

การประเมินรูปแบบบริการที่จัดให้ผู้สูงอายุในชุมชน
: เน้นการให้บริการของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน
An Evaluation on Social Services for Aging People in Communities
: A Case Study of Services of Welfare Centers in Communities

ัญญา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา
คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย
มิใช่ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

พ.ศ.2542

ISBN 974-7144-29-8

บทคัดย่อ

การวิจัย เรื่อง การประเมินรูปแบบบริการที่จัดให้ผู้สูงอายุในชุมชน : เน้นการให้บริการของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อสำรวจสภาพสังคมและบริการสังคมที่มีอยู่ในชุมชนที่ผู้สูงอายุได้รับ โดยเน้นการให้บริการของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน ทั้งด้านปริมาณของบริการและคุณภาพ การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ปัญหา และความต้องการ รวมไปถึงความสัมพันธ์ของความเข้มแข็งของชุมชนกับคุณภาพการให้บริการของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน ความพึงพอใจในชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยเป็นข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามผู้สูงอายุ และเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์พูดคุยเจาะลึกและการสังเกตสภาพความเป็นอยู่ ความใกล้ชิด การดูแลจากลูกหลาน และลักษณะของชุมชนและสังคม กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูล มีทั้งผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน ผู้แทนของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน ชาวบ้านทั่วไปทั้งผู้ใหญ่และหนุ่มสาว จาก 9 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ ตาก หนองบัวลำภู นครราชสีมา พระนครศรีอยุธยา นครปฐม ตรัง นครศรีธรรมราชและสตูล

ผลการวิจัยสรุปเป็นประเด็นสำคัญได้ดังนี้

1. ผลการสำรวจและประเมินบริการสวัสดิการที่จัดในชุมชน

1.1 บริการสวัสดิการสังคมที่จัดในชุมชนที่ดีทั้งปริมาณและคุณภาพ คือ บริการด้านสาธารณสุข ทั้งสถานพยาบาล โรงพยาบาล หรือการแจกบัตรผู้สูงอายุ ที่ผู้สูงอายุได้ใช้บริการค่อนข้างมาก พิจารณาทั้งจากสัดส่วนการได้รับบริการ ทั้งบริการสังคมทั่วไปและการได้รับปัจจัย 4

1.2 การได้รับบริการจากผู้นำชุมชนมีส่วนค่อนข้างสูง แต่เนื้อหาของบริการยังเป็นการช่วยเหลือเฉพาะหน้า เช่น แจกผ้าห่ม เสื้อผ้า ข้าวสาร ฯลฯ

1.3 บริการจากกลุ่มสังคมในชุมชนที่ได้รับความนิยม คือ ฼าปนกิจสงเคราะห์ โดยเฉพาะแบบไม่จดทะเบียน ซึ่งเป็นการรวมตัวของชาวชุมชนตามธรรมชาติ เป็นสวัสดิการที่สร้างความมั่นใจและอบอุ่นใจให้แก่ชาวบ้านได้เป็นอย่างดี

2. ผลการประเมินการให้บริการของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน

ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน ซึ่งโดยวัตถุประสงค์ของการตั้งศูนย์ คือ หน่วยงานที่จะช่วยประชาชนให้พ้นทุกข์ได้ไม่มากนักน้อย หรือไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง ยังไม่มีการดำเนินงานที่ชัดเจนเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการจัดตั้งศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านไม่เอื้ออำนวยให้เกิดการร่วมมือกันช่วยเหลือดูแลกันเอง และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางให้ความช่วยเหลือตามแนวคิดสวัสดิการสังคมของผู้ที่รับผิดชอบยังมีอยู่จำกัด ทำให้มีการช่วยเหลือแต่เพียงผิวเผินเท่านั้น

3. ผลการศึกษาความเข้มแข็งของชุมชน และคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้สูงอายุ

ชุมชนที่เข้มแข็ง ชาวบ้านมีความร่วมมือกันให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีระดับหนึ่ง การมีครอบครัวที่เข้มแข็ง ลูกหลานยังอาศัยอยู่ร่วมกัน ดูแลผู้สูงอายุได้ดีที่สุด และหากมีองค์กรที่ทำหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงต่อสุขทุกข์ของประชาชน ทำหน้าที่ของตนเองอย่างเต็มที่ เข้าถึงปัญหา รู้วิธีการช่วยเหลือ ผู้สูงอายุกลุ่มด้อยโอกาสจะมีโอกาสพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นได้มากพอสมควร

จากการผลการวิจัยทั้งหมด มีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ข้อเสนอแนะระดับนโยบาย

1.1 การกำหนดนโยบายสังคมที่จะส่งผลไปถึงการจัดการสังคมระดับรากหญ้า ควรเป็นนโยบายที่ผ่านการกลั่นกรองมาอย่างรอบคอบ มีการพิจารณาถึงผลดี ผลเสีย ผลประโยชน์ และผลกระทบอย่างถี่ถ้วน จึงประกาศเป็นนโยบายที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ

1.2 นโยบายสังคมที่กำหนดควรเป็นแนวทางการปฏิบัติกว้าง ๆ เพื่อให้แต่ละพื้นที่สรรหา รูปแบบที่เหมาะสมกับพื้นที่ของตนตามลักษณะของวัฒนธรรม ประเพณี และวิถีชีวิตของชาวชุมชน การกำหนดรูปแบบตายตัวแบบเดียวให้ปฏิบัติหรือใช้กันทั่วประเทศ ทำให้ผลที่เกิดขึ้นเป็นเพียงรูปแบบ แต่ไม่มีการดำเนินงาน เนื่องจากความพร้อมของแต่ละชุมชนไม่เท่าเทียมกัน หรือมีปัจจัยที่เอื้อให้เกิดความสำเร็จที่ต่างกัน

2. ข้อเสนอแนะระดับการปฏิบัติ

2.1 ข้อเสนอแนะสำหรับการจัดการศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน ควรหาทิศทางการทำงานที่ชัดเจนให้แก่ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน ปรับการคัดเลือกคณะกรรมการที่จะบริหารศูนย์ ให้ความรู้ความเข้าใจ อบรม สัมมนาให้เพียงพอที่ผู้รับผิดชอบจะสามารถทำงาน สงเคราะห์ราษฎรได้อย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพ

2.2 ข้อเสนอแนะสำหรับหน่วยงานราชการด้านสังคมสงเคราะห์ในพื้นที่ เช่น ประชาสงเคราะห์จังหวัดและประชาสงเคราะห์อำเภอ นักสังคมสงเคราะห์ประจำจังหวัดและอำเภอ ควรได้รับการส่งเสริมให้ทำงานตามหน้าที่อย่างเต็มที่ ให้มีกำลังใจในการทำงาน ให้ได้รับสวัสดิการที่ดี ได้รับโอกาสในการพัฒนาตนเอง และได้รับการพิจารณาความดีความชอบอย่างเหมาะสม กลุ่มบุคคลเพียงไม่กี่คนในแต่ละจังหวัด ก็จะสามารถไปยกระดับคุณภาพชีวิตของคนอื่น ๆ ในจังหวัดนั้น ๆ ได้อีกมากมาย

Abstract

An evaluation on social services for aging people in communities : a case study of services of welfare centers in communities aims to study social services in communities; especially, which aging people reached; quality of life of aging people; and their troubles and life satisfaction. This study also aims to study the welfare centers in communities' operations and the relationship of communities' strength and the welfare centers' effectiveness.

There were 2 types of data, primary and secondary. Primary data were both in qualitative and quantitative forms, collected by interviewing 380 aging people, 101 heads of welfare centers, other people such as, teachers, health officers, monks, imams, merchants and other peasants including juveniles from 19 amphurs, 9 provinces of every part of Thailand. Secondary data were documentary data; such as, handbooks, reports, official memorandum and national policies.

The results of the study are as follow:

1. Social services in communities: privilege cards service, institutional service, social group service, and service or assistance from community leaders.

- Social services which aging people could reach and were satisfied most were all kinds of health services; such as, hospitals, health centers, including the convenience in using health cards.

- Services or assistance from community leaders were fair, mostly moderately good in quantity; such as, giving foods, cloths, money or things. Other services which could help people – in - troubles to have better life quality were low.

- Service from social groups in communities which most aging people preferred was 'cremation service', a community fund which people in community raises every time one member in the village dies, both in the form of legal and illegal ones. However, aging people preferred illegal cremation fund services to legal ones.

2. An evaluation on welfare centers in communities.

Welfare centers in communities, which their objectives were to help people from troubles, were moderately successful in doing their careers because of the insufficiency of knowledge in welfare services.

3. The study on community strength related to aging people's life quality and life satisfaction.

Aging people in highly strengthened communities have been supported in money, foods and things, messages and visits from family members, friends, neighbors and other people more than those lived in less strengthened ones.

From the findings shown above, it leads to the following suggestions:

1. In the policy level.

- It is not necessary to implement one national policy in every part of the country.

- The national policies should be really suitable to the situation and needs of people.

2. In the operational level.

- The concepts and trends of forming welfare centers in communities should be readjusted. Members of the centers must have, at least, basic knowledge on social welfare and social work in order to be able to help people – in - troubles as much as possible.

- Local government officers in charge of welfare services, if they really know what and how to do welfare careers, they could be the greatest assistants in communities.

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินไปด้วยความเรียบร้อยราบรื่น และสำเร็จลุล่วงลงด้วยดี ซึ่งผลการวิจัยนี้อาจจะสามารถสร้างประโยชน์ให้แก่ผู้สูงอายุไทย โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในชนบทอีกมากมาย ทั้งนี้ก็ด้วยความร่วมมือของบุคคลหลายท่าน หลายกลุ่ม

ในอันดับแรก ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ยุพา วงศ์ไชย ปรมาจารย์ทางสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ที่ชี้แนะ ให้โอกาส และให้กำลังใจกลุ่มนักวิจัยมาโดยตลอด

ขอขอบคุณเพื่อนร่วมโครงการ ร่วมชะตากรรม ที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้ เปลี่ยนจากงานที่ลำบากยากเย็น นำหาวดหัวน เป็นงานที่น่ารื่นรมย์ไปได้ ผู้ช่วยศาสตราจารย์จิราลักษณ์ จงสถิตย์มัน จากคณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ระพีพรรณ คำหอม อาจารย์อภิญา เวชชัย จากคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และอาจารย์ปิยะฉัตร ชื่นตระกูล จากกองโรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข

ขอขอบคุณผู้ช่วยนักวิจัยที่เข้มแข็งที่สุด และเป็นผู้ทำให้การเก็บข้อมูลสำหรับงานวิจัยครั้งนี้ราบรื่นเกินความคาดหมาย คุณสุปราณี แก้วเพชร จากกรมประชาสัมพันธ์

ขอขอบคุณคณะเก็บข้อมูลในพื้นที่ภาคต่าง ๆ ทั่วประเทศ อาจารย์ทวีศักดิ์ ปิ่นทอง จากสถาบันราชภัฏเชียงใหม่ อาจารย์พรณี ปิ่นทอง จากโรงเรียนสันทรายวิทยาคม และน้อง ๆ บัณฑิตอาสาของอำเภอสันทราย คุณเจริญศักดิ์ เกียรติสกุลเดชา ผู้ช่วยประชาสัมพันธ์จังหวัดราชบุรี อาจารย์นวลใจ วัฒนกุล จากคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ คุณจิตรแก้ว เครือวัลย์ นักสังคมสงเคราะห์จากสำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัดสมุทรปราการ คุณจุมพต เหลืองสุภกรณ์และทีมนักศึกษาทั้งระดับปริญญาโทและตรีจากคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ท้ายที่สุดนี้ ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์เกษม วัฒนชัย อธิการบดี มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่สนับสนุนการทำงานวิจัย และอนุมัติให้ผู้วิจัยได้ออกไปทำงานภาคสนามได้อย่างเต็มที่

ธัญญา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อ	I
Abstract	III
กิตติกรรมประกาศ	V
สารบัญ	VI
สารบัญตาราง	VII
สารบัญแผนภูมิ	IX
บทที่ 1 บทนำ	1
- ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
- วัตถุประสงค์	4
- ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
- ขอบเขตของการวิจัย	5
- ระเบียบวิธีที่ใช้ในการวิจัย	5
- แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
บทที่ 2 ผลการวิจัย	24
ตอนที่ 1 ผลการสำรวจบริการสังคมที่จัดขึ้นในชุมชนที่ผู้สูงอายุได้รับ	25
ตอนที่ 2 ผลการศึกษาการให้บริการของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน	35
- การศึกษาการเกิดนโยบายการจัดตั้งศูนย์สงเคราะห์ราษฎร	35
ประจำหมู่บ้าน	
- การศึกษาผลการสำรวจการดำเนินงานของศูนย์สงเคราะห์ราษฎร	40
ประจำหมู่บ้าน	
ตอนที่ 3 ผลการศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	49
ตอนที่ 4 อภิปรายผล	69
บทที่ 3 สรุปและเสนอแนะ	76
บรรณานุกรม	80
ประวัติผู้วิจัย	83

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม	24
2	แสดงบริการสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับ	30
3	แสดงสัดส่วนผู้ได้รับบริการตามสิทธิและบริการเพื่อคุณภาพชีวิต จำแนกตามจังหวัด	31
4	แสดงสัดส่วนผู้ได้รับบริการจากกลุ่มสังคมในชุมชน	31
5	แสดงสัดส่วนผู้ได้รับบริการจากผู้นำชุมชน	32
6	แสดงสัดส่วนผู้ได้รับบริการทางสังคมจำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจ	33
7	เปรียบเทียบการไปรับบริการจากอนามัยกับผู้มีปัญหาค่าใช้จ่ายและ การเดินทาง	33
8	แสดงสัดส่วนการไม่มีบัตรผู้สูงอายุและบัตรสุขภาพ จำแนกตามฐานะทาง เศรษฐกิจ เฉพาะกลุ่มที่ไม่ไปรับบริการจากศูนย์อนามัยและโรงพยาบาล	34
9	เปรียบเทียบอายุเฉลี่ยของผู้เข้าและไม่เข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มธรรมะ จำแนกตามจังหวัด	34
10	แสดงระยะเวลาการจัดตั้งศูนย์	44
11	แสดงลักษณะกิจกรรมที่ศูนย์ส่งเสริมรายการประจำหมู่บ้านจัดขึ้น	44
12	แสดงกิจกรรมของศูนย์ส่งเสริมรายการประจำหมู่บ้าน	45
13	แสดงกิจกรรมของศูนย์ส่งเสริมรายการประจำหมู่บ้านที่จัดให้ผู้สูงอายุ	46
14	แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	51
15	แสดงรายได้หลักของครอบครัว	52
16	แสดงสถานภาพทางเศรษฐกิจ	52
17	แสดงข้อมูลด้านครอบครัว	53
18	เปรียบเทียบความแตกต่างของผู้มีสถานภาพสมรสต่างกันระหว่างหญิงชาย และอายุ	54
19	แสดงการได้รับปัจจัย 4	61
20	แสดงความสัมพันธ์ในครอบครัว	62
21	แสดงการได้รับการดูแลจากลูกหลาน	62
22	แสดงการช่วยเหลือครอบครัว	62
23	แสดงการได้รับการยอมรับจากเพื่อนและชุมชน	63

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
24	แสดงการทำกิจกรรม	63
25	แสดงปัญหาของผู้สูงอายุ	64
26	แสดงความต้องการความช่วยเหลือ	65
27	แสดงความพึงพอใจในชีวิต	65
28	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามจังหวัด	66
29	การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน	67
30	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งของชุมชนจำแนกตามจังหวัด	68

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่	หน้า
1 ความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุ บริการสังคมต่าง ๆ ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน และความเข้มแข็งของชุมชน	21

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้สูงอายุในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้นมากในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา จาก 3,083,950 คน ใน พ.ศ. 2530 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2530) เพิ่มขึ้นเป็น 4,307,000 คน ใน พ.ศ. 2537 และ 5,106,000 คน ใน พ.ศ. 2540 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2538 และ 2541) และไม่เพียงจำนวนที่เพิ่มขึ้นเท่านั้น สัดส่วนของผู้สูงอายุวัย 60 ปีขึ้นไป ต่อกลุ่มประชากรวัยต่ำกว่าก็เพิ่มสูงขึ้นด้วย จากร้อยละ 9.8 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.3 และร้อยละ 11.1 (สัดส่วนผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไปต่อผู้มีอายุ 15-59 ปี) ของ พ.ศ. 2530 พ.ศ. 2534 และ พ.ศ. 2539 ตามลำดับ (สถาบันประชากรศาสตร์, 2539) ซึ่งการเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับ สัดส่วนของผู้สูงอายุเช่นนี้ ทำให้ภาระความรับผิดชอบของประชาชนกลุ่มอื่นในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นด้วย นั่นหมายถึง จะมีครอบครัวสัดส่วนสูงขึ้นไปที่ต้องรับภาระเลี้ยงดูผู้สูงอายุ และอาจจะมี ครอบครัวที่ต้องดูแลเลี้ยงดูผู้สูงอายุหลายคนขึ้นในสัดส่วนสูงขึ้นไปเช่นกัน

ขณะที่ผู้สูงอายุมีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้น สภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วมีผลกระทบทำให้วิถีชีวิตคนไทย ซึ่งเคยมีความสุขโดยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไป ปรับเปลี่ยนอย่างรวดเร็ว สังคมเมืองขยายตัวและกระจายตัวเพิ่มมากขึ้น สังคมชนบทรับความเจริญแบบสังคมเมืองเข้าไปใช้เป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตมากขึ้น อาชีพในภาคอุตสาหกรรมและบริการเติบโตขึ้น ดึงดูดชาวชุมชนออกจากอาชีพในภาคเกษตรไป เกิดการอพยพออกจากท้องถิ่น จนทำให้โครงสร้างของชุมชนเปลี่ยนแปลงไป เช่น สัดส่วนหนุ่มสาววัยแรงงานน้อยลง ครอบครัวมีขนาดเล็กลง สมาชิกของครอบครัวบางรุ่นหายไปจากครอบครัว และในที่สุดภาพรวมของชาวบ้านที่อยู่อาศัยในชุมชนมักประกอบไปด้วยผู้สูงอายุและเด็กเป็นส่วนใหญ่ ลักษณะดังกล่าวทำให้สัดส่วนของผู้สูงอายุต่อประชากรกลุ่มอื่นในชุมชนเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน สิ่งที่ตามมาคือผู้สูงอายุจะมีผู้เลี้ยงดูหรือดูแลให้มีชีวิตความเป็นอยู่อย่างปกติสุขน้อยลง ปรากฏการณ์ที่พบเห็นในชุมชน โดยเฉพาะชนบทห่างไกล คือผู้สูงอายุจำนวนมากถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง โดยลูกหลานออกไปทำงานในเมืองและส่งเสียเงินทองมาเลี้ยงดู หรืออาจถูกปล่อยปละละเลยให้ผู้สูงอายุต้องทำมาหากินเลี้ยงตัวเองไปตามลำพังก็มีไม่น้อย

ข้อมูลที่สรุปถึงปัญหาของผู้สูงอายุในแผนพัฒนาการสังคมสงเคราะห์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 (คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนางานสังคมสงเคราะห์แห่งชาติ, 2529) ชี้ให้เห็นว่า ในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่จะต้องดูแลนั้น มีร้อยละ 10 ที่ระบุว่าไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ และมีผู้สูงอายุสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 5 ที่ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง นอกจากนี้ ในด้านการทำงานผู้สูงอายุร้อยละ 40 ต้องทำงานประจำ

เพื่อหารายได้เลี้ยงตัวเอง โดยในกลุ่มนี้มีสัดส่วนประมาณร้อยละ 77 ที่ทำงานด้วยความจำเป็นทางเศรษฐกิจ

ส่วนในด้านสุขภาพ พบว่า มีผู้สูงอายุที่พิการถึง 54,390 คน และพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยด้านโรคจิตในระหว่าง พ.ศ. 2523 - 2525 เป็นผู้ป่วยโรคจิตวัยชราถึงร้อยละ 6.8, 7.2 และ 8.5 ตามลำดับ ซึ่งแสดงถึงแนวโน้มว่าจะมีผู้สูงอายุเจ็บป่วยทางจิตเพิ่มมากขึ้น ฯลฯ

ลักษณะดังกล่าว สังคมมีการตระหนักถึงมานานพอสมควรแล้ว ดังปรากฏในแผนพัฒนาประเทศฉบับต่าง ๆ ถึงแผนงานและมาตรการให้ความช่วยเหลือและดูแลผู้สูงอายุเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่น

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539) ในส่วนของแนวทางการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ คุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อม โดยระบุในเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพและพลานามัยถึงการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขเพียงพอตามความจำเป็น โดยเฉพาะกลุ่มผู้ยากจน ผู้สูงอายุ เด็กและผู้พิการทุพพลภาพ (คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2535 : 185) และในเป้าหมายการพัฒนาจิตใจ วัฒนธรรมและสังคม ให้ยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาสที่ไม่สามารถพึ่งตนเองได้ โดยเฉพาะกลุ่มผู้มีรายได้น้อย และผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งให้ได้รับสวัสดิการสังคมและบริการสังคมพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตและเป็นธรรมยิ่งขึ้น (คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2535 : 204)

แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (2540 - 2544) ได้ระบุไว้ในแผนการพัฒนาศักยภาพของคนไทย ในส่วนของการพัฒนาประชากรกลุ่มด้อยโอกาส กลุ่มผู้สูงอายุยากจนที่ไม่มีญาติหรือผู้เลี้ยงดู โดยกำหนดเป็นมาตรการต่าง ๆ ดังนี้ (คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2540 : 38)

(1) จัดสวัสดิการสงเคราะห์โดยเพิ่มเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุที่ไม่มีญาติหรือผู้เลี้ยงดูให้มากขึ้น รวมทั้งขยายบริการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า ตลอดจนลดหย่อนค่าโดยสารสำหรับพาหนะเดินทางทุกประเภทและบริการสาธารณะต่าง ๆ ให้ครอบคลุมอย่างทั่วถึงทั้งในเมืองและในชนบทในรูปแบบที่เหมาะสม

(2) ส่งเสริมให้ครอบครัวเห็นความสำคัญและเอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุ ควบคู่ไปกับการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว รวมทั้งพิจารณาให้สิ่งจูงใจแก่นุรหรือญาติที่ดูแลผู้สูงอายุที่ยากจน

(3) สนับสนุนให้สถานพยาบาลเอกชน องค์กรภาคเอกชน องค์กรศาสนาและชุมชน เข้ามามีส่วนช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบต่าง ๆ พร้อมทั้งกำหนดให้มีมาตรการทางกฎหมายในการส่งเสริม กำกับและดูแลหน่วยงานภาครัฐกิจเอกชนที่ดำเนินการเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุให้มีการดำเนินงานและจัดบริการตามมาตรฐานขั้นต่ำที่เหมาะสมและเป็นธรรมต่อผู้ใช้บริการ

(4) ส่งเสริมให้มีองค์กรหลักที่ทำหน้าที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุที่เป็นเอกภาพ โดยทำหน้าที่วางแผนรวบรวมข้อมูลและประสานการดำเนินงานอย่างเป็นเครือข่ายไปในทิศทางเดียวกัน

แผนพัฒนางานสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์แห่งชาติ ฉบับที่ 3 (2540 - 2544) ระบุถึงยุทธศาสตร์การพิทักษ์ ปกป้อง ค้ำครองและพัฒนาศักยภาพของกลุ่มด้อยโอกาส ที่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ โดยกำหนดมาตรการต่าง ๆ ดังนี้ (คณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการสังคมแห่งชาติ, 2540 : 55 - 56)

1. พัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุ โดยนำคุณค่าของผู้สูงอายุที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์ การเสริมสร้างบทบาทผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนในการถ่ายทอดจริยธรรม วัฒนธรรม และประเพณีไทยให้กับเด็กและเยาวชน การส่งเสริมให้สังคมได้เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ และให้การดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งการจัดหาอาสาสมัครในการดูแลผู้สูงอายุให้เพียงพอ

2. ส่งเสริมการจัดกิจกรรมและการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ โดยการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุให้เพียงพอ รวมทั้งสนับสนุนการดำเนินงานของเครือข่ายการประสานงานของผู้สูงอายุให้สามารถดำเนินงานได้อย่างกว้างขวางและมีประสิทธิภาพ

3. จัดหางานที่เหมาะสมให้แก่ผู้สูงอายุ เช่น ดูแลพิทักษ์สัตว์ สอนสาธารณะ การลดหย่อนภาษีให้แก่ผู้สูงอายุที่ยากจนและต้องมีภาระในการประกอบอาชีพ รวมทั้งการลดหย่อนภาษีให้แก่ผู้เลี้ยงดูผู้เป็นบุพการีที่สูงอายุที่ยากจนหรือไม่สามารถเลี้ยงดูตนเองได้

4. ให้ผู้สูงอายุได้รับการคุ้มครองดูแลในชุมชน โดยจัดเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อนให้เพียงพอและทั่วถึง รวมทั้งให้การสงเคราะห์ในการจัดทำศพให้แก่ผู้สูงอายุที่ยากจนหรือไร้ที่พึ่ง

5. ขยายศูนย์บริการทางสังคมแก่ผู้สูงอายุและให้มีบริการเคลื่อนที่ในการเยี่ยมเยียนและจัดบริการด้านต่าง ๆ ที่จำเป็นในการดำรงชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุที่บ้าน

6. จัดตั้งสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุในทุกรูปแบบให้เพียงพอและทั่วถึง สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ

7. ให้มีกฎหมายเพื่อให้การคุ้มครอง ส่งเสริม สนับสนุน รวมทั้งการจัดบริการสวัสดิการด้านต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุ

จากนโยบายและแผนระดับชาติที่กล่าวมา หน่วยงานต่าง ๆ จึงดำเนินงานจัดบริการทางสังคมต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลมากขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุจะมีความสุข ความพอใจในการดำรงชีวิตในช่วงปลายของชีวิตตน บริการหลักที่จัดขึ้น ได้แก่ บริการบัตรสุขภาพ บริการบัตรผู้สูงอายุ บริการศูนย์บริการผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ คลินิกผู้สูงอายุ สถานสงเคราะห์คนชรา บริการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ บริการสงเคราะห์ผู้สูงอายุของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน ฯลฯ ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงานต่าง ๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุข กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม กระทรวงศึกษาธิการและกรุงเทพมหานคร เป็นต้น

บริการสังคมต่าง ๆ ที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุเหล่านี้ เป็นบริการที่จัดในระดับมหภาค มีเป้าหมายการให้บริการกว้างขวาง โดยหวังผลให้ผู้สูงอายุมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งในการจัดบริการในชุมชนต่าง ๆ เหล่านี้ ศูนย์สังเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน เป็นงานบริการระดับชุมชนภายใต้การดูแลของกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ดำเนินงานโดยคณะกรรมการศูนย์ฯ โดยมีแนวทางการดำเนินงานหลายด้าน ครอบคลุมดูแลประชาชนในชุมชนทุกเพศทุกวัย ทั้งด้านการสงเคราะห์และฟื้นฟู ช่วยเหลือเด็ก สตรี คนชรา คนพิการ ครอบครัวผู้มีรายได้น้อย ผู้ประสบสาธารณภัย ผู้ประสบปัญหาด้านแรงงาน และผู้ประสบปัญหาความทุกข์ยากเดือดร้อนต่าง ๆ ด้วยเครื่องอุปโภคบริโภค เงิน และให้คำแนะนำ หรือด้านอื่น ๆ ตามความเหมาะสม โดยเฉพาะผู้สูงอายุ เป็นผู้พิจารณาคัดเลือกผู้สูงอายุเพื่อรับเบี้ยยังชีพ สนับสนุนให้มีศูนย์บริการดูแลเด็ก ผู้สูงอายุ และศูนย์บริการอื่นทางด้านแรงงานและสวัสดิการสังคม นอกจากนั้น ในด้านการพัฒนาและคุ้มครอง ยังสนับสนุนให้มีการแต่งตั้งอาสาสมัครตามที่หน่วยงานในสังกัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมจัดตั้งขึ้น ทำการสอดส่อง ดูแล ฝ้าระวัง ปัญหาความประพฤติของเด็กและเยาวชนในหมู่บ้าน การเดินทางไปทำงานในต่างถิ่นของสตรีและเยาวชนสตรี รวมทั้งเคลื่อนย้ายแรงงานของประชาชนในหมู่บ้าน เผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจและแนวปฏิบัติด้านแรงงานและสวัสดิการสังคม รับเรื่องราวร้องทุกข์เกี่ยวกับด้านแรงงานและสวัสดิการสังคมเพื่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นอกจากนั้น ในด้านการยกระดับคุณภาพ ต้องร่วมกับหน่วยงานในสังกัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องและองค์กรภาคเอกชน จัดฝึกอบรม จัดอบรมพัฒนาฝีมือแรงงานและยกระดับมาตรฐานฝีมือแรงงาน และจัดหางานให้แก่ประชาชนวัยทำงานในหมู่บ้าน พิจารณาคัดเลือกกลุ่มผู้ยากไร้ในหมู่บ้าน เข้าร่วมโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตครอบครัวในชนบท และร่วมกับหน่วยราชการ หรือองค์กรภาคเอกชน ฝึกอาชีพ จัดอบรมฝีมือแรงงานและจัดหางานแก่คนพิการ เป็นต้น

จากงานที่กว้างขวางของศูนย์สังเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน ซึ่งน่าจะยังประโยชน์ให้เกิดกับชุมชนและบุคคลที่อยู่ในชุมชน โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงมุ่งประเด็นที่จะสำรวจกิจกรรมที่ศูนย์สังเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านได้ดำเนินการในระหว่าง 6 เดือน - 1 ปีที่ผ่านมา และจะเน้นการให้บริการแก่ผู้สูงอายุมากกว่ากิจกรรมชนิดอื่น เพื่อประเมินถึงการดำเนินงานและผลที่ผู้สูงอายุได้รับ โดยมีเป้าหมายเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการเสนอนโยบายที่เหมาะสมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

2. วัตถุประสงค์

2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

- (1) เพื่อสำรวจปริมาณและคุณภาพของบริการสวัสดิการสังคมที่จัดให้ผู้สูงอายุในหมู่บ้าน ในชุมชนชนบท
- (2) เพื่อประเมินบริการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลรูปแบบต่าง ๆ ในชุมชน

(3) เพื่อเป็นแนวทางกำหนดเป้าหมายนโยบายด้านสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนในอนาคต

(4) เพื่อประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดำเนินงานบริการสวัสดิการสังคมที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุในชุมชน

2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

(1) เพื่อสำรวจสภาพสังคมและบริการสังคมที่มีอยู่ในชุมชนที่ผู้สูงอายุได้รับ

(2) เพื่อสำรวจคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งด้านกายภาพและจิตใจ ปัญหา ความต้องการ และความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

(3) เพื่อศึกษาการให้บริการของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน ทั้งแก่บุคคลทั่วไปและผู้สูงอายุในประเด็นการกำหนดนโยบายและกระบวนการจัดตั้งศูนย์ฯ ด้านปริมาณและคุณภาพการให้บริการและด้านการจัดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการบริหารงาน

(4) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความเข้มแข็งของชุมชน คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ กับคุณภาพของการให้บริการของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน

3. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผลการวิจัยจะเป็นแนวทางในการทบทวนนโยบายด้านการจัดบริการทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ โดยผ่านศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน

2. ผลการวิจัยจะเป็นแนวทางในการปรับปรุงกลไกของรัฐในการบริหารงานของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน ให้สามารถให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

4. ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีขอบเขตการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การรับบริการสังคมของผู้สูงอายุ การจัดบริการสังคมของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน และความเข้มแข็งของชุมชนของหมู่บ้าน โดยมีพื้นที่การศึกษาทั่วประเทศใน 5 ภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคอีสาน ภาคกลาง และตะวันออก และจังหวัดปริมณฑล

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งหญิงและชาย

5. ระเบียบวิธีที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยเพื่อศึกษาบริการในชุมชนที่ผู้สูงอายุทั่วไป โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทได้รับ จำเป็นต้องอาศัยวิธีการวิจัยหลายลักษณะ เพื่อให้ได้ข้อมูลทั้งในภาพกว้างของบริการต่าง ๆ ในชุมชนที่ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าถึง และคุณภาพของบริการเหล่านั้น ทั้งในแง่ของปริมาณ ความพอเพียงและความ

เหมาะสมของบริการ รวมไปถึงกลไกการจัดบริการทางสังคมขององค์กรระดับชุมชน ซึ่งมีหลักการบริการงานโดยประชาชนในชุมชนเอง คือ ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน การกำหนดระเบียบวิธีวิจัยครั้งนี้ จึงเลือกที่จะเก็บข้อมูลในพื้นที่ทุกภาค เพื่อให้ได้ภาพรวมของผู้สูงอายุกับบริการสังคมทั่วประเทศ โดยใช้การสุ่มเลือกพื้นที่และคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ ดังนี้

5.1 การเลือกพื้นที่

5.1.1 การเลือกพื้นที่จังหวัด

คัดเลือกพื้นที่จังหวัดในแต่ละภาค จำนวน 2 จังหวัด โดยเลือกจากจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดและน้อยที่สุด จากตัวเลขการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย (2533 - 2563) (กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์, 2538) ได้จังหวัดต่าง ๆ ดังนี้

1. ภาคเหนือ จังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดตาก
2. ภาคกลาง และภาคตะวันออก จังหวัดพระนครศรีอยุธยาและจังหวัดตราด
3. ภาคอีสาน จังหวัดนครราชสีมาและจังหวัดหนองบัวลำภู
4. ภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราชและจังหวัดสตูล
5. จังหวัดในเขตปริมณฑล ได้แก่ จังหวัดนครปฐม

5.1.2 การเลือกพื้นที่อำเภอ

กำหนดพื้นที่จังหวัดละ 2 อำเภอ โดยคัดเลือกอำเภอที่มีจำนวนหมู่บ้านมากที่สุด และจำนวนน้อยที่สุด จากตัวเลขในเอกสารข้อมูลการจัดระดับศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน (กรมประชาสัมพันธ์, 2541) ได้รายชื่ออำเภอของแต่ละจังหวัดดังนี้

จังหวัด	อำเภอที่มีจำนวนหมู่บ้านมากที่สุด	อำเภอที่มีจำนวนหมู่บ้านน้อยที่สุด
นครปฐม	กำแพงแสน	ดอนตูม
พระนครศรีอยุธยา	บางปะอิน	บางซ้าย
ตราด	เขาสมิง	คลองใหญ่
นครราชสีมา	ปักธงชัย	บ้านเหลื่อม
หนองบัวลำภู	ศรีบุญเรือง	นาวัง
เชียงใหม่	สันทราย	สะเมิง
ตาก	แม่สอด	อุ้มผาง
นครศรีธรรมราช	ปากพนัง	จุฬาภรณ์
สตูล	ละงู	ควนกาหลง

