

# บทที่ 1

## บทนำ

### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา นอกจากจะนำทั้งความเจริญและความเสื่อมถอยบางประการมาสู่ประเทศชาติแล้ว สิ่งหนึ่งที่ได้รับผลกระทบอย่างรวดเร็ว ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศ ซึ่งนอกจากจะเกิดจากผลการพัฒนาประเทศดังกล่าวตัวชี้วัดที่นิยมกล่าวถึงว่ามีผลต่อโครงสร้างประชากรอย่างมาก ได้แก่ การให้บริการด้านการแพทย์ และสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสำเร็จ ของการวางแผนครอบครัวที่ได้มีการสนับสนุนและการรณรงค์ลดอัตราการเกิดในระยะเวลาที่ผ่านมา ทำให้อัตราการเพิ่มประชากรได้ลดลงตามลำดับ จากร้อยละ 1.3 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 1.1 ในปี 2539 และลดลงเป็นร้อยละ 1.0 ในปี 2543 นอกจากนี้ อัตราการตายของประชากรก็ได้ลดลงด้วยเช่นกันทำให้ปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนประชากรประมาณ 62 ล้านคนและคาดว่าจะเพิ่มเป็น 70 ล้านคนในปี 2563 หรืออีก 20 ปีข้างหน้า ซึ่งการเพิ่มประชากรนี้ มีผลกระทบต่อการกำหนดนโยบายและทิศทางในการบริหารประเทศโดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดสรรทรัพยากรต่างๆ ที่จะนำไปใช้และเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตของประชาชน ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรกลุ่มหนึ่งที่ต้องได้รับความสนใจมากกว่ากลุ่มอื่น เนื่องจากมีอัตราการเพิ่มอย่างรวดเร็วและเป็นกลุ่มที่คาดว่าจะได้รับผลกระทบอย่างรุนแรง (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. วารสารประชากรศึกษาปีที่ 6 ฉบับที่ 1 กรกฎาคม 2540)

รัฐบาลได้ตระหนักถึง ความสำคัญของผู้สูงอายุ จึงได้จัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2546) ระบุว่า

1. เพื่อสร้างจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึง ผู้สูงอายุในฐานะบุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคมและสมควรส่งเสริมให้คงคุณค่าไว้ให้นานที่สุด
2. เพื่อให้ประชากรทุกคนตระหนักถึง ความสำคัญของการเตรียมการ และการเตรียมการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ
3. เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ มีคุณภาพชีวิต และมีหลักประกัน

4. เพื่อให้ประชาชน ครอบครัว ชุมชน องค์กรภาครัฐและเอกชน มีส่วนร่วมในภารกิจด้านผู้สูงอายุ ด้วยตระหนักว่าเป็นการพัฒนาความมั่นคงของสังคมโดยรวม และถือเป็นการกิจสำคัญขององค์กร

5. เพื่อให้มีกรอบและแนวทางปฏิบัติสำหรับส่วนต่างๆ ในสังคมทั้งภาครัฐและเอกชนที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุได้ปฏิบัติงานอย่างประสานและสอดคล้องกัน

ในปัจจุบันประชากรโลกมีอายุยืนยาวขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี วิทยาการทางการแพทย์ และบริการทางด้านสาธารณสุขมีประสิทธิภาพมากขึ้นทำให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการรักษาสุขภาพอนามัย รู้จักวิธีการวางแผนครอบครัว ดูแลตนเองได้ เป็นผลให้การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรจากในอดีต ที่มีประชากรผู้สูงอายุเป็นสัดส่วนเล็กน้อยในโครงสร้างประชากรทั้งหมด ปัจจุบันได้มีการขยายตัวเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งในระยะเวลา 40-50 ปีที่ผ่านมา การป้องกันรักษาโรคและความสามารถในการดูแลป้องกันตนเองจากโรคภัยไข้เจ็บ ได้พัฒนาไปอย่างมีประสิทธิภาพทำให้อายุขัยโดยเฉลี่ยของประชากรในโลกยืนยาวขึ้นกว่าเดิมด้วยอายุขัยประมาณ 70 ปี (ปราโมทย์ ประสาทกุล 2541 อ้างถึงใน ฉันทพร สุรมินิจกุล. 2544 : 1) ประกอบกับอัตราการเกิดที่ลดลงทำให้สัดส่วนและจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากขึ้นตามลำดับ จากการสำรวจสถิติผู้สูงอายุของประเทศไทยของสำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎมนตรี ในปี พ.ศ. 2537 สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2523 พ.ศ. 2533 และการคาดประมาณการประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2533 –2563 พอสรุปได้ดังตารางที่ 1.1

