เทศบาล ตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) จำนวน 6 ครั้ง จำนวนผู้สูงอายุที่เข้าร่วมสนทนาทั้งสิ้น 58 คน พบว่า

**ความรู้ เข้าใจ หรือเคยได้ยินเกี่ยวกับระบบสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ** ผู้สูงอายุจากชุมชนเมืองส่วนมากตอบว่า ได้ทราบว่ามีสวัสดิการเบี้ยยังชีพ การรักษาพยาบาล มีการให้สวัสดิการการโดยสารรถยนต์ การเข้าไปเที่ยวพักผ่อนตามแหล่งท่องเที่ยวและโบราณสถานโดยไม่ต้องเสียเงินสำหรับ ผู้สูงอายุจากบริบทชุมชนเทศบาล ตำบล ตอบว่า ทราบว่ามีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล การจ่ายเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ การให้สวัสดิการโดยสารรถยนต์ รถไฟ และเครื่องบินราคาพิเศษ และผู้สูงอายุจากองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ตอบว่า ไม่ค่อยทราบเรื่องสวัสดิการของผู้สูงอายุนอกจากเรื่องเบี้ยยังชีพ และการรักษาพยาบาลที่ไม่ต้องเสียเงิน<sup>9</sup>

**ประสบการณ์ การเคยได้รับสวัสดิการสังคม** ผู้สูงอายุจากชุมชนเมืองส่วนมาก ตอบว่า ได้รับสวัสดิการเบี้ยยังชีพ การรักษาพยาบาล การไปเที่ยวสถานที่สำคัญโดยไม่ต้องเสียเงินค่าเข้าชม การโดยสารรถ และเครื่องบิน การดูแลเอาใจใส่จากเทศบาลในวันสำคัญต่างๆ ผู้สูงอายุจากชุมชนเทศบาล ตำบลตอบว่า ได้รับสวัสดิการเบี้ยยังชีพการรักษาพยาบาล การไปเที่ยวสถานที่สำคัญโดยไม่ต้องเสียเงินค่าเข้าชม การดูแลเอาใจใส่จากเทศบาลในวันสำคัญต่างๆ และผู้สูงอายุจากบริบท องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ตอบว่า การได้รับสวัสดิการเบี้ยยังชีพ การรักษาพยาบาล การดูแลเอาใจใส่จากผู้นำชุมชนในวันสำคัญต่างๆ<sup>9</sup>

## วิจารณ์

จากการทบทวนเอกสาร พบว่า ปัจจุบันผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนมากกว่าชาย ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของผู้สูงอายุไทย<sup>2</sup> ที่พบว่า ประชากรสูงอายุของไทยมีสัดส่วนเป็นหญิงมากกว่าชาย โดยในผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) มีสัดส่วนลดลงขณะที่ผู้สูงอายุวัยกลางคน (70-79 ปี) มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นโดยอายุยิ่งสูงขึ้น สัดส่วนของผู้สูงอายุหญิงจะมากขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจาก อายุขัยเฉลี่ยของผู้สูงอายุหญิงมากกว่าผู้ชาย นอกจากนี้ จากการทบทวนเอกสารยังพบว่า ผู้สูงอายุมหาสารคามส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสเป็นหม้าย และ

มีสถานะในครอบครัวสูงสุด คือ เป็นหัวหน้าครอบครัว และพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีการศึกษา ในระดับประถมศึกษา เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทย พบว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุไทย ไม่ได้รับการศึกษา และส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่อายุมาก (70 ปี ขึ้นไป)<sup>10</sup>

ด้านรายได้ของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ อยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษา ในผู้สูงอายุไทย ที่พบว่า ผู้สูงอายุไทย มีรายได้ประมาณ 800 บาทถึง 10,000 บาท ผู้สูงอายุหญิงจะมีรายได้ต่ำกว่าชาย<sup>10</sup> แหล่งที่มาของรายได้ คือ ผู้สูงอายุเองและลูกหลาน รายจ่ายคือ ช่วยเหลือครอบครัว และบางคนมีหนี้สินที่ต้องชำระ ช่วยเหลือบุตรหลาน นอกจากนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประมาณ ร้อยละ 78.6 มีความเครียด อันเนื่องมาจากภาระหนี้สิน ที่เกิดขึ้นในครอบครัว<sup>10-12</sup>