5.1.3 การเลือกหมู่บ้าน

กำหนดเก็บข้อมูลในหมู่บ้านต่าง ๆ อำเภอละ 2 - 3 หมู่บ้าน

5.2 การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเพื่อใช้ในการสำรวจสภาพความเป็นอยู่ คุณภาพชีวิตและความต้องการบริการสังคม คำนวณจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ซึ่งมี 5,137,000 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2541 จากสารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล) โดยใช้สูตรในการคำนวณสำหรับการหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่มีประชากรขนาดใหญ่มาก ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2539 : 40)

$$n = \frac{p(1-p)z^2}{e^2}$$

เมื่อ

n	แทนจำนวนสมาชิกของกลุ่มตัวอย่าง
p	แทนสัดส่วนของประชากรที่กำหนดจะสุ่ม กำหนดให้เป็น .04
z	แทนความมั่นใจที่กำหนดไว้ 95% มีค่าเท่ากับ 1.96
e	แทนสัดส่วนของความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับให้เกิดขึ้นได้ 5% เท่ากับ .05

$$n = \frac{(.04)(1-.04)(1.96)^2}{(.05)^2}$$

$$= \frac{.40 \times .60 \times 3.84}{.0025}$$

$$= 368.64 \text{ จำนวนเต็มคือ } 369$$

ฉะนั้น จะใช้กลุ่มตัวอย่าง 369 คน

จากตัวอย่าง 369 คนที่คำนวณได้ ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มตัวอย่างไปในพื้นที่ทั้ง 9 จังหวัด เฉลี่ยจังหวัดละ 41.9 หรือเท่ากับ 42 คน

5.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณนี้ ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากผู้สูงอายุ ครอบครัวของผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชนและชาวบ้านกลุ่มต่าง ๆ โดยคณะผู้วิจัยได้เดินทางไปเก็บข้อมูลด้วยตนเองทุกจังหวัด พร้อมคณะนักเก็บข้อมูลซึ่งเป็นอยู่ในพื้นที่ส่วนใหญ่คือกลุ่มบัณฑิตอาสาในจังหวัดนั้น ๆ

การเก็บข้อมูลในแต่ละจังหวัด คณะผู้วิจัยลงพื้นที่ในอำเภอที่ถูกคัดเลือกตาม 5.1.2 ได้เป็นส่วนใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงบางอำเภอที่พบอุปสรรคต่าง ๆ ดังนี้

จังหวัดนครปฐม เปลี่ยนการเก็บข้อมูลจากอำเภอดอนตูมเป็นอำเภอบางเลน เนื่องจากคณะเก็บข้อมูลมีความพร้อมมากกว่า จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เปลี่ยนจากอำเภอบางซ้ายเป็นอำเภอบางไทร เนื่องจากเกิดสภาพน้ำท่วมพื้นที่อำเภอบางซ้ายในวันที่คณะเก็บข้อมูลลงไปในพื้นที่ จังหวัดตาก เพิ่มการเก็บข้อมูลในอำเภอพบพระอีก 1 อำเภอ เนื่องจากหมู่บ้านในอำเภออุ้มผางแต่ละหมู่บ้านห่างไกลกันมาก จึงเลือกเก็บข้อมูลในหมู่บ้านที่มีระยะทางไม่ไกลกันมากนัก ซึ่งรวมไปถึงบางหมู่บ้านในอำเภอพบพระด้วย

5.4 เครื่องที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

การเก็บข้อมูลเพื่อศึกษาบริการสังคมที่ผู้สูงอายุในชุมชนได้รับนี้ ใช้เครื่องมือหลายชนิด เพื่อให้ได้ข้อมูล ทั้งสภาพชุมชน บริการสังคมต่าง ๆ การรับบริการของผู้สูงอายุ รวมไปถึงการอยู่อาศัยในครอบครัวและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และความคิดเห็นของผู้บริหารงานศูนย์สังเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลจึงประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามผู้สูงอายุ ประกอบด้วยส่วนข้อคำถามต่าง ๆ ดังนี้

- ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุและครอบครัว
- การได้รับปัจจัย 4
- ระดับความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัว
- ระดับการได้รับการดูแลจากลูกหลาน
- ระดับการช่วยเหลือที่ผู้สูงอายุได้กับครอบครัว
- การได้รับการยอมรับจากเพื่อนและชุมชน
- การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน
- ข้อมูลทางเศรษฐกิจ
- ปัญหาของผู้สูงอายุ
- ความต้องการความช่วยเหลือ
- บริการสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับความพึงพอใจในชีวิต

ชุดที่ 2 แบบสอบถามกระบวนการให้บริการศูนย์สังเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน

ชุดที่ 3 แบบวัดความเข้มแข็งของชุมชน

ชุดที่ 4 การสังเกตความร่วมมือของสถาบันต่าง ๆ ในชุมชน โดยการพูดคุยกับ พระ ครู เจ้าหน้าท้องถิ่น นาย หนุ่่มสาวในชุมชน และผู้นำชุมชนอื่น ๆ

6. แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดหลายแนวคิดมาใช้ในการกำหนดกรอบสำหรับการวิจัย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความเข้มแข็งของชุมชน การให้บริการสังคมแก่ผู้สูงอายุ กับคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนี้

6.1 แนวคิดการศึกษากระบวนการภาวะสูงอายุ

กระบวนการของภาวะสูงอายุ หมายถึง ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของบุคคลที่อยู่ในภาวะสูงอายุ ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2539 : 53 อ้างถึง McPherson, 1983) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสรีรวิทยา จิตใจและสังคมที่มนุษย์ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ดังนี้

6.1.1 กระบวนการภาวะสูงอายุทางสรีรวิทยา

ภาวะสูงอายุทางสรีรวิทยาเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุทางร่างกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพที่จะปรากฏให้เห็นอย่างชัดเจนกับร่างกายของคนเมื่อวัยสูงขึ้น กระบวนการนี้มี 2 ลักษณะ คือ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2539 : 54 - 55)

(1) การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและโครงสร้างของร่างกายที่ปรากฏให้เห็นอย่างชัดเจน เช่น ผิวหนังเหี่ยวย่น ตกกระ ผิวบาง เกิดบาดแผลได้ง่าย กล้ามเนื้อลดจำนวนลงทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง กระดูกเปราะบาง กระดูกผุ กระดูกข้ออักเสบ ฯลฯ

(2) การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เป็นการเปลี่ยนแปลงคุณภาพของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายที่เคยใช้งานได้ดี เช่น การใช้สายตา หู ลิ้น ฯลฯ หย่อนสมรรถภาพลง จำนวนเซลล์สมองลดลง ทำให้ความจำเสื่อมลงไป ระบบทางเดินหายใจ ทางเดินอาหาร ทางเดินปัสสาวะ ฯลฯ ทำงานได้น้อยลง ทำให้เกิดอาการผิดปกติตามมา เช่น อาหารไม่ย่อย เป็นไข้หวัดได้ง่าย อั้นปัสสาวะไม่ได้ ฯลฯ

กระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยานี้มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพไม่มากนักน้อย ซึ่งหากผู้ใดมีปัญหามาก ก็มักจะส่งผลไปถึงจิตใจของผู้สูงอายุไปด้วย อาจเกิดความหดหู่ ซึมเศร้า หรือหงุดหงิด เกรี้ยวกราด เป็นต้น

ผลการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในงานวิจัยจำนวนมาก พบว่าปัญหาหลักของผู้สูงอายุคือปัญหาสุขภาพ ทั้งที่สุขภาพไม่สมบูรณ์ ไม่แข็งแรงเช่นแต่ก่อน และปัญหาการเจ็บไข้ได้ป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ซึ่งโรคที่มักพบในผู้สูงอายุทั่วไปได้แก่ ปวดหลัง/เอว ไขข้ออักเสบ ความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะ โรคหัวใจ ต้อกระจกตา ต้อเนื้อตา โรคเกี่ยวกับหู อัมพาต/อัมพฤกษ์ (นภาพร ชัยวรรณ และ จอห์น โนเดล, 2539 : 147)

6.1.2 กระบวนการภาวะสูงอายุทางจิตวิทยาสังคม

แนวคิดทฤษฎีที่ใช้อธิบายภาวะสูงอายุทางจิตวิทยาสังคมที่ใช้กันแพร่หลายในปัจจุบันมี 2 แนวทาง คือ ทฤษฎีกิจกรรม และทฤษฎีภาวะถดถอย (สฤกุล เจนอบรม, 2539 : 34 - 35)

(1) ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) เป็นทฤษฎีที่เสนอโดย Robert Havighurst (1963) ซึ่งทำการศึกษาผู้สูงอายุชาวผิวขาวที่มีฐานะปานกลางและมีสุขภาพดี พบว่า ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมปฏิบัติอยู่เสมอ ๆ จะมีบุคลิกที่กระฉับกระเฉง และการมีภาระกิจกรรมสม่ำเสมอ จะทำให้มีความพึงพอใจในชีวิต และปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ปราศจากกิจกรรมหรือบทบาทภาระกิจหน้าที่ใด ๆ

(2) ทฤษฎีภาวะถดถอย (Disengagement Theory) เป็นทฤษฎีที่อธิบายในสิ่งที่ตรงข้ามกับทฤษฎีกิจกรรม เสนอโดย William Henry (1961) ซึ่งกล่าวว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุจะลดกิจกรรมและบทบาทของตนเองลง ซึ่งเป็นผลจากการที่รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถลดลง และการที่ผู้สูงอายุไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมและบทบาททางสังคม เป็นการถอนสถานภาพและบทบาทของตนเองให้แก่หนุ่มสาวหรือคนที่จะมีบทบาทหน้าที่ได้ดีกว่า ทั้งนี้เพราะสังคมต้องการคนที่มีทักษะใหม่ ๆ และคนรุ่นใหม่เข้าไปแทนที่

การถดถอยออกจากสังคมของผู้สูงอายุตามทฤษฎีภาวะถดถอยนี้ ถือเป็นเรื่องปกติและเป็นความพอใจส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ที่จะแสวงหาบทบาทของความสงบเงียบ ขณะที่ปรับตัวเองให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงตามปกติของกระบวนการเป็นผู้สูงอายุ

ในการศึกษาผู้สูงอายุไทยของอรพรรณ น้าชื่น (2541) ซึ่งศึกษาการถดถอยจากสังคมของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่า กลุ่มที่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงในทางถดถอยจากสังคมได้ดี เป็นกลุ่มที่มีการศึกษาดี มีอาชีพที่เป็นทางการ เช่น รับราชการและอยู่ในเขตเมือง ส่วนกลุ่มที่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตในทางถดถอยจากสังคมได้น้อย คือ กลุ่มที่เรียนน้อย มีอาชีพเกษตรกรรม และอยู่ในชนบท โดยปัจจัยทางด้านจิตใจที่มีผลต่อการยอมรับการถดถอยจากสังคมได้ดี คือ การที่ผู้สูงอายุมีทัศนคติที่ดีต่อการสูงอายุ มีความเชื่ออำนาจในตนเองมากกว่าอำนาจนอกตนเอง มีสุขภาพดีและมีรายได้มาก ซึ่งการถดถอยจากสังคมได้นี้ หากผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนามาก จะมีผลไปถึงการมีความพึงพอใจในชีวิตสูงด้วย ซึ่งในขณะเดียวกัน จากงานวิจัยเรื่องเดียวกันชี้ให้เห็นว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการถดถอยจากสังคม และไม่มีผลไปถึงความพึงพอใจในชีวิต

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ พบว่า กิจกรรมทางศาสนามีค่าเฉลี่ยการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุสูงกว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม จึงอาจจะชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความสนใจจะร่วมกิจกรรมทางศาสนามากกว่ากิจกรรมทางสังคม ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตสูงด้วย

ส่วนไฉไล ไชยเสวี (2539) ศึกษาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่ชมรมจัดขึ้น เช่น การบริหารร่างกาย การออกกำลังกาย และเข้าร่วม

กิจกรรมนันทนาการ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุได้มีพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ได้รับ ความเพลิดเพลิน สร้างเสริมสมรรถภาพของร่างกาย ได้ทำกิจกรรมร่วมกับผู้ที่อยู่ในวัยเดียวกัน รู้สึกเป็น หมู่คณะเดียวกัน ได้ระบายความคับข้องใจเมื่อมีปัญหา ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข มีความสบายใจ มีสุขภาพจิตดี และผู้วิจัยยังได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตและความพึงพอใจในชีวิต พบว่า มีความสัมพันธ์ ทางบวกในระดับสูง

งานวิจัยทั้ง 2 เรื่องนี้จึงสนับสนุนแนวคิดทั้ง 2 แนวคิดที่กล่าวถึงการเข้าร่วมกิจกรรมและการ ถอดออกจากสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งพอจะทำให้สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุมีภาวะทั้ง 2 ลักษณะ คือ ขอมรับการ เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะถดถอยได้ดีและมีความพึงพอใจในชีวิตโดยอาศัยการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ขณะเดียวกัน การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขทางจิตดี มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต เช่นกัน

6.2 แนวคิดการศึกษาคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในชีวิต

“คุณภาพชีวิต” เป็นคำที่ถูกใช้เพื่อเป็นเป้าหมายในการพัฒนาสังคมในปัจจุบันค่อนข้างมาก คุณภาพชีวิตจึงหมายถึงทุกสิ่งทุกอย่างที่จะเกี่ยวข้องกับชีวิตความเป็นอยู่ของคน ทั้งด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ การศึกษา การเมืองและศาสนา (ยุพา อุดมศักดิ์, 2516 : 82) เป็นชีวิตที่สามารถทำประโยชน์ ให้แก่ผู้อื่นได้ (พิทยา สายหู, 2516 : 11) เป็นชีวิตที่ไม่เป็นภาระ ไม่ก่อให้เกิดปัญหาขึ้นในสังคม เป็น ชีวิตที่มีความสมบูรณ์ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า หรือปัญหาที่สลับซับซ้อนได้ ฯลฯ (ชัยวัฒน์ ปัญจพงษ์ และคณะ, 2521 : 138) และหมายถึง ความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและ ทรัพย์สิน มีเวลาพักผ่อนหย่อนใจ การมีโอกาสดำเนินชีวิตของตนเอง และการมีสิ่งแวดล้อมที่น่าอยู่อาศัย (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2525 : 1) ซึ่งคุณภาพชีวิตต่าง ๆ ที่กล่าวมาย่อมนำมาสู่การที่บุคคลจะมีชีวิตที่มีความ สุขทั้งกายและใจ สุขทางกาย คือ การมีพร้อม หรือได้รับการตอบสนองความต้องการ ทั้งด้าน อาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค เครื่องมือเครื่องใช้ เครื่องอำนวยความสะดวกต่าง ๆ พอสมควร และทางจิตใจ คือ การมีความรัก ความอบอุ่น และความมั่นคงในจิตใจ ได้รับการยอมรับและยกย่องจาก บุคคลอื่น (นิสรัตน์ ศิลปเดช, 2539 : 65)

ความสุขหรือความพึงพอใจในชีวิตของคนจะเกิดขึ้นได้เมื่อคนนั้นได้รับการตอบสนองความ ต้องการของตน (สุรกุล เจนอบรม, 2534 : 39 อ้างถึงทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์) และความ ต้องการนั้นจะเพิ่มระดับขึ้นตามขั้นความต้องการ 5 ขั้น จากขั้นพื้นฐานสู่ขั้นที่สูงขึ้น ประกอบด้วย

ขั้นที่ 1 ความต้องการเพื่อการอยู่รอดของมนุษย์ เช่น ความต้องการอากาศ น้ำ เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่ อาศัย และยารักษาโรค

ขั้นที่ 2 ความต้องการความมั่นคง ปลอดภัย

ขั้นที่ 3 ความต้องการความรัก ความเป็นเจ้าของ

ขั้นที่ 4 ความต้องการการยอมรับนับถือ

ขั้นที่ 5 ความต้องการที่จะบรรลุความสำเร็จสมหวังในชีวิต ต้องการที่จะเป็นคนโดยสมบูรณ์ ลำดับขั้นจากความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ พันธุทิพย์ รามสูต (2527 : 32 - 35) ได้สรุปและจำแนกความต้องการของผู้สูงอายุออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. ความต้องการพื้นฐาน คือ ความต้องการที่ผู้สูงอายุทุกคนแสวงหา ไม่ว่าจะอยู่ในสังคมและวัฒนธรรมใด ได้แก่

1.1 ผู้สูงอายุพยายามมีชีวิตอยู่นานเท่าที่จะเป็นไปได้

1.2 ผู้สูงอายุพยายามรักษาลักษณะและศักยภาพทางร่างกายและทางสมองให้คงอยู่มากที่สุด และใช้ประโยชน์จากพลังและศักยภาพดังกล่าวอย่างสูงสุดเท่าที่จะทำได้

1.3 ผู้สูงอายุพยายามป้องกันและขจัดไว้ซึ่งสิทธิพิเศษที่เคยเป็นในชีวิตวัยต้น เช่น ความรู้ ความชำนาญ ทรัพย์สินสมบัติ เกียรติคุณและอำนาจ

2. ความต้องการขั้นสูง คือ ความต้องการซึ่งมีลักษณะเปลี่ยนแปลงง่าย อาจเป็นความต้องการเฉพาะหน้าหรือระยะยาว หรือเป็นจุดหมายปลายทางของผู้สูงอายุ และเป็นความต้องการที่สอดคล้องกับลักษณะสังคมและวัฒนธรรมของผู้สูงอายุ เช่น ในสังคมตะวันตก ผู้สูงอายุอาจจะมีความต้องการงานที่เหมาะสมกับวัย มีรายได้พอใช้จ่าย มีบริการสุขภาพที่รัฐจัดให้ มีบ้านพักอาศัย ฯลฯ ขณะที่ในสังคมไทย ความต้องการเหล่านี้อาจจะไม่ใช่สิ่งสำคัญเท่ากับการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานและครอบครัว เป็นต้น

ความต้องการขั้นสูงนี้เทียบเท่ากับความต้องการระดับที่ 4 และ 5 ของความต้องการ 5 ขั้นของมาสโลว์ ซึ่งเป็นความต้องการการเคารพยกย่อง และความต้องการที่จะเป็นคนโดยสมบูรณ์ ซึ่งสำหรับผู้สูงอายุ ความต้องการนี้ควรจะเป็นการได้มีโอกาสและสิทธิที่จะศึกษาและค้นพบคุณค่าของชีวิต ให้ผู้สูงอายุได้ใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีความหมาย จะทำให้เกิดความพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ เมื่อความตายมาถึงก็จะเป็นความตายที่น่ายินดีและเหมาะสมกับรูปแบบชีวิตของเขา (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2539 : 61)

6.3 แนวคิดการจัดบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

องค์การสหประชาชาติได้จัดให้มีการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ (The World Assembly on Aging) เมื่อ พ.ศ. 2525 ณ กรุงเวียนนา โดยได้เสนอแนวคิดพื้นฐานในการจัดบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ มีสาระสำคัญประกอบด้วยแนวความคิด 2 ประการคือ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2534 : 35 - 36)

1. แนวคิดด้านมนุษยธรรม (Humanitarian Aspect of Aging) ซึ่งหมายถึง ผู้สูงอายุ ควรได้รับความช่วยเหลือตามหลักมนุษยธรรมและความต้องการ ได้แก่

1.1 สุขภาพอนามัยและโภชนาการ ผู้สูงอายุควรได้รับการรักษาพยาบาล ฟื้นฟูสุขภาพ การโภชนาการ และมีมาตรการป้องกันเกี่ยวกับโรคในผู้สูงอายุและป้องกันความพิการ

1.2 ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม ควรให้สูงอายุได้อยู่อาศัยในบ้านของตนเองอย่างมีอิสระ ให้มากที่สุด การสร้างที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุควรพิจารณาให้เหมาะสมกับสภาพผู้สูงอายุ ควรมีเครื่องอำนวยความสะดวกให้พอเพียง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางการเคลื่อนไหวและผู้สูงอายุที่พิการ นอกจากนั้น ควรมีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานที่ปฏิบัติงานด้านบริการสังคม อนามัย วัฒนธรรม งานด้านพักผ่อนหย่อนใจ การคมนาคม เป็นต้น

1.3 ครอบครัว ควรสนับสนุนส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้ รัฐบาลและองค์การเอกชนควรจัดให้มีมาตรการหรือบริการในการสนับสนุนครอบครัวที่เลี้ยงดูผู้สูงอายุ โดยเฉพาะครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ

1.4 สวัสดิการสังคม การให้บริการด้านนี้ควรมีเป้าหมายที่เสริมสร้างและคงไว้ซึ่งบทบาทที่เป็นประโยชน์ของผู้สูงอายุในสังคมให้มากที่สุดที่จะกระทำได้ รวมทั้งการสนับสนุนให้กลุ่มเยาวชนและอาสาสมัครต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ หรือจัดกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุ โดยที่รัฐบาลต้องพยายามยกเลิกกฎระเบียบต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงานนี้

1.5 ความมั่นคงทางรายได้และการจ้างงาน รัฐควรมีหลักประกันรายได้ขั้นต่ำสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งอาจจะดำเนินการโดยการออกกฎหมายประกันสังคม หรือมาตรการอื่น ๆ นอกจากนี้ ควรมีการร่วมมือระหว่างรัฐบาลกับนายจ้าง องค์การลูกจ้าง หรือคนงาน เพื่อจัดทำมาตรการที่จะสนับสนุนให้คนสูงอายุได้ปฏิบัติการต่อไป ภายใต้สภาพการณ์ที่เหมาะสมและมีความมั่นคง

1.6 การศึกษา ควรจัดให้มีโครงการศึกษาที่ให้ผู้สูงอายุเป็นครู หรือเป็นผู้ที่ถ่ายทอดความรู้ต่าง ๆ วัฒนธรรม ประเพณี ศิลธรรม ควรจะกระตุ้นให้มีการศึกษาสำหรับผู้ใหญ่ในทุกระดับ รวมทั้งในระดับมหาวิทยาลัย นอกจากนี้ ยังควรจะต้องให้การศึกษแก่ประชาชนทั่วไป ตั้งแต่เยาว์วัยถึงผู้สูงอายุ ถึงกระบวนการสุขภาพและวิธีการเตรียมตัวเพื่อรับกับวัยสูงอายุและการใช้เวลาให้เกิดประโยชน์

2. แนวคิดด้านพัฒนา (Developmental Aspect of the Aging) หมายถึง บทบาทของผู้สูงอายุในกระบวนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งรัฐบาลจะต้องรับผิดชอบในการทำให้ความสูงอายุมีผลในทางลบน้อยที่สุดต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม รวมทั้งในเรื่องของการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีบทบาทในด้านการพัฒนาประเทศโดยส่วนรวมด้วย

ในส่วนการจัดบริการสังคมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เวิร์ด (Word, 1979 : 302 อ้างใน จุลเทพ ธีระธาดา, 2537 : 22 - 23) อธิบายถึงบริการที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุและจะสามารถบำบัดปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี ต้องมีลักษณะดังนี้

1. เป็นบริการที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวเข้าวัยสูงอายุ (Adjustive and Integrative Services) เป็นการให้บริการที่มีจุดมุ่งหมายไปที่ผู้กำลังเข้าสู่วัยสูงอายุที่จะต้องเข้ามาอยู่ในสังคมใหม่ และปรับตัวต่อบทบาทและสถานการณ์ใหม่ กิจกรรมต่าง ๆ ของบริการด้านนี้ได้แก่ การให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับรายได้ และความทุกข์ใจ กังวลใจต่าง ๆ และการชักชวนผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เป็นต้น

2. บริการที่ให้การสนับสนุน (Supportive Services) บริการประเภทนี้มีจุดมุ่งหมายไปที่ผู้สูงอายุที่อายุมากแล้ว เพื่อช่วยเหลือให้สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ เช่น การเยี่ยมเยียนที่บ้าน เพื่อให้บริการดูแลรักษาสุขภาพ ให้คำปรึกษาแนะนำในเรื่องต่าง ๆ และการจัดกิจกรรม เพื่อให้เกิดความสนุกสนานเพลิดเพลิน เป็นต้น

3. บริการด้านที่พักอาศัย (Congregate and Shelter Care Services) เป็นการ จัดที่พักอาศัย และให้การดูแลอย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้อย่างมีความสุข

4. บริการทางด้านการป้องกันและรักษาความปลอดภัย (Protective Services) เป็นการ จัดบริการทางด้านการป้องกันรักษาความปลอดภัย รักษาสิทธิและสวัสดิการ กิจกรรมบริการประเภทนี้ได้แก่ บริการด้านกฎหมาย การให้ความช่วยเหลือในเรื่องการจัดการด้านการเงิน เป็นต้น

5. บริการทางด้านอำนวยความสะดวกในการดูแลรักษา (Care Facilities and Services) บริการประเภทนี้จะมีจุดมุ่งหมายที่ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ให้ได้รับความสะดวกในด้านการรับบริการรักษาพยาบาล

จากแนวคิดจากจัดสวัสดิการผู้สูงอายุดังกล่าว จุลเทพ ธีระธาดา (2537 : 23 - 24) ได้จำแนกการให้บริการตามลักษณะกิจกรรมที่จะจัดบริการให้แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งดำเนินการอยู่ในประเทศไทย เป็นด้านต่าง ๆ เช่น

- บริการด้านสุขภาพอนามัย เช่น บริการคลินิกผู้สูงอายุ บริการอาสาสมัครสาธารณสุข บริการส่งเสริมสุขภาพ การออกกำลังกาย บริการฟื้นฟูสุขภาพด้านกายภาพบำบัด บริการบัตรสุขภาพรักษาพยาบาลฟรี เป็นต้น

- บริการด้านการศึกษา เช่น การจัดสัมมนาและบรรยายเรื่องที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ การฝึกอาชีพเพื่อเป็นรายได้ หรือเพื่อเป็นกิจกรรมเวลาว่าง ฯลฯ

- บริการด้านนันทนาการ วัฒนธรรมและสังคม เช่น การจัดกิจกรรมเพื่อความบันเทิง การแสดง การร้องรำทำเพลง การจัดกิจกรรมในวันสำคัญทางศาสนา การจัดกิจกรรมพัฒนาสังคม ฯลฯ

- ด้านการบริการให้การช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ เป็นศูนย์บริการทางสังคมสงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน ฯลฯ

- ด้านการบริการที่พักอาศัย เป็นกิจกรรมด้านการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ เช่น การจัดสถานสงเคราะห์ หรือบ้านพักฉุกเฉิน เป็นต้น

บริการสังคมที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุในสังคมไทยที่กล่าวมา บางด้านได้มีการจัดให้บริการมาช้านานแล้ว บางด้านเพิ่งเริ่มให้บริการเมื่อไม่นานมานี้ ส่วนใหญ่เป็นบริการที่จัดโดยภาครัฐ นอกจากด้านสุขภาพ และที่พักอาศัยที่ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน ศรีทัตติม พาณิชพันธ์ (2534 : 70 - 83) ได้กล่าวถึงรายละเอียดของบริการสังคมที่เป็นรูปธรรม ซึ่งมีการจัดขึ้นในประเทศไทยเป็นบางส่วน ดังนี้

บริการด้านสวัสดิการสังคม บริการนี้เป็นบริการหลักเพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุในรูปแบบของการจัดสาธารณูปการ เพื่อเป็นการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุโดยเฉพาะ ปัจจุบัน กรมประชาสงเคราะห์เป็นหลักในการให้บริการ เช่น

- บริการให้คำปรึกษาหารือแก่ผู้สูงอายุ ตลอดจนสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวเพื่อแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว ตลอดจนฟื้นฟูสมรรถภาพและพัฒนาผู้สูงอายุ
- บริการช่วยเหลือทางกฎหมาย
- บริการให้การดูแลคนชราในเวลากลางวัน อาจจะใช้เป็นที่พักบปะสังสรรค์ของผู้สูงอายุและจัด กิจกรรมด้านศาสนาและกิจกรรมด้านอื่น ๆ
- บริการช่วยเหลือครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ โดยการช่วยเหลือผู้สูงอายุในกรณีที่บุตรหลานมีปัญหา ในการดูแลเลี้ยงดูผู้สูงอายุ เนื่องจากต้องประกอบอาชีพนอกบ้าน
- บริการนันทนาการหรือการพักผ่อนหย่อนใจ
- บริการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านตามลำพัง โดยจัดบริการต่าง ๆ ให้ถึงบ้านของผู้สูง อายุ เช่น บริการเยี่ยมบ้าน โดยส่งอาสาสมัครออกไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุเป็นครั้งคราว เพื่อสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ช่วยแนะนำการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์
- บริการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่พิการเคลื่อนไหวไม่ได้ เป็นต้น

บริการด้านสุขภาพอนามัย บริการนี้ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข เช่น การจัดทำโครงการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ การส่งเสริมงานสาธารณสุขมูลฐาน การให้การอบรมความรู้แก่ผู้สื่อข่าว สาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครหมู่บ้าน (อสม.) ฯลฯ บริการต่าง ๆ ที่จัดขึ้น ได้แก่

- การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ โดยการส่งเสริมให้มีจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในระดับจังหวัด และอำเภอ การส่งเสริมและสนับสนุนโรงพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนในการให้สุศึกษาแก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งเผยแพร่ความรู้ทางการแพทย์และงานสาธารณสุข เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีความรู้ทางการแพทย์และการสาธารณสุขเบื้องต้นด้วย
- การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีคลินิกและโรงพยาบาลดำเนินการให้การรักษาเบ็ดเสร็จ เช่น การจัดตั้งโครงการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุตามโรงพยาบาลต่าง ๆ จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ศูนย์บริการ ตรวจผู้สูงอายุ ศูนย์ดูแลสุขภาพเวลากลางวัน ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ การเยี่ยมเยียนและติดตามที่ บ้านโดยพยาบาลหรือนักสังคมสงเคราะห์ แผนกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล สถาบันเกี่ยวกับการดูแลรักษา ผู้ป่วยสูงอายุ ชมรมหรือสโมสรผู้สูงอายุ เป็นต้น
- งานสาธารณสุขมูลฐาน โดยการจัดการอบรม ผสส. อสม. เพื่อนำความรู้ในด้านสุขภาพ อนามัยไปสู่หมู่บ้านและตำบล จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในระดับหมู่บ้านโดยเน้นการเผยแพร่ความรู้ทางการแพทย์

บริการด้านการสงเคราะห์ เพื่อลดความเดือดร้อนของผู้สูงอายุ เช่น การจัดสถานสงเคราะห์ การสงเคราะห์เฉพาะหน้า เช่น ศูนย์บริการคนชราและหน่วยบริการผู้สูงอายุเคลื่อนที่ ศูนย์บริการสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งการสงเคราะห์ครอบครัวยากจน

บริการอื่น ๆ นอกจากบริการด้านต่าง ๆ ที่กล่าวมา ยังมีบริการด้านอื่น ๆ เช่น บริการส่งเสริมบทบาทของผู้สูงอายุ ได้แก่ การจัดงานวันผู้สูงอายุ บริการศึกษา ได้แก่ การจัดเตรียมความพร้อมสำหรับผู้สูงอายุให้สามารถจัดการกับชีวิตในบั้นปลายของตนได้อย่างมีความสุข บริการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่มีประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ บริการหางานที่เหมาะสมให้กับผู้สูงอายุ บริการบ้านฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ ฯลฯ

บริการที่กล่าวมาจะเห็นว่าเน้นการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นหลัก ในขณะที่บริการสังคมด้านอื่น ๆ ก็มีเพิ่มขึ้นมาเป็นลำดับ โดยเฉพาะการให้บริการของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นจุดเน้นของการศึกษาผลการดำเนินงานสำหรับการวิจัยครั้งนี้ เพิ่งเริ่มให้บริการครั้งแรกตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 19 พฤษภาคม 2530 ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2531

6.3.1 นโยบายการจัดตั้งศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน

โครงการจัดตั้งศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านถูกบรรจุไว้ในแผนมหาดไทยแม่บท ฉบับที่ 4 (พ.ศ.2530 - 2534) และแผนปฏิบัติการของกระทรวงมหาดไทยระยะ 4 ปี (พ.ศ. 2531 - 2534) ภายใต้แผนพัฒนาคน สังคมและวัฒนธรรม แผนงานสวัสดิการสังคม แผนงานย่อยการสงเคราะห์ผู้ด้อยโอกาสทางสังคม ดำเนินงานโดยกรมประชาสงเคราะห์ (กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 2541 : 2) โดยกรมประชาสงเคราะห์ได้กำหนดแนวนโยบายการจัดตั้งศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านไว้ดังนี้

1. เพื่อให้งานด้านสงเคราะห์ราษฎรที่เดือดร้อน ได้ช่วยเหลือประชาชนในระดับหมู่บ้านอย่างแท้จริง
2. เพื่อให้ได้ข้อมูลของผู้เดือดร้อนอย่างถูกต้องเสนอต่อประชาสงเคราะห์อำเภอ และประชาสงเคราะห์จังหวัด
3. เพื่อส่งเสริมให้เอกชนและองค์กรสังคมสงเคราะห์อื่น ๆ ได้สนับสนุนและช่วยเหลือแก่ผู้ที่มีปัญหา ต้องการความช่วยเหลือในหมู่บ้าน และเพื่อให้ประชาชนได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน อันเป็นการแบ่งเบาภาระของรัฐ

ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านเป็นองค์กรประชาชนในระดับหมู่บ้าน จัดตั้งขึ้นในรูปแบบของกรรมการซึ่งทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางดำเนินงานช่วยเหลือประชาชนผู้ด้อยโอกาส และประสบปัญหาความทุกข์ยากเดือดร้อน โดยประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหานั้นท้องถิ่นของตนเอง ซึ่งจะทำให้ประชาชนผู้ทุกข์ยากเดือดร้อนในหมู่บ้านได้รับการดูแล ได้รับการช่วยเหลืออย่างทั่วถึงและทันต่อเหตุการณ์ บนพื้นฐานของการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยให้ดำเนินการ

ในทุกหมู่บ้าน ในทุกจังหวัด เพื่อให้สัมผัสกับเจตนารมณ์ของกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ที่ว่า
เป็นองค์กรของประชาชน โดยประชาชนและเพื่อประชาชน

การจัดตั้งและดำเนินงานของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน มีวัตถุประสงค์ 4 ข้อ คือ
(กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 2541 : 3)

1. เพื่อส่งเสริมให้ราษฎรเกิดความรู้และแนวคิดในการจัดตั้งองค์กรช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
โดยให้ราษฎรช่วยกันแก้ไขปัญหาด้านแรงงานและสวัสดิการสังคมของตนในพื้นที่ อันเป็นหลัก
ประกันที่ราษฎรจะได้รับการช่วยเหลือโดยรวดเร็วและทันต่อเหตุการณ์
2. เพื่อเป็นศูนย์กลางในการประสานงานกับหน่วยราชการหรือองค์กรภาคเอกชนที่จะลงไป
ดำเนินกิจกรรมด้านแรงงานและสวัสดิการสังคม และด้านอื่น ๆ ในหมู่บ้าน
3. เพื่อเป็นศูนย์กลางในการให้คำปรึกษาแนะนำ แก้ไขปัญหาและการกระจายบริการด้านแรง
งานและสวัสดิการสังคมไปสู่ราษฎรในหมู่บ้านอย่างทั่วถึง
4. เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลพื้นฐานและข่าวสารด้านแรงงานและสวัสดิการสังคมในหมู่บ้าน

6.3.2 แนวทางการดำเนินงานของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน

การดำเนินงานของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน อยู่ภายใต้ความดูแลของคณะ
กรรมการศูนย์ฯ โดยมีแนวทางการดำเนินงานหลายด้าน ดังนี้