ตารางที่ 1.1  
สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย

ปี	ประชากรทั้งหมด (พันคน)	จำนวนผู้สูงอายุ (พันคน)	คิดเป็นร้อยละ
2533	55,839	4,034	7.2
2537	58,713	4,618	7.8
2540	60,602	5,092	8.4
2560	69,584	10,605	15.2

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ. 2538

จำนวนและสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุได้เพิ่มขยายตัวอย่างต่อเนื่องจากเมื่อ 50 ปีก่อน ในจำนวนประชากร 20 ล้านคน มีประชากรผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 2 - 3 ปัจจุบันปี พ.ศ. 2540 ประชากรประมาณ 60.6 ล้านคน สัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มเป็นร้อยละ 8.4 คิดเป็นจำนวน 5 ล้านคนเศษ และการคาดการณ์ในอนาคตปีพ.ศ. 2560 ประเทศไทยจะมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นถึง 10.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 15.2 ของประชากรทั้งหมด

จากการศึกษาของ คูเปอร์สมิท (Coopersmith.1981 อ้างถึงใน นิราศศิริ โรจนธรรมกุล. 2535 : 22) พบว่า บุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองสูง สามารถรับรู้คุณค่าของตนตามความเป็นจริง ตระหนักถึงศักยภาพของตนเอง มีจิตใจที่เปิดกว้างและยอมรับสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง สามารถแสดงพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม มีความกระตือรือร้น เป็นผู้นำในการอภิปราย มีความเป็นตัวของตัวเองในการแสดงความคิดเห็น และมีความเชื่อมั่นในตนเองว่ามีความสามารถในการทำงานให้ประสบความสำเร็จ และสามารถแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นเฉพาะหน้า มีความคิดสร้างสรรค์มองโลกในแง่ดี ตลอดทั้งมีความพึงพอใจและเคารพตนเอง ตระหนักถึงความรับผิดชอบทั้งต่อตนเองและผู้อื่น อีกทั้งสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคล และสิ่งแวดล้อม

การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตไปสู่เป้าหมาย ด้วยความสุขและความสำเร็จในชีวิตบุคคลที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง จะสามารถเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้โดยไม่ย่อท้อ สามารถยอมรับสถานการณ์ที่ทำให้ตนเองรู้สึกผิดหวัง ท้อแท้ใจและสร้างความหวังใหม่ในชีวิต ส่วนบุคคลที่รู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำจะไม่ค่อยมีความเชื่อมั่นในตนเอง จะมองว่าตนเองเป็นคนไม่ดี รู้สึกตนเองไร้ค่า ไม่มีความสามารถ มีข้อบกพร่องทำอะไรก็ล้มเหลว วิตกกังวลสูง เครียดรู้สึกไม่เป็นสุข ไม่มีความพยายามในการทำงานที่ยากลำบาก เมื่อพบอุปสรรคก็ละทิ้ง หลีกเลี่ยงการคบหาสมาคมกับบุคคลอื่น บุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำจึงมีความอายสูง ไม่กล้าปฏิเสธในสิ่งที่ตนเองไม่ต้องการ กลัวการตัดสินใจของคนอื่นที่มีต่อตนเอง รู้สึกว่าตนเองด้อย กลัวการเข้าสังคม มักนำความคิดของบุคคลอื่นมาใส่ใจ คิดว่าบุคคลอื่นไม่ยอมรับ ไม่ให้ความสนใจและรู้สึกเสียใจ คูเปอร์สมิท (Coopersmith.1981 ฮามาเช็ค Hamachek โรเซน เบรินซ์ Rosenberg. 1965 อ้างถึงใน สิตา เพ็ชรพิจิตร. 2542 : 33)