ด้านสุขภาพ พบว่า โรคเรื้อรัง หรือโรคที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ จังหวัดมหาสารคาม คือ มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 59.5)<sup>6</sup> ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าสูงอายุไทยทั้งประเทศ กล่าวคือ ประมาณร้อยละ 49 ของผู้สูงอายุไทย มีโรคประจำตัว<sup>10</sup> และสัดส่วนของโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุชายจะต่ำกว่าผู้สูงอายุหญิง กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2549 ผู้สูงอายุชายมีสัดส่วนของโรคเรื้อรัง หรือโรคประจำตัว ร้อยละ 41.4 ผู้สูงอายุหญิง ร้อยละ 53.3 กลุ่มโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวที่ผู้สูงอายุเป็นสูงสุด คือ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคต่อมไทรอยด์ โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นและกระดูก โรคระบบทางเดินอาหาร และโรคระบบทางเดินหายใจ<sup>2</sup>

ผู้สูงอายุไทยมีบทบาทอย่างมาก ต่อครอบครัว เป็นทั้งผู้รับและผู้ให้ ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ<sup>10</sup> จากการทบทวนเอกสาร พบว่าในด้านบทบาทของผู้สูงอายุต่อครอบครัว บทบาทและกิจกรรมของผู้สูงอายุในครอบครัว และผลกระทบของผู้สูงอายุที่มีต่อเศรษฐกิจของครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากสังคมภาพรวมของจังหวัดมหาสารคามยังเป็นแบบพึ่งพา - พึ่งพา และยังมีผู้สูงอายุเป็นแกนหลักของครอบครัว มีกิจกรรมต่างๆ เท่าที่สามารถทำได้ ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุเองก็มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ผู้สูงอายุเองเป็นผู้ที่มีรายได้น้อยดังนั้น ผลกระทบของผู้สูงอายุต่อระดับเศรษฐกิจ จึงอยู่ในระดับไม่มากนัก<sup>7</sup>

ศักยภาพของผู้สูงอายุมหาสารคามอยู่ในระดับดี และยังสามารถช่วยเหลือบุคคลอื่นๆ ได้ด้วย โดยเฉพาะศักยภาพและความสามารถพิเศษในระดับผู้นำกิจกรรมต่างๆ พบว่า เกือบร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุ มีความสามารถในด้านการอนุรักษ์ วัฒนธรรม ประเพณีของภาคอีสาน การออกกกำลังกาย

และด้านหัตถกรรม นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้สูงอายุมีระดับของการมีส่วนร่วมในครอบครัวมากที่สุด รองลงมา คือ ชุมชนและสังคม จากการศึกษาผู้สูงอายุในประเทศเนเธอร์แลนด์ที่ได้รับการสนับสนุน ดูแลจากครอบครัวเป็นอย่างดี จะสามารถพัฒนาในการดูแลตนเองและช่วยเหลือครอบครัวและชุมชนได้มาก ส่งผลต่อความภาคภูมิใจในตนเอง นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุ ช่วยลดอัตราการตาย และ cognitive function impairment การมีส่วนร่วมในสังคมจะแตกต่างกันไปตามลักษณะกิจกรรม เพศ บทบาทในสังคม<sup>12</sup>

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมหาสารคามอยู่ในระดับสูง<sup>6,8</sup> ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในสังคม ชุมชน และครอบครัว สัมพันธภาพ ในครอบครัว สุขภาพ การเห็นคุณค่าในตนเองและรายได้ ในด้านของปัจจัยทางด้านสุขภาพนั้น พบว่า สอดคล้องกับการศึกษา ในต่างประเทศ จะเห็นได้จากการรับรู้ภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กิจกรรมในชีวิตประจำวัน และการออกกำลังกาย มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเกาหลี<sup>13</sup> ปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใน Chengdu<sup>14</sup> การที่จะส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ นั้น ทำได้โดยการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคเรื้อรัง และภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น<sup>15</sup> นอกจากนี้ ในด้านการมีส่วนร่วม การมีสัมพันธภาพ และการเกื้อหนุนทางสังคมจากครอบครัว มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าการได้รับการดูแลและความพึงพอใจจากการดูแล จากครอบครัว มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ<sup>16</sup> นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่ได้รับการเกื้อหนุนทางสังคม มีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว มีระดับคะแนนของคุณภาพชีวิต ที่สูงกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการเกื้อหนุนทางสังคม และสัมพันธภาพของครอบครัวที่น้อยกว่า ( $p < 0.01$ ,  $r = 0.493$ )<sup>19</sup>