1. ด้านการสงเคราะห์และฟื้นฟู
 - 1.1 ช่วยเหลือเด็ก สตรี คนชรา คนพิการ ครอบครัวผู้มีรายได้น้อย ผู้ประสบสาธารณภัย ผู้
ประสบปัญหาด้านแรงงาน และผู้ประสบปัญหาความทุกข์ยากเดือดร้อนต่าง ๆ ด้วยเครื่องอุปโภค
บริโภค เงิน และให้คำแนะนำ หรือด้านอื่น ๆ ตามความเหมาะสม
 - 1.2 พิจารณาคัดเลือกผู้สูงอายุเพื่อรับเบี้ยยังชีพ
 - 1.3 สนับสนุนให้มีศูนย์บริการดูแลเด็ก ผู้สูงอายุ และศูนย์บริการอื่นทางด้านแรงงานและ
สวัสดิการสังคม
2. ด้านการพัฒนาและคุ้มครอง
 - 2.1 สนับสนุนให้มีการแต่งตั้งอาสาสมัครตามที่หน่วยงานในสังกัดกระทรวงแรงงานและ
สวัสดิการสังคมจัดตั้งขึ้น
 - 2.2 สอดส่อง ดูแล เฝ้าระวัง ปัญหาความประพฤติของเด็กและเยาวชนในหมู่บ้าน การเดิน
ทางไปทำงานในต่างถิ่นของสตรีและเยาวชนสตรี รวมทั้งเคลื่อนย้ายแรงงานของประชาชนในหมู่บ้าน
 - 2.3 เผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจและแนวปฏิบัติด้านแรงงานและสวัสดิการสังคม
 - 2.4 ร่วมกับหน่วยงานในสังกัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมและส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง
ขออบรมให้ความรู้แก่ประชาชน เพื่อป้องกันการหลอกลวงไปทำงาน การล่อลวงหญิงและการใช้แรง
งานหญิงและเด็ก

2.5 ร่วมกับหน่วยงานในสังกัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม จัดอบรมอาสาสมัครตามหน่วยงานในสังกัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม จัดตั้งขึ้น เพื่อเสริมการปฏิบัติงานของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม

2.6 รับเรื่องราวร้องทุกข์เกี่ยวกับด้านแรงงานและสวัสดิการสังคม เพื่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3. ด้านการยกระดับคุณภาพ

3.1 ร่วมกับหน่วยงานในสังกัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องและองค์กรภาคเอกชน จัดฝึกอบรม จัดอบรมพัฒนาฝีมือแรงงานและยกระดับมาตรฐานฝีมือแรงงาน และจัดหางานให้แก่ประชาชนวัยทำงานในหมู่บ้าน

3.2 พิจารณาคัดเลือกกลุ่มผู้ยากไร้ในหมู่บ้าน เข้าร่วมโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตครอบครัวในชนบท

3.3 ร่วมกับหน่วยราชการ หรือองค์กรภาคเอกชน ฝึกอาชีพ จัดอบรมฝีมือแรงงานและจัดหางานแก่คนพิการ

4. ด้านสถิติข้อมูล

4.1 ด้านสถิติข้อมูลและจัดทำทะเบียนผู้ประสบปัญหาความเดือดร้อน เช่น เด็ก คนชรา คนพิการที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ตลอดจนผู้ประสบปัญหาด้านแรงงานและสวัสดิการสังคมอื่น ๆ

4.2 สำรวจข้อมูลสวัสดิการสังคมครัวเรือน เพื่อทราบปัญหาและวางแผนดำเนินงานแก้ไขปัญหของหมู่บ้าน

4.3 สำรวจข้อมูลด้านแรงงานเกี่ยวกับจำนวนสถานประกอบการ ประเภทกิจการ กำลังแรงงานและการเคลื่อนย้ายแรงงาน

ในการวิจัยครั้งนี้ จะได้สำรวจกิจกรรมที่ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน ได้ดำเนินการในระหว่าง 6 เดือน - 1 ปีที่ผ่านมา และจะเน้นการให้บริการแก่ผู้สูงอายุมากกว่ากิจกรรมชนิดอื่น

6.4 แนวคิดการศึกษาความเข้มแข็งในชุมชน

หลังจากที่สังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากการพัฒนาตามกระแสของโลก ปรากฏการณ์ที่พบเห็นในชนบทโดยทั่วไป คือ ชาวบ้านพึ่งตนเองได้น้อยลง มีความยากลำบากในการดำรงชีวิตมากขึ้น ขาดทุนมากขึ้น พร้อม ๆ กับความมีชีวิตชีวาของชาวบ้านมีน้อยลง นักวิชาการจำนวนมากได้ให้ความสนใจศึกษาสาเหตุของปรากฏการณ์ดังกล่าว และพบว่ามิใช่ทุกชุมชนทุกหมู่บ้านที่ประสบชะตากรรมนั้นเหมือนกันหมด มีหมู่บ้านบางแห่งที่เมื่อกระแสการพัฒนาแบบใหม่เข้าไป ทำให้หมู่บ้านเสื่อมดูลอยอยู่ระยะหนึ่ง แต่ในที่สุด ก็สามารถตั้งหลักได้ และฟื้นฟูให้หมู่บ้านกลับมามีชีวิตชีวาอีกครั้ง เอนก นากะบุตร (2536 : 9) กล่าวถึงหมู่บ้านหรือชุมชนจำนวนมากที่ดำรงความยั่งยืนของสภาพแวดล้อมไว้ได้ โดยไม่ปล่อยให้กระแสการพัฒนาเข้าไปทำลายได้ โดยพบว่า “ในชุมชนเหล่านั้นดำรงและ

สืบสานไว้ซึ่งเอกลักษณ์ของระบบ วัฒนธรรมของชาติพันธุ์ ซึ่งมีทั้งภาคที่เป็นความเชื่อ จารีต พิธีกรรม และภาคที่เป็นตัวบุคคลและองค์กร” การดำรงชีวิตต่าง ๆ “.....อยู่ภายใต้การกำกับดูแลขององค์กร ชุมชน ซึ่งส่งผลให้ชุมชนและวิถีชีวิตชุมชนโดยรวมอยู่ร่มเย็นเป็นสุข.....”

ข้อสรุปของเอนก นากะบุตร ยืนยันแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการพัฒนาชุมชนหรือ การพัฒนาชนบทที่มีหลากหลายแนวคิด แต่จะปรากฏแนวคิดร่วมกันประการหนึ่ง คือ การที่ชุมชนมีความเข้มแข็งเป็นเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตที่สำคัญประการหนึ่ง เช่น ไพฑูรย์ วัฒนศิริธรรม (2537 อ้างใน อนุชาติ พวงสำลี และอรทัย อาจอ่ำ, 2539 : 188) สรุปคุณภาพชีวิตไว้ว่า “คนมีความสุข ชุมชนเข้มแข็ง สังคมสันติ และสิ่งแวดล้อมยั่งยืน” หรือที่นายแพทย์ยงยุทธ จรธรรม อภิปรายไว้ในการประชุมเรื่องตัวชี้วัดสำหรับงานพัฒนาชนบท (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2538 : 89 - 90) โดยกล่าวถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งหมายถึงการที่หน่วยสังคมอยู่ร่วมกันอย่างสันติสุขนั้น จากการที่ชุมชนมีเครือข่ายที่เข้มแข็ง ช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกัน ฯลฯ

นอกจากนั้น เสรี พงศ์พิส (2536) กล่าวถึงดัชนีเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ซึ่งจะเห็นว่ามียอดประกอบของความเข้มแข็งของชุมชนอยู่หลายลักษณะ ได้แก่

1. มีความพร้อม มีความสำนึก และความกระตือรือร้นที่จะมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน
2. ไม่มีความทุกข์ยาก ขาดแคลน ความเจ็บไข้ ความไม่รู้
3. มีการรวมกลุ่มเพื่อแก้ไขปัญหา
4. มีการปรับตัวตามการเปลี่ยนแปลงของสังคม เพื่อก่อให้เกิดความสงบสุขในครอบครัว
5. มีหลักศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวของจิตใจ
6. ใช้จารีต ประเพณีและวัฒนธรรมท้องถิ่นเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ
7. มีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในกระบวนการพัฒนาและแก้ปัญหา
8. มีอำนาจในการวิเคราะห์
9. ตระหนักและเห็นคุณค่าของศักยภาพของตนเองที่จะนำไปใช้ในการพัฒนา
10. มีความคิดสร้างสรรค์และอดทนในการพัฒนา
11. การอยู่ร่วมกันอย่างสันติ ช่วยเหลือเกื้อกูลพึ่งพาซึ่งกันและกัน

การวัดความเข้มแข็งของชุมชน จึงวัดจากการทำกิจกรรมร่วมกัน ทั้งกิจกรรมทางศาสนา วัฒนธรรมและประเพณี รวมไปถึงการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน การมองเห็นปัญหาร่วมกันและการช่วยกันป้องกันแก้ไขปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับชุมชนของตน

จากแนวคิดทฤษฎีที่นำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้ สามารถสรุปเป็นความสัมพันธ์ของตัวแปรที่จะใช้ในการศึกษาดังนี้

1. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบริการสังคมต่าง ๆ

ผู้สูงอายุคือ ปัจเจชนที่มีความต้องการพื้นฐานทั่วไปตามแนวคิดของมาสโลว์ ดังนั้น ความสุขความพึงพอใจย่อมขึ้นอยู่กับ การได้รับการตอบสนองความต้องการต่าง ๆ ตามธรรมชาติของมนุษย์ ซึ่งเริ่มต้นจากการได้รับปัจจัย 4 ได้รับการช่วยเหลือดูแลความเป็นอยู่ มีความอบอุ่นจากครอบครัว ได้รับการยอมรับจากเพื่อนฝูง มีการสมาคมกับเพื่อนบ้าน ฯลฯ ซึ่งโดยทั่วไปแล้ว ชาวบ้านในชุมชนชนบทอาจจะได้รับการตอบสนองความต้องการเหล่านี้จากสถาบันในชุมชน เช่น ครอบครัว ผู้นำชุมชน องค์การของรัฐ เช่น อนามัย โรงพยาบาล โรงเรียน วัด ชมรมผู้สูงอายุ ฯลฯ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับแหล่งสนับสนุนหรือสนองความต้องการเหล่านี้ควรจะมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งของชุมชนกับบริการต่าง ๆ ในชุมชน

ความเข้มแข็งของชุมชนคือ การที่ชาวชุมชนให้ความสำคัญกับกิจกรรมส่วนรวมของชุมชน โดยการเข้าร่วมในกิจกรรมเหล่านั้น ทั้งกิจกรรมบันเทิง กิจกรรมสังคม วัฒนธรรม รวมไปถึงการร่วมกันแก้ไขป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในชุมชน ความเข้มแข็งของชุมชนนี้น่าจะมีผลให้สมาชิกในชุมชนมีโอกาสเข้าถึงบริการทางสังคม หรือมีเช่นนั้น บริการต่าง ๆ ควรจะเข้ามาถึงประชาชนได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ซึ่งควรได้รับการดูแลจากชุมชนมากกว่าสมาชิกกลุ่มอายุอื่น ๆ ดังนั้น ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและบริการต่าง ๆ น่าจะมีความเข้มแข็งของชุมชนเป็นปัจจัยร่วมด้วย

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งของชุมชน กับคุณภาพการให้บริการของศูนย์

สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน

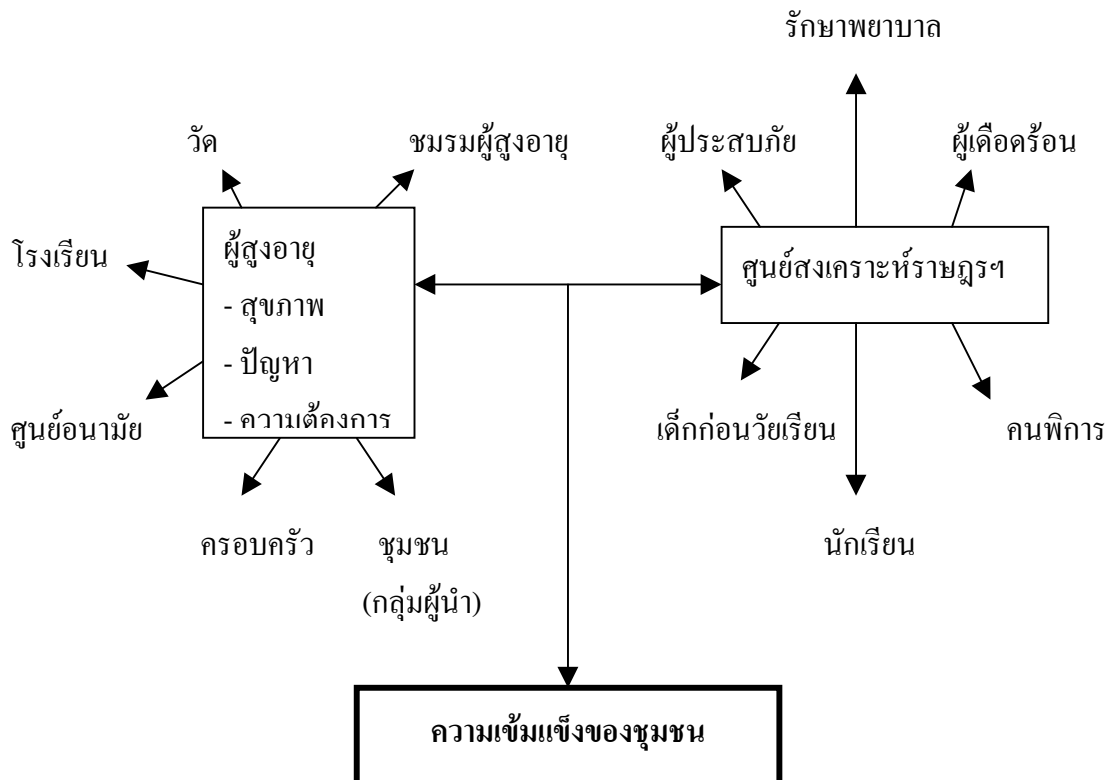
งานของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านเป็น “งานของประชาชน โดยประชาชน และเพื่อประชาชน” ซึ่งกลุ่มผู้บริหารศูนย์สงเคราะห์ฯ ล้วนเป็นชาวบ้านทั้งสิ้น ดังนั้น การที่ชุมชนมีความเข้มแข็ง ชาวชุมชนสนใจต่องานส่วนรวม ศูนย์สงเคราะห์ฯ ควรจะมีความเข้มแข็งในสัดส่วนที่เป็นปฏิภาคกันด้วย ซึ่งหมายความว่า กรรมการศูนย์สงเคราะห์ฯ ควรจะเข้าถึงปัญหาของชุมชน และให้ความช่วยเหลือเพื่อนบ้านหรือผู้ที่เดือดร้อนในทันที หรือได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

4. ความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกับบริการของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน

ผู้สูงอายุ คือ กลุ่มผู้รับบริการที่กำหนดในภาระหน้าที่ศูนย์สงเคราะห์ฯ จะต้องให้การดูแลและสงเคราะห์เมื่อถึงคราวจำเป็น ดังนั้น หากผู้สูงอายุมีปัญหาเดือดร้อน หรืออยู่ในสภาพที่ควรได้รับการสงเคราะห์ ผู้สูงอายุผู้นั้นควรได้รับการบริการจากศูนย์สงเคราะห์ฯ ตามสมควร อย่างน้อยเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนเบื้องต้น ฯลฯ

ความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุ บริการสังคมต่าง ๆ ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน และความเข้มแข็งของชุมชน อาจแสดงในแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1
ความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุ บริการสังคมต่าง ๆ ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน
และความเข้มแข็งของชุมชน



6.5 แนวคิดการประเมิน

การประเมิน หมายถึง กระบวนการวิเคราะห์เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการตัดสินใจต่อทางเลือกต่าง ๆ ที่มีอยู่ (Stufflebeam 1971 อ้างใน รัตนะ บัวสนธิ์ 2538 : 110) ซึ่ง Stufflebeam ได้เสนอแบบจำลองที่สามารถนำไปใช้ในการประเมินงานทั่วไป เรียกว่ารูปแบบการประเมินแบบ CIPP โดยแบบจำลองนี้ประกอบด้วย การประเมิน 4 ประเภท ได้แก่

Context evaluation การประเมินสถานะแวดล้อมของโครงการ ซึ่งหมายถึงการประเมินเกี่ยวกับสิ่งที่จะเป็นส่วนสำคัญในการช่วยกำหนดวัตถุประสงค์ของโครงการ เป็นสิ่งที่อยู่ภายนอกโครงการ แต่มีผลต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวของโครงการ ได้แก่ ความต้องการของชุมชนและกลุ่มเป้าหมายที่จะรับบริการจากโครงการ จำนวนประชากร กระแสทิศทางของสังคมและการเมือง สภาพเศรษฐกิจและปัญหาชุมชน ตลอดจนนโยบายของหน่วยงานระดับบนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

Input evaluation การประเมินปัจจัยนำเข้าของโครงการ หมายถึง การประเมินทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการนำมาใช้ในการดำเนินโครงการ กำลังคนหรือจำนวนบุคคลที่ต้องใช้งบประมาณและแหล่งเงินทุนสนับสนุน วัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ อาคารสถานที่ เครื่องมือและครุภัณฑ์ การประเมินปัจจัยนำเข้าจะช่วยให้พิจารณาตัดสินใจว่าโครงการนั้น ๆ มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะทำให้วัตถุประสงค์ของโครงการบรรลุหรือไม่ และช่วยให้เกิดการวางแผนการจัดกิจกรรมของโครงการได้อย่างเหมาะสม

Process evaluation การประเมินกระบวนการดำเนินงานของโครงการ เป็นการประเมินเกี่ยวกับวิธีการจัดกิจกรรมของโครงการ การนำปัจจัยเข้ามามีเหมาะสมมากน้อยเพียงไร เป็นไปตามลำดับขั้นตอนหรือไม่ กิจกรรมที่จัดขึ้นจะก่อให้เกิดการบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการหรือมีอุปสรรคใด ๆ เกิดขึ้น เพื่อที่จะได้นำผลการประเมินมาปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานให้รัดกุม มีประสิทธิภาพมากขึ้น

Product evaluation การประเมินผลผลิตของโครงการ เป็นการประเมินเกี่ยวกับผลที่ได้รับทั้งหมดจากการดำเนินโครงการว่าได้ผลมากน้อยเพียงไร เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการที่กำหนดไว้หรือไม่ การประเมินผลผลิตจะมีการนำไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ที่จะเป็นตัวบ่งชี้ความสำเร็จของโครงการ การประเมินในส่วนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการตัดสินใจปรับปรุงขยายโครงการนำไปใช้ต่อเนื่องต่อไป และเพื่อล้มเลิกโครงการ

จากประเภทต่าง ๆ ของการประเมินผลตามรูปแบบ CIPP ที่กล่าวมา สามารถนำมาเป็นแนวทางในการติดตามประเมินการดำเนินงานของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพประจำหมู่บ้าน โดยเน้นที่การให้บริการแก่ผู้สูงอายุได้ ผู้วิจัยจะได้นำประเด็นต่าง ๆ จากแต่ละประเภทของการประเมินแบบ CIPP มาใช้เป็นแนวทางในการประเมิน ได้แก่

- การประเมินสภาพแวดล้อมของชุมชน ความสัมพันธ์ของชาวบ้านในชุมชน เพื่อดูแนวโน้มที่ชาวบ้านจะมีส่วนร่วมในการร่วมงานของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพประจำหมู่บ้าน รวมทั้งการดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน อันเป็นพื้นฐานของศักยภาพในการดำเนินงานของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพประจำหมู่บ้าน และสภาพการณ์การเกิดศูนย์ส่งเสริมสุขภาพประจำหมู่บ้านตามนโยบายที่เกิดจากการสั่งการของภาครัฐ

- การประเมินปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ กำหนดที่จะศึกษาองค์ประกอบด้านบุคคลในการจัดตั้งและดำเนินงานของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพประจำหมู่บ้าน กระบวนการจัดตั้งคณะกรรมการ การดำเนินงานเพื่อดูแลราษฎรกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ในชุมชน การจัดกิจกรรมต่าง ๆ ให้กับกลุ่มเป้าหมายในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ

- การประเมินผลผลิตของการดำเนินงานของศูนย์ เป็นการศึกษภาพรวมของการดำเนินงานของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพประจำหมู่บ้านในการดูแลให้ความช่วยเหลือราษฎรกลุ่มต่าง ๆ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ

การศึกษาผลของการประเมินผลการดำเนินงานตามประเภทของการประเมินต่าง ๆ ที่กล่าวมานี้ ผู้วิจัยได้กำหนดลักษณะที่จะเป็นแนวทางในการชี้วัดความสำเร็จของการดำเนินงานของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน เน้นการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ ดังนี้

- ด้านสภาพแวดล้อมชุมชน ศึกษาความสัมพันธ์ของราษฎรในชุมชน วัดลักษณะความสัมพันธ์ดังกล่าวจากความเข้มแข็งของชุมชน โดยใช้เกณฑ์การวัดระดับจากมากไปหาน้อย

- ด้านศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน ตั้งแต่การเกิดนโยบาย กระบวนการการก่อตั้งศูนย์ฯ และการตั้งคณะกรรมการศูนย์ฯ วัดจากรายละเอียดการเกิดนโยบาย การดำเนินการก่อตั้งและจัดตั้งของแต่ละศูนย์ การจัดกิจกรรมในชุมชนเพื่อให้การช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ เกณฑ์ที่ผู้วิจัยจะใช้วัดระดับจะเป็นการวัดความเหมาะสมจากมากไปหาน้อย

บทที่ 2

ผลการวิจัย

การศึกษาบริการสังคมที่จัดให้ผู้สูงอายุในชุมชนในประเทศไทย : เน้นการให้บริการของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งจากเอกสารและการใช้การสอบถาม การสัมภาษณ์เจาะลึก การพูดคุยและการสังเกตสภาพชุมชน ดำเนินการเก็บข้อมูลภาคสนามเพื่อสอบถามผู้สูงอายุ ผู้บริหารศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านและชาวบ้าน ระหว่างวันที่ 20 เมษายน - 31 พฤษภาคม 2542 ทำการเก็บข้อมูลในพื้นที่ 9 จังหวัด 19 อำเภอ ได้ข้อมูลจากผู้สูงอายุในการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับบริการทางสังคม จำนวน 380 คน จำแนกตามจังหวัด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1

แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม

จังหวัด	จำนวน
เชียงใหม่	41
ตาก	43
นครราชสีมา	43
หนองบัวลำภู	44
พระนครศรีอยุธยา	46
ตราด	36
นครศรีธรรมราช	42
สตูล	42
นครปฐม	43
รวม	380

ข้อมูลจากแบบสอบถาม รวมทั้งการพบปะพูดคุยกับชาวบ้านและผู้นำชาวบ้าน รวมทั้งการสังเกตสภาพชุมชน ได้ทำการประมวลผลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผลการวิจัยจะได้นำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการสำรวจบริการสังคมที่จัดขึ้นในชุมชน ที่ผู้สูงอายุได้รับ

ตอนที่ 2 ผลการศึกษาการให้บริการของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน

ตอนที่ 3 ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (การวิเคราะห์เชิงปริมาณ)

ตอนที่ 4 อภิปรายผล

ตอนที่ 1 ผลการสำรวจบริการสังคมที่จัดขึ้นในชุมชน ที่ผู้สูงอายุได้รับ

จากแนวคิดเกี่ยวกับการจัดบริการทางสังคมให้ผู้สูงอายุตามที่พบทวนในวรรณกรรม พบว่า ในประเทศไทยมีการจัดบริการให้ผู้สูงอายุโดยหน่วยงานต่าง ๆ มากมาย ทั้งที่ดำเนินการโดยภาครัฐและภาคเอกชน ทั้งด้านสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ ซึ่งจัดโดยกรมประชาสงเคราะห์ ด้านสุขภาพอนามัยจัดโดยกระทรวงสาธารณสุข และบริการด้านการพัฒนา เช่น การตั้งชมรมผู้สูงอายุโดยการสนับสนุนจากหน่วยงานต่าง ๆ นอกจากนั้น ในระดับชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลและสถาบันในสังคม อาจมีส่วนจัดบริการสังคมตามวัฒนธรรมท้องถิ่นได้ ผู้วิจัยจึงสำรวจการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในหลาย ๆ รูปแบบ โดยจำแนกเป็นบริการที่ผู้สูงอายุอาจได้รับตามสิทธิ ได้แก่ บริการเบี้ยยังชีพ บัตรผู้สูงอายุ บัตรสุขภาพ บริการเพื่อดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ บริการจากศูนย์อนามัยหรือโรงพยาบาล บริการจากศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน บริการจากกลุ่มสังคมในชุมชน ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุ ฼าปนกิจสงเคราะห์ สหกรณ์ออมทรัพย์ กลุ่มอาชีพ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มพึงธรรม และบริการจากผู้นำชาวบ้าน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน พระและครู

จากการสำรวจการเข้าถึงบริการหรือการได้รับบริการต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ จำแนกตามประเภทของบริการดังที่ได้กล่าวมา ปรากฏผลดังนี้

1. กลุ่มบริการที่ผู้สูงอายุมีสิทธิที่จะได้รับ

จากการศึกษาพบว่า ในบริการทางสังคมตามสิทธิของผู้สูงอายุนั้น มีผู้ได้รับบัตรผู้สูงอายุมากที่สุด ร้อยละ 83.4 (ตารางที่ 2) บัตรชนิดนี้คือบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งในความเป็นจริง ผู้สูงอายุควรจะได้รับบัตรประเภทนี้ทุกคน บัตรผู้สูงอายุเป็นบัตรที่ออกให้โดยกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งการมีบัตรนี้ในครอบครองทำให้ผู้สูงอายุมีสิทธิเข้ารับบริการจากรัฐด้านการรักษาพยาบาลฟรี เมื่อเปรียบเทียบบอายุของผู้ได้รับและไม่ได้รับบริการ พบว่ามีอายุเฉลี่ยไม่ต่างกัน คือ ประมาณ 73 ปี (ตารางที่ 2) อย่างไรก็ตาม เมื่อจำแนกตามจังหวัด พบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีสัดส่วนการใช้บัตรผู้สูงอายุน้อยที่สุด คือ ร้อยละ 67.4 (ตารางที่ 3) โดยส่วนหนึ่งผู้สูงอายุระบุว่าไม่มีทะเบียนบ้านอยู่ในจังหวัดนี้ และอีกส่วนหนึ่ง ไม่ทราบว่ามียบัตรชนิดนี้

บริการที่ผู้สูงอายุอาจจะได้รับตามสิทธิ ที่มีผู้ใช้บริการรองลงมา คือ เบี้ยยังชีพ มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 56.3 ได้รับบริการดังกล่าว สัดส่วนนี้ไม่ใช่ตัวแทนของผู้สูงอายุทั้งหมดในชุมชน เนื่องจากข้อจำกัดในการเก็บข้อมูลในบางจังหวัด ทำให้มีสัดส่วนผู้รับเบี้ยยังชีพปรากฏอยู่สูง เช่น ที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เกิดน้ำท่วมในระยะเวลาที่คณะเก็บข้อมูลลงพื้นที่ ต้องเดินทางไปยังบ้านของผู้สูงอายุทางเรือ จึงเน้นเก็บข้อมูลที่กลุ่มผู้ได้รับเบี้ยยังชีพ สัดส่วนผู้รับเบี้ยยังชีพในจังหวัดนี้จึงสูงถึง ร้อยละ 80.4 (ตารางที่ 3)

อีก 2 จังหวัดที่ปรากฏสัดส่วนผู้ได้รับเบี้ยยังชีพสูงมาก คือ จังหวัดนครราชสีมาและหนองบัวลำภู ที่มีผู้ได้รับเบี้ยยังชีพ ร้อยละ 86.0 และ 88.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 2) ทั้งนี้เนื่องจาก คณะที่เก็บข้อมูลมีความเข้าใจว่าเก็บข้อมูลโดยใช้กลุ่มผู้รับเบี้ยยังชีพเป็นหลัก สัดส่วนดังกล่าวจึงสูงมากเช่นกัน ตามที่ปรากฏในรายงาน

อย่างไรก็ตาม ในจังหวัดอื่น ๆ คณะฯ ได้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับการใช้บริการทางสังคมจากผู้สูงอายุทั่วไป ทำให้พบว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุที่รับเบี้ยยังชีพลดลง ซึ่งเมื่อตัดข้อมูลจาก 3 จังหวัดดังกล่าวออกแล้วนำจำนวนผู้สูงอายุที่รับเบี้ยยังชีพมาเฉลี่ยใหม่ พบว่ามีสัดส่วนเพียง ร้อยละ 40.9 โดยจังหวัดเชียงใหม่ ได้รับร้อยละ 61.0 จังหวัดตาก ร้อยละ 14.0 จังหวัดตราดได้รับร้อยละ 25.0 จังหวัดนครศรีธรรมราชและจังหวัดสตูล ร้อยละ 54.8 และจังหวัดนครปฐม ร้อยละ 34.9 (ตารางที่ 3)

อย่างไรก็ตาม เมื่อจำแนกการรับเบี้ยยังชีพตามฐานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ แม้จะพบว่าในกลุ่มผู้เดือดร้อนเรื่องเศรษฐกิจส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 69.2 ได้รับเบี้ยยังชีพ แต่ในขณะเดียวกัน ในกลุ่มผู้มีเงินมีเก็บก็มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 31.8 ที่ได้รับเบี้ยยังชีพเช่นกัน (ตารางที่ 6)

บริการที่ผู้สูงอายุอาจจะได้รับตามสิทธิ คือ บัตรสุขภาพ ซึ่งเป็นบริการที่จัดโดยกระทรวงสาธารณสุข จำหน่ายให้ประชาชนทั่วไปในราคาใบละ 500 บาท ครอบคลุมผู้มีสิทธิในครอบครัวเดียวกัน 5 คน บัตรชนิดนี้มีผู้ใช้เพียง ร้อยละ 28.4 เท่านั้น (ตารางที่ 2) เนื่องจากประชาชนเป็นผู้ที่ต้องลงทุนเอง ซึ่งบัตรราคา 500 บาท สำหรับครอบครัวที่ฐานะยากจนจริง ๆ ก็นับเป็นเงินจำนวนมากสำหรับการลงทุน ตัวเลขจากการจำแนกผู้มีบัตรสุขภาพตามฐานะทางเศรษฐกิจก็ยืนยันเช่นนี้ คือ ผู้ที่มีเงินมีเก็บ ร้อยละ 50.0 มีบัตรชนิดนี้ ขณะที่กลุ่มผู้เดือดร้อนเพียงร้อยละ 27.5 และผู้เดือดร้อนมาก ร้อยละ 30.8 เท่านั้นที่มีโอกาสใช้บัตรนี้ (ตารางที่ 6)

2. กลุ่มบริการเพื่อดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

บริการที่จัดขึ้นเพื่อดูแลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือบริการที่เป็นสวัสดิการทั่วไป ซึ่งผู้วิจัยเลือกที่จะศึกษา 2 บริการ คือบริการจากศูนย์อนามัยหรือโรงพยาบาล ในการดูแลสุขภาพยามเจ็บไข้ได้ป่วย และศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นศูนย์ที่คาดว่าจะทำหน้าที่ดูแลประชาชนยามเดือดร้อนและช่วยเหลือเป็นการเฉพาะหน้าได้ทันทั่วถึง ผลการสำรวจมีดังนี้

บริการจากศูนย์อนามัย หรือโรงพยาบาลที่ผู้สูงอายุสามารถไปรับการรักษาได้ มีผู้สูงอายุไปรับบริการร้อยละ 80.0 และไม่ไปรับบริการร้อยละ 20.0 (ตารางที่ 2) ซึ่งผู้ไม่ไปรับบริการนี้ ส่วนหนึ่งเกิดจากการมีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่จะจ่ายในยามเจ็บป่วยทั้งเจ็บป่วยเล็กน้อย (ร้อยละ 20.9) และเจ็บป่วยมาก (ร้อยละ 22.2) รวมทั้งมีปัญหาการเดินทางไกล (ร้อยละ 18.5) และเดินทางไกล (ร้อยละ 20.1) (ตารางที่ 7) เมื่อผู้วิจัยหาสัดส่วนของการมีบัตรผู้สูงอายุ และบัตรสุขภาพระหว่างผู้มีฐานะเศรษฐกิจต่างกัน โดยคัดเฉพาะกลุ่มที่ไม่ไปใช้บริการของศูนย์อนามัย พบว่า เป็นผู้ไม่มีบัตรและมี

ฐานะเศรษฐกิจแบบเดือดร้อนมาก และแบบฝืดเคืองค่อนข้างสูง โดยเฉพาะผู้ไม่มีบัตรสุขภาพ เป็นผู้ฝืดเคืองร้อยละ 81.3 และเดือดร้อนมาก ร้อยละ 100.0 (ตารางที่ 8)

ข้อมูลที่น่าสนใจนี้เป็นการย้ำถึงความห่างไกลจากการได้รับการบริการของกลุ่มชายขอบของสังคม เพราะบริการสุขภาพซึ่งเป็นบริการที่เข้าถึงได้ง่ายที่สุดแล้ว ผู้สูงอายุบางกลุ่มยังคงหลุดรอดจากการรับบริการเหล่านี้ไป

บริการเพื่อการดูแลสุขภาพชีวิตผู้สูงอายุบริการที่ 2 คือ ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน มีผู้ได้รับการดังกล่าว ร้อยละ 30.3 (ตารางที่ 2) บริการนี้มีผู้ระบุว่าได้รับในสัดส่วนที่แตกต่างกันค่อนข้างมากในแต่ละจังหวัด โดยในจังหวัดหนองบัวลำภู มีผู้สูงอายุได้รับการ ร้อยละ 65.0 จังหวัดสตูล ร้อยละ 47.6 จังหวัดนครศรีธรรมราช ร้อยละ 45.2 จังหวัดนครราชสีมา ร้อยละ 44.2 ส่วนที่เหลือได้รับบริการไม่สูงนัก คือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีร้อยละ 30.4 จังหวัดนครปฐม ร้อยละ 18.6 จังหวัดตราด ร้อยละ 13.9 จังหวัดตาก ร้อยละ 2.3 และจังหวัดเชียงใหม่ ไม่มีผู้ระบุว่าได้รับการเลย (ตารางที่ 3)

ในกลุ่มผู้ไม่ได้รับการนี้ ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าไม่รู้จักศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน ไม่รู้ว่ามีศูนย์ฯ หรือระบุไปเลยว่ามีบริการนี้อยู่ในชุมชน ส่วนผู้ที่ระบุว่าได้รับการนี้ ระบุว่า ได้รับเบี้ยยังชีพจากศูนย์สงเคราะห์ฯ ได้รับการตรวจสุขภาพและยา ได้รับของแจก ได้รับความช่วยเหลือจากผู้ใหญ่บ้านและกำนัน เช่น เมื่อยามมีวาทภัย และได้รับคำแนะนำต่าง ๆ ฯลฯ

สัดส่วนของผู้สูงอายุที่ได้รับการบริการจากศูนย์สงเคราะห์ฯ และได้รับเบี้ยยังชีพ มีความแตกต่างกันอย่างน่าสังเกต ผู้รับเบี้ยยังชีพทั้งหมด ร้อยละ 56.3 ผู้รับบริการจากศูนย์สงเคราะห์ฯ ร้อยละ 30.3 ซึ่งในความเป็นจริง การรับเบี้ยยังชีพนั้น ผู้สูงอายุจะได้โดยผ่านการพิจารณาของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน สัดส่วนของการรับบริการจากทั้งสองแห่งน่าจะสอดคล้องกัน แต่การระบุว่าได้รับการบริการจากศูนย์สงเคราะห์ฯ มีสัดส่วนต่ำกว่ามาก ทำให้พอจะสรุปได้ว่าผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพโดยไม่รู้จักศูนย์สงเคราะห์ฯ และข้อมูลจากการพูดคุย ผู้สูงอายุมักระบุว่าผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้เอาเบี้ยยังชีพมาให้ และระบุว่าไม่รู้จักศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน

3. กลุ่มบริการจากการรวมกลุ่มของชาวบ้าน

กลุ่มสังคมที่เกิดจากการรวมตัวของชาวบ้านมีหลายลักษณะ ที่งานวิจัยครั้งนี้กำหนดที่จะศึกษา คือ ชมรมผู้สูงอายุ ฼าปนกิจสงเคราะห์ สหกรณ์ออมทรัพย์ กลุ่มอาชีพ กลุ่มแม่บ้าน และกลุ่มธรรมะ

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า กลุ่มสังคมที่ผู้สูงอายุใช้บริการมากที่สุด คือ กลุ่ม฼าปนกิจสงเคราะห์ มีร้อยละ 43.7 (ตารางที่ 2) ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องอื่น ๆ เช่น งานวิจัยร่วมระหว่างมหาวิทยาลัยมหิดล และคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2540 และ 2541) พบว่า ผู้สูงอายุในภาคกลางเป็นสมาชิก฼าปนกิจสงเคราะห์ ร้อยละ 51.1 ภาคเหนือ ร้อยละ 45.4 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 42.8 แต่เมื่อจำแนกเป็นราย

จังหวัดสำหรับงานวิจัยเรื่องนี้ พบว่า สัดส่วนการเป็นสมาชิกฌาปนกิจสงเคราะห์ของแต่ละจังหวัดมีความแตกต่างกันมาก จังหวัดเชียงใหม่มีผู้สูงอายุเป็นสมาชิกถึงร้อยละ 90.2 (ตารางที่ 4)

จากข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการพูดคุยกับชาวเชียงใหม่ ทั้งในอำเภอสันทรายและอำเภอสะเมิง ล้วนให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมในบริการนี้ ขณะที่จังหวัดอื่น ๆ มีสัดส่วนน้อยลงมาก เช่น จังหวัดหนองบัวลำภู ร้อยละ 65.9 จังหวัดนครราชสีมา ร้อยละ 58.1 จังหวัดนครปฐม ร้อยละ 55.8 จังหวัดที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมในบริการน้อยและน้อยมาก ได้แก่ จังหวัดตราด ร้อยละ 30.6 จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ร้อยละ 28.3 และจังหวัดนครศรีธรรมราช ร้อยละ 23.8 ส่วนจังหวัดสตูลมีเพียงร้อยละ 7.1 (ตารางที่ 4) ซึ่งน่าจะเกิดจากการที่ประชาชนส่วนใหญ่เป็นชาวมุสลิม และมีพิธีการจัดงานศพที่เคร่งครัดตามแบบของศาสนาอิสลาม ส่วนในจังหวัดที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุค่อนข้างน้อย เช่น นครศรีธรรมราชและพระนครศรีอยุธยา ผลจากการพูดคุย พบว่า กิจกรรมหรือบริการดังกล่าวส่วนใหญ่เคยจัดได้ในอดีต แต่ต้องเลิกกันไปในที่สุดเนื่องจากการคดโกงเกิดขึ้น

กลุ่มสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับบริการในลำดับถัดมา คือ กลุ่มธรรมะหรือกลุ่มศรัทธาวัตร มีสัดส่วนของผู้สูงอายुर้อยละ 24.2 (ตารางที่ 2) ที่ได้รับบริการ โดยผู้สูงอายุกลุ่มนี้ระบุว่าไปวัดเสมอ ได้พูดคุยกันแล้วทำให้สุขใจ สบายใจ เมื่อจำแนกเป็นรายจังหวัด พบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดตราดเข้ากลุ่มธรรมะในสัดส่วนสูงที่สุด ร้อยละ 52.8 รองลงมา คือ จังหวัดนครราชสีมา ร้อยละ 39.5 จังหวัดหนองบัวลำภู ร้อยละ 36.4 จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ร้อยละ 26.1 จังหวัดเชียงใหม่ ร้อยละ 22.0 ส่วนที่เหลือมีสัดส่วนน้อยและน้อยมาก คือ จังหวัดนครศรีธรรมราช ร้อยละ 16.7 จังหวัดนครปฐม ร้อยละ 14.0 จังหวัดสตูล ร้อยละ 11.9 และจังหวัดตาก ร้อยละ 2.3 (ตารางที่ 4)

เหตุผลที่ผู้สูงอายุบางส่วนระบุถึงการไม่ไปร่วมกิจกรรมกับกลุ่มธรรมะประการหนึ่ง คือ ไปไม่ไหว หมายถึง ขราภาพมาก เดินไปไม่ไหว ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับอายุเฉลี่ยของผู้เข้าร่วมกิจกรรมและไม่เข้าร่วมแล้ว พบว่า มีเพียงบางจังหวัดที่กลุ่มที่ไม่ไปมีอายุเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไป เช่น ชาวเชียงใหม่ กลุ่มที่ไม่ไปอายุเฉลี่ย 77 ปี ขณะที่กลุ่มที่ไปอายุเฉลี่ย 73 ปี (ตารางที่ 9) แต่จังหวัดอื่น ๆ ก็แตกต่างกันไม่มากนัก อย่างไรก็ตาม จังหวัดที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมน้อย มีปัจจัยอื่นเข้ามาประกอบ คือ จังหวัดตาก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นชาวม้งและชาวกระเหรี่ยง นับถือผี ส่วนชาวสตูลเป็นชาวมุสลิม จึงมีลักษณะการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาต่างกันไป

กลุ่มสังคมอื่น ๆ ในชุมชนที่มีผู้ได้รับบริการบ้าง คือ ชมรมผู้สูงอายุ มีผู้สูงอายुर้อยละ 12.4 (ตารางที่ 2) ระบุว่าได้รับบริการ ซึ่งเมื่อจำแนกเป็นรายจังหวัด พบว่า มีจังหวัดตราดเพียงจังหวัดเดียวที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุค่อนข้างสูง คือ ร้อยละ 44.4 (ตารางที่ 4) ซึ่งจากการเก็บข้อมูลในพื้นที่ พบว่า มีหน่วยงานราชการหลายแห่งสนับสนุนการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ และมีการจัดกิจกรรมที่ชัดเจน เช่น ตรวจร่างกายเป็นประจำ ทำกิจกรรมออกกำลังกายและกายบริหาร ฯลฯ ส่วนจังหวัดอื่น ๆ มีการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุเล็กน้อย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมลักษณะนี้ระบุว่าไม่มีการตั้งชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่

ส่วนกลุ่มสังคมอื่น ๆ ได้แก่ กลุ่มสหกรณ์ออมทรัพย์ มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมหรือได้รับการเพียงร้อยละ 8.2 กลุ่มแม่บ้าน ร้อยละ 4.5 และกลุ่มอาชีพ ร้อยละ 1.3 (ตารางที่ 2) ส่วนใหญ่ระบุว่าไม่มีการจัดตั้งกลุ่มดังกล่าวในพื้นที่ หรือระบุว่าไม่มีกิจกรรมสำหรับคนแก่ในกลุ่มนั้น ๆ เป็นต้น

4. บริการจากผู้นำชาวบ้าน

กลุ่มผู้นำชาวบ้าน ซึ่งในสังคมชนบทเคยเป็นกลุ่มคนที่เป็นที่พึ่งของชาวบ้านได้มาก การวิจัยเรื่องนี้จึงระบุบริการที่คาดว่าผู้สูงอายุจะได้รับจาก 3 แหล่ง คือ กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ครูและพระ ผลการวิจัยพบว่า กำนันและผู้ใหญ่บ้านยังเป็นกลุ่มผู้นำที่เป็นที่พึ่งของชาวบ้านได้อยู่ ผู้สูงอายุร้อยละ 70.3 (ตารางที่ 2) ระบุว่าได้รับการจากกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ซึ่งส่วนใหญ่ระบุว่าได้รับสิ่งของเครื่องใช้ ความช่วยเหลือยามลำบาก เบี้ยยังชีพ และการเยี่ยมเยียน ได้ถามสุขทุกข์ ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้รับการจะระบุเป็นส่วนใหญ่ว่ากำนัน/ผู้ใหญ่บ้านไม่สนใจคนจน ไม่สนใจชาวบ้านหรือช่วยเหลือเฉพาะพรรคพวกของตน เป็นต้น ซึ่งเมื่อแยกตามรายจังหวัด พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างกำนัน/ผู้ใหญ่บ้านจะดีในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีผู้สูงอายุ ร้อยละ 86.0 และ 90.9 ของจังหวัดนครราชสีมาและหนองบัวลำภู ระบุว่าผู้นำชาวบ้านได้ให้การช่วยเหลือดี รองลงมา คือ ภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดนครศรีธรรมราชและสตูล มีร้อยละ 81.0 เท่ากัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีร้อยละ 91.3 จังหวัดตราด ร้อยละ 69.4 และจังหวัดนครปฐม ร้อยละ 67.4 ส่วนจังหวัดในภาคเหนือ ผู้สูงอายุได้รับการจากผู้นำชุมชนค่อนข้างน้อย คือ จังหวัดเชียงใหม่มีร้อยละ 51.2 และจังหวัดตากมีเพียงร้อยละ 11.6 (ตารางที่ 5)

สำหรับบริการสังคมหรือการช่วยเหลือจากครู มีสัดส่วนเพียงร้อยละ 14.7 (ตารางที่ 2) โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ระบุว่าไม่ได้เกี่ยวข้องอะไรกับโรงเรียน หรือไม่มีครูมาเยี่ยมเยียน เป็นต้น ส่วนกลุ่มที่ได้รับการ ซึ่งมีไม่มากระบุว่าได้รับของแจกบ้าง

บริการสังคมซึ่งเคยเป็นศูนย์กลางของชุมชนในอดีต คือ พระและวัด มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 35.0 ที่ได้รับการ (ตารางที่ 2) โดยส่วนใหญ่ระบุว่าได้รับการโดยไปพึ่งเทศน์ที่วัด ได้ไปพูดคุยธรรมะ ฯลฯ ขณะที่ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการจากวัด ซึ่งนอกจากจะระบุว่าไปไม่ไหวแล้ว ยังมีผู้ระบุว่าวัดไม่ได้ช่วยเหลืออะไรชาวบ้าน หรือมีแต่วัดจะมาขอชาวบ้าน เป็นต้น ข้อมูลจากการพูดคุยส่วนหนึ่งที่ชี้ให้เห็นว่าวัดกับชาวบ้านค่อนข้างห่างเหินกัน คือ การที่ชาวบ้านบอกว่าวัดไม่มีเจ้าอาวาสประจำ หรือเจ้าอาวาสมีความประพฤติไม่ดี ฯลฯ

จากการสำรวจบริการทางสังคมทั้งหมดที่กล่าวมา อาจกล่าวได้ว่า บริการด้านสุขภาพเป็นบริการที่ประชาชนเข้าถึงได้มากที่สุด แต่ยังมีกลุ่มที่ตกขอบจากการได้รับการอยู่จำนวนหนึ่ง ซึ่งเกิดจากขาดข้อมูลข่าวสาร หรือขาดผู้ที่ช่วยเหลือแก้ปัญหาความยากลำบากในการเข้าถึงบริการ หากมีการดำเนินการนี้อย่างจริงจัง ผู้สูงอายุควรได้รับการดังกล่าวทั้งหมด

ส่วนบริการจากศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่จะช่วยแก้ไขปัญหาคือครอบครัวเฉพาะหน้าได้อย่างดี เพราะเป็นหน่วยบริการของประชาชน โดยประชาชนและเพื่อ

ประชาชน กลับมีประชาชนไม่รู้จักเป็นจำนวนมาก การบริหารงานของศูนย์ส่งเสริมเครือข่ายราษฎรประจำหมู่บ้านจะได้วิเคราะห์ในรายละเอียดต่อไปในตอน ที่ 2

ตารางที่ 2
แสดงบริการสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับ

บริการสังคม	ผู้ได้รับบริการ (ร้อยละ)	อายุเฉลี่ย ผู้ได้รับบริการ	ผู้ไม่ได้รับบริการ (ร้อยละ)	อายุเฉลี่ย ผู้ไม่ได้รับบริการ
บริการตามสิทธิผู้สูงอายุ				
เบี้ยยังชีพ	56.3	75.28	43.7	70.67
บัตรผู้สูงอายุ	83.4	73.27	16.6	73.21
บัตรสุขภาพ	28.4	72.37	71.6	73.61
บริการเพื่อคุณภาพชีวิต				
ศูนย์อนามัย/โรงพยาบาล	80.0	73.31	20.0	73.04
ศูนย์ส่งเสริมเครือข่ายราษฎรฯ	30.3	74.62	69.7	72.67
บริการจากกลุ่มสังคม				
ชมรมผู้สูงอายุ	12.4	72.50	87.6	73.36
ฌาปนกิจสงเคราะห์	43.7	72.27	56.3	74.01
สหกรณ์ออมทรัพย์	8.2	69.45	91.8	73.60
กลุ่มอาชีพ	1.3	68.80	98.7	73.32
กลุ่มแม่บ้าน	4.5	73.12	95.5	73.26
กลุ่มธรรมะ	24.2	72.52	75.8	73.49
บริการจากผู้นำชาวบ้าน				
กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน	70.3	73.39	29.7	72.93
ครู	14.7	69.53	85.3	73.89
พระ	35.0	71.20	65.0	74.36

ตารางที่ 3

แสดงสัดส่วนผู้ได้รับบริการตามสิทธิและบริการเพื่อคุณภาพชีวิตจำแนกตามจังหวัด

จังหวัด	ร้อยละของผู้ได้รับบริการตามสิทธิและเพื่อคุณภาพชีวิต				
	เบี้ยยังชีพ	บัตรผู้สูงอายุ	บัตรสุขภาพ	อนามัย	ศูนย์สงเคราะห์
เชียงใหม่	61.0	85.4	9.8	85.4	-
ตาก	14.0	79.1	9.3	44.2	2.3
นครราชสีมา	86.0	83.7	11.6	83.7	44.2
หนองบัวลำภู	88.6	93.2	50.0	84.1	65.9
พระนครศรีอยุธยา	80.4	67.4	28.3	78.3	30.4
ตราด	25.0	88.9	33.3	88.9	13.9
นครศรีธรรมราช	54.8	81.0	50.0	88.1	45.2
สตูล	54.8	92.9	45.2	90.5	47.6
นครปฐม	34.9	81.4	18.6	79.1	18.6
สัดส่วนรวม	56.3	83.4	28.4	80.0	30.3

ตารางที่ 4

แสดงสัดส่วนผู้ได้รับบริการจากกลุ่มสังคมในชุมชน

จังหวัด	ร้อยละของผู้ได้รับบริการจากกลุ่มสังคมในชุมชน					
	ชมรมผู้สูงอายุ	฼าปนกิจฯ	สหกรณ์ฯ	กลุ่มอาชีพ	กลุ่มแม่บ้าน	กลุ่มธรรมะ
เชียงใหม่	14.6	90.2	-	-	4.9	22.0
ตาก	-	32.6	-	2.3	-	2.3
นครราชสีมา	2.3	58.1	7.0	-	2.3	39.5
หนองบัวลำภู	29.5	65.9	4.5	-	4.5	36.4
พระนครศรีอยุธยา	8.7	28.3	10.9	-	2.2	26.1
ตราด	44.4	30.6	13.9	-	2.8	52.8
นครศรีธรรมราช	2.4	23.8	14.3	-	9.5	16.7
สตูล	9.5	7.1	9.5	4.8	4.8	11.9
นครปฐม	4.7	55.8	14.0	4.7	9.3	14.0
สัดส่วนรวม	12.4	43.7	8.2	1.3	4.5	24.2

ตารางที่ 5
แสดงสัดส่วนผู้ได้รับบริการจากผู้นำชุมชน

จังหวัด	ร้อยละของผู้ได้รับบริการจากผู้นำชุมชน		
	กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน	ครู โรงเรียน	พระ วัด
เชียงใหม่	51.2	14.6	24.4
ตาก	11.6	-	2.3
นครราชสีมา	86.0	4.7	32.6
หนองบัวลำภู	90.9	27.3	65.9
พระนครศรีอยุธยา	91.3	13.0	37.0
ตราด	69.4	11.1	38.9
นครศรีธรรมราช	81.0	28.6	38.1
สตูล	81.0	14.3	38.1
นครปฐม	67.4	18.6	37.2
สัดส่วนรวม	70.3	14.7	35.0

ตารางที่ 6
แสดงสัดส่วนผู้ได้รับบริการทางสังคมจำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจ

บริการสังคม	ฐานะทางเศรษฐกิจ				สัดส่วนรวม
	มีกินมีเก็บ	พอมีพอกิน	ฝืดเคือง	เดือดร้อนมาก	
เบี้ยยังชีพ	31.8	53.3	61.8	69.2	56.1
บัตรผู้สูงอายุ	90.9	80.4	87.8	80.8	83.6
บัตรสุขภาพ	50.0	26.1	27.5	30.8	28.4
ศูนย์อนามัย	90.9	80.4	75.6	88.5	79.9
ศูนย์สงเคราะห์ฯ	13.6	26.6	35.9	42.3	30.2
ชมรมผู้สูงอายุ	22.7	10.1	14.5	11.5	12.4
ฌาปนกิจฯ	59.1	43.7	42.0	38.5	43.5
สหกรณ์ออมทรัพย์	22.7	8.0	6.9	3.8	8.2
กลุ่มอาชีพ	4.5	1.5	0.8	-	1.3
กลุ่มแม่บ้าน	9.1	5.5	3.1	-	4.5
กลุ่มธรรมะ	27.3	20.1	31.3	11.5	23.8
กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน	68.2	70.4	68.7	76.9	70.1
ครู	31.8	13.6	14.5	11.5	14.8
พระ	68.2	37.2	30.5	11.5	34.9

ตารางที่ 7
เปรียบเทียบการไปรับบริการจากอนามัยของผู้มีปัญหาค่าใช้จ่ายและการเดินทาง

ปัญหา	การรับบริการจากศูนย์อนามัยและโรงพยาบาล	
	ได้รับบริการ	ไม่ได้รับบริการ
มีปัญหาค่าใช้จ่ายยามเจ็บป่วยเล็กน้อย	79.1	20.9
มีปัญหาค่าใช้จ่ายยามเจ็บป่วยมาก	77.8	22.2
มีปัญหาค่าใช้จ่ายการเดินทางไกล	81.5	18.5
มีปัญหาค่าใช้จ่ายการเดินทางใกล้	79.9	20.1

ตารางที่ 8

แสดงสัดส่วนการไม่มีบัตรผู้สูงอายุและบัตรสุขภาพ จำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจ
เฉพาะกลุ่มที่ไม่ไปรับบริการจากศูนย์อนามัยและโรงพยาบาล

	ฐานะทางเศรษฐกิจ			
	มีกินมีเก็บ	พอมีพอกิน	ฝืดเคือง	เดือดร้อน มาก
ผู้ไม่มีบัตรผู้สูงอายุ	-	43.6	31.3	66.7
ผู้มีบัตรผู้สูงอายุ	100.0	56.4	68.7	33.3
ผู้ไม่มีบัตรสุขภาพ	50.0	89.7	81.3	100.0
ผู้มีบัตรสุขภาพ	50.0	10.3	18.7	-

ตารางที่ 9

เปรียบเทียบอายุเฉลี่ยของผู้เข้าและไม่เข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มธรรมะ
จำแนกตามจังหวัด

จังหวัด	อายุเฉลี่ยของผู้เข้าร่วมกิจกรรม	อายุเฉลี่ยของผู้ไม่เข้าร่วมกิจกรรม
เชียงใหม่	73.1	77.0
ตาก	70.0	71.3
นครราชสีมา	73.1	75.8
หนองบัวลำภู	70.2	70.4
พระนครศรีอยุธยา	75.3	73.9
ตราด	72.3	73.2
นครศรีธรรมราช	74.1	74.3
สตูล	78.2	75.1
นครปฐม	65.0	75.1

ตอนที่ 2 ผลการศึกษาการให้บริการของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน

ในการศึกษาบริการของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านนี้จะทำการศึกษาแยกเป็น 2 ส่วน คือ การศึกษาเกี่ยวกับการเกิดนโยบายการจัดตั้งศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน รวมทั้งแนวทางการจัดตั้งศูนย์ฯ และการศึกษาผลการสำรวจการดำเนินงานของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน ดังจะได้นำเสนอต่อไปนี้

2.1 การศึกษาการเกิดนโยบายการจัดตั้งศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านและแนวทางการจัดตั้งศูนย์

ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านเกิดขึ้นจากการเสนอของกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย ต่อคณะรัฐมนตรี ซึ่งได้มีมติในวันที่ 19 พฤษภาคม 2530 ให้จัดตั้งศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านขึ้น ซึ่งเมื่อศึกษามูลเหตุของการทำให้เกิดนโยบายดังกล่าว พบว่ามีปัจจัย 2 ประการคือ สภาพปัญหาสังคมที่เกิดขึ้นกับครอบครัวและชุมชน ซึ่งอยู่ในขอบข่ายงานที่กรมประชาสงเคราะห์จะต้องดูแลประการหนึ่ง และจากปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรการบริหารงานของกรมประชาสงเคราะห์อีกประการหนึ่ง

(1) สภาพปัญหาสังคมที่เกิดขึ้นกับประชาชน สถาบันครอบครัวและชุมชน ได้แก่

(1.1) ปัญหาความไม่สมดุลของการพัฒนา

การพัฒนาประเทศที่ผ่านมาจนเกือบจะสิ้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) แล้วนั้นพบว่า ก่อให้เกิดช่องว่างระหว่างเมืองกับชนบท เกษตรกรรมกับอุตสาหกรรม เกิดปัญหาต่าง ๆ มากมาย เกิดช่องว่างการกระจายรายได้ ที่ทำให้คนจนยิ่งจนมากขึ้น ขณะที่คนรวยก็รวยมากขึ้น กลุ่มคนด้อยโอกาสประสบกับสภาวะยากลำบากยิ่งขึ้น

นอกจากนั้น การดำเนินชีวิตในวิถีชีวิตของหมู่บ้านและชุมชนอ่อนแอลง หมู่บ้านจะถูกขูดรีดจากระบบเศรษฐกิจนอกหมู่บ้าน ทำให้คนในหมู่บ้านมีฐานะยากจนลง เกิดการอพยพแรงงานเข้าสู่เมืองมากขึ้น ประชาชนส่วนใหญ่ล้มละลายทางเศรษฐกิจ พึ่งตนเองไม่ได้ เกิดปัญหาหนี้สิน ปัญหาความยากจน ปัญหาการสูญเสียที่ดิน องค์การชุมชนอ่อนแอ ไร้ศักยภาพในการจัดการแก้ไขปัญหาของชุมชน ประกอบกับการเกิดปัญหาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ป่าไม้ ที่ดิน แหล่งน้ำถูกทำลายมากขึ้น เกิดปัญหาการแก่งแย่งทรัพยากร แข่งขันกันในการเลี้ยงชีพมากขึ้น ระบบทุนนิยมขยายตัวเข้าไปแสวงหาผลประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติของชุมชนในระดับหมู่บ้านมากขึ้น ยิ่งทำให้ความเสมอภาคของการพัฒนาลดน้อยลงไปมากยิ่งขึ้น

(2) ปัญหาครอบครัวและชุมชนล่มสลาย

จากปัญหาความยากจน ช่องว่างการกระจายรายได้สูง และทรัพยากรธรรมชาติสิ่งแวดล้อมถูกทำลาย ส่งผลให้เกิดการอพยพแรงงานจากชุมชนเข้าสู่เมืองมากขึ้น และก่อให้เกิดปัญหาที่มีผล

กระทบต่อสถาบันครอบครัวและชุมชนอย่างรุนแรง โดยในชนบท คนวัยทำงานจะละทิ้งครอบครัวไปรับจ้างขายแรงงานในเมืองใหญ่ พ่อ แม่ ลูก จึงต้องแยกกันอยู่ ครอบครัวขาดความอบอุ่น ในชนบทเหลือแต่เด็ก คนเจ็บป่วย และคนชรา ชุมชนหมู่บ้านขาดกำลังแรงงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในท้องถิ่น กำลังผลิตในชนบทลดลง ส่งผลให้เกิดปัญหาสังคมอื่น ๆ ตามมาอีก เช่นการอพยพไปใช้แรงงานของเด็กและสตรี โดยมีแรงงานเด็กจำนวนมากอพยพเพื่อหางานทำในเมืองใหญ่ แม้ว่าจะได้ค่าแรงงานต่ำมาก และพบว่า ร้อยละ 61 ของผู้อพยพไปใช้แรงงานเป็นแรงงานสตรี โดยร้อยละ 81 ของผู้หญิงเหล่านี้เข้าสู่แรงงานทางด้านขายบริการ ซึ่งบางส่วนจบลงด้วยการเป็นหญิงโสเภณีด้วยวิธีการต่าง ๆ

จากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรในชนบทที่กล่าวมา ยังทำให้วัฒนธรรมดั้งเดิมที่ฝังามของท้องถิ่นถูกทอดทิ้งลงไป เนื่องจากขาดมวลชนที่จะสืบทอดความคิด ความเชื่อ รวมไปถึงวิถีชีวิตที่ฝังามที่เคยมีในอดีต

ชุมชนและประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศไทยในปัจจุบัน เปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของตนเองไปสู่ลัทธิบริโภคนิยมหรือวัตถุนิยม นิยมบริโภคสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่ฟุ่มเฟือยเกินความจำเป็นในการดำรงชีวิต แข่งขันกันทางวัตถุ ให้ความสำคัญกับเงินตรามากกว่าคุณค่าทางจิตใจ คำนึงถึงผลประโยชน์ของตัวเองเป็นที่ตั้ง มีความรับผิดชอบต่อชุมชน สังคม และวัฒนธรรมของตนเองน้อยลง ความเอื้ออารีช่วยเหลือซึ่งกันและกันลดลงและมีแนวโน้มของการใช้ความรุนแรงในการแก้ปัญหาแทนการใช้สันติวิธีมากขึ้น สภาพนี้มีผลทำให้ความสามารถในการที่ชุมชนจะช่วยเหลือกันแก้ปัญหาของชุมชนเองมีความเป็นไปได้ไม่มากนัก รวมไปถึงการที่ชาวชุมชนจะช่วยเหลือเกื้อกูลกันหรือเป็นหูเป็นตาดูแลทุกข์สุขกันเองหากมีผู้ประสบความเดือดร้อน ก็มีความเป็นไปได้น้อยลงเช่นกัน

จากการเปลี่ยนแปลงสภาพสังคมที่กล่าวมา มีผลทำให้เกิดปัญหาสังคมสืบเนื่องมาอีกมากมาย โดยเฉพาะปัญหายาเสพติด โสเภณี และโรคเอดส์ ซึ่งปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาสังคมที่นับวันจะยิ่งมีความซับซ้อนยากแก่การแก้ไขมากขึ้นทุกขณะ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงที่จะต้องทำการปราบปรามไม่อาจหยุดยั้งปัญหาได้ ขณะเดียวกันเหยื่อของปัญหาดังกล่าว ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มผู้ติดยาหรือผู้ติดเชื้อเอดส์ ก็ไม่อาจหลีกเลี่ยงไปจากชุมชนได้ การดูแลรักษาอันเป็นวิธีการแก้ปัญหาปลายเหตุนับวันจะยิ่งไม่เพียงพอกับการลุกลามของปัญหา การดูแลตนเองในชุมชน เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือกันเบื้องต้นหรือการป้องกันการเพิ่มขึ้นของกลุ่มเป้าหมายจึงมีความจำเป็นมากขึ้น

สภาพต่าง ๆ ดังกล่าวมาทั้งหมด และที่ยังไม่ได้กล่าวอีกมากเป็นปัญหาหนักเกินกว่าที่กำลังของส่วนราชการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะเข้าช่วยเหลือได้ทัน หรือขจัดปัญหาให้หมดไป จึงนับเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความจำเป็นเร่งด่วนที่จะสร้างความร่วมมือกันระหว่างประชาชนที่อยู่ในชุมชนในการช่วยกันป้องกันและแก้ไขปัญหามิให้ลุกลามในชุมชนของตนเอง

(2) สภาพปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรการบริหารของกรมประชาสงเคราะห์ ได้แก่

(2.1) ข้อจำกัดในด้านโครงสร้างและอัตรากำลัง องค์การบริหารงานประชาสงเคราะห์ในส่วนภูมิภาคนั้น มีเพียงแค่ระดับจังหวัดเท่านั้น การกระจายบริการด้านสวัสดิการสังคมในส่วนที่รัฐให้การสนับสนุนให้ทั่วถึงลงลึกไปถึงระดับหมู่บ้านนั้น ย่อมเป็นเรื่องที่อาจกล่าวได้ว่าเป็นไปไม่ได้เลย ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านนับเป็นคำตอบที่เหมาะสมยิ่ง ที่จะช่วยให้บริการสวัสดิการสังคมของรัฐในส่วนที่กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมรับผิดชอบอยู่ ไปถึงมือชาวบ้านและชุมชนอย่างทั่วถึง รวดเร็ว และสอดคล้องกับสภาพปัญหาความต้องการของชาวบ้านและชุมชน ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านจะเป็นองค์กรที่ทำหน้าที่เป็นแกนกลางในการประสานงานกับสำนักงานประชาสงเคราะห์จังหวัด และหน่วยงานของรัฐอื่น ๆ โดยเฉพาะหน่วยงานในระดับจังหวัดที่สังกัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมทั้งหมด ศูนย์ฯ จะเป็นสื่อกลางในการขอรับความช่วยเหลือจากรัฐ ในส่วนที่ประชาชนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และต้องขอความช่วยเหลือสนับสนุนเพิ่มเติม เพราะเป็นส่วนที่อยู่ในขอบข่ายหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐเท่านั้น อีกทั้งการมีศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านจะช่วยให้รัฐประหยัดค่าใช้จ่ายในการจ้างบุคลากรเพิ่มเติม และช่วยแก้ปัญหาให้กับกรมประชาสงเคราะห์ในเรื่องการขาดแคลนอัตรากำลัง อันเนื่องมาจากนโยบายจำกัดการเพิ่มอัตรากำลังข้าราชการของรัฐบาลไทยในปัจจุบัน

(2.2) ข้อจำกัดในด้านงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ แม้ว่าปัจจุบันรัฐบาลจะเล็งเห็นความสำคัญของการให้บริการด้านสวัสดิการสังคมแก่ประชาชนผู้ด้อยโอกาสมากขึ้น และพยายามที่จะเพิ่มงบประมาณในด้านนี้มากขึ้น แต่เนื่องจากประเทศชาติมีทรัพยากรในด้านงบประมาณจำกัด ทั้งยังมีภารกิจในด้านอื่น ๆ ที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการพัฒนาเศรษฐกิจ และความมั่นคงของชาติเป็นอันมาก ทำให้กิจกรรมด้านบริการสวัสดิการสังคมไม่สามารถได้รับงบประมาณเพียงพอ ครอบคลุม สอดคล้องกับปริมาณความต้องการของผู้ยากไร้ ด้อยฐานะ ด้อยโอกาสในสังคม ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในปัจจุบันได้ ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านจึงเป็นองค์กรประชาชนในระดับหมู่บ้านที่ช่วยระดมทรัพยากรในท้องถิ่น และช่วยระดมทรัพยากรจากองค์กรเอกชนต่าง ๆ ทั้งในเขตชนบทและเขตเมืองในส่วนภูมิภาคได้กว้างขวางทั่วถึงยิ่งขึ้น

(2.3) ข้อจำกัดในวิธีการดำเนินงาน การดำเนินงานภายใต้ยุคโลกาภิวัตน์ ซึ่งมีกระแสวัฒนธรรมบริโภคนิยมที่รุนแรง และมีความก้าวหน้าในเทคโนโลยี การสื่อสารที่รวดเร็ว การดำเนินงานของหน่วยงานของรัฐจำเป็นจะต้องปรับตัวให้สอดคล้องกับกระแสการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อปัญหาความเดือดร้อนของประชาชนเป้าหมาย หรือผู้ใช้บริการได้อย่างถูกต้อง และสามารถป้องกันปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ทันต่อสถานการณ์ กรมประชาสงเคราะห์จำเป็นต้องปรับแนวทางและวิธีการในการดำเนินงานให้เหมาะสมสอดคล้องกับสถานการณ์ของปัญหาสังคมในปัจจุบัน โดยปรับวิธีการดำเนินงานให้อยู่ในลักษณะสวัสดิการสังคมเชิงรุก โดยรุกทั้งในด้านข้อมูลสารสนเทศ รุกทั้งในด้านการให้บริการให้ครอบคลุมพื้นที่ประชากรเป้าหมาย และครอบคลุมปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งการจะดำเนินงานในรูปแบบวิธีการดำเนินงานเชิงรุกนั้น กรมประชาสงเคราะห์ไม่สามารถ

หวังพึ่งพิงอัตรากำลังและงบประมาณที่ตัวเองมีอยู่ได้ จึงต้องอาศัยการจัดตั้งองค์กรขนาดเล็กที่จะทำงานใกล้ชิดกับประชาชนได้ โดยมีแนวคิดทำงานในเชิงรุกและโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชน

2.1.1 การเกิดนโยบายการจัดตั้งศูนย์

จากสภาพปัญหาและข้อจำกัดของหน่วยงานที่ทำหน้าที่ดูแลความสุขความทุกข์ของประชาชน อันได้แก่กรมประชาสงเคราะห์ ทำให้องค์กรดังกล่าวหันมาสนใจเสาะหาแนวทางที่จะจัดหน่วยงานที่จะอยู่ใกล้ชิดประชาชนที่สุด โดยได้รูปแบบมาจาก “ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดปราจีนบุรี” ซึ่งเกิดขึ้นในระหว่าง พ.ศ. 2526 - 2527 จากการริเริ่มของนายประพัฒน์ หงษ์ทอง ประชาสงเคราะห์จังหวัดในขณะนั้น (ประภาวรรณ เกตุอำ, 2528 : 8) จัดตั้งหน่วยงานที่มีลักษณะขององค์กรประจำหมู่บ้านและดึงประชาชนในท้องถิ่นให้เข้ามามีส่วนร่วมด้วยในรูปของกรรมการและระดมทรัพยากรก่อตั้ง “กองทุน” เพื่อการสงเคราะห์ประชาชนในท้องถิ่นซึ่งเดือดร้อน

จากการจัดตั้งศูนย์สงเคราะห์ราษฎรในจังหวัดปราจีนบุรีทั้งหมด 86 ศูนย์ ภายในระยะเวลา 6 เดือน ประภาวรรณ เกตุอำ (2528 : 107-110) ศึกษาพบว่า ศูนย์ที่จัดตั้งได้สำเร็จและมีการดำเนินงานที่ดี มีปัจจัยผลักดันอยู่ 5 ประการคือ

ประการแรก สภาพชุมชนมีปัญหา (ยากจน มีคนพิการ ไร้ที่พึ่ง เด็กกำพร้า คนชรายากจน ประสบภัยต่าง ๆ รวมทั้งภัยธรรมชาติ)