จากการที่เซส (Sasse. 1978 โรเซนเบรินซ์ Rosenber1979 และคูเปอร์สมิท Coopersmith 1984 อ้างถึงใน อัครพรธม ขวัญชื่น. 2544 : 23) กล่าวถึงการเห็นคุณค่าในตนเองว่า เป็นความรู้สึกของบุคคลว่ามีความสำคัญและมีความมีคุณค่าในตนเอง มีความต้องการได้รับความเชื่อถือ การยอมรับนับถือจากผู้อื่น เพื่อที่จะเกิดความภาคภูมิใจและนับถือตนเอง การที่บุคคลรับรู้และประเมินตนเองแล้วแสดงออกในแง่ของการยอมรับตนเองหรือไม่ยอมรับตนเองซึ่งแสดงให้เห็นถึงขอบเขต

ความเชื่อของบุคคลที่มีต่อตนเองในด้านความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จ และความมีคุณค่าของตนเอง รวมไปถึงการรับรู้จากการประเมินของบุคคลอื่นที่มีต่อตนเอง ซึ่งสามารถรับรู้ได้จากคำพูด และท่าทีที่บุคคลนั้นแสดงออก

ทำให้เห็นได้ว่า หากผู้สูงอายุไม่เห็นคุณค่าในตนเอง จะไม่เกิดความภาคภูมิใจในชีวิต ไม่นับถือตน และขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ซึ่งจะส่งผลต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่ยังมีความสามารถช่วยเหลือตนเอง ครอบครัวย และสังคม เกิดความท้อถอย ไม่มีส่วนร่วมในกิจการงาน การผลิต ฯลฯ ทำให้ตนเอง ครอบครัวย และสังคม ขาดกำลังคนไปก่อนเวลาอันควร

และการที่คนๆ หนึ่งสามารถใช้ชีวิตให้คุ้มกับที่ถือกำเนิดมานั้น จำเป็นต้องมีองค์ประกอบของการใช้ชีวิตในแต่ละช่วงวัย มีการเตรียมความพร้อม มีการวางแผน และมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตทุกๆ ขั้นตอน ทั้งนี้เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างรอบคอบไม่ประมาท และสามารถประสบความสำเร็จได้ในบั้นปลายของชีวิต การเตรียมความพร้อมจะช่วยให้เราทุ่มลงทุนชีวิตในสิ่งที่คิดว่าคุ้มค่ามากที่สุด ผู้คนมักจะคิดว่าวัยสูงอายุมีแต่ “อดีต” ไม่มี “อนาคต” จึงละเลยการกำหนดอนาคตในวัยบั้นปลายชีวิตไว้ตั้งแต่วัยหนุ่มสาว ช่วงวัยสูงอายุเป็นช่วงที่มีความสำคัญมากที่สุดช่วงวัยหนึ่ง กล่าวคือ บุคคลต้องอยู่ในวัยนี้นานถึง 10 - 20 ปี หรือมากกว่านั้น จึงนับว่าเป็นช่วงชีวิตที่มีอนาคตที่ต้องมองไปข้างหน้าไม่ใช่มองย้อนหลัง ดังนั้นผู้ที่ขาดการวางแผนและเตรียมพร้อมเข้าสู่วัยนี้อย่างรอบคอบ รัดกุม จึงมักไม่สามารถปรับตัว หรือใช้ชีวิตอย่างมีความสุขและคุ้มค่าได้อย่างแท้จริง (เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ 2543 อ้างถึงใน ภทรพร อ่อนใสว. 2544 : 53)

การเป็นผู้สูงอายุที่สามารถใช้ชีวิตอยู่ในช่วงบั้นปลาย 10 - 20 หรือ 30ปี ได้อย่างมีความสุขและคุ้มค่า เราจำเป็นต้องเตรียมความพร้อม 4 ด้านหลัก คือ

- ด้านที่ 1 เตรียมจิตใจ
- ด้านที่ 2 เตรียมร่างกาย
- ด้านที่ 3 เตรียมที่อยู่อาศัย
- ด้านที่ 4 เตรียมเศรษฐกิจ

นอกจากนี้ยังหมายถึง การเตรียมสัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวญาติพี่น้อง การเตรียมกลุ่มเพื่อน เตรียมกิจกรรมร่วมกันและการเตรียมเครือข่าย ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุก็จะเป็นแนวทางหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลได้พัฒนาตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป เพราะการเริ่มต้นที่ตัวบุคคลในการที่จะรับผิดชอบตนเองให้ดีก่อนยอมช่วยแบ่งเบาภาระของผู้อื่นหรือสังคมของลูกหลานในอนาคต ทั้งนี้ยังช่วยพัฒนาประเทศชาติให้มีแต่ประชากรที่มีศักยภาพ สามารถพึ่งตนเองได้อย่าง