ความสุขของผู้สูงอายุมหาสารคามมีระดับคะแนนสูง ปัจจัยที่มีผลดีต่อความสุขของครอบครัวของผู้สูงอายุ คือ การเห็นคุณค่าในตนเอง ระดับการศึกษา การเป็นสมาชิกชมรมต่างๆ และการมีส่วนร่วมในชมรมในชุมชนของตนเอง รวมถึงจำนวนสมาชิกในครอบครัว ตามลำดับ ผู้สูงอายุที่เห็นว่าตนเองมีคุณค่าและมีศักยภาพที่ดีอยู่ จะสามารถทำงานให้กับครอบครัวและสังคม และมีความสุข รวมทั้งได้รับการยอมรับของสังคม<sup>18</sup> การศึกษาความสุขผู้สูงอายุในจังหวัดชัยนาท พบว่ามีระดับของความสุขในระดับปานกลาง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขของผู้สูงอายุจังหวัดชัยนาท คือ ภาวะทางเศรษฐกิจ การอยู่อาศัย ความสามารถทางร่างกาย การรับรู้สิ่งแวดล้อมทางสังคม ปัจจัยที่พบว่ามีความสำคัญที่สุด คือ การที่ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองมีความยากจน และลำบากเมื่อเทียบกับเพื่อนบ้าน นอกจากนี้ พบว่า การได้รับการสนับสนุนในด้านการทำงาน การสนับสนุนทางด้าน

อารมณ์ ภาวะสุขภาพ การมีความจำที่ดี การมีเพื่อน และภาวะทางเศรษฐกิจ มีผลต่อความสุขในผู้สูงอายุในญี่ปุ่น

ผู้สูงอายุ มีความเข้าใจในเรื่อง ของสวัสดิการสังคมใน 2 ส่วน คือ การได้รับเบี้ยยังชีพและการรักษาพยาบาล ผู้สูงอายุในเขตเมือง กึ่งเมือง และชนบท รับรู้สวัสดิการสังคมแตกต่างกัน โดยในเขตเมือง มีความรู้เรื่องสวัสดิการสังคมมากกว่า อย่างไรก็ตาม การจัดบริการสังคมสังคมในประเทศไทยนั้น บริการสวัสดิการสังคมที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการได้มากที่สุด ในชุมชน ได้แก่ บริการด้านสาธารณสุข คือ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง 30 บาท) และสถานีอนามัย ที่เป็นบริการที่มีสถานบริการของรัฐ กระจายตัวอยู่ในภูมิภาคระดับตำบล อำเภอ รองลงมา คือ บริการฌาปนกิจสงเคราะห์ และกองทุนต่างๆ ที่ชาวบ้านดำเนินการกันเองในลักษณะงานประจำของชุมชน โรงพยาบาล สถานีตำรวจ ส่วนบริการที่เข้าถึงได้น้อย ได้แก่ เบี้ยยังชีพ สวัสดิภาพ/ลานออกกำลังกาย ชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน และบริการที่เข้าถึงได้น้อยเพราะมีสัดส่วนน้อยในชนบท ได้แก่ ประชาสงเคราะห์ ศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัด บริการฝึกอาชีพ เป็นต้น

ดังนั้น การให้ความรู้ทางด้านสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุ และครอบครัว จึงจำเป็นที่จะต้องมีการดำเนินการ นอกจากนี้ ด้วยข้อจำกัดด้านความสามารถของรัฐในการดูแลและจัดหา บริการสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ พบว่า ยังไม่สามารถจัดบริการได้อย่างทั่วถึง, บริการส่วนใหญ่ เป็นบริการที่รัฐรับผิดชอบดำเนินการเอง แต่ยังมีขาดกลไกหลักที่จะดูแลระบบบริการให้เชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพ, บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ยังขาดความรู้ ทักษะ และทัศนคติ และทักษะในการให้บริการอย่างรอบด้าน เชิงลึกและจำเป็นต้องได้รับการพัฒนา, รัฐยังขาดการกระตุ้นและส่งเสริมให้ชุมชนหรือท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการด้านสวัสดิการโดยชุมชนเอง จึงทำให้ขาดพลังทางสังคมในการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุ ขาดการส่งเสริมโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการคิด ตัดสินใจเรื่องสวัสดิการของตนเอง นอกจากนี้ การจัดสวัสดิการสังคมของรัฐ ขาดการจัดปรับระบบหรือสร้างระบบใหม่ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ระบบบริการจึงกลายเป็นงานตั้งรับมากกว่าเชิงรุก<sup>25</sup> การสนับสนุนสวัสดิการสังคมในผู้สูงอายุโดยดำเนินการโดยให้ชุมชนและผู้สูงอายุมีส่วนร่วม ตลอดจนการพัฒนาบุคลากรในด้านนี้ จึงมีความจำเป็นอย่างเร่งด่วน