ประการที่สอง สภาพเศรษฐกิจฝืดเคือง ประชาชนมีรายได้ต่อก่อนข้าต่ำ

ประการที่สาม ความสัมพันธ์กันระหว่างประชาชนในชุมชน มีความเป็นเครือญาติน้อย

ประการที่สี่ มีผู้นำที่เข้มแข็ง กระตือรือร้นในการช่วยเหลือชาวบ้าน

และประการสุดท้าย มีประชาชนที่ให้ความร่วมมือในการจัดตั้งศูนย์ และร่วมมือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในระดับสูง

อย่างไรก็ตาม กรมประชาสงเคราะห์ได้รับรูปแบบการจัดตั้งศูนย์ในชุมชนโดยกำหนดในแผนปฏิบัติการของกระทรวงมหาดไทย ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2531-2534) จะดำเนินการส่งเสริมและสนับสนุนให้จัดตั้งศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านให้ทั่วถึงทุกจังหวัด โดยมีวัตถุประสงค์หลักในการจัดตั้งศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน 3 ประการคือ

1. เพื่อส่งเสริมให้ราษฎรมีการตั้งองค์กรระดับหมู่บ้านขึ้น เป็นศูนย์กลางดำเนินงานช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยให้ราษฎรเข้ามีส่วนร่วมรับผิดชอบร่วมกันในการแก้ไขปัญหาของตนเองในท้องถิ่นนั้น เป็นหลักประกันด้านสังคมสงเคราะห์เบื้องต้นที่ผู้ทุกข์ยากเดือดร้อนจะได้รับการช่วยเหลือโดยรวดเร็วทันต่อเหตุการณ์

2. เพื่อเป็นศูนย์กลางในการประสานงานจากหน่วยงานของรัฐ และองค์กรสังคมสงเคราะห์เอกชน ที่จะลงไปดำเนินการในหมู่บ้าน ตำบล ได้ถูกต้องและรวดเร็ว

3. เพื่อกระจายบริการสังคมสงเคราะห์ไปสู่ผู้ประสบปัญหา และผู้ด้อยโอกาสในชนบทอย่างทั่วถึง

2.1.2 แนวทางการจัดตั้งศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน

เมื่อเกิดนโยบายการจัดตั้งศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านขึ้น กรมประชาสงเคราะห์จึงมีแนวทางหรือขั้นตอนดำเนินเพื่อจัดตั้งศูนย์ดังนี้

1. ทางราชการโดยที่ทำการประชาสงเคราะห์จังหวัด จะประสานงานกับกรรมการหมู่บ้าน โดยเฉพาะให้กรรมการฝ่ายสวัสดิการและสังคมในคณะกรรมการหมู่บ้านเป็นผู้ประสานงานกับกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เพื่อให้ทราบข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน และเชิญกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และกรรมการฝ่ายสวัสดิการสังคมเข้ารับการอบรมความรู้เบื้องต้นทางสังคมสงเคราะห์ และหลักการจัดตั้งศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน

2. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และกรรมการฝ่ายสวัสดิการสังคมเข้ารับการอบรมความรู้เบื้องต้นทางสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ และหลักการจัดตั้งศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน เพื่อให้เกิดความเข้าใจในวัตถุประสงค์และแนวทางการจัดตั้งศูนย์ฯ และพร้อมที่จะชี้แจงทำความเข้าใจแก่กรรมการหมู่บ้าน ผู้นำ และราษฎรในหมู่บ้าน

3. จัดให้มีการประชุมคณะกรรมการหมู่บ้าน โดยกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และกรรมการฝ่ายสวัสดิการสังคมที่เข้ารับการอบรมชี้แจงความรู้ที่ได้จากการฝึกอบรม เพื่อขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการในการจัดตั้งศูนย์ฯ

4. เชิญประชุมราษฎรเพื่อชี้แจงเรื่องการจัดตั้งศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน ขอความเห็นชอบจากราษฎรในการจัดตั้งศูนย์ฯ และให้ราษฎรเสนอชื่อบุคคลในหมู่บ้านที่สมควรได้รับการแต่งตั้งให้เป็นกรรมการศูนย์ฯ

5. คณะกรรมการหมู่บ้านนำรายชื่อคณะกรรมการศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านเสนอจังหวัด เพื่อประกาศการจัดตั้งศูนย์อย่างเป็นทางการ

6. กรรมการศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านที่ได้รับการแต่งตั้ง จัดประชุมพิจารณาบทบาทหน้าที่ของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน วางแผนการดำเนินงาน และคัดเลือกสถานที่ทำการศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน (ควรเชิญเจ้าหน้าที่จากที่ทำการประชาสงเคราะห์เข้าร่วมประชุมด้วย

7. สำรวจและจัดทำทะเบียนราษฎร ผู้ทุกข์ยากเดือดร้อนประเภทต่าง ๆ เพื่อประโยชน์ในการดำเนินงานของศูนย์ฯ

8. วิเคราะห์ปัญหาและวางแผนการดำเนินงาน เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ราษฎรผู้ที่ประสบปัญหาความทุกข์ยากเดือดร้อนประเภทต่าง ๆ

9. ดำเนินการให้ความช่วยเหลือโดยอาศัยการมีส่วนร่วมจากประชาชน คณะกรรมการหมู่บ้าน และกลุ่มต่าง ๆ ในหมู่บ้าน ตลอดจนประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งรัฐและเอกชน

10. กรรมการศูนย์จัดทำแบบรายงานผลการดำเนินงานเป็นประจำทุก 4 เดือน ส่งไปยังอำเภอ และจังหวัดให้ทราบถึงผลการดำเนินงานเท่าที่ผ่านมา ปัญหา อุปสรรค และการขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

11. ในการดำเนินงานที่ทำการประชาสัมพันธ์จังหวัด จะจัดให้มีการอบรมสัมมนากรรมการขึ้นเป็นระยะ ๆ เพื่อเป็นการเสริมความรู้ ร่วมวางแผน และแก้ไขปัญหาในการดำเนินงาน

เมื่อดำเนินการจัดตั้งศูนย์และมีการเลือกตั้งกรรมการบริการศูนย์สงเคราะห์ราษฎรเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ในส่วนของงบประมาณที่จะต้องใช้ในการกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อช่วยเหลือผู้เดือดร้อนต่าง ๆ ตามวัตถุประสงค์ของศูนย์ ได้มีการกำหนดกว้าง ๆ ว่า ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน อาจมีกองทุนศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน ซึ่งได้มาจากการบริจาค การจัดกิจกรรม การรณรงค์หาทุน หรือได้รับเงินอุดหนุนจากราชการ โดยให้คณะกรรมการศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านเป็นผู้บริหารเงินกองทุนศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน และให้นำฝากไว้ที่ธนาคารหรือสถาบันการเงินของรัฐ ซึ่งในระยะแรกของการจัดตั้งศูนย์ฯ ขึ้นมา กรมประชาสงเคราะห์ได้สนับสนุนเงินกองทุนศูนย์ฯ แห่งละ 12,500 บาท ถือเป็นเงินกองทุนเบื้องต้น ซึ่งเมื่อมีการใช้จ่าย คณะกรรมการศูนย์ฯ จะต้องดำเนินการหาทุนกลับคืนมาให้หมุนเวียนไปช่วยเหลือผู้เดือดร้อนอื่นต่อไป

จากการทบทวนการเกิดนโยบายและแนวทางการจัดตั้งศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน รวมทั้งการตั้งกองทุนเริ่มแรกในนั้น พบว่า นโยบายดังกล่าวมีลักษณะสั่งการ ซึ่งเป็นแนวทางการเกิดนโยบายสังคมส่วนใหญ่ในประเทศไทย ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านเกิดขึ้นและเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็ว จากเป้าหมายการตั้งศูนย์ภายใน พ.ศ. 2534 จำนวน 3,282 ศูนย์ เพิ่มขึ้นเป็น 67,884 ศูนย์ ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2541 (กองการสังคมสงเคราะห์เอกชน, 2541) เป็นการเพิ่มปริมาณถึง 20 เท่าในระยะเวลา 7 ปี และเมื่อทบทวนวิธีการจัดตั้งศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านจากการพูดคุยกับกรรมการศูนย์ พบว่า เป็นดังขึ้นตามที่ “..... บอกมาว่าให้ตั้งศูนย์ ก็รวบรวมรายชื่อกรรมการแล้วก็ส่งไป.....” การเกิดศูนย์สงเคราะห์ราษฎรส่วนใหญ่จึงมิได้เกิดจากความพร้อม หรือความต้องการ หรือแม้แต่การคัดเลือกโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนนั้น ๆ อย่างที่ควรจะเป็น ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านจึงเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและมากมาย โดยมีผลทำให้การดำเนินงานของศูนย์ไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของนโยบายที่ตั้งไว้ในเบื้องต้น ดังที่จะได้กล่าวต่อไป

2.2 การศึกษาผลการสำรวจการดำเนินงานของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน

จากการเก็บข้อมูลภาคสนามในพื้นที่ 9 จังหวัด 19 อำเภอทั่วประเทศไทย ได้ข้อมูลจากการสอบถามกรรมการบริหารศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน 101 ศูนย์ และการพูดคุยสอบถามจากชาวบ้านและผู้นำชุมชนอื่น ๆ เช่น พระ ซึ่งจะได้เสนอผลการศึกษาเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนแรกเป็นผลจาก

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณตามแบบสอบถาม และส่วนที่ 2 เป็นการประมวลผลจากการพูดคุย สัมภาษณ์ และสังเกตการณ์ในชุมชน ผลการวิจัยมีดังนี้

2.2.1 ผลการสำรวจการดำเนินงานของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน

ในการสำรวจข้อมูลการดำเนินงานของศูนย์ฯ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามกรรมการผู้บริหารศูนย์ฯ เพื่อสำรวจกิจกรรมที่จัดขึ้นตั้งแต่แรกตั้ง ซึ่งตามแนวการสอบถามเดิมจะสอบถามการจัดกิจกรรมย้อนหลังเพียง 6 เดือน แต่คณะผู้เก็บข้อมูล พบว่า ศูนย์ฯ สงเคราะห์ฯ แต่ละแห่งทำกิจกรรมน้อยมาก จึงได้ให้ศูนย์ฯ สงเคราะห์ฯ ทบทวนกิจกรรมมาทั้งหมดตั้งแต่เริ่มตั้ง ซึ่งส่วนใหญ่ตั้งมานานประมาณ 3 ปี นอกจากนั้นยังได้สอบถามถึงการประชุมคณะกรรมการบริหารศูนย์ฯ และการใช้จ่ายเงินกองทุนด้วย ผลการสำรวจมีดังนี้

(1) คณะกรรมการศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน

คณะกรรมการศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่ประกอบด้วยผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สารวัตรกำนัน กลุ่มผู้ทำงานในแวดวงของคณะกรรมการหมู่บ้าน และญาติหรือเพื่อนพ้องของประธานศูนย์ฯ หรือผู้ใหญ่บ้าน

จากการสอบถามประธานศูนย์ฯ หรือกรรมการศูนย์ฯ คนอื่น ๆ พบว่า ทางราชการจะชี้แจงเรื่องการตั้งศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านผ่านมาทางกรรมการหมู่บ้าน ซึ่งมักจะเป็นตัวกำนันหรือผู้ใหญ่บ้าน โดยกำนันหรือผู้ใหญ่บ้าน ส่วนใหญ่ (เกือบทั้งหมด) มักจะรับเรื่องการจัดตั้งศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านมาเป็นภาระ คณะกรรมการศูนย์ฯ จึงมีผู้ใหญ่บ้านเป็นประธานไปโดยปริยาย และคณะกรรมการก็ประกอบไปด้วยผู้ที่เป็นกรรมการหมู่บ้านอยู่แล้ว ดังนั้น รูปแบบของคณะกรรมการศูนย์สงเคราะห์ฯ จึงคล้ายคลึงกับคณะกรรมการหมู่บ้านมาก สิ่งที่ตามมาจึงเกิดการทำงานสับสนกันระหว่างงานของกรรมการหมู่บ้าน ซึ่งเป็นงานปกครอง งานพัฒนาชุมชน และงานของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นงานที่ใช้แนวคิดด้านสังคมสงเคราะห์เป็นหลัก

ประเด็นความสับสนที่เกิดตามมาก็คือ เมื่อผู้ใหญ่บ้านที่ทำหน้าที่เป็นประธานกรรมการบริหารศูนย์สงเคราะห์ฯ หันมาดูแล และมีการเลือกตั้งได้ผู้ใหญ่บ้านคนใหม่เข้ามา ก็มักจะต้องมีการเปลี่ยนประธานกรรมการศูนย์สงเคราะห์ฯ ทั่วไปถึงกรรมการด้วย ปัญหาที่พบในเกือบทุกศูนย์ที่มีการเปลี่ยนแปลงประธานกรรมการ คือ การไม่ได้รับมอบงาน ไม่ได้รับบัญชีเงินฝากหรือรายงานการดำเนินงานของศูนย์ฯ จากประธานคนเดิม เป็นต้น

จากการศึกษาบุคคลที่ร่วมเป็นกรรมการศูนย์สงเคราะห์ฯ ส่วนใหญ่ ซึ่งดังที่ได้กล่าวไปแล้วว่ามีความคล้ายคลึงกับคณะกรรมการหมู่บ้านมาก จึงพบว่า กลุ่มผู้นำชุมชนด้านอื่น เช่น ครู ผู้นำแม่บ้าน พ่อค้า หรือปราชญ์ชาวบ้านอื่น ๆ (หากมี) มักไม่ได้มีส่วนร่วมในการเป็นคณะกรรมการ ซึ่งในความเป็นจริง น่าจะมีบุคคลอื่นนอกคณะกรรมการหมู่บ้านที่พร้อมและสนใจที่จะทำงานด้านสังคมสงเคราะห์ให้แก่ชุมชน หรือช่วยเหลือเพื่อนบ้านร่วมชุมชน แต่ไม่มีโอกาสก็เป็นได้

นอกจากนั้น คณะกรรมการบริหารศูนย์ ซึ่งตั้งขึ้นโดยการรวบรวมรายชื่อโดยผู้ใหญ่บ้านมีบางส่วน (จำนวนไม่น้อย) ที่ลืมนำตัวเองเป็นกรรมการศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน หรือทราบเหมือนกันว่าเป็นกรรมการแต่ไม่ได้มีส่วนร่วมในการดำเนินการ ทั้งโดยที่ไม่รู้จริง ๆ ว่าศูนย์ทำอะไร หรือรู้แต่เพียงว่าผู้ใหญ่บ้านเป็นคนจัดการเรื่องนี้ เป็นต้น

(2) การดำเนินงานและกิจกรรมของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน

จากการสำรวจกิจกรรมของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านที่ทำทั้งหมด 101 ศูนย์ โดยให้ประธานกรรมการ หรือกรรมการบางคนทบทวนกิจกรรมทั้งหมดที่ได้ทำไปตั้งแต่ต้นจนถึง ณ วันที่เก็บข้อมูล พบว่า มีตั้งแต่ศูนย์ที่เพิ่งตั้งได้ 1 เดือน จนถึงตั้งมาได้นาน 7 ปีแล้ว และมีจำนวนถึง 15 ศูนย์ ที่ระบุไม่ได้ว่าตั้งมาตั้งแต่เมื่อไร หรือไม่ทราบเนื่องจากมารับตำแหน่งหลังจากศูนย์ตั้งแล้ว โดยส่วนใหญ่ศูนย์จะตั้งมาได้นานประมาณ 3 ปี (ตารางที่ 10)

ส่วนกิจกรรมที่ศูนย์ดำเนินการตลอดเวลาที่ผ่านมา พบว่า มีศูนย์ฯ จำนวน 15 ศูนย์ไม่ระบุว่า ศูนย์ทำอะไร ซึ่งมีทั้งไม่ทราบว่าทำอะไรไปบ้าง จำไม่ได้และไม่ได้ทำอะไร (นึกไม่ออก) ส่วนศูนย์ที่ทำได้และระบุกิจกรรมมาได้ 1 กิจกรรม มี 13 ศูนย์ ทำ 2 กิจกรรม 19 ศูนย์ ทำ 3 กิจกรรม มี 18 ศูนย์ ทำ 4 กิจกรรม 12 ศูนย์ ทำ 5 กิจกรรม 9 ศูนย์ และศูนย์ที่ทำกิจกรรมมาก ๆ มีลดน้อยลงตามลำดับ จนถึงศูนย์ที่ทำ 10 กิจกรรม มี 1 ศูนย์ และ 16 กิจกรรม มี 1 ศูนย์ เช่นกัน (ตารางที่ 11)

ในการระบุกิจกรรมของศูนย์นี้ พบว่า บางศูนย์ระบุกิจกรรมที่ไม่ใช่งานของศูนย์สงเคราะห์โดยตรง หรือน่าจะเป็นงานของกรรมการหมู่บ้าน เช่น การส่งเสริมอาชีพกลุ่มแม่บ้าน การให้เงินยืมเพื่อตกแต่งสถานีนอนมัย ใต้ถุนถ้ำสมรส งานพัฒนาชุมชน (ประปา/ชุดลอกคูคลอง/ซ่อมถนน) ประสานงานเรื่องฉาปูนกัก บริจาคเงินเข้าวัด จัดอบรมเรื่องศาสนา จัดซื้อเกมส์คอมพิวเตอร์ ให้กู้ยืม ฯลฯ หรือแม้กระทั่งระบุว่ากิจกรรมที่ทำทั้งหมดมี 1 กิจกรรม คือ จัดทำป้ายศูนย์ เป็นต้น

เมื่อประมวลการทำกิจกรรมของศูนย์แล้ว กิจกรรมต่าง ๆ มีผู้ตอบแบบสอบถามระบุนามากที่สุด คือ กิจกรรมช่วยเหลือรักษาพยาบาลผู้ป่วย มีศูนย์ระบุมาร้อยละ 34.65 (35 ศูนย์) ซึ่งแยกเป็นการสงเคราะห์ค่าพาหนะไปโรงพยาบาล ค่ารักษาพยาบาล 22 ศูนย์ ให้เงินทุนกู้ยืมเป็นค่ารักษาพยาบาล 9 ศูนย์ และช่วยเหลือด้านแรงงาน 4 ศูนย์ รองลงมาคือ การช่วยเหลือส่งเสริมอาชีพ ร้อยละ 33.66 (34 ศูนย์) โดยแยกเป็นทุนกู้ยืมไปประกอบอาชีพ 22 ศูนย์ สงเคราะห์เป็นเงินทุนประกอบอาชีพ 12 ศูนย์ ถัดมาคือ การช่วยเหลือผู้ประสบภัย ร้อยละ 25.74 (26 ศูนย์) การประสานงานหน่วยงานให้การแนะนำช่วยเหลือผู้เดือดร้อน ร้อยละ 21.78 (22 ศูนย์) และสงเคราะห์ปัจจัย 4 ร้อยละ 19.80 (20 ศูนย์)

นอกจากนั้น มีศูนย์ที่ทำกิจกรรมการส่งเสริมการศึกษาแก่เด็กและผู้เดือดร้อนทั่วไป ร้อยละ 9.90 (10 ศูนย์) แยกเป็นทุนการศึกษาแก่เด็ก 8 ศูนย์ ช่วยกิจกรรมโรงเรียน 2 ศูนย์

สำหรับการช่วยเหลือกลุ่มคนพิการและผู้ป่วยเอดส์ พบว่า มีศูนย์ ร้อยละ 6.93 (7 ศูนย์) ที่ช่วยสงเคราะห์เด็กกำพร้าและคนพิการ และร้อยละ 5.94 (6 ศูนย์) ประสานงานเบี้ยยังชีพและผู้ป่วยเอดส์

นอกจากนั้น เป็นส่วนของการสำรวจข้อมูลและทำทะเบียนผู้เดือดร้อน ร้อยละ 14.85 (15 ศูนย์)

นอกจากการได้ช่วยเหลือผู้เดือดร้อนตามเป้าหมายของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านแล้ว ยังมีการระดมกิจกรรมอื่น ๆ ด้วย ได้แก่ การพัฒนาสาธารณูปโภคในชุมชน ร้อยละ 11.88 (12 ศูนย์) ส่งเสริมวัฒนธรรม ประเพณี ศาสนา (ทำบุญร่วมกัน) ร้อยละ 4.95 (5 ศูนย์) ส่งเสริมกีฬา ป้องกันเยาวชนติดยาเสพติด ร้อยละ 0.99 (1 ศูนย์) และมีกิจกรรมอื่น ๆ เบ็ดเตล็ด เช่น ประสานงานการเกิดตาย ช่วยเหลืองานแต่งงาน ตกแต่งสถานีนามัย ซื้อมอเตอร์ เป็นต้น (ตารางที่ 12)

เฉพาะกิจกรรมที่ศูนย์ฯ จัดให้กับผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 50.5 จัดเรื่องเบี้ยยังชีพ รวมทั้งพาผู้สูงอายุไปเปิดบัญชีและไปรับเงินได้ รองลงมาคือ จัดงานรดน้ำคำหัว วันผู้สูงอายุ วันกตัญญู ร้อยละ 19.8 ช่วยเหลือเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย พาไปโรงพยาบาล ให้เงินชื้อยา ตั้งกองทุนฯ ร้อยละ 18.8 จัดหาเครื่องอุปโภคบริโภค เสื้อผ้า ผ้าห่ม ร้อยละ 17.8 ช่วยงานศพ จัดฌาปนกิจสงเคราะห์ ร้อยละ 10.9 ให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้สูงอายุเดือดร้อน ให้เงิน ช่วยซ่อมแซมบ้าน ร้อยละ 7.9 ไปเยี่ยมเยียนที่บ้าน ถวายภัตตาหาร ร้อยละ 7.9 จัดชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 5.0 ให้ความรู้เรื่องบัตรผู้สูงอายุ ร้อยละ 4.0 และมีศูนย์ที่ไม่ระดมกิจกรรมที่จัดให้ผู้สูงอายุเลย ร้อยละ 20.8 (ตารางที่ 13)

(3) การบริหารกองทุนของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน

ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ยังขาดความเข้าใจในการบริหารกองทุนที่ภาครัฐตั้งให้เป็นจำนวน 12,500 บาท โดยการใช้จ่ายเงินไปแล้วไม่สามารถหมุนเวียนกลับมาใช้เพื่อประโยชน์แก่ผู้อื่นอีก บางศูนย์ไม่เคยนำออกมาใช้จ่ายเลย จนมียอดเงินเพิ่มสูงขึ้นหลายพันบาท หรือบางศูนย์ให้ราษฎรกู้ยืมไปในการที่ไม่ใช่การสงเคราะห์ผู้เดือดร้อนอย่างแท้จริง และมีศูนย์สงเคราะห์หลายศูนย์ที่มีความคลุมเครือในการใช้จ่ายเงินกองทุน

ตารางที่ 10
แสดงระยะเวลาการจัดตั้งศูนย์

ระยะเวลา	จำนวน
เพิ่งตั้ง	1
1 ปี	2
2 ปี	15
3 ปี	27
4 ปี	20
5 ปี	7
6 ปี	8
7 ปี	6
ไม่ทราบจำไม่ได้	15
รวม	101
ระยะเวลาจัดตั้งศูนย์เฉลี่ย 3.74 ปี	

ตารางที่ 11
แสดงลักษณะกิจกรรมที่ศูนย์ส่งเสริมฯ กระจายรายหมู่บ้านจัดขึ้น

จำนวนกิจกรรม	จำนวนศูนย์
ไม่ระบุเลข	15
ทำ 1 กิจกรรม	13
2 กิจกรรม	19
3 กิจกรรม	18
4 กิจกรรม	12
5 กิจกรรม	9
6 กิจกรรม	6
7 กิจกรรม	3
9 กิจกรรม	3
10 กิจกรรม	1
16 กิจกรรม	1

ตารางที่ 12
แสดงกิจกรรมของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน

กิจกรรม	จำนวนศูนย์	ร้อยละของศูนย์ (101 ศูนย์)
1. หมวดการช่วยเหลือผู้เดือดร้อน	35	34.65
(1) การช่วยเหลือรักษาพยาบาลผู้ป่วย		
- สงเคราะห์ค่าพาหนะ, ค่ารักษาพยาบาล	(22)	(21.78)
- เงินทุนกู้ยืมค่ารักษาพยาบาล	(9)	(8.91)
- ช่วยเหลือด้วยร่างกาย	(4)	(3.96)
(2) ส่งเสริมการประกอบอาชีพ	34	33.66
- สงเคราะห์เงินทุน	(12)	(11.88)
- เงินทุนกู้ยืม	(22)	(21.78)
(3) รายงานเหตุ ให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัย	26	25.74
(4) ประสานงานหน่วยงานให้การแนะนำ ช่วยเหลือผู้เดือดร้อน	22	21.78
(5) สงเคราะห์ปัจจัย 4	20	19.80
(6) ส่งเสริมการศึกษาแก่เด็กและโรงเรียน	10	9.90
- ทุนการศึกษาแก่เด็ก	(8)	(7.92)
- ช่วยกิจกรรมโรงเรียน	(2)	(1.98)
(7) สงเคราะห์เด็กกำพร้าและคนพิการ	7	6.93
(8) ประสานงานเบี้ยยังชีพคนพิการ ผู้ป่วยเอดส์	6	5.94
(9) สัมภาษณ์ข้อมูลและทำทะเบียนผู้เดือดร้อนทั่วไป	15	14.85
2. หมวดกิจกรรมร่วมชุมชน		
(1) พัฒนาสาธารณูปโภคในชุมชน	12	11.88
(2) ส่งเสริมวัฒนธรรม ประเพณี ศาสนา	5	4.95
(3) ส่งเสริมการกีฬา ป้องกันยาเสพติดแก่เยาวชน	1	0.99
3. หมวดกิจกรรมอื่น ๆ		
(1) ประสานงานทะเบียนราษฎร (แจ้งเกิด-ตาย)	3	2.97
(2) เงินทุนกู้ยืมสำหรับการแต่งงานในหมู่บ้าน	2	1.98
(3) เงินทุนกู้ยืมสำหรับตกแต่งสถานีอนามัย	1	0.99
(4) จัดซื้อเครื่องใช้สำนักงานของศูนย์ (คอมพิวเตอร์)	1	0.99

ตารางที่ 13

แสดงกิจกรรมของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านที่จัดให้ผู้สูงอายุ

กิจกรรม	จำนวนศูนย์	ร้อยละ
จัดสรรเรื่องเบี้ยยังชีพ	51	50.5
- เปิดบัญชี		
- ไปรับเงิน		
จัดงานรดน้ำคำหัว วันผู้สูงอายุ	20	19.8
วันกตัญญู		
ช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย	19	18.8
- ให้เงิน		
- นำส่งโรงพยาบาล		
- ตั้งกองทุนยา		
จัดหาเครื่องอุปโภค บริโภค	18	17.8
เสื้อผ้า ผ้าห่ม ของขวัญ		
ช่วยงานศพ จัดฌาปนกิจสงเคราะห์	11	10.9
ให้ความช่วยเหลือเมื่อเดือดร้อน	8	7.9
- ให้เงิน		
- ซ่อมแซมบ้าน		
ไปเยี่ยมเยียน	8	7.9
จัดชมรมผู้สูงอายุ จัดสวนสุขภาพ	5	5.0
ให้ความรู้เรื่องบัตรผู้สูงอายุ	4	4.0
ไม่ระบุ	21	20.8

หมายเหตุ : ให้ความช่วยเหลือเบ็ดเตล็ดเล็กน้อย เช่น จัดหารถเงิน 1 ศูนย์ จัดเบี้ยคนพิการ 1 ศูนย์

และส่งเสริมอาชีพ 1 ศูนย์

2.2.2 ข้อสังเกตจากการสำรวจการดำเนินงานของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน

การจัดกิจกรรมของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน ทั้งหมดที่ผู้ให้ข้อมูลตอบมา ทั้งจาก
ประธานศูนย์เองหรือกรรมการศูนย์ พบประเด็นที่น่าสนใจเด่นชัด คือ

(1) มีการจัดกิจกรรมสำหรับผู้เดือดร้อนน้อยมาก สำหรับการดูแลผู้เดือดร้อนในหมู่บ้าน ตลอด
ระยะเวลาเฉลี่ย 3 ปีที่มีการจัดตั้งศูนย์ ทั้ง ๆ ที่ในช่วงเวลาที่คณะผู้วิจัยลงไปเก็บข้อมูลในพื้นที่ พบผู้ที่
ประสบความลำบากอยู่ไม่น้อยในแต่ละหมู่บ้าน เช่น เมื่อสอบถามทั้งกรรมการศูนย์ และชาวบ้านทั่วไป
ถึงคนที่เดือดร้อน โดยเฉพาะผู้สูงอายุ เขาเหล่านั้นสามารถระบุผู้เดือดร้อนได้ค่อนข้างตรงกัน รวมทั้ง

ชักชวนหรือพาคนผู้วิจัยไปเยี่ยมเยียนบุคคลเหล่านั้นด้วย นั่นหมายถึงว่ามีการรับรู้เรื่องความเดือดร้อนของคนเหล่านี้พอสมควร แต่การดำเนินการที่นำไปสู่การช่วยเหลือยังมีไม่มากเท่าที่ควร ทั้ง ๆ ที่มีศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านซึ่งมีหน้าที่ในการหาทางสงเคราะห์บุคคลเหล่านั้นโดยตรง

นอกจากนั้น จะเห็นว่ามิศูนย์สงเคราะห์ไม่น้อยไม่ระบุกิจกรรม หรือไม่สามารัระบุกิจกรรมได้ อาจจะเกิดจากทั้งการไม่จัดกิจกรรมจริง หรือจัดแต่ลืมไปแล้ว หรือเมื่อเปลี่ยนประธานศูนย์คนใหม่ ก็ไม่อาจปะติดปะต่องานได้

อีกประเด็นหนึ่ง ที่ทำให้มีการระบุกิจกรรมน้อย (หรือบางกรณีระบุมากไป) เนื่องจากการสับสนในบทบาทของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านและกรรมการหมู่บ้าน โดยประธานกรรมการทำงานในบทบาทของผู้ใหญ่บ้านเป็นหลัก จึงไม่อาจจะแยกได้ว่าสิ่งที่ตนเองทำอยู่นั้นเป็นงานสงเคราะห์ งานปกครองหรืองานพัฒนา ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดคือ การระบุถึงการจัดเลี้ยงชีพให้ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นภาระหน้าที่ของศูนย์โดยตรง แต่มีการระบุมาเพียง ร้อยละ 50.5 เท่านั้น (ตารางที่ 13) ในขณะที่ความเป็นจริง ศูนย์สงเคราะห์ฯ ทุกศูนย์ หรือร้อยละ 100 ต้องจัดเรื่องเลี้ยงชีพเป็นต้น หรือในทางกลับกัน มีการระบุงานของฝ่ายปกครองหรือพัฒนาชุมชนปะปนมาด้วยไม่น้อย เช่นการส่งเสริมอาชีพกลุ่มแม่บ้าน การทำถนน ขุดลอกคูคลอง หรือจัดทำประปา เป็นต้น

(2) ลักษณะการจัดกิจกรรมของศูนย์ ควรจะเป็นการให้การสงเคราะห์แก่ผู้ประสบปัญหาอย่างทั่วถึง ตามวัตถุประสงค์ของนโยบายของกระทรวงมหาดไทยในการจัดตั้งศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า การให้การช่วยเหลือกระจุกอยู่ในกลุ่มกิจกรรมการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นการนำส่งโรงพยาบาล สงเคราะห์คำรลไปโรงพยาบาล ค่ารักษาพยาบาล เป็นต้น การให้การสงเคราะห์คนพิการหรือผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้มีไม่มากนัก จากการลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลภาคสนาม คณะผู้วิจัยรับทราบว่าในแต่ละหมู่บ้านจะมีผู้ที่ประสบความเดือดร้อนในรูปแบบต่าง ๆ แทบทุกหมู่บ้าน มากบ้าง น้อยบ้าง เช่น ผู้สูงอายุพิการอาศัยอยู่กับลูกซึ่งปัญญาอ่อน ผู้สูงอายุพิการถูกตัดขา ผู้สูงอายุพิการที่ลูก ๆ ทิ้งหลานไว้ให้เลี้ยงหลายคน ผู้สูงอายุป่วยทางจิต ไม่มีญาติพี่น้องรับไปเลี้ยงดู โดยปลุกกระท่อมให้อยู่ต่างหาก ฯลฯ กลุ่มผู้เดือดร้อนเหล่านี้ควรได้รับการดูแลช่วยเหลือเป็นการเฉพาะรายจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หากมีหน่วยงานที่มีความรู้หรือรู้วิธีการจะให้ความช่วยเหลืออย่างเหมาะสมได้ ซึ่งศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านน่าจะสมารถทำหน้าที่นี้ได้อย่างดี แต่สภาพปัจจุบันยังพบว่ากลุ่มผู้เดือดร้อนเหล่านี้ยังถูกทิ้งให้อยู่กับปัญหาหรือความยากแค้นอยู่

กล่าวโดยสรุป กิจกรรมที่ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านจัด เป็นกิจกรรมที่ช่วยเหลืออย่างผิวเผิน ไม่เจาะลงไปที่กลุ่มผู้ต้องการความช่วยเหลืออย่างแท้จริง ซึ่งกลุ่มนี้มักเป็นกลุ่มยากจนข้นแค้น อาศัยอยู่ห่างจากชุมชนหรือไม่ได้เกี่ยวข้องเป็นญาติมิตรกับผู้นำชุมชน เป็นต้น

2.2.3 การประมวลผลจากการพูดคุย สัมภาษณ์และสังเกตการณ์ในชุมชน

จากการพูดคุยกับชาวบ้านทั่วไปทั้งที่สูงอายุและหนุ่มสาวเกี่ยวกับการดำเนินงานของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านและการให้ความช่วยเหลือผู้ที่เดือดร้อน พบประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

(1) ชาวบ้านไม่รู้จักศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน

จากการพูดคุยกับชาวบ้าน รวมไปถึงผู้สูงอายุทั้งที่รับเบี้ยยังชีพและไม่รับเบี้ยยังชีพ พบว่าแทบจะไม่มีใครรู้จักศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านเลย แม้แต่เจ้าอาวาสวัดพัฒนาแห่งหนึ่งที่มีชาวบ้านมาทำกิจกรรมในวัดกันมาก ก็ยืนยันว่าไม่มีศูนย์ชนิดนี้ในหมู่บ้านที่ท่านอยู่

(2) การรับรู้เรื่องความช่วยเหลือเมื่อประสบความเดือดร้อน

เมื่อมีปัญหาเดือดร้อนขึ้นในชุมชน ทั้งกับชุมชนทั้งหมด หรือกับบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ชาวบ้านจะรู้ว่าจะมีความช่วยเหลือมาจากทางการ โดยผู้ใหญ่บ้านจะเป็นผู้นำมาให้ หรือชาวบ้านส่วนหนึ่งจะระบุว่าผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ

จากข้อสังเกตทั้งสองประการนี้ ทำให้พอจะสรุปได้ว่า ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านยังไม่ได้ใช้กลไกของศูนย์เองในการช่วยเหลือประชาชน แต่จะเป็นกระบวนการเดิมทางด้านการปกครองที่ให้ผู้นำชุมชนเป็นตัวแทน หรือสื่อกลางในการติดต่อกับประชาชน ผู้นำชุมชน หรือ ผู้ใหญ่บ้านเองไม่มีโอกาสที่จะปรับเปลี่ยนแนวทางการทำงานจากปัจเจกบุคคล เป็นการทำงานเป็นกลุ่มในแง่การสงเคราะห์ได้