เข้มแข็ง ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน โดยเฉพาะผู้สูงอายุจะมีบันปลายชีวิตที่มีความสุขหลังจากที่ได้เรียนรู้การเตรียมความพร้อม เป็นการป้องกันปัญหาในระยะยาวที่อาจเกิดขึ้น หากมีแบบแผนชีวิตที่ลดความเสี่ยงจากภาวะโรคภัยไข้เจ็บ และภาวะการมีชีวิตรอดอยู่ตามลำพัง โดยเพิ่มกิจกรรมที่เกิดประโยชน์ต่อตนเองมากที่สุดและดีที่สุด ย่อมจะช่วยให้ชีวิตของบุคคลที่มีการเตรียมความพร้อมอยู่ตลอดเวลานั้น ประสบความสำเร็จและมีความสุขอย่างถาวร

การเปลี่ยนแปลงประชากรและสังคมจากอดีตสู่ปัจจุบัน มีผลกระทบเป็นอย่างมากต่อประชากรที่อยู่ในช่วงวัยสูงอายุในประเทศไทย ทั้งด้านคุณภาพและปริมาณ เน้นการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศเป็นเป้าหมายสำคัญของการพัฒนา ทำให้วิถีชีวิตของคนไทยส่วนใหญ่มูลค่าของผู้สูงอายุก็ลดลง บุตรหลานที่เป็นสมาชิกใหม่ของครอบครัวต้องหางานออกที่จะมีรายได้เลี้ยงตนเอง ด้วยการย้ายบ้านหรือถิ่นฐานที่อยู่ไปทำงานที่อื่น ประชากรวัยแรงงานที่อยู่ในชนบทมีการย้ายถิ่นที่อยู่ไปทำงานที่อื่น คนในเมืองต้องแยกครอบครัว เนื่องจากข้อจำกัดเรื่องที่อยู่อาศัย ต้องหาเลี้ยงชีพ ผู้สูงอายุจำนวนมากไม่มีบุตรหลานอยู่ด้วยที่จะช่วยดูแล และช่วยชดเชยองค์ขาดเป็นเหตุผลประการหนึ่งที่ทำให้สถานภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบันตกต่ำ สถานการณ์นี้รุนแรงขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุในยุคเศรษฐกิจถดถอย

โครงสร้างของครอบครัวไทย ได้มีการเปลี่ยนแปลงไปจากอดีตอย่างชัดเจน ไม่ว่าจะโดยสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงสภาพสังคมเศรษฐกิจหรือผลกระทบจากนโยบายการวางแผนครอบครัว โครงสร้างของครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไปที่สำคัญ ได้แก่

1. โครงสร้างครอบครัวขนาดใหญ่มีส่วนลดลงจากในอดีต ลักษณะครอบครัวเดี่ยวมีสัดส่วนสูงขึ้นในอดีต แต่ละครอบครัวจะมีสมาชิกจำนวนมากทั้งเกิดจากการที่มีผู้อยู่อาศัยร่วมกันหลายชั่วอายุคนตามลักษณะครอบครัวขยาย หรือครอบครัวคอกัน และการที่สามีภรรยาให้กำเนิดบุตรหลายคน ซึ่งในปัจจุบันเนื่องจากความนิยมการมีครอบครัวเดี่ยวหลังแต่งงานของหนุ่มสาว จึงนิยมที่จะแยกตัวออกมาตั้งบ้านเรือนต่างหาก ครอบครัวชนิดนี้จะอยู่ห่างไกลจากผู้สูงอายุในครอบครัวเดิม โดยปริยาย ลูกที่เกิดในครอบครัวเดี่ยวจะขาดการดูแลโดยญาติผู้ใหญ่ เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย หรือแม่แต่ ลุง ป้า น้า อา ฯลฯ ลักษณะครอบครัวเดี่ยวเป็นครอบครัวสมัยใหม่ ขนาดครอบครัวเดิมจึงเล็กลง ซึ่งการที่สมาชิกในครอบครัวมีน้อย รวมทั้งสภาพการดิ้นรนทางเศรษฐกิจในสังคมปัจจุบัน ที่ทำให้คนต้องออกไปต่อสู้กับภาระกิจการงานนอกบ้านมาก ผู้สูงอายุในครอบครัวจึงมีโอกาสดูทอดทิ้ง หรือละเลยที่จะได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างมากเช่นกัน