## สรุป

ผู้สูงอายุ จังหวัดมหาสารคาม ส่วนใหญ่เป็นหญิง สถานะภาพสมรส ส่วนใหญ่เป็นหม้าย มีการศึกษา ในระดับประถมศึกษา มีรายได้ในระดับต่ำ และมีหนี้สิน ด้านสุขภาพ

มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุมีสัดส่วนของการเป็นโรคเรื้อรังในด้านของผู้สูงอายุกับครอบครัว ผู้สูงอายุ เป็นบุคคลสำคัญและมีบทบาทในครอบครัว ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุ มหาสารคามเป็นกลุ่มที่มีศักยภาพในระดับสูง และมีความสามารถในการดูแลตนเอง และผู้อื่น รวมทั้ง เป็นผู้ที่มีความสามารถพิเศษในด้านของการเป็นผู้นำด้าน วัฒนธรรมและคำสอน ด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมหาสารคาม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต คือ การมีส่วนร่วมในสังคม ชุมชน และครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว, สุขภาพ การเห็นคุณค่าในตนเอง ผู้สูงอายุมีระดับของความสุขในระดับสูง ปัจจัยที่มีผลต่อความสุข ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง ระดับการศึกษา การเป็นสมาชิกชมรมต่างๆ และการมีส่วนร่วมในชมรมในชุมชนของตนเอง และจำนวนสมาชิกในครอบครัว

ด้านการรับรู้สวัสดิการของผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุมีความเข้าใจในเรื่องของสวัสดิการสังคม คือ การได้รับเบี้ยยังชีพและการรักษาพยาบาล ในขณะที่ผู้สูงอายุในเขตเมือง กิ่งเมือง และชนบท รับรู้สวัสดิการสังคม แตกต่างกัน โดยในเขตเมือง จะมีความรู้เรื่องสวัสดิการสังคม มากกว่า และโดยส่วนใหญ่ ต้องการความช่วยเหลือทางการเงินและสุขภาพ

### ข้อเสนอแนะ

ในการทบทวนเอกสารครั้งนี้ ดำเนินการงานวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามใน ปี พ.ศ. 2550 เท่านั้น อาจมีข้อจำกัดจากจำนวนและระยะเวลาของการศึกษา และควรต้องมีการศึกษาสืบค้นแหล่งข้อมูลอื่นๆ เพิ่มเติมเพื่ออธิบายบริบทของผู้สูงอายุจังหวัดมหาสารคามอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม ผลการทบทวนเอกสาร อาจพอจะได้ภาพคร่าวๆ ของผู้สูงอายุในบริบทของจังหวัดมหาสารคาม พอควร ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทบทวนเอกสารครั้งนี้ สามารถแบ่งได้ เป็น 2 ประเด็น สำคัญ คือ

### ข้อเสนอแนะต่อผู้ปฏิบัติงาน

1) ควรดำเนินการในกลุ่มผู้สูงอายุ ทุกเพศ ทุกวัย และควรให้ความสนใจในผู้สูงอายุหญิง สูงวัย และมีโรคเรื้อรัง เนื่องจากส่วนใหญ่ฐานะยากจน มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา อาจมีบางกลุ่มที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการหรือข้อมูลข่าวสารที่สำคัญได้

2) ควรมีการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุ มีกิจกรรมและส่วนร่วมกับครอบครัว ชมรม และชุมชนมากขึ้น เนื่องจากพบว่า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และความสุขในผู้สูงอายุ

3) ควรมีการสนับสนุนให้เกิดการรวมกลุ่ม ทำงานที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสทำงาน และได้มีส่วนร่วมช่วยเหลือ ครอบครัว และมีรายได้ เพิ่ม

4) ควรมีการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสแสดงศักยภาพของตนเอง และ สืบทอดวัฒนธรรมในรุ่น ลูกหลานต่อไป

5) ควรมีการให้ ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของระบบสวัสดิการสังคม ในผู้สูงอายุและครอบครัว รวมถึง สร้างอาชีพในองค์กร หรือกลุ่มในชุมชนให้ท้องถิ่น และให้เป็นชุมชนเข้มแข็ง และได้มีโอกาสดูแลผู้สูงอายุของตนเอง มากกว่าจะเป็นฝ่ายรอรับการสวัสดิการในภาครัฐ แต่เพียงอย่างเดียว

### ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษารังต่อไป

1) เนื่องจากการศึกษาทั้งหมด ที่ทบทวนมานี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง อาจมีข้อจำกัดจากรูปแบบการวิจัย จึงควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิต ความสุขของผู้สูงอายุ ตลอดจนสุขภาพในระยะยาว หรือศึกษาเชิงวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

2) เพื่อให้เกิดการพัฒนารูปแบบของการส่งเสริมสุขภาพหรือพัฒนาคุณภาพชีวิต หรือความสุขในสูงอายุ ควรทำการศึกษาโดยให้ ผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน ได้มีส่วนร่วมเพื่อให้เกิด การพัฒนาที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

3) เนื่องจากผู้สูงอายุ ในการศึกษาทั้งหมดที่กล่าวมา เป็นผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพที่ไม่มากนัก บางกลุ่มมีสุขภาพอนามัยดี สามารถให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลได้เป็นอย่างดี โดยไม่มีปัญหาในเรื่องของการสื่อสาร และการเดินทาง ดังนั้นในกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพ มีภาวะทุพพลภาพ มีความพิการ เข้าไม่ถึงบริการ อาจต้องมีการศึกษา เพื่อให้เข้าใจถึงปัญหา คุณภาพชีวิต ความต้องการ ของประชากรกลุ่มนี้เพิ่มเติม เพื่อแก้ไขปัญหาในกลุ่มที่ต้องการการดูแลกลุ่มนี้ต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยมหาสารคามที่สนับสนุนทุนวิจัยงบประมาณแผ่นดิน ปีงบประมาณ 2550

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ การคาดประมาณแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงประชากรไทย (2533-2563), 2550.
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2549. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เด็อนตุลา; 2549

3. ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์, ปราโมทย์ ประสาทกุล. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ประชากรไทยในอนาคต สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.
4. ข้อมูลจังหวัดมหาสารคาม Wikipedia dictionary Available from : <http://th.wikipedia.org/wiki>, [cite August 17, 2008]
5. ข้อมูลผู้สูงอายุไทย วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. Available from : [http://www.cps.chula.ac.th/pop\\_info/thai/nop7/nop1/N1-MAHA.HTM](http://www.cps.chula.ac.th/pop_info/thai/nop7/nop1/N1-MAHA.HTM) [cited August 17, 2008]
6. Jitapunkul S. Health of Thai Older Persons: Situation and Challenges. Thai Elderly Seminar Presentation, Thai Government March 26, 2007.
7. Cha yovan N, Knodel J. A report of the survey of the welfare of the elderly in Thailand. Bangkok. Institute of Population studies. Chulalongkorn University, 1997.
8. Sritanyarat V, Arunsang P, Jareonchai A, Thanasejaunkul S, Punchej P. Health Service System and Health Insurance for Thai Elders Khon Kaen. Klangnavittaya Press, 2002.
9. Kuhirunyaratn P. Quality of life and Social Support among Khon Kaen Elderly. Khon Kaen: Khon Kaen University, 2004.
10. Steenvoorden MA. Comprehensive care for the elderly in The Netherlands: current status and potential improvements. Tijdschr Gerontol Geriatr 1993; 24:66-9.
11. Lee TW, Ko IS, Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: a cross-sectional survey. Int J Nurs Stud 2006; 43:293-300. Epub 2005 Aug 18.
12. Zhang Q, Zhanq Q, Li N. Analysis of quality of life and its influence factors of elderly persons in urban in Chengdu. Wei Sheng Yan Jiu 2007; 36:584-6.
13. Ohara L. The Influence of Optimum and Social Support on Quality of Life of Community Dwelling Elderly People. Canada: The University of Western Ontario 1988 Thesis 1998; 239.
14. Keokum S. Social Support Affecting Quality of Life in Eldery Club at Wangsaipoon District, Phichit Province. Master's thesis, the Graduate School, Chiang Mai University. Retrieved 2003.
15. เกริกศักดิ์ บุญญาพงศ์. ศักยภาพของผู้สูงอายุในการทำงานเพื่อสังคม รายงานการวิจัยโครงการชราภาพศึกษา สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2534.
16. Gray RS, Rukumnuaykit P, Kittisuksathit S, Thongthai V. Inner happiness among Thai elderly. J Cross Cult Gerontol. 2008; 23:211-24.
17. Kawamoto R, Doi T, Yamada A, Okayama M, Tsuruoka K, Satho M, Kajii E. Happiness and background factors in community-dwelling older persons. Nippon Ronen Igakkai Zasshi 1999; 36:861-7.
18. สภาพที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แนวทางการจัดบริการสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุในชนบทของภาครัฐ 2007. (เอกสารอัดสำเนา)