ตอนที่ 3 ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุนี้ มีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทจาก 9 จังหวัด 19 อำเภอทั่วประเทศไทย จำนวน 380 คน ผู้วิจัยได้สอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งจะได้นำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. ข้อมูลด้านคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ข้อมูลด้านชีวสังคม

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นชาย ร้อยละ 33.1 และหญิง 66.9 มีอายุเฉลี่ย 73.3 ปี โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 71 - 80 ปี มีร้อยละ 38.1 ช่วงอายุ 61 - 70 ปี ร้อยละ 35.9 ช่วงอายุ 81 - 90 ปี ร้อยละ 20.1 ช่วงอายุ 91 ปีขึ้นไปจนถึง 106 ปี ร้อยละ 2.4 และกลุ่มที่มีอายุ 60 ปีลงมา ร้อยละ 3.2

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 52.6 ไม่ได้รับการศึกษา รองลงมา ร้อยละ 43.0 จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา ส่วนน้อยที่จบชั้นสูงขึ้นไป รวม ร้อยละ 4.4 (ตารางที่ 14)

3.1.2 ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ

ในการศึกษาข้อมูลด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยกำหนดให้สอบถามแหล่งรายได้หลักของครอบครัว แหล่งรายได้เฉพาะของผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมในการหารายได้ของผู้สูงอายุและให้ผู้สูงอายุประเมินฐานะทางเศรษฐกิจของตนเอง ผลการศึกษาพบว่า รายได้หลักของครอบครัวของผู้สูงอายุมาจากเกษตรกรรม ร้อยละ 41.7 รองลงมา คือ รายได้จากการรับจ้าง ร้อยละ 19.1 จากการค้าขาย ร้อยละ 5.0 และมีผู้ระบุว่ารายได้ของครอบครัวมาจากการที่ลูกหลานส่งมาให้ มีร้อยละ 20.7 ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มนี้มักจะอยู่ที่บ้าน โดยลูกหลานส่วนใหญ่อพยพไปทำงานต่างถิ่น และมีผู้สูงอายุ ร้อยละ 13.5 ระบุว่าไม่มีรายได้หรือมีรายได้ไม่แน่นอน

เฉพาะในส่วนของผู้สูงอายุเอง ส่วนใหญ่มีรายได้จากการที่ลูกหลานให้ ร้อยละ 53.9 ซึ่งรวมทั้งผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังและผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับลูกหลาน นอกจากนั้น เป็นกลุ่มที่มีรายได้จากบริการสังคม ซึ่งส่วนใหญ่ คือ เบี้ยยังชีพ ร้อยละ 19.7 และที่นาสังเกต คือ มีผู้สูงอายุสัดส่วนถึง ร้อยละ 26.4 ยังต้องทำงานหาเงินเพื่อเลี้ยงตัวเอง

เมื่อสอบถามถึงการมีส่วนร่วมในการหารายได้ของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ต้องร่วมหารายได้ให้แก่ครอบครัวแล้ว ร้อยละ 70.8 มีกลุ่มที่ยังต้องมีส่วนร่วมในการร่วมหารายได้ ร้อยละ 29.2 (ตารางที่

ส่วนการให้ผู้สูงอายุประเมินสถานภาพทางเศรษฐกิจของตนเองว่าอยู่ในระดับมีกินมีเก็บ หมายถึงถึงมีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างดี พอมีพอกิน หมายถึงฐานะปานกลาง ฝืดเคืองและฝืดเคืองมาก หมายถึงถึงฐานะเศรษฐกิจค่อนข้างยากจนและยากจนมาก ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินตนเองว่ามีฐานะพอมีพอกิน ร้อยละ 52.6 รองลงมา คือ ฝืดเคือง ร้อยละ 34.2 ฝืดเคืองมาก ร้อยละ 6.9 ส่วนที่มีฐานะดี คือ มีกินมีเก็บ มีน้อยที่สุด ร้อยละ 5.8 (ตารางที่ 16)

3.1.3 ข้อมูลด้านครอบครัว

ข้อมูลด้านครอบครัวเป็นข้อมูลเกี่ยวกับสถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัวและสถานภาพในครอบครัว ผลการวิจัยมีดังนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสเป็นหม้าย ร้อยละ 56.9 รองลงมา คือ อยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 36.5 ผู้สูงอายุที่แยกกับคู่สมรสหรือหย่า มีร้อยละ 4.3 และมีผู้เป็นโสด ร้อยละ 2.3 (ตารางที่ 17) ซึ่งในกลุ่มผู้มีสถานภาพสมรสต่างกันนี้ เมื่อจำแนกตามความแตกต่างของเพศและอายุแล้ว มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับเพศหญิงชาย พบว่า ในกลุ่มตัวอย่างที่สมรสและอยู่ด้วยกัน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (64.3 : 35.7) ขณะที่กลุ่มหม้ายและแยก/หย่า เพศหญิงมีสัดส่วนสูงกว่ามาก (14.2 : 85.8 และ 20.0 : 80.0) ข้อเท็จจริงที่สนับสนุนข้อค้นพบข้อนี้ คือ เพศหญิงมักจะอายุยืนยาวกว่าเพศชาย เมื่อมีการตายจากคู่ชีวิต เพศหญิงจึงมักเป็นผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่ต่อมา หรือกรณีการหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ พบสัดส่วนเพศชายน้อยกว่าเพศหญิง เนื่องจากเพศชายสามารถเริ่มต้นครอบครัวใหม่ได้ไม่ว่าจะหย่าร้างในช่วงอายุใด ในขณะที่เพศหญิงเมื่อมีการหย่าร้างแล้ว จะเริ่มต้นครอบครัวใหม่ได้ยากกว่า

ส่วนอายุเฉลี่ยของผู้มีสถานภาพสมรสต่างกันมีความแตกต่างกันเช่นกัน โดยกลุ่มที่เป็นหม้ายมีอายุเฉลี่ยสูงสุด 75 ปี รองลงมา คือ กลุ่มแยก/หย่า อายุเฉลี่ย 72.5 ปี กลุ่มที่สมรสและอยู่ด้วยกัน อายุเฉลี่ย 71 ปี ส่วนกลุ่มโสด อายุเฉลี่ยค่อนข้างน้อย คือ 65.9 ปี (ตารางที่ 18)

ตารางที่ 14
แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ ชาย	125	33.1
หญิง	253	66.9
รวม	378	100.0
ช่วงอายุ 52 - 60 ปี	12	3.2
61 - 70 ปี	136	35.9
71 - 80 ปี	145	38.1
81 - 90 ปี	76	20.1
91 ปีขึ้นไป	9	2.4
รวม	378	100.0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	200	52.6
ประถมศึกษา	163	43.0
มัธยมศึกษา	5	1.4
ประกาศนียบัตร	1	0.3
อุดมศึกษา	1	0.3
อื่น ๆ	9	2.4
รวม	379	100.0

ตารางที่ 15
แสดงรายได้หลักของครอบครัว

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
แหล่งรายได้ของครอบครัว		
เกษตรกรรม	157	41.7
ค้าขาย	19	5.0
รับจ้าง	72	19.1
ลูกหลานส่งมาให้	78	20.7
ไม่มี/ไม่แน่นอน	51	13.5
รวม	377	100.0
แหล่งรายได้ของผู้สูงอายุ		
บริการสังคม	73	19.7
ลูกหลานให้	200	53.9
หาเอง	98	26.4
รวม	371	100.0
การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุใน การหารายได้		
มีส่วนร่วม	108	29.2
ไม่มีส่วนร่วม	262	70.8
รวม	370	100.0

ตารางที่ 16
แสดงสถานภาพทางเศรษฐกิจ

สถานภาพทางเศรษฐกิจ	จำนวน	ร้อยละ
มีกินมีเก็บ	22	5.8
พอมีพอกิน	199	52.6
ฝืดเคือง	131	34.7
เดือดร้อนมาก	26	6.9
รวม	378	100.0

ตารางที่ 17
แสดงข้อมูลด้านครอบครัว

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
อยู่กับคู่สมรส	127	36.5
เป็นหม้าย	198	56.9
หย่า/แยก	15	4.3
โสด	8	2.3
รวม	348	100.0
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
อยู่คนเดียว	10	2.6
1 - 3 คน	136	35.7
4 - 6 คน	169	43.4
7 - 9 คน	54	14.2
10 คนขึ้นไป	15	4.1
รวม	380	100.0
สถานภาพในครอบครัว		
ยังเป็นหัวหน้าครอบครัว	210	56.2
อยู่กับลูกหลาน		
ไม่ได้เป็นหัวหน้าครอบครัว	106	28.4
ครัว อยู่กับลูกหลาน		
อยู่คนเดียว ไม่มีลูกหลาน	47	12.5
อยู่ด้วย		
อาศัยอยู่กับญาติ เพื่อน คน รู้จัก	11	2.9
รวม	374	100.0

ตารางที่ 18
เปรียบเทียบความแตกต่างของผู้มีสถานภาพสมรสต่างกัน
ระหว่างหญิงชายและอายุ

ตัวแปร	สถานภาพสมรส				หมายเหตุ
	สมรสอยู่ด้วยกัน	หม้าย	แยก/หย่า	โสด	
เพศ ชาย	64.3	14.2	20.0	50.0	$X^2 = 88.66949$ sig = .0000
หญิง	35.7	85.8	80.0	50.0	
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	
อายุ (เฉลี่ย)	71.04	75.09	72.47	65.88	F.Prob = .0003
ชาย (เฉลี่ย)	72.28	72.93	74.67	63.50	F.Prob = .0004
หญิง (เฉลี่ย)	69.00	75.43	71.92	68.25	

3.2 ข้อมูลด้านคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดให้ศึกษาข้อมูลด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการปัจจัย 4 ทั้งในแง่ของปริมาณและคุณภาพ (ความพอเพียงและความเหมาะสม) การมีความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว การประเมินคุณค่าของตนเองที่มีต่อครอบครัวและการได้รับการยอมรับจากเพื่อนฝูงและชุมชน การทำกิจกรรม ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยจะได้เสนอผลการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

3.2.1 การได้รับปัจจัย 4 ของผู้สูงอายุ

จากการสอบถามการได้รับปัจจัย 4 ของผู้สูงอายุซึ่งประกอบด้วย ความพอเพียงและคุณภาพของอาหารที่ได้รับ การมีที่อยู่อาศัยที่เป็นของตนเอง การมีเสื้อผ้าสวมใส่ มีข้าวของเครื่องใช้อย่างพอเพียงและเหมาะสม และการได้รับการรักษาเมื่อเจ็บไข้ได้ป่วย ทั้งป่วยเล็กน้อยและป่วยหนัก โดยแบ่งการวัดระดับความพอเพียงและคุณภาพเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุได้รับปัจจัยด้านที่อยู่อาศัยสูงที่สุด และได้รับในระดับปานกลางค่อนข้างสูง คือ มีความมั่นคง อันหมายถึงการมีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง มีค่าเฉลี่ย 2.34 รองลงมา คือ ความแข็งแรงปลอดภัย เฉลี่ย 2.23 และมีความกว้างขวาง 2.20

ปัจจัยลำดับที่ผู้สูงอายุได้รับรองลงมา คือ อาหาร โดยได้รับอาหารอย่างพอเพียงเฉลี่ยในระดับปานกลาง เฉลี่ย 2.17 และคุณภาพและรสชาติของอาหารมีความเหมาะสม เฉลี่ย 2.04

ถัดมาคือการได้รับการดูแลรักษายามเจ็บไข้ได้ป่วย ผู้สูงอายุได้รับการรักษาเมื่อป่วยหนัก เฉลี่ยในระดับปานกลาง 2.06 และได้กินยาเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย เฉลี่ย 2.01

ปัจจัยที่ผู้สูงอายุได้รับในระดับต่ำกว่าปานกลางโดยเฉลี่ย คือ เสื้อผ้าและข้าวของเครื่องใช้

ต่าง ๆ โดยผู้สูงอายุมีเสื้อผ้าใส่อย่างพอเพียง เฉลี่ย 1.97 เสื้อผ้าเหมาะสม (เช่น กั้นหนาวได้ กั้นฝนได้ดี ฯลฯ) เฉลี่ย 1.94 และข้าวของเครื่องใช้มีความพอเพียงและเหมาะสม เฉลี่ย 1.89 (ตารางที่ 19)

อาจกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเป้าหมายมีที่อยู่อาศัยดีพอสมควร รวมทั้งอาหารและการรักษาพยาบาล ส่วนเสื้อผ้าและข้าวของเครื่องใช้ต่าง ๆ ยังได้รับน้อย ทั้งความพอเพียงและความเหมาะสม

3.2.2 การมีความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว

การศึกษาความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว ผู้วิจัยวัดจากการที่ถูกหลานมาพูดคุยด้วย มาปรึกษาหารือ มาดูแลยามเจ็บไข้ได้ป่วย และซื้อฟิงเมื่อตกเดือน ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับครอบครัวค่อนข้างดี โดยผู้สูงอายุมีลูกหลานพูดคุยด้วยเฉลี่ยค่อนข้างสูง 2.41 รองลงมาคือ มีลูกหลานดูแลยามเจ็บไข้ได้ป่วย เฉลี่ย 2.39 และลูกหลานซื้อฟิงเมื่อตกเดือน เฉลี่ย 2.19 ส่วนการมีลูกหลานมาปรึกษาอยู่ในระดับต่ำกว่าความสัมพันธ์อื่น ๆ เฉลี่ย 2.02 (ตารางที่ 20)

อาจกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลเอาใจใส่ แสดงความผูกพันพอสมควร แต่ไม่ได้ฟังหรือเป็นหลักให้กับครอบครัวมากนัก เห็นได้จากการที่ถูกหลานมาขอคำปรึกษาหารือ เฉลี่ยในระดับต่ำกว่าสัมพันธ์อื่น ๆ

เมื่อสอบถามถึงการได้รับการดูแลช่วยเหลือจากลูกหลานที่ผู้สูงอายุได้รับ พบว่า ลูกหลานช่วยเหลือทำงานต่าง ๆ ให้เมื่อทำไม่ไหวแล้ว มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 2.27 รองลงมา คือ กรณีที่ผู้สูงอายุยังทำงานต่าง ๆ ไหว จะมีลูกหลานมาคอยช่วยทำงาน เช่น ช่วยทำกับข้าว ทำงานบ้าน ซ่อมบ้าน พาไปวัด ฯลฯ เฉลี่ย 2.24 ส่วนความช่วยเหลือทางการเงินเมื่อเดือดร้อน ผู้สูงอายุได้รับในระดับต่ำกว่าปานกลาง เฉลี่ย 1.95 (ตารางที่ 21)

3.2.3 การประเมินคุณค่าตนเอง

ในการประเมินคุณค่าตนเองของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุประเมินว่า ตนเองมีประโยชน์ต่อครอบครัวระดับใด และได้ให้ความช่วยเหลือครอบครัวในด้านใดบ้าง และเฉลี่ยเท่าใด ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุประเมินว่าตนเองมีประโยชน์แก่ลูกหลานในระดับสูงกว่าปานกลางเล็กน้อย เฉลี่ย 2.14 โดยประโยชน์ที่ผู้สูงอายุได้ทำให้แก่ครอบครัวสูงสุด คือ การช่วยดูแลบ้าน ฝ้าบ้าน เฉลี่ย 2.33 รองลงมาคือเป็นที่พึ่งทางใจและความคิด เฉลี่ย 2.01 ต่ำลงไปกว่านั้น คือ การช่วยทำงานบ้านและการช่วยเหลือหลาน ค่าเฉลี่ย 1.84 และ 1.83 ตามลำดับ ส่วนการช่วยเหลือด้านการเงินหรือการช่วยหารายได้ พบว่า มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่น ๆ โดยการเป็นที่พึ่งทางการเงิน ผู้สูงอายุช่วยเหลือลักษณะนี้ เฉลี่ย 1.39 และการช่วยหารายได้ให้ครอบครัว เฉลี่ยเพียง 1.34 (ตารางที่ 22)

สรุปว่า ผู้สูงอายุคิดว่าตนเองยังมีประโยชน์ต่อลูกหลานหรือครอบครัว โดยเฉพาะในแง่การดูแลบ้าน ส่วนด้านการเงินหรือการหารายได้ ผู้สูงอายุจะช่วยเหลือเรื่องนี้ได้น้อยที่สุด

ส่วนการประเมินว่าตนเองได้รับการยอมรับจากเพื่อนฝูงหรือชุมชนอย่างไร พบว่าผู้สูงอายุได้พูดคุยกับเพื่อนบ้านและการพูดคุยนั้นทำให้มีความสุข เฉลี่ยสูงกว่าระดับปานกลาง โดยผู้สูงอายุได้พบปะพูดคุยกับเพื่อนบ้าน เฉลี่ย 2.22 และการพบปะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข เฉลี่ย 2.37 แต่การได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนฝูงและการที่เพื่อนฝูงจะรับฟังความคิดเห็นของผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าปานกลาง โดยเพื่อนฝูงช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เวลามีปัญหา เฉลี่ย 1.85 และการที่เพื่อนฝูงจะรับฟังความคิดเห็นของผู้สูงอายุ เฉลี่ย 1.86 (ตารางที่ 23)

ดังนั้น ในส่วนของเพื่อนฝูงและชุมชน ผู้สูงอายุได้รับการยอมรับในระดับพูดคุยกันเท่านั้น ส่วนการรับฟังความคิดเห็นหรือการได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนฝูงเมื่อมีปัญหาเล็กน้อย

3.2.4 จากผลการวิจัยของอรรณณ ฉ่ำชื่น (2541) และไฉไล ไชยเสวี (2539) ที่พบว่าการทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ ทั้งกิจกรรมทางศาสนาและทางสังคม มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุมีความสนใจในกิจกรรมทางศาสนามากกว่า ผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่กล่าวมา คือ ผู้สูงอายุร่วมทำกิจกรรมทางศาสนาเฉลี่ยในระดับปานกลาง คือ ไปทำบุญ ฟังเทศน์ เฉลี่ย 2.09 และไปช่วยงานบุญบ้านเพื่อนฝูงญาติมิตร เฉลี่ย 2.08 ส่วนการไปร่วมกิจกรรมทางสังคมอยู่ในระดับต่ำกว่าระดับปานกลางมาก คือ ผู้สูงอายุไปร่วมประชุมในหมู่บ้าน เฉลี่ย 1.56 ช่วยพัฒนาหมู่บ้าน เฉลี่ย 1.42 ออกความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาหมู่บ้าน เฉลี่ย 1.37 และไปออกกำลังกายพร้อมเพื่อนบ้านเฉลี่ยเพียง 1.25 (ตารางที่ 24)

3.2.5 ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ

ในการสอบถามปัญหาของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยแบ่งปัญหาเป็น 4 กลุ่มใหญ่ ๆ ซึ่งเป็นปัญหาหลักของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัญหาด้านสรีรวิทยา ปัญหาสุขภาพ ปัญหาด้านจิตใจ และปัญหาเศรษฐกิจ (ตารางที่ 25)

(1) ปัญหาด้านสรีรวิทยา โดยธรรมชาติเมื่อมนุษย์เข้าสู่วัยสูงอายุ จะต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมของร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่ไม่สะดวกราบรื่นเหมือนเมื่อยังหนุ่มสาว สำหรับการศึกษาผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้สูงอายุประสบปัญหาเกี่ยวกับการเดินทางไกล ๆ ทั้งการเดินและการนั่งรถ มากที่สุด ร้อยละ 60.3 รองลงมา คือ ปัญหาเกี่ยวกับการเห็น ตามัว มองไม่เห็น ร้อยละ 58.2 ปัญหาเกี่ยวกับสายตา คือ การอ่านโดยไม่ได้ใส่แว่นตา มีปัญหา ร้อยละ 42.6 นอกจากนั้นเป็นปัญหาเกี่ยวกับหู คือ ได้ยินไม่ชัดเจน ร้อยละ 35.8 การมีปัญหาในการเดินทาง แม้ในระยะใกล้ ๆ เช่น เดินไปวัด ฯลฯ ร้อยละ 32.6

(2) ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ จากการสอบถามปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ 2 ประเด็น คือ การมีโรคประจำตัวและการมีคนดูแลยามเจ็บป่วยนั้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 68.2 มีโรคประจำตัว ขณะที่ผู้สูงอายุในสัดส่วนไม่น้อย คือ ร้อยละ 47.9 ประสบปัญหาเกี่ยวกับการขาดคนดูแลยามเจ็บป่วย ซึ่งเมื่อนำข้อมูลจากตารางที่ 19 มาประกอบที่พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการรักษาหรือมียากินเมื่อเจ็บไข้ได้ป่วยอย่าง

พอเพียงพอสมควร (ระดับปานกลาง) นั้น ผู้สูงอายุที่ยังขาดคนดูแลพยาบาลหรือปรนนิบัติอยู่เป็นจำนวนมาก

(3) ปัญหาเกี่ยวกับจิตใจ นอกจากปัญหาทางร่างกายแล้ว บุคคลเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุมักจะประสบปัญหาทางอารมณ์และจิตใจด้วย เช่น มีช่องว่างระหว่างวัยระหว่างผู้สูงอายุกับลูกหลานซึ่งมักมีวัยต่างกันมาก เกิดอารมณ์เศร้าสร้อย เหงาตามมา ปัญหาด้านจิตใจที่ผู้วิจัยสอบถามในการวิจัยครั้งนี้ เป็นปัญหาเกี่ยวกับความเหงา การเข้ากับคนในบ้านไม่ได้ และการทะเลาะกับคนในบ้าน ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 55.5 ประสบปัญหาความเหงา และร้อยละ 23.7 มีปัญหาเข้ากับคนในบ้านไม่ได้ ส่วนปัญหาทะเลาะกับคนในบ้าน มีเพียง ร้อยละ 9.7 เท่านั้น

(4) ปัญหาทางเศรษฐกิจ ปัญหาด้านนี้เป็นปัญหาสำคัญยิ่งของคนทุกกลุ่มทุกวัยในปัจจุบัน ผู้สูงอายุสัดส่วนสูงถึง ร้อยละ 54.7 มีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายสำหรับการกินอยู่ในชีวิตประจำวัน รองลงมา คือ ปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษายามป่วยหนัก ร้อยละ 53.6 ส่วนปัญหาค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษายามเจ็บป่วยเล็กน้อย มีร้อยละ 46.7

ปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายสำหรับการกินอยู่ในชีวิตประจำวันที่มีปัญหามีในสัดส่วนสูงถึง ร้อยละ 54.7 ที่พบในตารางที่ 25 นี้ หากนำตารางแสดงการได้รับปัจจัย 4 ในตารางที่ 19 ที่แสดงถึงการได้อาหารพอเพียงและคุณภาพเหมาะสมในระดับปานกลางมาพิจารณา อาจจะพบว่ามีความขัดแย้งกัน เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองเฉลี่ยในระดับปานกลาง ไม่น่าจะทำให้ผู้สูงอายุถึงกว่าครึ่งมีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการกินอยู่ แต่หากว่านำการตอบสนองปัจจัยด้านข้าวของเครื่องใช้มารวมเฉลี่ยด้วย ค่าเฉลี่ยรวมของการได้รับการกินการอยู่จะลดลงเล็กน้อย สอดคล้องกับความรู้สึกของผู้สูงอายุที่ระบุว่ามีปัญหาค่าใช้จ่ายด้านการกินอยู่เพิ่มขึ้น

ในส่วนความต้องการของผู้สูงอายุนั้น ผู้วิจัยได้สอบถามความต้องการความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านการเงิน ที่อยู่อาศัย งาน ที่ทำกิน ของกินของใช้ คนดูแล การรักษาพยาบาล และความต้องการเพื่อน ผลการวิจัยพบว่า มีความต้องการสิ่งที่ยังสอดคล้องกับปัญหาที่ผู้สูงอายุประสบ โดยสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการในลำดับแรก คือ เงิน รองลงมา คือ การรักษาพยาบาล ซึ่งไม่ได้หมายความว่าเฉพาะการได้รับยา แต่หมายถึงการดูแลรักษาปรนนิบัติ ต้องการของกินของใช้ ต้องการเพื่อนฝูง ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ที่ประสบความเหงากันมาก ต้องการคนดูแลช่วยเหลือให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข ส่วนความต้องการด้านที่ทำกิน ที่อยู่อาศัยและงาน มีผู้ที่ต้องการไม่สูงนัก (ตารางที่ 26)

3.2.6 ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

ในการศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้สอบถามถึงความรู้สึกและความคิดเห็นต่อชีวิตของตนเองทั้งในอดีตและปัจจุบัน เช่น ความเห็นว่าชีวิตปัจจุบันเป็นชีวิตที่ดีที่สุดหรือไม่ มีความพอใจในชีวิตที่ผ่านมาในอดีตหรือไม่ รู้สึกเหงาหงอยหรือไม่ในปัจจุบัน และอยากจะกลับไปเปลี่ยนแปลงชีวิตในอดีตหรือไม่ ผลการวิจัยมีดังนี้

สำหรับคำถามว่าชีวิตปัจจุบันเป็นชีวิตที่ดีที่สุด มีผู้เห็นด้วยร้อยละ 41.9 มีผู้ตอบว่าเฉย ๆ ร้อยละ 37.6 และไม่เห็นด้วยเพียงร้อยละ 20.4

เมื่อถามถึงความรู้สึกพอใจเมื่อนึกถึงความหลัง ส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 45.7 ตอบว่าเห็นด้วย ร้อยละ 39.5 ตอบว่าเฉย ๆ และมีเพียงร้อยละ 14.8 ที่ตอบว่าไม่เห็นด้วย

เมื่อให้ผู้สูงอายุเปรียบเทียบความรู้สึกเหงาหงอยระหว่างชีวิตปัจจุบันกับในอดีต ส่วนใหญ่ยอมรับว่าปัจจุบันเหงาหงอยกว่าในอดีต ร้อยละ 47.8 รองลงมาคือ เฉย ๆ ร้อยละ 33.9 และไม่เห็นด้วย ร้อยละ 18.3

และถึงแม้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเห็นว่าชีวิตปัจจุบันเป็นชีวิตที่ดีที่สุด แต่เมื่อสอบถามว่าปัจจุบันควรจะมีความสุขมากกว่านี้หรือไม่ ส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 55.1 ก็ยอมรับว่าเห็นด้วยที่ชีวิตปัจจุบันควรจะมีสุขมากกว่านี้ ร้อยละ 36.8 รู้สึกเฉย ๆ และร้อยละ 8.1 ไม่เห็นด้วย

อย่างไรก็ตาม ในประเด็นสุดท้าย เมื่อสอบถามถึงการอยากกลับไปเปลี่ยนแปลงชีวิตในอดีต ส่วนใหญ่ ร้อยละ 44.8 ตอบว่าเฉย ๆ มีร้อยละ 33.2 ตอบว่าเห็นด้วย และร้อยละ 22.0 ตอบว่าไม่เห็นด้วย (ตารางที่ 27)

จากสัดส่วนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่แสดงความเห็นด้วยต่อการที่ชีวิตปัจจุบันเป็นชีวิตที่ดีที่สุด และรู้สึกพอใจเมื่อนึกถึงความหลัง แสดงถึงความรู้สึกพึงพอใจพอสมควรต่อการมีชีวิต และเมื่อนำคำตอบที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตมาเปรียบเทียบ ที่ส่วนใหญ่เฉย ๆ และบางส่วนไม่เห็นด้วย น่าจะสะท้อนความพึงพอใจในชีวิตในปัจจุบันได้ แม้บางส่วนจะคิดว่าปัจจุบันตนเองมีความสุขเหงาหงอยมากกว่าในอดีต ซึ่งลักษณะนั้นก็น่าจะเป็นลักษณะทั่วไปของพัฒนาการทางอารมณ์ของผู้สูงอายุ ที่ต้องพบกับความพลัดพรากมาตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ เช่น สูญเสียพ่อแม่ เพื่อน สามี/ภรรยา ญาติมิตรอื่น ๆ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ กลุ่มคนใกล้ชิดจะน้อยลง มีช่องว่างระหว่างวัยกับลูกหลานมากขึ้น จึงเกิดอารมณ์เหงาและเศร้าสร้อยได้ง่าย

เมื่อนำคำตอบจากการแสดงความรู้สึกและครอบคิดเห็นต่อความพึงพอใจในชีวิตมาหาค่าเฉลี่ย โดยมีค่าสูงสุด = 3 ต่ำสุด = 1 ผลเฉลี่ยความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ = 1.93 กล่าวได้ว่าผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในชีวิตในระดับปานกลาง

เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้สูงอายุโดยจำแนกตามจังหวัด พบว่า ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจไม่แตกต่างกันมากนัก โดยผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐมมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด 2.1250 รองลงมาคือ ผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช เฉลี่ย 2.0718 และจากเชียงใหม่เฉลี่ย 2.0222 (ตารางที่ 28)

ส่วนจังหวัดที่ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตค่อนข้างต่ำ ได้แก่ ผู้สูงอายุในจังหวัดหนองบัวลำภู มีความพึงพอใจเฉลี่ยต่ำสุด 1.6950 ถัดมาคือ จังหวัดตราด เฉลี่ย 1.8056 และจังหวัดสตูล 1.8150

3.3 ข้อมูลด้านความเข้มแข็งของชุมชน

ในการศึกษาความเข้มแข็งของชุมชน ผู้วิจัยได้วัดความเข้มแข็งของชุมชนโดยสอบถามระดับการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างในกิจกรรมของชุมชน 3 กิจกรรมหลัก คือ กิจกรรมทางวัฒนธรรม ประเพณี กิจกรรมเกี่ยวกับการร่วมแรงกันทำงาน และกิจกรรมการพัฒนาและป้องกันแก้ไขปัญหาชุมชน แบบวัดนี้ใช้กับกลุ่มตัวอย่างทุกเพศทุกวัยในชุมชนที่ทำการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ผลการวิจัยมีดังนี้

การมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชนเกี่ยวกับวัฒนธรรมประเพณี ซึ่งได้แก่ งานทำบุญประจำปี งานปีใหม่ในหมู่บ้าน งานสงกรานต์ งานลอยกระทงหรืองานทำบุญต่าง ๆ ของเพื่อนบ้าน พบว่าทุกกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างหรือชาวบ้านเข้าร่วมงานในระดับปานกลางค่อนข้างสูง โดยงานสงกรานต์มีชาวบ้านร่วมกิจกรรมมากที่สุด เฉลี่ย 2.64 (จากค่าต่ำสุด = 1 สูงสุด = 3) รองลงมาคือ งานทำบุญของเพื่อนบ้าน เฉลี่ย 2.56 งานทำบุญประจำปีของวัด เฉลี่ย 2.54 งานปีใหม่ เฉลี่ย 2.44 และงานลอยกระทง เฉลี่ย 2.12

กิจกรรมประเภทที่มีชาวบ้านเข้าร่วมในระดับรองลงมาคือ กิจกรรมการพัฒนาและป้องกันปัญหาในชุมชน โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การช่วยสอดส่องดูแลความปลอดภัยในหมู่บ้าน มีค่าเฉลี่ย 2.16 การพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาในหมู่บ้าน เฉลี่ย 2.11 การร่วมแสดงความคิดเห็นในการแก้ปัญหาในหมู่บ้าน เฉลี่ย 2.06 และร่วมแรงกันซ่อมถนน คูน้ำ ชลประทาน ฯลฯ และการร่วมต่อต้านกลุ่มที่จะมาเอาประโยชน์จากชุมชน เฉลี่ยเท่ากัน คือ 2.04

กิจกรรมประเภทการร่วมแรงช่วยงานกัน เช่น ช่วยเพื่อนบ้านหว่านไถ เก็บเกี่ยว หรือซ่อมแซมบ้าน มีค่าเฉลี่ยในระดับต่ำกว่าปานกลาง โดยชาวบ้านช่วยเพื่อนบ้านเพาะปลูก เฉลี่ย 1.79 ช่วยเก็บเกี่ยวพืชผล เฉลี่ย 1.78 และช่วยซ่อมแซมบ้าน รั้ว เฉลี่ย 1.76 (ตารางที่ 29)

จากกิจกรรมต่าง ๆ ที่ชาวบ้านเข้าไปมีส่วนร่วมอันแสดงถึงความเข้มแข็งของชุมชนดังกล่าว เมื่อนำค่าคะแนนของทุกกิจกรรมมาเฉลี่ยเป็นค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งของชุมชน พบว่าความเข้มแข็งของชุมชนโดยรวมอยู่ในระดับสูงกว่าปานกลางเล็กน้อย คือ มีค่าเฉลี่ย 28.2268 จากค่าต่ำสุด 13.00 ค่าสูงสุด 39.00 (ตารางที่ 30) โดยจังหวัดนครราชสีมา มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 30.0208 รองลงมาคือ จังหวัดตาก เฉลี่ย 29.7273 ลำดับที่สาม คือ จังหวัดเชียงใหม่ เฉลี่ย 29.1702 และลำดับที่สี่ คือ จังหวัดหนองบัวลำภู เฉลี่ย 28.2979 ส่วนจังหวัดที่มีค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งของชุมชนต่ำสุด คือ จังหวัดนครปฐม เฉลี่ย 26.3571

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาการเข้าร่วมกิจกรรมแยกตามประเภทของกิจกรรมระหว่างจังหวัดต่าง ๆ พบว่า จังหวัดที่มีความเข้มแข็งของชุมชนในลำดับต้น ๆ จะมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ มาก อย่างน้อย 1 ประเภทกิจกรรม เช่น จังหวัดนครราชสีมาที่มีความเข้มแข็งลำดับที่ 1 มีการร่วมกิจกรรมตามวัฒนธรรมประเพณีและกิจกรรมพัฒนาหมู่บ้านอยู่ในลำดับที่ 1 จังหวัดตากมีการร่วมกิจกรรมการลงแรงช่วยเพื่อนบ้านอยู่ในลำดับที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่มีการร่วมกิจกรรมตามวัฒนธรรมประเพณีและการลงแรงช่วยเพื่อนบ้านอยู่ในลำดับที่ 2 ทั้ง 2 กิจกรรม

ลำดับความเข้มแข็งของชุมชนที่มีความแตกต่างกันระหว่างจังหวัดต่าง ๆ ที่กล่าวมา นอกจากจะเป็นเพราะลักษณะการเข้าร่วมกิจกรรมประเภทต่าง ๆ ที่แตกต่างกันแล้ว ผลการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพทั้งการสอบถามความคิดเห็นของชาวบ้านต่อชุมชน และการสังเกตชีวิตความเป็นอยู่ พบว่า มีความแตกต่างกันด้วย ดังนี้

จังหวัดที่มีความเข้มแข็งในชุมชนมาก คือ 4 จังหวัดในภาคเหนือและภาคอีสาน ได้แก่ เชียงใหม่ ตาก นครราชสีมาและหนองบัวลำภู ซึ่งจากการพูดคุยกับผู้นำชุมชน พบว่า มีความผูกพันและรับผิดชอบต่อชุมชนค่อนข้างสูง ชาวบ้านยังสนใจและให้ความสำคัญกับวัฒนธรรมประเพณีค่อนข้างสูง