2. มีครอบครัวที่ผู้สูงอายุอยู่อย่างโดดเดี่ยวมากขึ้น การอยู่อย่างโดดเดี่ยวมีทั้งลักษณะ มีเฉพาะผู้สูงอายุสามี-ภรรยา ซึ่งบุตรแยกตัวออกไป หรือผู้สูงอายุชายหรือหญิงอยู่อย่างโดดเดี่ยว เนื่องจากอัตราส่วนการอยู่เป็นโสดของประชากรสูงขึ้น โดยเฉพาะเพศหญิง (ฟิลิปส์ เกสต์ และ จูเอียนทาน อ้างถึงใน ขวัญรัก สุขสมหทัย. 2540 : 4) และจากความก้าวหน้าของวิทยาการด้าน สุขภาพประชาชนอายุยืนขึ้น ผู้สูงอายุจึงมีชีวิตในโลกนี้ยาวนานขึ้นด้วย

สัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวมีแนวโน้มที่ จะทำให้ผู้สูงอายุต้องตกอยู่ในสภาวะลำบากบางประการ กล่าวคือ จากสภาวะการณที่เปลี่ยนแปลง อย่างรวดเร็ว ทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม และจำนวนผู้สูงอายุมีมากขึ้น ตลอดจนค่านิยมของสังคม ที่จำกัดบทบาทของผู้สูงอายุไว้เพียง การไปวัดฟังเทศน์ ช่วยดูแลบ้านและเลี้ยงหลาน โดยการมองข้ามคุณค่า บทบาท และประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ได้สะสมมาตลอดชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความรู้ ทางด้านวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี คุณธรรมและจริยธรรม หากพิจารณาผู้สูงอายุว่ายังมี ศักยภาพที่จะถ่ายทอดความรู้ ความสามารถอย่างเหมาะสม และนำศักยภาพผู้สูงอายุนำมาใช้ให้เป็น ประโยชน์ก็จะเป็นการเพิ่มบทบาทในตนเองของผู้สูงอายุ ต่อครอบครัว ชุมชน และสังคม แม้ว่า จะมีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องพึ่งการช่วยเหลือจากสังคม ก็เป็นเพียงบางส่วน ผลการ ศึกษาในโครงการสุขภาพศึกษาของสถาบันวิจัยสังคมมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ชี้ให้เห็นชัดว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีศักยภาพ มีความสามารถในการที่จะทำงาน หรือมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ทางสังคมอีกด้วย (เกริกศักดิ์ บุญญานพวงศ์ 2537 อ้างถึงใน จนัยพร สุรมินิจกุล. 2544 : 4)

กรุงเทพมหานคร เป็นศูนย์กลางของกิจกรรม และสถาบันสำคัญต่างๆของชาติ เป็นศูนย์กลาง ของการบริหาร การคมนาคม การศึกษา การเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ เป็นศูนย์กลาง ของอุตสาหกรรมและพาณิชยกรรมของประเทศ กรุงเทพมหานครจึงเปรียบเสมือนเป็นหัวใจหรือ ศูนย์กลางของประเทศ จึงเป็นมูลเหตุหนึ่งในการจูงใจประชากรให้อพยพจากชนบทและจังหวัด อื่นๆ เข้ามาศึกษาหรือหางานทำในกรุงเทพมหานคร ทำให้เกิดความแออัดคับคั่งจำนวนประชากร สูงขึ้นอย่างรวดเร็วเกินขีดความสามารถของรัฐที่จะให้บริการในด้านต่างๆอย่างทั่วถึงและเพียงพอ ประชากรที่ขาดงานจึงจำเป็นต้องอาศัยในที่ที่มีสภาพความเป็นอยู่ต่ำกว่ามาตรฐานที่สมควรจะเป็น ที่อยู่อาศัย จึงทำให้เกิดชุมชนแออัดขึ้น

กลุ่มผู้สูงอายุที่ผู้ศึกษาสนใจจะศึกษาเป็นกลุ่มที่อยู่ในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งประชากรชุมชนของกรุงเทพมหานครมีทั้งสิ้น 1,469,198 คน โดยชุมชนแออัดมีประชากรมากที่สุดคือ 760,819 คน แบ่งเป็นเพศชาย 364,704 คน เพศหญิง 3396,115 คน รองลงมาคือ ชุมชน หมู่บ้านจัดสรรมีประชากรรวม 282,464 คน แบ่งเป็น เพศชาย 133,658 คน เพศหญิง 148,806 คน

ชุมชนชานเมืองมีประชากรรวม 166,727 คน แบ่งเป็น เพศชาย 80,095 คน เพศหญิง 86,632 คน  
 ชุมชนเมืองมีประชากรรวม 145,830 คน แบ่งเป็น เพศชาย 70,089 คน เพศหญิง 75,741 คน  
 เกษะชุมชนมีจำนวนประชากรน้อยที่สุด คือ 113,358 คน แบ่งเป็น เพศชาย 55,857 คน เพศหญิง  
 57,501 คน

จำนวนหลังคาเรือน ชุมชนแออัด มีจำนวนหลังคาเรือนและจำนวนครัวเรือนมากที่สุด คือ  
 129,451 หลังคาเรือน 186,370 ครัวเรือน รองลงมา คือ ชุมชนบ้านจัดสรร 66,556 หลังคาเรือน  
 69,047 ครัวเรือน ชุมชนเมืองมี 29,614 หลังคาเรือน 40,434 ครัวเรือน ชุมชนชานเมืองมี 29,614  
 หลังคาเรือน 40,217 ครัวเรือน และเกษะชุมชน มีจำนวนหลังคาเรือนและครัวเรือนน้อยที่สุด คือ  
 28,331 หลังคาเรือน 29,508 ครัวเรือน ซึ่งมีรายละเอียด ดังตารางที่ 1.2

ตารางที่ 1.2

จำนวนชุมชนจำแนกตามประเภทชุมชนประชากร และหลังคาเรือน

ประเภทชุมชน	จำนวน ชุมชน	จำนวนประชากร			จำนวน ครัวเรือน	จำนวน หลังคาเรือน
		ชาย	หญิง	รวม		
เกษะชุมชน	70	55,857	57,501	113,358	29,508	28,331
ชุมชนบ้านจัดสรร	243	133,658	148,806	282,464	69,047	66,556
ชุมชนชานเมือง	327	80,095	86,632	166,727	40,217	29,614
ชุมชนเมือง	168	70,089	75,741	145,830	40,434	29,614
ชุมชนแออัด	796	364,704	369,115	760,819	186,370	129,451
รวม	1,604	704,403	764,795	1,469,198	365,576	283,566

จากการสำรวจชุมชนในกรุงเทพมหานครซึ่งมีทั้งสิ้น 1,604 ชุมชน พบว่า ชุมชนแออัดมีจำนวนมากที่สุด คือ 796 ชุมชน (กรุงเทพมหานคร. 2544 : 7) และในกรุงเทพมหานครมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากถึง 464,567 คน แบ่งเป็นเพศชาย 197,992 คน เพศหญิง 266,575 คน (ข้อมูลจากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2544)

การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุไม่เพียงแต่เพิ่มในมิติของปริมาณเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการเพิ่มภาระที่สังคมต้องรับผิดชอบดูแลช่วยเหลือแก่ประชาชนในกลุ่มนี้ ทั้งนี้ เพราะร่างกายของผู้สูงอายุจะมีสภาพเสื่อมถอยเกิดขึ้น การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายลดลงความคล่องแคล่วกระฉับกระเฉงก็ลดลงตามไปด้วย ทำให้ผู้สูงอายุเผชิญกับปัญหาในการดำเนินชีวิตหลายด้าน ได้แก่ ปัญหาสุขภาพซึ่งหมายความถึงปัญหาสุขภาพทางกายและปัญหาสุขภาพทางจิตใจ จากการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุของสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2539 พบว่า ผู้สูงอายุจะเผชิญปัญหาสุขภาพที่เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังเกือบทั้งหมด โดยส่วนใหญ่เผชิญกับโรคเกี่ยวกับ กล้ามเนื้อเอ็นและกระดูก รองลงมา เป็นโรคกระเพาะอาหาร โรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. 2542 : 1)