นอกจากนั้น ข้อมูลเชิงปริมาณยังชี้ให้เห็นว่า 2 จังหวัดในภาคเหนือยังคงมีการลงแรงช่วยงานกันอยู่ โดยเฉพาะในจังหวัดตาก ที่มีทั้งหมู่บ้านไทย หมู่บ้านกระเหรี่ยงและหมู่บ้านม้ง ยังมีประเพณีการช่วยงานกันทำอยู่มาก ขณะที่จังหวัดเชียงใหม่ หมู่บ้านไทยล้านนาก็ยังคงประเพณีการช่วยเหลือกันอยู่ โดยเฉพาะบางหมู่บ้านในจังหวัดเชียงใหม่เป็นพื้นที่ที่มีปัญหาเรื่องเอดส์ค่อนข้างหนัก การรวมตัวของชาวบ้านเพื่อแก้ไขปัญหาเอดส์เกิดขึ้นก่อนหน้าที่คณะผู้วิจัยจะมีการลงไปเก็บข้อมูลแล้ว การร่วมมือกันช่วยเหลือกันระหว่างเพื่อนบ้านจึงยังมีความเข้มแข็งมากขึ้น แม้ว่าจะเป็นชุมชนค่อนข้างใกล้เมืองก็ตาม

ส่วน 2 จังหวัดในภาคอีสาน มีระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาหมู่บ้านค่อนข้างสูง จากการพูดคุยกับชาวบ้านทั่วไปเป็นที่น่าสังเกตว่า กลุ่มผู้หญิงและเด็กหนุ่มสาวมีความสนใจในชุมชนมาก มีลักษณะผู้นำอย่างเห็นได้ชัด เช่น เด็กหนุ่ม ๆ ในจังหวัดหนองบัวลำภูมีประสบการณ์การเข้าร่วมกลุ่มกับกลุ่มสมัชชาคนจน เป็นต้น ความสนใจต่อการพัฒนาและการป้องกันแก้ไขปัญหาชุมชนในอีสานค่อนข้างสูงนี้ น่าจะเกิดจากการที่ภาคอีสานมีปัญหาสังคมหลายด้าน มีองค์กรพัฒนาลงไปทำงานในพื้นที่มากมาย คนอีสานจึงถูกปลูกฝังให้สนใจชุมชนของตน และมีความปรารถนาที่จะแก้ไขปัญหาหรือเป็นหูเป็นตาดูแลชุมชนของตนเองมาก

อย่างไรก็ตาม 2 จังหวัดในภาคใต้ก็มีการร่วมกิจกรรมเพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาหมู่บ้านอยู่ในระดับสูงเช่นกัน แตกต่างกันแต่กิจกรรมอื่น ๆ มีค่าเฉลี่ยต่ำ ทั้งสองจังหวัดจึงมีค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งของชุมชนต่ำกว่า 4 จังหวัดในภาคเหนือและอีสาน

ส่วนจังหวัดที่มีความเข้มแข็งในชุมชนต่ำที่สุด แต่มีค่าเฉลี่ยการที่ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการพัฒนาและป้องกันปัญหาในหมู่บ้านในระดับสูงพอสมควร แต่จากการสัมผัสกับชาวบ้านซึ่งเป็นชาวมุสลิมเป็นส่วนใหญ่ พบว่า ชาวบ้านมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันสูงตามแนวทางการสอนของศาสนาอิสลาม แต่แบบวัดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางวัฒนธรรมที่ได้สอบถามไปไม่เหมาะกับชุมชนที่นับถือศาสนาอิสลาม ระดับการเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าวจึงต่ำ มีผลไปถึงภาพรวมของความเข้มแข็งในชุมชนไปด้วย อาจกล่าวได้ว่า หากตัดการวัดระดับความเข้มแข็งในชุมชนตามแบบวัดแล้ว คุณภาพของความเข้มแข็งในชุมชนจากการสัมภาษณ์ของคณะผู้วิจัยน่าจะอยู่ในระดับสูงพอสมควร

ส่วนในจังหวัดนครปฐม ซึ่งระดับความเข้มแข็งในชุมชนจากการวัดอยู่ในระดับเกือบต่ำสุด ลักษณะดังกล่าวอธิบายได้อย่างชัดเจนจากการสัมผัสพูดคุยกับชาวบ้านถึงสาเหตุของการที่ความเข้มแข็งในชุมชนอยู่ในระดับต่ำ ชุมชนที่คณะผู้วิจัยไปเก็บข้อมูลทั้งในอำเภอเล็กและอำเภอใหญ่ พบว่า ล้วนมีสภาพใกล้เคียงกับเมือง มีผู้ประกอบการน้อยมาก ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง และบางส่วนเดินทางไปทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดใกล้เคียง การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมของชุมชนจึงมีน้อยมาก โดยระดับการลงแรงช่วยเหลือกันอยู่ในระดับต่ำสุด และการร่วมกันพัฒนาและป้องกันแก้ไขปัญหาในชุมชนอยู่ในระดับต่ำสุดเช่นกัน อาจกล่าวได้ว่าลักษณะของความเป็นชุมชนใกล้เคียงเมืองอาจจะมีส่วนทำให้ความเข้มแข็งของชุมชนอยู่ในระดับต่ำก็เป็นได้

สำหรับจังหวัดตราด ระดับความเข้มแข็งของชุมชนอยู่ในเกณฑ์ต่ำเช่นกัน ข้อมูลจากการวัดระดับชี้ให้เห็นว่า การร่วมกิจกรรมทุกประเภทของชาวบ้านต่ำกว่าระดับเฉลี่ยรวมคล้าย ๆ กับของ จังหวัดนครปฐม ทั้งที่จังหวัดตราดไม่ใช่จังหวัดใกล้เมืองใหญ่ ชาวบ้านเป็นเกษตรกรเกือบทั้งสิ้น อย่างไรก็ตาม ช่วงที่คณะผู้วิจัยลงเก็บข้อมูลในจังหวัดตราดเป็นช่วงต้นฤดูฝน ทำให้การเก็บข้อมูลไม่ราบรื่นนัก บางจุดเข้าไปเก็บข้อมูลไม่ได้ การพบปะกับชาวบ้านอยู่ในวงจำกัดและเก็บข้อมูลได้ไม่ครบถ้วน ตามกำหนด ผู้วิจัยจึงไม่อาจสรุปได้ว่าจังหวัดตราดมีระดับความเข้มแข็งในชุมชนต่ำจริง รวมทั้งไม่อาจสรุปสาเหตุของการที่จังหวัดตราดมีคะแนนความเข้มแข็งในชุมชนอยู่ในระดับต่ำได้อย่างแน่ชัด จึงขอละไว้เพียงแค่นี้

ตารางที่ 19
แสดงการได้รับปัจจัย 4

ปัจจัย 4	มาก	ปานกลาง	น้อย	ค่าเฉลี่ย	หมายเหตุ
อาหารพอเพียง	33.5	49.6	16.9	2.17	รวมผู้ตอบ ทั้งสิ้น 376 คน มีผู้ไม่ ตอบ 4 คน
คุณภาพและรสชาติอาหารดีเหมาะสม	22.9	58.2	18.9	2.04	
ที่อยู่อาศัยมั่นคง (เป็นของตนเอง)	47.5	38.7	13.8	2.34	
ที่อยู่อาศัยกว้างขวาง	39.8	40.1	20.1	2.20	
ที่อยู่อาศัยแข็งแรง ปลอดภัย มิดชิด	43.8	35.4	20.8	2.23	
เสื้อผ้าพอเพียง	23.9	48.7	27.4	1.97	
เสื้อผ้าเหมาะสม	22.4	49.2	28.4	1.94	
ข้าวของเครื่องใช้พอเพียง	18.9	51.3	29.7	1.89	
ข้าวของเครื่องใช้เหมาะสม	18.5	52.0	29.6	1.89	
เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยมียากิน	29.4	41.6	28.9	2.01	
เมื่อป่วยหนักได้รับการรักษา	30.1	45.7	24.2	2.06	

ตารางที่ 20

แสดงความสัมพันธ์ในครอบครัว

ความสัมพันธ์ในครอบครัว	มาก	ปานกลาง	น้อย	ค่าเฉลี่ย
ลูกหลานพูดคุยด้วย	54.2	32.8	13.0	2.41
ลูกหลานมาปรึกษาหารือ	32.9	35.8	31.3	2.02
ลูกหลานดูแลเมื่อป่วยไข้	52.9	33.4	13.6	2.39
ลูกหลานเชื่อฟังเมื่อแนะนำตักเตือน	39.0	41.4	19.3	2.19
ตนเองเป็นประโยชน์แก่ลูกหลาน	38.4	37.1	24.5	2.14

ตารางที่ 21

แสดงการได้รับการดูแลจากลูกหลาน

การได้รับการดูแลจากลูกหลาน	มาก	ปานกลาง	น้อย	ค่าเฉลี่ย
ลูกหลานคอยช่วยเหลือเมื่อทำงานไม่ได้	45.2	37.0	17.0	2.27
ลูกหลานดูแลเอาใจใส่เมื่อท่านต้องการทำสิ่งต่าง ๆ (ทำอาหาร ทอผ้า ซ่อมบ้าน ไปวัด ฯลฯ)	46.4	31.6	22.0	2.24
ลูกหลานช่วยเหลือเมื่อเดือดร้อนเรื่องการเงิน	27.4	40.2	32.4	1.95

ตารางที่ 22

แสดงการช่วยเหลือครอบครัว

การช่วยเหลือครอบครัว	มาก	ปานกลาง	น้อย	ค่าเฉลี่ย
ตนเองเป็นประโยชน์แก่ลูกหลาน	38.4	37.1	24.5	2.14
เป็นที่พึ่งด้านการเงิน	10.3	18.2	71.5	1.39
เป็นที่พึ่งทางใจและความคิด	31.6	37.7	30.8	2.01
ช่วยทำงานบ้าน	21.6	40.6	37.7	1.84
ช่วยดูแลบ้าน ฝ้าบ้าน	49.6	33.8	16.6	2.33
เลี้ยงหลาน	29.9	23.5	46.7	1.83
ช่วยหารายได้	10.3	12.9	76.8	1.34

ตารางที่ 23

แสดงการได้รับการยอมรับจากเพื่อนและชุมชน

การได้รับการยอมรับจากเพื่อนและชุมชน	มาก	ปานกลาง	น้อย	ค่าเฉลี่ย
ได้พบปะพูดคุยกับเพื่อนบ้าน	43.9	33.8	22.3	2.22
การพูดคุยกับเพื่อนบ้านทำให้มีความสุข	51.6	33.7	14.7	2.37
เพื่อนฝูงช่วยเหลือแนะนำยามมีปัญหา (เรื่อง ครอบครัว ลูกหลาน รายได้ ฯลฯ)	20.7	44.1	35.2	1.85
เพื่อนฝูงรับฟังความคิดเห็นของท่าน	19.9	45.9	34.2	1.86

ตารางที่ 24

แสดงการทำกิจกรรม

การทำกิจกรรม	มาก	ปานกลาง	น้อย	ค่าเฉลี่ย
ไปทำบุญที่วัด ฟังเทศน์	42.2	24.9	33.3	2.09
ไปช่วยงานบุญบ้านเพื่อนฝูง ญาติมิตร	39.6	28.9	31.6	2.08
ไปออกกำลังกายพร้อมเพื่อนบ้าน	4.1	16.6	79.3	1.25
ไปช่วยงานพัฒนาหมู่บ้าน	70.1	18.2	70.1	1.42
ไปร่วมประชุมในหมู่บ้าน	16.8	22.2	61.0	1.56
ไปร่วมออกความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและ การพัฒนาหมู่บ้าน	8.3	20.1	71.6	1.37

ตารางที่ 25
แสดงปัญหาของผู้สูงอายุ

ปัญหาของผู้สูงอายุ	มี	ไม่มี
ปัญหาเกี่ยวกับสรีรวิทยา		
กินอาหารด้วยตนเองไม่ได้	10.0	90.0
มองโดยไม่ใส่แว่นตา	42.6	57.4
ตัวมัว มองไม่เห็น	58.2	41.8
การได้ยิน	35.8	64.2
การช่วยเหลือตัวเองได้	27.6	72.4
หุงหาอาหาร	28.7	71.3
การเดินทางใกล้ ๆ	32.6	67.4
การเดินทางไกล (เดิน นั่งรถ ฯลฯ)	60.3	37.7
ปัญหาสุขภาพ		
การมีโรคประจำตัว	68.2	31.8
คนดูแลยามเจ็บป่วย	47.9	52.1
ปัญหาด้านจิตใจ		
ความเหงา	55.5	44.5
การเข้ากับคนในบ้าน	23.7	76.3
การทะเลาะกับคนในบ้าน	9.7	90.3
ปัญหาเศรษฐกิจ		
ค่าใช้จ่ายประจำวันสำหรับการกินอยู่	54.7	45.3
ค่าใช้จ่ายในการรักษายามเจ็บป่วยเล็กน้อย	46.7	53.3
ค่าใช้จ่ายในการรักษายามเจ็บป่วยหนัก	53.6	46.4

ตารางที่ 26
แสดงความต้องการความช่วยเหลือ

ความต้องการความช่วยเหลือ	ต้องการ	ไม่ต้องการ
เงิน	86.3	13.7
ที่อยู่	18.4	81.6
ที่ทำกิน	29.7	70.3
งาน	17.6	82.4
ของกิน ของใช้	72.9	27.1
คนดูแล	39.2	60.8
การรักษาพยาบาล	78.9	21.1
เพื่อนฝูง	52.6	47.4

ตารางที่ 27
แสดงความพึงพอใจในชีวิต

ความพึงพอใจในชีวิต	เห็นด้วย	เฉย ๆ	ไม่เห็นด้วย	หมายเหตุ
ชีวิตปัจจุบันเป็นชีวิตที่ดีที่สุด	41.9	37.6	20.4	ค่าเฉลี่ยความพึง
นึกถึงความหลังแล้วรู้สึกพอใจ	45.7	39.5	14.8	พอใจ รวม 1.93
ช่วงนี้เหงาหงอยกว่าช่วงชีวิตที่ผ่านมา	47.8	33.9	18.3	จากค่าสูงสุด = 3
ชีวิตปัจจุบันควรมีความสุขมากกว่านี้	55.1	36.8	8.1	ค่าต่ำสุด = 1
อยากกลับไปเปลี่ยนแปลงชีวิตในอดีต	33.2	44.8	22.0	

ตารางที่ 28

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามจังหวัด

จังหวัด	N	X	SD
เชียงใหม่	36	2.0222	.4270
ตาก	43	1.9674	.4471
โคราช	42	1.9429	.4312
หนองบัวลำภู	40	1.6950	.3843
อุทัย	44	1.9045	.3517
ตราด	36	1.8056	.3593
นครศรีธรรมราช	39	2.0718	.3797
สตูล	40	1.8150	.4801
นครปฐม	43	2.1256	.3755
รวม	363	1.9295	.4222

ตารางที่ 29
การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน

กิจกรรม	มาก	ปานกลาง	น้อย	ค่าเฉลี่ย (สูงสุด=3 ต่ำสุด=1)
กิจกรรมวัฒนธรรมประเพณี				
งานทำบุญประจำปีของวัด	63.2	28.1	8.7	2.54
งานปีใหม่ในหมู่บ้าน	58.5	26.7	14.8	2.44
งานสงกรานต์	71.9	20.7	7.4	2.64
งานลอยกระทง	39.7	32.3	27.9	2.12
เพื่อนบ้านทำบุญ	62.4	31.6	6.0	2.56
กิจกรรมการร่วมแรง				
ช่วยเพื่อนบ้านหว่านไถ เพาะปลูก	23.9	31.3	44.8	1.79
ช่วยเพื่อนบ้านเก็บเกี่ยวพืชผล	22.3	33.9	43.8	1.78
ช่วยซ่อมแซมบ้านเรือน รั้ว	21.5	32.7	45.8	1.76
กิจกรรมการพัฒนาและป้องกัน แก้ไข				
ปัญหาในชุมชน				
พูดคุยเกี่ยวกับปัญหาในหมู่บ้าน	35.4	39.9	24.6	2.11
ร่วมแรงกันซ่อม ถนน คูน้ำ	33.1	37.4	29.5	2.04
ชลประทาน				
ช่วยสอดส่องดูแลความปลอดภัยในหมู่บ้าน(เป็นหูเป็นตา)	36.8	42.6	20.7	2.16
ร่วมแสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ	35.6	34.3	30.1	2.06
ในการแก้ปัญหาของหมู่บ้าน				
ร่วมต่อต้านกลุ่มที่จะมาเอาประโยชน์จากชุมชน	37.9	28.3	33.8	2.04

ตารางที่ 30

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งของชุมชนจำแนกตามจังหวัด

จังหวัด	ค่าเฉลี่ยรวม	ค่าเฉลี่ยการรวม กิจกรรมตาม ประเพณี	ค่าเฉลี่ยการลง แรงช่วยงาน เพื่อนบ้าน	ค่าเฉลี่ยการมี ส่วนร่วมในการ ดูแลชุมชน	จำนวนตัว อย่าง
เชียงใหม่	29.1702***	12.9200**	5.8980**	9.9583	47
ตาก	29.7273**	12.8444***	6.3404*	10.5625	44
โคราช	30.0208*	13.5833*	5.3000	10.9800*	48
หนองบัวลำภู	28.2979****	12.7660	4.6383	10.8936***	47
อยุธยา	28.0851	12.7917****	5.3125****	9.9362	47
ตราด	26.7222	11.4000	5.1579	9.9474	18
นครศรีธรรมราช	27.6829	10.9524	5.7143***	10.9000**	41
สตูล	26.2391	10.6122	4.7755	10.8163****	46
นครปฐม	26.3571	12.6563	4.5625	8.9394	28
รวม	28.2268 (ค่าต่ำสุด 13.00 ค่าสูงสุด 39.00)	12.3438 (ค่าต่ำสุด 5.00 ค่าสูงสุด 15.00)	5.3410 (ค่าต่ำสุด 3.00 ค่าสูงสุด 9.00)	10.4143 (ค่าต่ำสุด 5.00 ค่าสูงสุด 15.00)	366
F ratio	2.4990	9.4064	4.2287	1.9560	
F Prob	.0019	.0000	.0001	.0509	

ตอนที่ 4 อภิปรายผล

ผลการวิจัยที่กล่าวมาทั้งหมด สรุปเป็นประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. ปริมาณและคุณภาพของบริการสังคมที่จัดในชุมชน
 2. ประสิทธิภาพการให้บริการชุมชนของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน
 3. ความสัมพันธ์ของความเข้มแข็งของชุมชน การให้บริการทางสังคมต่าง ๆ โดยเฉพาะศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ
- ประเด็นต่าง ๆ ที่กล่าวมา ผู้วิจัยจะได้นำมาอภิปรายดังต่อไปนี้

4.1 ปริมาณและคุณภาพของบริการสังคมที่จัดในชุมชน

ดังที่ได้เสนอผลการวิจัยไปแล้วถึงบริการที่ผู้สูงอายุได้รับมากที่สุด คือ ด้านสุขภาพอนามัย ทั้งโดยการไปใช้บริการของสถานอนามัยและโรงพยาบาล และการได้รับบัตรผู้สูงอายุที่จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาพยาบาลฟรี รองลงมาคือการได้รับบริการจากผู้นำชุมชน โดยเฉพาะกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ถัดมาคือบริการจากกลุ่มสังคมในชุมชน โดยเฉพาะฌาปนกิจสงเคราะห์ ส่วนบริการจากศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน ให้บริการในลำดับต่อมา

การทำงานของบริการด้านสาธารณสุขให้บริการแก่ผู้สูงอายุได้ค่อนข้างทั่วถึงนั้น น่าจะเกิดจากหน่วยงานของสาธารณสุขทุกระดับ ตั้งแต่ระดับนโยบาย คือ กระทรวงสาธารณสุข จนถึงระดับปฏิบัติ ได้แก่ โรงพยาบาลและศูนย์อนามัยต่าง ๆ มีนโยบายที่ชัดเจนทั้งด้านการป้องกันและรักษา การรุดไปถึงกลุ่มเป้าหมายในรูปแบบต่าง ๆ มีการดำเนินการต่อเนื่องกันมานานนับสิบปี เช่น การจัดหน่วยบริการสาธารณสุขเคลื่อนที่ ไปจนถึงการสร้างกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านขึ้น และมอบหมายกิจกรรมให้กลุ่มอาสาสมัครเหล่านี้ทำอย่างต่อเนื่อง มีการประชุมกันเป็นประจำ และสร้างเครือข่ายในกลุ่มอาสาสมัครอย่างกว้างขวาง

อย่างไรก็ตาม เมื่อผู้สูงอายุเจ็บไข้ได้ป่วย ซึ่งเป็นปกติของผู้ที่อยู่ในวัยที่ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ก็ยังพบปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายเมื่อยามเจ็บป่วย ทั้งนี้ อาจจะได้ไม่ถึงค่ารักษาพยาบาล เนื่องจากส่วนใหญ่มีบัตรผู้สูงอายุแล้ว มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลฟรี แต่ผู้สูงอายุที่ยากจนจะต้องประสบปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาล รวมไปถึงค่ากินอยู่ระหว่างการรักษาตัว หรือค่าใช้จ่ายของญาติ ๆ ที่จะต้องเดินทางไปรับ-ส่ง หรือติดต่อกับโรงพยาบาลในเรื่องการรักษาพยาบาล ซึ่งค่าใช้จ่ายเหล่านี้ ปรากฏในผลการวิจัยว่า ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านรับภาระไปบ้าง นอกจากนั้น อาจจะเป็นตัวผู้นำชุมชนเอง เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน พระหรือครูให้ความช่วยเหลือกันไป

ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า นอกจากบริการการรักษาพยาบาลที่ผู้สูงอายุได้รับจากศูนย์อนามัยและโรงพยาบาลในปริมาณและคุณภาพที่ดีพอสมควรแล้ว ผู้สูงอายุยังต้องการบริการส่วนอื่น เพื่อพาตัวเองให้ไปรับบริการได้สะดวกขึ้น

นอกจากการไปรับการรักษาแล้ว ผู้สูงอายุยังมีความต้องการคนดูแลในสัดส่วนที่สูงพอสมควร ซึ่งคนดูแลนี้ คงไม่จำกัดเฉพาะการดูแลยามเจ็บป่วยเท่านั้น แต่หมายถึงการดูแลเพื่อให้ตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดีพอสมควรด้วย เช่น หุงหาอาหารให้กิน ช่วยซักเสื้อผ้าให้ พาไปโรงพยาบาล ฯลฯ ซึ่งเป็นบริการที่หน่วยงานด้านสาธารณสุขไม่มีเครือข่ายลงมาให้บริการได้

การดูแลลักษณะที่ผู้สูงอายุต้องการดังกล่าวมา หากครอบครัวของผู้สูงอายุยังมีความเข้มแข็ง ลูกหลานอยู่อาศัยด้วย ความต้องการดังกล่าวอาจจะมีไม่สูงนัก แต่ข้อมูลจากคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ปรากฏว่า ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งยังได้รับการดูแลจากลูกหลานน้อย เช่น ผู้สูงอายุ ร้อยละ 13.69 ระบุว่า ลูกหลานมาดูแลเมื่อป่วยใช้น้อย ร้อยละ 22.0 ระบุว่า ลูกหลานเอาใจใส่เมื่อต้องการทำสิ่งต่าง ๆ น้อย ร้อยละ 47.9 มีปัญหาคนดูแลยามเจ็บไข้ได้ป่วย และร้อยละ 39.2 ระบุว่าต้องการคนดูแลตนเอง ความต้องการลักษณะดังกล่าวในสัดส่วนที่สูงพอสมควรนี้ น่าจะสะท้อนสภาพความไม่พร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งได้เป็นอย่างดี ผู้วิจัยจึงได้พิจารณาบริการอื่น ๆ ในชุมชน ซึ่งควรจะมียกยภาพในการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุนี้ได้บ้าง

บริการในชุมชนที่ผู้สูงอายุระบุว่าให้บริการตนเองได้ในสัดส่วนที่สูง คือ บริการจากผู้นำชุมชน โดยเฉพาะกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน พระและครู ซึ่งจากการสอบถามผู้สูงอายุในการเก็บข้อมูลภาคสนาม คนกลุ่มนี้สามารถให้บริการได้จริง และเมื่อพิจารณาจากความต้องการที่กล่าวมาแล้ว พบว่า ไม่ตรงกับความต้องการนัก เช่น ผู้สูงอายุระบุถึงความช่วยเหลือจากกำนัน ผู้ใหญ่บ้านว่า ได้รับการแจกเสื้อผ้า ผ้าห่ม ฯลฯ หรือจากพระและครู จะได้รับอาหารบ้าง เป็นต้น ความต้องการที่เป็นขอปรารถนาของผู้สูงอายุ คือ การดูแลคุณภาพชีวิตจึงยังไม่ได้รับการตอบสนอง

คณะผู้วิจัยได้พบเจอผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการดูแลตามที่ควรในแทบทุกพื้นที่ที่เดินทางไปเก็บข้อมูล เช่น คนพิการถูกตัดขา ผู้ป่วยโรคจิต ผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้สูงอายุปกติที่ต้องเลี้ยงดูลูกหลานพิการ ฯลฯ ผู้สูงอายุเหล่านี้มักเป็นกลุ่มชายขอบที่ยากจน ญาติน้อย ไม่ได้เป็นเครือญาติกับผู้นำชุมชน ฯลฯ จึงทำให้ขาดโอกาสที่จะได้รับการสังคมอย่างเหมาะสม ทั้ง ๆ ที่มีแหล่งให้ความช่วยเหลืออยู่หากมีผู้รู้ช่องทางที่จะไปรับบริการนั้น ๆ ซึ่งกรณีนี้จะได้อภิปรายต่อไปในข้อ 4.2 การให้บริการของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน

บริการอีกชนิดหนึ่งที่ผู้สูงอายุในหลาย ๆ จังหวัดถือเป็นบริการที่สำคัญ และยินดีมีส่วนร่วมด้วย คือ บริการฌาปนกิจสงเคราะห์ ผู้สูงอายุในภาคเหนือและภาคอีสานนิยมใช้บริการนี้กันมาก แม้จะรู้ว่าตนเองจะไม่ได้รับผลประโยชน์จากการเป็นสมาชิกนี้โดยตรงขณะที่ตนยังมีชีวิตอยู่ แต่ก็ยินดีออมเงินด้วยทุกครั้งที่มีการเรียกเก็บเงิน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่คิดว่าบริการนี้คือบริการที่ช่วยเหลือกันยามตาย เป็นการทำบุญร่วมกัน โดยในท้ายที่สุด เมื่อตนเองตายก็จะมีผู้มาช่วยเหลืออย่างนี้บ้าง ฌาปนกิจสงเคราะห์ที่นิยมทำในพื้นที่ชนบทส่วนใหญ่ เป็นฌาปนกิจสงเคราะห์ที่ไม่มีการจดทะเบียนถูกต้องตามกฎหมาย เป็นการรวมกลุ่มกันออมเงินบนพื้นฐานของความเชื่อใจกัน ซึ่งเป็นลักษณะเด่นของความเป็นชุมชนที่เข้มแข็ง ซึ่งสามารถนำจุดของความเข้มแข็งนี้มาพัฒนาไปสู่การรวมตัวกันในรูปแบบอื่น ๆ ได้

หากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะมีความอ่อนไหวเพียงพอ และรู้ธรรมชาติของความเข้มแข็งของชุมชนในแง่มุมนี้อย่างแท้จริง การพยายามนำกฎระเบียบมาจับ หรือล้อมกรอบการรวมตัวตามธรรมชาติลักษณะนี้ของชุมชน อาจจะเป็นสาเหตุทำให้ชุมชนอ่อนตัวจนสลายลงในที่สุดได้

สรุปแล้ว บริการสังคมที่มีปริมาณมาก ให้บริการได้ทั่วถึง และให้บริการได้ดี คือ บริการด้านสาธารณสุข รองลงมา คือ การให้บริการด้านความมั่นคงทางจิตใจ คือ บริการจากฌาปนกิจสงเคราะห์ ส่วนบริการการดูแลคุณภาพชีวิตในชุมชน ซึ่งมีการระบุถึงกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน พระและครูนั้น คุณภาพของบริการยังไม่อาจตอบสนองความต้องการ หรือดูแลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างแท้จริง

4.2 ประสิทธิภาพการให้บริการของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน

จากข้อมูลซึ่งเป็นผลการศึกษาการดำเนินงานของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน ทั้งจากเอกสารและการสอบถามสัมภาษณ์บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตามประเด็นต่าง ๆ ที่ได้กล่าวไปแล้ว ที่สำคัญที่จะนำมาอภิปราย ได้แก่

4.2.1 การเกิดนโยบายการจัดตั้งศูนย์สงเคราะห์ราษฎรเป็นการเกิดลักษณะการสั่งการ โดยอาศัยตัวอย่างการดำเนินการของศูนย์ที่ประสบความสำเร็จไม่กี่แห่งเป็นต้นแบบ ทั้ง ๆ ที่ในขณะที่จะเกิดนโยบายนี้ ได้มีการศึกษาวิจัยสรุปไว้แล้วถึงปัจจัยที่เหมาะสมที่จะมีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านไว้แล้ว (ประภาวรรณ เกตุอำ, 2528) แต่นโยบายการสั่งการที่ผ่านมากลับมีลักษณะที่สวนทางกับแนวทางที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของการดำเนินการ เช่น

- ศูนย์ที่ประสบความสำเร็จจะขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งของชุมชนและองค์กรชาวบ้าน ในขณะที่การจัดตั้งศูนย์ตามนโยบายเป็นการสั่งการให้ผู้นำชุมชนผ่านทางกรรมการหมู่บ้าน ซึ่งมีผู้ใหญ่บ้านเป็นประธาน เป็นผู้ดำเนินการประชุมชาวบ้าน จัดตั้งคณะกรรมการศูนย์ ฯลฯ และเสนอรายชื่อกลับไปให้จังหวัด การดำเนินงานในความเป็นจริงจึงเป็นเพียงการไปเสาะหารายชื่อตามที่ “ทางการ” กำหนด แล้วส่งไปตามขั้นตอน วิธีการนี้ ชุมชนมีส่วนร่วมในการพิจารณาน้อยมาก ผลที่เกิดขึ้นคือ ทุกหมู่บ้านสามารถตั้งคณะกรรมการศูนย์สงเคราะห์ราษฎรได้อย่างรวดเร็ว เนื่องจากไม่ต้องอาศัยการกลั่นกรอง การคัดสรรจากชุมชน ทุกหมู่บ้านมีกรรมการศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านได้หมด อาจเกิดขึ้นได้แม้แต่หมู่บ้านที่ชาวบ้านแทบจะไม่รวมตัวกันเป็นชุมชนแล้ว การตั้งศูนย์สงเคราะห์ราษฎรบนพื้นฐานของความเข้มแข็งของชุมชนจึงเกิดขึ้นได้น้อยมาก และประเด็นนี้เป็นประเด็นสำคัญที่สุดที่ทำให้ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านจำนวนมากทำการเปิดและปิดลงในวันเดียวกัน เนื่องจากไม่มีกิจกรรมใด ๆ ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของศูนย์เกิดขึ้นเลย

- ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านที่ประสบความสำเร็จจะต้องมีผู้นำที่เข้มแข็ง โดดเด่น เสียสละ และข้อสำคัญ คือ เข้าใจงานสงเคราะห์ราษฎรตามวัตถุประสงค์อย่างแท้จริง ในความเป็นจริงประธานศูนย์สงเคราะห์ราษฎรเกือบทั้งหมดคือผู้ใหญ่บ้าน รวมไปถึงกรรมการศูนย์ฯ ซึ่งก็คือกลุ่ม

กรรมการหมู่บ้าน บุคคลกลุ่มนี้มีความเป็นผู้นำตามตำแหน่ง และอาจมีความเป็นผู้นำอยู่ในตัวอย่างแท้จริง แต่จากความเคยชินกับการทำงานผู้นำทางการปกครองและพัฒนา ความเข้าใจในการสงเคราะห์ราษฎรจึงยังมีพื้นฐานของงานปกครองและพัฒนา ไม่ขยายไปสู่การสงเคราะห์ ซึ่งมีรายละเอียดมากขึ้นในแง่จิตใจ ผลกระทบ วิถีชีวิต ความเป็นอยู่ระยะยาว ฯลฯ การสงเคราะห์ในเชิงช่วยเหลือราษฎรเพื่อให้ราษฎรช่วยเหลือตนเองได้จึงแทบไม่เกิดขึ้น

- การสั่งการให้คณะกรรมการหมู่บ้าน โดยกำนัน ผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้ดูแลการจัดตั้งศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน ทำให้ประธานศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านเป็นသူๆใหญ่บ้านเองไปโดยปริยาย ทั้ง ๆ ที่ในความเป็นจริง ในชุมชนหนึ่ง ๆ น่าจะมีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ผู้นำทางการปกครอง แต่สามารถเป็นผู้นำทางสังคมและจิตใจที่สนใจในชีวิตความเป็นอยู่ของชาวบ้าน หรือชอบช่วยเหลือเพื่อนบ้านอยู่แล้วอยู่ในชุมชนบ้าง บุคคลประเภทนี้สามารถเพิ่มพูนความรู้ด้านการสงเคราะห์ราษฎร รวมไปถึงวิธีการที่จะประสานงานขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่าง ๆ ได้ และสามารถรับงานการบริหารศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านไป จะปฏิบัติงานเป็นวาระหรือไม่ก็แล้วแต่ชุมชนจะกำหนด ซึ่งบุคคลนี้สามารถจะจับงานสงเคราะห์ราษฎรได้อย่างเต็มที่ เมื่อหมดวาระ ชุมชนก็สามารถร่วมกันพิจารณาคัดเลือกคนที่มาทำงานเฉพาะด้านนี้โดยตรงได้อีก แต่ในความเป็นจริง ประธานศูนย์ฯ จะหมดวาระตามวาระการเป็นผู้ใหญ่บ้าน ผู้ใหญ่บ้านคนใหม่เข้ามารับตำแหน่งประธานศูนย์ฯสงเคราะห์ราษฎรแทนโดยปริยาย โดยชาวบ้านไม่มีส่วนในการคัดสรรกลั่นกรอง (เพื่อให้เหมาะสมกับงานสงเคราะห์) และผู้ใหญ่บ้านคนใหม่ก็มักจะไม่ว่างจนเกินไป มีเงินเหลือเท่าไร ฯลฯ งานสงเคราะห์ราษฎรจึงมีลักษณะ “กระพือกระเปร่ง” มาตลอดระยะเวลาที่มีการดำเนินงานของศูนย์นี้

4.2.2 การดำเนินงานของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน

วัตถุประสงค์หลักของการตั้งศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน คือ ให้ราษฎรมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาตนเองในท้องถิ่น ให้ราษฎรได้รับความช่วยเหลือโดยรวดเร็ว และเป็นการกระจายบริการสังคมสงเคราะห์ไปสู่ผู้ประสบปัญหาและผู้ด้อยโอกาสอย่างทั่วถึง ข้อมูลจากการสอบถามกรรมการศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านที่ปรากฏในผลการวิจัย พบว่า การดำเนินการให้ความช่วยเหลือราษฎรของศูนย์ฯ เป็นการช่วยเหลือเฉพาะหน้า เช่น เมื่อราษฎรประสบภัย จัดหาสิ่งของมาแจก หาสังกะสีมุงหลังคา ซ่อมบ้าน ฯลฯ หรือช่วยค่ารถไปโรงพยาบาล ฯลฯ ซึ่งงานดังกล่าวเป็นเพียงส่วนหนึ่งของงานในหน้าที่ของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านเท่านั้น

ในการจัดสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ให้แก่ผู้ประสบปัญหาและเดือดร้อน ตามแนวคิดการจัดบริการสังคมซึ่งประกอบด้วยงานด้านต่าง ๆ เช่น ด้านสวัสดิการสังคม ด้านสุขภาพอนามัย ด้านการสงเคราะห์ ซึ่งก็มีหลายรูปแบบ ทั้งช่วยเหลือเป็นเงินทอง ข้าวของเครื่องใช้ ไปจนถึงช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัย อาชีพ และการฝึกอบรมต่าง ๆ งานเหล่านี้ มีหน่วยงานต่าง ๆ จัดบริการให้อยู่ทั่วไป ทั้งของภาครัฐและภาคเอกชน ชุมชนที่อยู่ห่างไกลอาจจะประสบปัญหาบ้างเล็กน้อยในการเข้าถึงบริการ

แต่หากมีการประสานงานที่ถูกต้องโดยผู้รู้หรือมีข้อมูลเพียงพอ การเข้าถึงบริการต่าง ๆ ย่อมมีความเป็นไปได้โดยไม่ยากลำบากนัก

ข้อมูลที่จำเป็น เครือข่ายความช่วยเหลือ และวิธีการประสานเพื่อให้เกิดความช่วยเหลือ หรือการส่งต่อผู้รับบริการนั้น หากบุคลากรของศูนย์สงเคราะห์ฯ มีความรอบรู้เป็นอย่างดี และมีข้อมูลเพียงพอ อีกทั้งเป็นบุคคลที่ถูกคัดเลือกมาเพื่อเป็นหูเป็นตา ดูแลช่วยเหลือผู้ตกทุกข์ได้ยากอย่างแท้จริง ย่อมสามารถบรรเทาปัญหาความเดือดร้อนของราษฎรได้ ไม่เพียงเฉพาะความรวดเร็วเท่านั้น แต่ยังช่วยเหลือให้พ้นจากความเดือดร้อนได้อย่างแท้จริง หรืออย่างน้อยก็ทำให้ผู้เดือดร้อนมีปัญหาลดลงนั้น สามารถจะช่วยเหลือตัวเองได้ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

4.2.3 ความสัมพันธ์ของความเข้มแข็งของชุมชน การให้บริการสังคมต่าง ๆ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

จากแนวคิดเบื้องต้นเกี่ยวกับการจัดการบริการสังคมให้ผู้สูงอายุ โดยหน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ รวมไปถึงปัจเจกบุคคล โดยเฉพาะศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าชุมชนที่เข้มแข็งน่าจะส่งผลให้หน่วยงานต่าง ๆ ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน องค์กรผู้นำชุมชนและเครือข่ายชาวบ้านมีความเข้มแข็ง และหน่วยงานและกลุ่มดังกล่าวที่มีพื้นฐานความเข้มแข็งของชุมชนสนับสนุนย่อมทำหน้าที่ดูแลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ดี ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข ความพึงพอใจในระดับสูง

แต่ข้อมูลจากการสังเกต สัมภาษณ์ และจากแบบวัดต่าง ๆ พบความไม่เชื่อมโยงกันในหลายจุด เช่น

(1) ความเข้มแข็งของชุมชนและประสิทธิภาพการทำงานของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านไม่มีความสัมพันธ์กัน จากการอภิปรายผลที่เกี่ยวข้องกับการจัดตั้งศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านน่าจะชี้ให้เห็นพอสมควรว่า ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านและชาวบ้านที่เป็นองค์ประกอบและเป็นเนื้อแท้ของความเข้มแข็งในชุมชนมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันน้อยมาก จากการวัดระดับความเข้มแข็งในชุมชนที่พบว่า ชุมชนส่วนใหญ่ยังมีความร่วมมือร่วมใจและร่วมกันทำกิจกรรมต่าง ๆ กันดี โดยเฉพาะจากการพูดคุยกับชาวบ้าน ชุมชนส่วนใหญ่ยังมีวัฒนธรรมประจำท้องถิ่นของตัวเองที่สะท้อนให้เห็นความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่กันดี เช่น บางหมู่บ้านในจังหวัดสตูล มีประเพณี “สะกาด” ที่ชาวบ้านจะนำข้าวเปลือกมามอบให้สุเหร่า มากน้อยตามสัดส่วนของผลผลิตที่ตนได้ สุเหร่าจะนำข้าวเปลือกไปแบ่งปันให้ครอบครัวที่ไม่ได้ปลูกข้าว หรือครอบครัวที่ยากจน หรือชาวบ้านในหมู่บ้านหนึ่งในจังหวัดนครศรีธรรมราช จะช่วยกันดูแลผู้สูงอายุพิการที่อยู่โดดเดี่ยวคนหนึ่ง โดยการหาข้าวปลาอาหารมาฝากอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม แม้คณะผู้วิจัยจะได้สัมผัสถึงความช่วยเหลือเกื้อกูลกันในชุมชน ความสามัคคีกันในการดูแลชุมชน (เช่นในภาคอีสาน) หรือการร่วมแรงร่วมใจกันช่วยงานเพื่อนบ้าน (เช่นในภาคเหนือ) ชาวบ้านก็หาได้มีส่วนร่วมหรือรู้จักหน่วยงานของชุมชนของตนหรือศูนย์สงเคราะห์ราษฎร

ประจำหมู่บ้านของคนไม่ เมื่อเทียบกับงานของสาธารณสุขผ่านทางกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแล้ว ชาวบ้านจะคุ้นเคยและร่วมเป็นเครือข่ายให้กับกลุ่มสาธารณสุขเป็นอย่างดี ปัจจัยที่ทำให้เกิดความแตกต่างนี้ได้ก็ไปเลยไปแล้วถึงความสำคัญและความชัดเจนของงานตั้งแต่ระดับนโยบายลงมาเลยทีเดียว

(2) ความสัมพันธ์ของความเข้มแข็งของชุมชนกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่จะมีความต้องการและปัญหาล้ายคลึงกัน และสอดคล้องกับงานวิจัยหรืองานสำรวจอื่น ๆ คือ มักขาดแคลนเงินทอง ข้าวของเครื่องใช้ มีปัญหาสุขภาพ และมักต้องการความรักความอบอุ่นและการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลาน ซึ่งจากการสังเกตและพูดคุยกับผู้สูงอายุและชาวบ้าน ดังที่กล่าวไปแล้ว ชุมชนก็ยังไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุเลยทีเดียว แม้ผู้สูงอายุบางคน ลูกหลานอาจจะแยกย้ายกันไปทำงานต่างถิ่น เพื่อนบ้านก็ยังช่วยเหลือเกื้อหนุนอยู่ เช่น หญิงชราคนหนึ่ง ในจังหวัดนครราชสีมาอยู่คนเดียว จะมีเพื่อนบ้านที่สนิทสนมกันเดินมาเยี่ยมเยียนทุกวันหรือบางวันก็ผลัดกันไปเยี่ยมบ้านเพื่อนบ้านของท่าน เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ในพื้นที่ที่คณะวิจัยลงไปสำรวจ จะพบผู้สูงอายุที่ยากแค้นปะปนอยู่ในแทบทุกแห่ง ผู้สูงอายุเหล่านี้ดำรงชีวิตอยู่ด้วยความขัดสน ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ซึ่งหนักหนาเกินกว่าที่เพื่อนบ้านจะช่วยกันอุ้มชูได้ เช่น ผู้สูงอายุคนหนึ่ง ในภาคเหนือ มีอาการวิกลจริตเล็กน้อย ญาติปลูกกระท่อมให้อยู่ต่างหาก มีขวนขวายไปวางไว้ให้ที่หน้าประตู นำข้าวปลาอาหารไปส่งไว้ให้เป็นเวลา ผู้สูงอายุถูกปล่อยให้อยู่ชีวิตอยู่ในกระท่อม ถ้ายกหนัก-เบาอยู่ในนั้น หรือผู้สูงอายุในจังหวัดสตูลคนหนึ่ง ความจำเสื่อม มีแต่ญาติห่าง ๆ ก็เลี้ยงดูท่านไว้ในห้องเล็ก ๆ ที่ปลูกแยกจากเรือนใหญ่ ถ้ายกหนัก-เบาหมักหมมไว้ในห้องเช่นกัน ถูกนำมาจับอาบน้ำแต่งตัวเมื่อมีบัณฑิตอาสาออกไปสำรวจข้อมูลสังคมไม่นานมานี้ และคณะผู้วิจัยได้ไปพบผู้สูงอายุคนหนึ่ง ในจังหวัดตราด ที่เป็นหลักของครอบครัว ต้องเลี้ยงดูลูกติดสามที่มีอาการผิดปกติทางสมองถึง 2 – 3 คน โดยสามีไม่เอาภาระมากนัก เป็นต้น

ผู้สูงอายุในสภาพยากลำบากเหล่านี้ บางคนได้รับความช่วยเหลือจากรัฐในรูปแบบของเบี้ยยังชีพ แต่บางส่วนยังเข้าไม่ถึงบริการใด ๆ

ที่น่าสังเกตอย่างเห็นได้ชัด คือ ในพื้นที่ใดที่ข้าราชการของประชาสงเคราะห์ปฏิบัติหน้าที่อย่างเข้มแข็ง คลุกคลีใกล้ชิดกับพื้นที่และเห็นสภาพปัญหา ผู้สูงอายุในพื้นที่นั้นจะได้รับความช่วยเหลือแทบทุกกรณี ไม่รูปแบบใดก็รูปแบบหนึ่ง (เช่น อำเภอหนึ่งในจังหวัดตราด)

อาจกล่าวได้ว่า ความเข้มแข็งของชุมชนมีส่วนช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุบางกลุ่มมีความยากลำบากน้อยลง แต่ก็ยังมีผู้สูงอายุอีก (ไม่มาก แต่ก็ไม่น้อย) ต้องการการดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือสงเคราะห์ จาก “มืออาชีพ” จะโดยภาครัฐหรือภาคเอกชนก็ตาม เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีคุณค่าเหล่านั้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีพอสมควร มีความพึงพอใจ มีความสุขกับบั้นปลายของชีวิตของตนตามควรแก่อัตภาพ

(3) ความสัมพันธ์ของศูนย์สังเคราะห์รายธุระจำหมู่บ้านกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ข้อมูลจากการสำรวจการดำเนินงานของศูนย์สังเคราะห์รายธุระจำหมู่บ้าน พอจะทำให้มองเห็นภาพได้ค่อนข้างชัดเจนว่า ศูนย์สังเคราะห์รายธุระจำหมู่บ้านกับการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างแท้จริงนั้น ไม่มีความสัมพันธ์กัน หรือหากจะแยกตัวบุคคลออกจากศูนย์ฯ เป็นการดูแลจากกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ก็ยังพูดไม่ได้เต็มปากนักกว่า ผู้นำชุมชนเหล่านั้นได้ช่วยให้ผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหรือไม่

จากการศึกษาความเข้มแข็งของชุมชน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่าง ๆ ในชุมชน โดยเฉพาะระหว่างผู้สูงอายุกับกลุ่มคนต่างวัย กลุ่มทางสังคมและผู้นำชุมชน พอจะทำให้มองเห็นสภาพความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันออกไป โดยอาจจะจำแนกผู้สูงอายุออกเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ได้ 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้สูงอายุที่ยังอยู่กับครอบครัว แวดล้อมด้วยลูกหลานที่เลี้ยงดูเอาใจใส่ได้อย่างไม่ขาดตกบกพร่อง
2. กลุ่มผู้สูงอายุที่ครอบครัวลูกหลานกระจัดกระจายไปทำงานต่างถิ่น หรือไม่ได้อยู่ด้วย หรือเหลืออยู่ไม่กี่คน แต่ลูกหลานยังส่งเสียเลี้ยงดูอยู่บ้าง ยังมีกินมีใช้พอสมควร แต่มีเพื่อนบ้านและชุมชนคอยดูแลทุกข์สุขอยู่
3. กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าข่ายกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ไร้ญาติขาดมิตร หรือมีญาติแต่ถูกทอดทิ้งเพราะความพิการ เจ็บป่วย หรือยากจน

ผู้สูงอายุในกลุ่มที่ 2 และ 3 เป็นกลุ่มที่สังคมและชุมชนควรต้องให้การดูแลเอาใจใส่ ในกรณีที่ผู้สูงอายุอยู่อาศัยในชุมชนที่ยังมีความเข้มแข็ง ชุมชน อันหมายถึงกลุ่มชาวบ้าน เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน หรือองค์กรต่าง ๆ อาจสามารถช่วยกันดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนั้นให้สามารถมีชีวิตอยู่ได้โดยมีคุณภาพชีวิตที่ดีพอสมควร แต่หากผู้สูงอายุเหล่านั้นอยู่ในกลุ่มของผู้ไร้ญาติขาดมิตร กลุ่มนี้ต้องการความช่วยเหลือ/สังเคราะห์เป็นกรณีพิเศษ ซึ่งหากศูนย์สังเคราะห์รายธุระจำหมู่บ้านมีความรู้ความเข้าใจในขอบข่ายงานของการสังเคราะห์ หรือรู้จักเครือข่ายที่จะขอความช่วยเหลือ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้น่าจะสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่บ้างก็ได้

บทที่ 3

สรุปและเสนอแนะ

การวิจัย เรื่อง การประเมินรูปแบบบริการที่จัดให้ผู้สูงอายุในชุมชน : เน้นการให้บริการของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านนี้ เป็นการวิจัยในลักษณะการประเมินการให้บริการทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน และติดตามการดำเนินงานของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน ซึ่งได้มีการกำหนดเป็นนโยบายระดับชาติให้มีการจัดตั้งขึ้นให้ครบในทุกหมู่บ้าน เริ่มตั้งแต่ พ.ศ.2535 เป็นต้นมา โดยในการวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจสภาพสังคมและบริการสังคมที่มีอยู่ในชุมชนที่ผู้สูงอายุได้รับ โดยเน้นการให้บริการของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ปัญหาและความต้องการ และความสัมพันธ์ของความเข้มแข็งของชุมชนกับคุณภาพการให้บริการของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน ความพึงพอใจในชีวิต และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การวิจัยครั้งนี้ ทำการเก็บรวบรวม 2 ลักษณะ คือ การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง และการรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร ข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายเป็นข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยการพูดคุยสัมภาษณ์เจาะลึกกับบุคคลกลุ่มต่าง ๆ จาก 19 อำเภอ 9 จังหวัด ทั้งในภาคเหนือ ภาคอีสาน ภาคกลาง ภาคตะวันออก และภาคใต้ ได้แก่ ผู้สูงอายุจำนวน 380 คน ผู้บริหารศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน ซึ่งส่วนใหญ่คือผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 101 คน และการสอบถามบุคคลอื่น ๆ ในชุมชน ที่คณะผู้วิจัยได้มีโอกาสพบปะในระหว่างเวลาทำการเก็บข้อมูลในพื้นที่ รวมทั้งการสังเกตสภาพชีวิตความเป็นอยู่ของชาวบ้าน ส่วนการเก็บข้อมูลจากเอกสาร ได้แก่ การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดนโยบายการจัดตั้งศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน การวิเคราะห์นโยบายและการดำเนินงานของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านจากเอกสารและรายงานต่าง ๆ

จากผลการวิจัยและการอภิปรายผลตามที่เสนอมาในบทที่ 2 จะได้สรุปผลเป็นประเด็นตามลำดับ ดังนี้

1. ผลการสำรวจและประเมินบริการสวัสดิการสังคมที่จัดในชุมชน บริการทางสังคมที่จัดให้ประชาชนในชุมชน ศึกษาเฉพาะที่ผู้สูงอายุควรจะได้รับบริการ ซึ่งผู้วิจัยจำแนกกลุ่มบริการเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ตามลักษณะของการให้บริการ ได้แก่ กลุ่มที่ 1 การได้รับสิทธิบัตรต่าง ๆ ได้แก่ สิทธิการได้รับเบี้ยยังชีพ บัตรผู้สูงอายุและบัตรสุขภาพที่ใช้ในการรักษาพยาบาล กลุ่มที่ 2 การได้รับบริการจากองค์กรที่ได้รับการจัดตั้งอย่างเป็นทางการ ได้แก่ สถานพยาบาลต่าง ๆ ทั้งศูนย์อนามัยและโรงพยาบาล และองค์กรที่ให้บริการทางสังคมสงเคราะห์ ได้แก่ ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน กลุ่มที่ 3 กลุ่มสังคมในชุมชน ซึ่งมักเป็นกลุ่มที่ชาวบ้านรวมตัวกันจัดตั้งขึ้น ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ และให้ผลประโยชน์ตอบแทนแก่สมาชิกในกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่ม

ฉาปนกิจสงเคราะห์ กลุ่มสหกรณ์ออมทรัพย์ กลุ่มอาชีพ กลุ่มธรรมะ ฯลฯ และกลุ่มสุดท้าย เป็นกลุ่มผู้นำชุมชน หรือผู้นำชาวบ้าน ทั้งที่เป็นผู้นำอย่างเป็นทางการ เช่น กำนันผู้ใหญ่บ้าน หรือผู้นำที่ไม่เป็นทางการ เช่น พระ ครู เป็นต้น ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1.1 บริการสวัสดิการสังคมที่ดีทั้งปริมาณและคุณภาพ คือ บริการด้านสาธารณสุข ทั้งสถานพยาบาล โรงพยาบาล หรือการแจกบัตรผู้สูงอายุ ที่ผู้สูงอายุได้ใช้บริการค่อนข้างมาก พิจารณาจากสัดส่วนของการได้รับบริการทางสังคมด้านค่อนข้างสูง และค่าเฉลี่ยของการได้รับการรักษาหรือยาเมื่อเจ็บไข้ได้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง

1.2 การได้รับบริการจากผู้นำชุมชนมีส่วนค่อนข้างสูง ทั้งจากกำนันผู้ใหญ่บ้าน ครู และพระ แต่เนื้อหาของบริการยังเป็นการช่วยเหลือเฉพาะหน้า เช่น แจกผ้าห่ม เสื้อผ้า ข้าวสาร ฯลฯ

1.3 บริการจากกลุ่มสังคมในชุมชนที่ได้รับความนิยม คือ ฉาปนกิจสงเคราะห์ โดยเฉพาะแบบไม่จดทะเบียน ซึ่งเป็นการรวมตัวของชาวชุมชนตามธรรมชาติ เป็นสวัสดิการที่สร้างความมั่นใจและอบอุ่นใจให้แก่ชาวบ้านได้เป็นอย่างดี

2. ผลการประเมินการให้บริการของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน

ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน ซึ่งโดยวัตถุประสงค์ของการตั้งศูนย์ คือ การเป็นหน่วยงานที่จะช่วยประชาชนให้พ้นทุกข์ได้ไม่มากนักน้อย หรือไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง แต่จากผลการวิจัย ทั้งโดยการพูดคุยกับผู้บริหารศูนย์เอง หรือผู้ที่น่าจะได้รับการบริการจากศูนย์ พบว่า ยังไม่มีการดำเนินงานที่ชัดเจนเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว กิจกรรมที่ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านจัดเป็นส่วนใหญ่ เป็นกิจกรรมที่ยังไม่สามารถให้ความช่วยเหลือราษฎรที่มีปัญหาได้ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการที่ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านยังไม่ได้เกิดจากความต้องการของชาวบ้านอย่างแท้จริง กระบวนการจัดตั้งศูนย์ไม่มีส่วนร่วมจากชาวบ้าน ผู้นำชุมชนจัดตั้งขึ้นตามคำสั่งของทางราชการ ทำให้ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านยังมีลักษณะของส่วนราชการอยู่มาก

อย่างไรก็ตาม ในส่วนของการให้การดูแลด้านสังคมสงเคราะห์ พบว่า หน่วยงานราชการที่รับผิดชอบงานประชาสงเคราะห์ หากมีเจ้าหน้าที่ที่ตั้งใจทำงาน มีความรู้ความเข้าใจในงานสังคมสงเคราะห์ มีความสามารถในการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ๆ ฯลฯ การดูแลช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสจะประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดี

3. ผลการศึกษาความเข้มแข็งของชุมชน และคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้สูงอายุ

ชุมชนที่เข้มแข็ง ชาวบ้านมีความร่วมมือกันให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีระดับหนึ่ง การมีครอบครัวที่เข้มแข็ง ลูกหลานยังอาศัยอยู่ร่วมกัน ดูแลผู้สูงอายุได้ดีที่สุด และหากมีองค์กรที่ทำหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงต่อสุขทุกข์ของประชาชน ทำหน้าที่ของตน

เองอย่างเต็มที่ เข้าถึงปัญหา รู้วิธีการช่วยเหลือ ผู้สูงอายุกลุ่มด้อยโอกาสจะมีโอกาสพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นได้มากพอสมควร

จากผลการวิจัยทั้งหมดที่กล่าวมา ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยนี้ในการประชุมทางวิชาการ เรื่อง บทบาทรัฐ เอกชน และองค์กรชุมชน กับผู้สูงอายุไทย : สถานการณ์ปัจจุบันและทิศทางในอนาคต ในวันที่ 23 ธันวาคม 2542 ณ โรงแรมรอยัลริเวอร์ กรุงเทพมหานคร ในหัวข้อการให้บริการผู้สูงอายุของศูนย์สังเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน ผู้เข้าร่วมประชุมกลุ่มได้ร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ซึ่งไม่จำกัดว่าจะเป็นบุคคลกลุ่มใดได้ข้อคิดเห็นต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์มากมาย สามารถนำมาเป็นข้อเสนอแนะได้หลายประเด็น ซึ่งผู้วิจัยได้นำมารวบรวมสรุปเป็นข้อเสนอแนะกับผลการวิจัยของผู้วิจัย ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะระดับนโยบาย

1.1 การกำหนดนโยบายสังคมที่จะส่งผลไปถึงการจัดการสังคมระดับรากหญ้า ควรเป็นนโยบายที่ผ่านการกลั่นกรองมาอย่างรอบคอบ มีการพิจารณาถึงผลดี ผลเสีย ผลประโยชน์ และผลกระทบอย่างถี่ถ้วน จึงประกาศเป็นนโยบายที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ

1.2 นโยบายสังคมที่กำหนดควรเป็นแนวทางการปฏิบัติกว้าง ๆ เพื่อให้แต่ละพื้นที่สรรหารูปแบบที่เหมาะสมกับพื้นที่ของตนตามลักษณะของวัฒนธรรม ประเพณี และวิถีชีวิตของชาวชุมชน การกำหนดรูปแบบตายตัวแบบเดียวให้ปฏิบัติหรือใช้กันทั่วประเทศ ทำให้ผลที่เกิดขึ้นเป็นเพียงรูปแบบ แต่ไม่มีการดำเนินงาน เนื่องจากความพร้อมของแต่ละชุมชนไม่เท่าเทียมกัน หรือมีปัจจัยที่เอื้อให้เกิดความสำเร็จที่ต่างกัน

1.3 ในการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนาชุมชน ผู้ที่เกี่ยวข้องควรนำแนวคิดการใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community base) มาใช้ ซึ่งจะทำให้นโยบายสังคมนั้น ๆ เริ่มต้นที่ชุมชน ทำให้ชุมชนเข้มแข็ง เพื่อให้ชุมชนทำหน้าที่ดูแลองค์ประกอบต่าง ๆ ในชุมชนได้เอง ภาครัฐ และหน่วยงานเอกชนที่เกี่ยวข้องจะทำหน้าที่เสริมช่วย หรือสนับสนุนสิ่งที่ชุมชนต้องการ เช่น ความรู้ เทคนิควิธีต่าง ๆ ฯลฯ เท่านั้น

1.4 ควรมีการทบทวนนโยบายการตั้งศูนย์สังเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านอีกครั้ง โดยเน้นผลการดำเนินงานของศูนย์อย่างแท้จริง ทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ลักษณะของศูนย์สังเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านที่ตั้งขึ้นแล้วในปัจจุบัน ไม่สอดคล้องกับชีวิตความเป็นอยู่และวิถีการของชาวบ้าน หากจะดำเนินการพัฒนาองค์กรชุมชน โดยยังมีศูนย์สังเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านเป็นตัวตั้ง จะทำให้การวางแผนพัฒนาชุมชน หรือการปฏิบัติการเพื่อให้ชาวบ้านมีการช่วยเหลือกันอย่างแท้จริงคิดขัดได้ เนื่องจากศูนย์สังเคราะห์มีลักษณะเป็นราชการ มีการแต่งตั้งกรรมการศูนย์อย่างเป็นทางการ มีระเบียบการต่าง ๆ ตามมา ดังนั้น การตั้งศูนย์สังเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน

อาจถือเป็นเพียงประสบการณ์ของผู้บริหาร ทั้งระดับประเทศและระดับกระทรวง ที่จะป็นข้อมูลอ้างอิงในการจัดทำนโยบายส่งคมต่อไปในอนาคต ที่ควรจะหลีกเลี่ยงการสั่งการให้มีการปฏิบัติเหมือนกันทั่วประเทศบนความไม่พร้อมของหน่วยงานระดับปฏิบัติและของชุมชน

2. ข้อเสนอแนะระดับการปฏิบัติ

2.1 ข้อเสนอแนะสำหรับการจัดการศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน

ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านมีการจัดตั้งแล้วกว่า 70,000 แห่งทั่วประเทศ และบัดนี้ได้มีการโอนย้ายการรับผิดชอบจากกรมประชาสงเคราะห์ไปขึ้นอยู่กับสำนักงานปลัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม จะทำให้งานของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านยังมีความชัดเจนน้อยลง กระทรวงแรงงานฯ ควรหาวิธีการทำให้ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรที่ตั้งขึ้นมาแล้วนั้น ให้สามารถปฏิบัติงานได้ดียิ่งขึ้น เช่น หาทิศทางการทำงานที่ชัดเจนให้แก่ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน โดยเน้นการทำงานที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชาวบ้าน ปรับการคัดเลือกคณะกรรมการที่จะบริหารศูนย์ โดยดึงบุคคลที่มีคุณลักษณะที่เหมาะสม มีความสนใจที่จะช่วยเหลือผู้อื่น ทั้งชาวบ้านธรรมดา ครู พระ คหบดีในท้องถิ่น โดยให้ความรู้ความเข้าใจ อบรม สัมมนาแก่บุคคลเหล่านั้นให้เพียงพอที่ผู้รับผิดชอบจะสามารถทำงานสงเคราะห์ราษฎรได้อย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพ

นอกจากนั้น การนำแนวคิดการพึ่งพาตนเองเข้าไปใช้ในการจัดการศูนย์สงเคราะห์ แทนการสงเคราะห์แต่เพียงอย่างเดียว เพื่อให้บุคคลที่ทั้งสองกลุ่ม ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความรู้สึกของการพึ่งพาอาศัยกัน ช่วยเหลือกันฉันพี่น้องร่วมชุมชน ไม่ใช่เป็นการให้และการรับในลักษณะของผู้ที่เหนือกว่าและด้อยกว่าอย่างที่เป็นอยู่

2.2 ข้อเสนอแนะสำหรับหน่วยงานราชการด้านสังคมสงเคราะห์ในพื้นที่ เช่น ประชาสงเคราะห์จังหวัดและประชาสงเคราะห์อำเภอ นักสังคมสงเคราะห์ประจำจังหวัดและอำเภอจำนวนไม่กี่คน หากมีโอกาสทำงานใกล้ชิดกับชุมชนอย่างจริงจังตามภาระหน้าที่ จะสามารถช่วยให้ชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ด้อยโอกาสและมีปัญหาดีขึ้นอย่างแน่นอน ไม่มากก็น้อย บุคลากรในจังหวัดและอำเภอจึงควรได้รับการส่งเสริมให้ได้ทำงานตามหน้าที่อย่างเต็มที่ ให้มีกำลังใจในการทำงาน ให้ได้รับสวัสดิการที่ดี ได้รับโอกาสในการพัฒนาตนเอง และได้รับการพิจารณาความดีความชอบอย่างเหมาะสม กลุ่มบุคคลเพียงไม่กี่คนในแต่ละจังหวัด ก็จะสามารถทำหน้าที่ยกระดับคุณภาพชีวิตของคนอื่น ๆ ในจังหวัดนั้น ๆ ได้อีกมากมาย

บรรณานุกรม

- กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, คู่มือปฏิบัติงานของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน. 2541.
- กองการสังคมสงเคราะห์เอกชน กรมประชาสงเคราะห์, ข้อมูลการจัดระดับศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน. 2541.
- กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2533 – 2563. 2538.
- จุลเทพ ชีระธาดา, พ.ต.ต., แนวทางการจัดบริการสุขภาพและสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ. รายงานการวิจัย วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร, 2537.
- ไฉไล ไชยเสวี, ร.ต.อ., ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม ความพึงพอใจในชีวิต ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาพกายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลตำรวจ. วิทยานิพนธ์ การศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539.
- ชัยวัฒน์ ปัญจพงษ์ จารุณี นະวิโรจน์ และสุรีย์ กาญจนวงศ์, คู่มือฉบับสมบูรณ์ประชากรศึกษา. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์, 2521.
- นภาพร ชัยวรรณ และจอห์น โนเดล, รายงานการสำรวจสถานะผู้สูงอายุในประเทศไทย. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
- นิสาร์ตน์ ศิลปเดช, ประชากรกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต. กรุงเทพมหานคร : พิษณุการพิมพ์, 2539.
- บุญชม ศรีสะอาด, การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร : สุวีริยาสาส์น, 2535.
- ประภาวรรณ เกตุอำ, ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานสังคมสงเคราะห์ในชนบท : ศึกษาเฉพาะกรณีศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน จังหวัดปราจีนบุรี. วิทยานิพนธ์ สังคม-สงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2528.
- ยุพา อุดมศักดิ์, “ประชากรศึกษากับคุณภาพชีวิต,” รายงานการสัมมนาประชากรศึกษากับการปรับปรุงคุณภาพชีวิต. กรุงเทพมหานคร : โครงการประชากรศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล, 2516.
- รัตนะ บัวสนธิ์, การประเมินผลโครงการ การวิจัยเชิงประเมิน. บริษัท ดันอ้อ แกรมมี่ จำกัด, 2540.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, แนวทางการจัดบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ. รายงานการวิจัย สถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2534.
- และคณะ, คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย ประเด็นการเกี่ยวพันทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ : พื้นที่ศึกษาในเขตภาคกลาง. งานวิจัยร่วมระหว่างมหาวิทยาลัยมหิดล และมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2540.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย ประเด็นการเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ : พื้นที่ศึกษาในเขตภาคเหนือ. งานวิจัยร่วมระหว่างมหาวิทยาลัยมหิดลและมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2541.
- , คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย ประเด็นการเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ : พื้นที่ศึกษาในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. งานวิจัยร่วมระหว่างมหาวิทยาลัยมหิดลและมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2541.
- ศรียุทธ พานิชพันธ์, “บริการสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย,” วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์. ปีที่ 6 (ฉบับที่ 1 – 2), 2534.
- สถาบันประชากรศาสตร์, แผนภูมิประชากร. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, จดหมายข่าวประชากร. (เดือนมกราคม) 2538.
- , จดหมายข่าวประชากร. (เดือนมกราคม) 2541.
- สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, สังคมวิทยาภาวะสูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, ตัวชี้วัดสำหรับงานพัฒนาชนบท : ประสิทธิภาพจากนักพัฒนา. สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา, 2538.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (2535 - 3539), 2535.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (2540 - 2544), 2540.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ, รายงานผลการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับเด็กและเยาวชน. 2530.
- เสรี พงศ์พิศ, ภูมิปัญญาชาวบ้านกับการพัฒนาชนบท เล่ม 1. กรุงเทพมหานคร 1: บริษัทอัมรินทร์-พรินติ้ง จำกัด, 2536.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, “Quality of Life Values,” เอกสารประกอบการบรรยายในการฝึกอบรมเรื่องการจัดการสิ่งแวดล้อม. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ, 2525.
- สุรกุล เจนอบรม, วิทยาการผู้สูงอายุ. ภาควิชาการศึกษานอกโรงเรียน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.

บรรณานุกรม (ต่อ)

อรรณณ น้าชื่น, ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตอันเกิดจากภาวะถดถอยจากสังคมและการร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุชาวพุทธ : ศึกษากรณีผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วิทยานิพนธ์ สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการโครงการ สวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, 2541.

อนุชาติ พวงสำลี และอรทัย อาจอ่ำ (บรรณาธิการ), การพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตและสังคมไทย. สำนักงานกองทุนสนับสนุนงานวิจัย, 2539.

Havighurst, R.J., "Personality and Patterns of Aging," The Gerontologist. 1968.

Word, Russell A., The Aging Experience : An Introduction to Social Gerontology. New York : Harper and Row, 1956.

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวธัญญา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา

ตำแหน่งทางวิชาการ ผู้ช่วยศาสตราจารย์

ตำแหน่ง อาจารย์ประจำสาขาสวัสดิการสังคม

คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ประวัติการศึกษา

- | | |
|-----------------|--|
| พ.ศ.2517 - 2518 | ศิลปศาสตรบัณฑิต (การสอนภาษาอังกฤษ) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| พ.ศ.2522 - 2524 | Master of Arts in English Language Teaching
University of San Carlos, Philippines |
| พ.ศ.2534 – 2537 | พัฒนบริหารศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนสังคม)
สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ |

ประวัติการทำงาน

- | | |
|---------------------|---|
| พ.ศ.2524 – 2529 | มหาวิทยาลัยกรุงเทพ - อาจารย์ประจำภาควิชาภาษาอังกฤษ
- Business Writing Skill Director |
| พ.ศ.2530 – 2532 | ศาลาว่าการกรุงเทพมหานคร - ข้าราชการการเมือง
- ที่ปรึกษาผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร |
| พ.ศ.2532 – 2533 | มูลนิธิเพื่อการพัฒนาเด็ก - หัวหน้าโครงการแรงงานเด็ก |
| พ.ศ.2532 – 2535 | มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต - หัวหน้าสาขาภาษาอังกฤษธุรกิจ |
| พ.ศ.2535 | มูลนิธิหมอชาวบ้าน - ผู้ประสานงาน “โครงการผู้หญิงพิทักษ์
สิ่งแวดล้อม” |
| พ.ศ.2536 – ปัจจุบัน | มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |

ผลงานการวิจัย

- | | |
|----------|---|
| พ.ศ.2537 | การสำรวจปัญหาและความต้องการของผู้อยู่อาศัยในเมืองอุตสาหกรรมใหม่ :
ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนเมืองใหม่บางพลี |
| พ.ศ.2537 | การศึกษาสภาพการณ์การรับเด็กเป็นบุตรบุญธรรม |
| พ.ศ.2538 | แนวคิดและกระบวนการรับเด็กเป็นบุตรบุญธรรม |
| พ.ศ.2538 | ชีวิตการทำงานในเมืองอุตสาหกรรมใหม่ : กรณีศึกษาผู้ทำงานในนิคม
อุตสาหกรรมบางพลี |
| พ.ศ.2538 | การศึกษาการเตรียมตัวด้านอาชีพของประชาชนในพื้นที่เวนคืนเพื่อสร้าง
สนามบินหนองงูเห่า |
| พ.ศ.2539 | การสังเคราะห์ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของคนไทยในสังคมอุตสาหกรรมใหม่ |

ผลงานการวิจัย (ต่อ)

พ.ศ.2540 การศึกษาความมั่นคงทางครอบครัวของกลุ่มแรงงานในภาคอุตสาหกรรม
พาณิชย์กรรมและบริการในจังหวัดสมุทรปราการ

พ.ศ.2541 การศึกษารูปแบบบริการทางการศึกษาที่เหมาะสมแก่เด็กลูกกรรมกรก่อสร้าง
(ทุนวิจัยจากองค์การแรงงานระหว่างประเทศ/โครงการรณรงค์เพื่อขจัดปัญหา
การใช้แรงงานเด็ก)