สถานการณ์และแนวโน้มในแผนพัฒนาสุขภาพ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545 - 2549) แนวคิดในการปฏิรูประบบสุขภาพที่เปลี่ยนแนวคิดจากการเน้นเรื่องสุขภาพเสีย (Ill Health) มาสนใจในเรื่องสุขภาพดี (Good Health) (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข 2543. อ้างถึงใน มนัสศรี ไพบุลย์ศิริ. 2545 : 1) ซึ่งการปฏิรูประบบสุขภาพได้มุ่งเน้นการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน โดยสนับสนุนทางการศึกษาให้บุคคลมีความรู้ กำนियมและทักษะที่จำเป็นทางด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้ ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพในแนวใหม่จึงดูเหมือนจะเป็นทั้งกลยุทธ์และเป้าหมายสำคัญในการแก้ปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบันจากสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้น

ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นผู้หนึ่งที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ จึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนทางและกำหนดนโยบาย วางแผนงาน นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนต่อไป



## 1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาลักษณะการเตรียมตัวของผู้สูงอายุ
2. ศึกษาการมองเห็นคุณค่าตนเองของผู้สูงอายุ
3. ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ
4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

## 1.3 ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรในการศึกษาคั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในชุมชนแออัดเขตกรุงเทพมหานคร

## 1.4 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และหน้าที่การงานทางสังคม องค์การอนามัยโลก ระบุถึงเกณฑ์อายุของผู้สูงอายุแบ่งตามวัยได้ 3 ระดับ ดังนี้

- |              |                        |
|--------------|------------------------|
| 1.ผู้สูงอายุ | มีอายุระหว่าง 60-74 ปี |
| 2.คนชรา      | มีอายุระหว่าง 75-90 ปี |
| 3.คนชรามาก   | มีอายุ 90 ปี ขึ้นไป    |

การเห็นคุณค่าในตนเอง สำหรับในการศึกษาคั้งนี้ หมายถึง การที่บุคคลนั้นมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่ได้กระทำให้สิ่งหนึ่งสิ่งใดได้สำเร็จ และมีความนับถือตนเองมีความพอใจได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่นในสังคม มีทั้งหมด 4 ด้าน คือ 1) ความรู้สึกต่อร่างกายตนเอง 2) ความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับบุคคลอื่น 3) ความสำเร็จของตนเอง และ 4) ความเชื่อมั่นในตนเอง

การเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ หมายถึง การเตรียมวางแผนเข้าสู่วัยสูงอายุโดยการเตรียมการ 4 ด้านหลัก คือ 1) เตรียมจิตใจ 2) เตรียมร่างกาย 3) เตรียมที่อยู่อาศัย และ 4) เตรียมเศรษฐกิจ นอกจากนี้ยังหมายถึง การเตรียมเกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพกับสิ่งแวดล้อมรอบตัว ญาติพี่น้อง การเตรียมกลุ่มเพื่อน เตรียมกิจกรรมร่วมกัน และการเตรียมเครือข่ายก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง บุคคลโดยทั่วไปในภาวะปกติจะมีการปฏิบัติหรือการกระทำกิจกรรมต่างๆ ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคและเพื่อส่งเสริมสุขภาพ แบ่งลักษณะพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 ลักษณะ คือ 1) พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค 2) พฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย และ 3) พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย

ชุมชนแออัด หมายถึง ชุมชนส่วนใหญ่ที่มีอาคารหนาแน่น ไร้ระเบียบและชำรุดทรุดโทรม ประชาชนอยู่อย่างแออัด มีสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสมอันอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัยและความปลอดภัยของผู้อยู่อาศัย โดยให้ถือเกณฑ์ความหนาแน่นของบ้านเรือนอย่างน้อย 15 หลังคาเรือนต่อพื้นที่ 1 ไร่

### 1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย

1. ทราบถึงการเตรียมตัวของผู้สูงอายุ
2. ทราบถึงการมองเห็นคุณค่าตนเองของผู้สูงอายุ
3. ทราบถึงพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ
4. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและกำหนดนโยบายวางแผนงานที่สอดคล้องและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ
5. เป็นประโยชน์กับหน่วยงานและบุคคลที่ปฏิบัติงานกับผู้สูงอายุและผู้ที่เกี่ยวข้องศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

## 1.6 สมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

สมมติฐานที่ 2 การเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ ได้แก่ ด้านจิตใจ ด้านร่างกาย ด้านที่อยู่อาศัย ด้านเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

สมมติฐานที่ 3 การมองเห็นคุณค่าตนเอง ได้แก่ ความรู้สึกต่อร่างกายตนเอง ความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับบุคคลอื่น ความสำเร็จของตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