

บทที่ 1

บทนำ



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กรุงเทพมหานคร เป็นเมืองหลวงซึ่งเป็นศูนย์กลางความเจริญด้านต่างๆ ของประเทศ รวมทั้งมีการบริการพื้นฐานทางสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในมาตรฐานที่สูงกว่าเมืองอื่นๆ สถิติประชากรจากสำนักทะเบียนกลาง กรมการปกครอง วันที่ 31 ธันวาคม 2539 คาดว่าปัจจุบันมีประชาชนอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครประมาณ 6 ล้านคน และยังเป็นปัจจัยจูงใจดึงดูดให้ประชาชนจากต่างจังหวัดอพยพเคลื่อนย้ายแรงงานจากชนบทเข้าสู่เมืองอยู่ตลอดเวลา และอย่างต่อเนื่อง ทำให้ส่งผลโดยตรงต่อสภาวะแวดล้อม เกิดปัญหาความแออัด โดยมีชุมชนแออัดเกิดขึ้นไม่น้อยกว่า 1,000 ชุมชน มีประชาชนอาศัยอยู่ในพื้นที่ชุมชนแออัดร้อยละ 25 (ศูนย์ประสานงานพัฒนาชุมชนกรุงเทพมหานคร สำนักสวัสดิการสังคม กทม. , 2533) จึงมีปัญหาเกิดขึ้นอย่างมากมาย ทั้งปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และการบริการสาธารณสุขโรคต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชนในชุมชนแออัดที่มักจะมีปัญหาต่างๆ หลายด้าน ซึ่งปัญหาต่างๆ เหล่านี้จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่อยู่อาศัยในชุมชนแออัด

การกระจายประชากรในอายุต่างๆ ของประเทศไทย ได้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในช่วงที่ผ่านมา การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญก็คือ การลดลงของสัดส่วนประชากรวัยเด็ก และการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนประชากรสูงอายุเมื่อเทียบกับประชากรวัยทำงาน ทั้งนี้เป็นผลมาจากนโยบายประชากรของชาติที่มุ่งลดอัตราการเพิ่มของประชากร ทำให้ผู้เกิดใหม่มีจำนวนน้อยลง ในขณะเดียวกันการพัฒนาทางด้านสุขภาพและการสาธารณสุข ทำให้ประชากรมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวขึ้นส่งผลให้มีจำนวนประชากรในวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น จากรายงานการศึกษาวิจัยของสหประชาชาติพบว่า แนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุในปี 2543 นั้น เป็นชาวเอเชียจำนวนมากถึง 280 ล้านคน (อ้างถึงในจรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ, 2533: 5) สำหรับโครงสร้างของประชากรไทยพบว่า ประชากรสูงอายุในประเทศไทยจะมีอัตราการเพิ่ม ที่สูงกว่าอัตราการเพิ่มของประชากรโดยรวม ซึ่งจะทำให้จำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างมากในอีก 20-30 ปีข้างหน้า กล่าวคือ จะเพิ่มจากประมาณ 4 ล้านคนในปัจจุบัน เป็นประมาณกว่า 10 ล้านคน ในปี 2563 (นภาพร ชัยวรรณ, 2538: 49) ซึ่งเป็นไปตามแนวโน้มของประเทศที่กำลังพัฒนาทั่วโลก

ในสภาพเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยในปัจจุบันที่พัฒนาจากสังคมเกษตรกรรมมาเป็นสังคมอุตสาหกรรมและเทคโนโลยี การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้โครงสร้างของครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคมเปลี่ยนแปลงไปด้วย คือ มีการเคลื่อนย้ายของแรงงาน ชีวิตประจำวันของคนผูกพันกับการหาเลี้ยงชีพมากขึ้น เพื่อสร้างฐานะและความก้าวหน้าในอนาคต นอกจากนี้โครงสร้างของครอบครัวคนไทยในปัจจุบันได้เปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยาย ซึ่งมีคนมากกว่า 2 รุ่น ตั้งแต่รุ่นปู่ย่า ตายาย รุ่นพ่อแม่ รุ่นลูก รุ่นหลานเป็นต้น มาเป็นครอบครัวเดี่ยว ซึ่งมีคนอย่างมากเพียง 2 รุ่น คือ รุ่นพ่อแม่ และรุ่นลูก หนุ่มสาวที่เริ่มต้นชีวิตครอบครัวก็มักออกไปตั้งครอบครัวใหม่กลายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุโดยตรงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ในปัจจุบัน สถาบันของครอบครัวมีแนวโน้มไปในทางที่เสื่อมคลาย จะเป็นด้วยเราไม่ค่อยตระหนักถึงความสำคัญของบ้านและครอบครัว หรือจะเป็นเพราะภาวะแวดล้อม สภาพเศรษฐกิจ สังคมบีบคั้น เร่งรัดเรามากจนเกินไปก็ได้ จึงทำให้เราให้ความสำคัญของครอบครัวน้อยลง เวลาที่มีให้แก่กันน้อยลง พูดคุยกันน้อยลง ให้จิตใจให้ความสนใจกันน้อยลง มีความรักและเมตตาปราณีกันน้อยลง ซึ่งยังผลให้เกิดสภาพอึมครึม อึดอัด ชัดแย้ง หงุดหงิด คับข้องใจภายในครอบครัวมากขึ้น (อัมพล สุอำพัน, 2539: 4) ในผู้สูงอายุ ภาพของผู้สูงอายุไทยที่เคยเป็นที่เคารพนับถือและเชื่อถือของบุคคลในสังคม เป็นผู้ที่ทำให้ทุกอย่างแก่ลูกหลาน มีสถานภาพทางสังคมค่อนข้างสูง ล้วนเป็นสิ่งที่สร้างความภาคภูมิใจให้แก่ผู้สูงอายุ แต่บทบาทเหล่านี้กำลังจะหมดไป ผู้สูงอายุกลับกลายเป็นผู้ถูกระงับ ตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงในครอบครัว ผู้สูงอายุในสังคมไทยจำนวนไม่น้อยที่ตกเป็นเหยื่อที่ซ่อนเงิบสนิทอยู่ ทำให้สังคมไทยระดับล่างสุด หรือผู้อยู่อาศัยในชุมชนแออัด กำลังมีครอบครัวที่เปราะบาง เพราะต้องพบกับปัญหาต่างๆ หลายด้าน สภาพความเป็นอยู่ทั้งกายภาพและสังคมเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจตลอดเวลา นอกจากนี้ ปรีชา อุปโยคิน (2538: 24) กล่าวว่า ความรุนแรงในครอบครัว ซึ่งยังเป็นประเด็นทางด้านการศึกษา คุณภาพชีวิตทางร่างกายและจิตใจของผู้ถูกระงับ เป็นปัญหาทางสังคม และการทำผิดกฎหมาย ซึ่งผู้ถูกระงับส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง เด็ก และผู้สูงอายุ ดังนั้นการคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนระดับล่าง หรือในชุมชนแออัด จึงเป็นที่น่าสนใจ เพราะผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในชุมชนแออัด ซึ่งมีประชากรหนาแน่น คิดเป็นร้อยละ 25 ของประชากรเมืองหลวง (สำนักสวัสดิการสังคม กทม., 2533)

จากการศึกษาของสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่าผู้สูงอายุเกือบครึ่ง (41%) มีสภาวะสุขภาพไม่ดี มีผู้สูงอายุถึง 8% ที่มีเหตุจำเป็นเมื่อเจ็บป่วยแล้วไม่ไปรับการรักษาจากที่ใดเลย และจากการศึกษาของบรรลุ ศิริพานิช และคณะ พบว่าผู้สูงอายุไทยอายุระหว่าง 70-74 ปี มีภาวะจิตเสื่อมถึง 56.6% จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุไทยจำนวนไม่น้อยที่ไม่ได้ร่ำรวย มีสุขภาพอ่อนแอ ต้องพึ่งพาอาศัยลูกหลานทั้งทางเศรษฐกิจ ทางกาย และทางจิตใจ (ไข่มุกข์ มลิตทอง, 2539: 23-29) จากผลการวิจัยของโครงการศึกษาผลกระทบทาง

เศรษฐกิจ สังคม และประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยปี 2538 พบว่า ปัญหาที่ผู้สูงอายุไทยประสบภัยที่สุด ได้แก่ ปัญหาทางเศรษฐกิจและสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริการสาธารณสุขของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วย แต่จากการศึกษาของรุจิรา มังคละศิริ (2538: 35) ที่กล่าวไว้ว่า ถึงแม้การบริการสาธารณสุขจะมีความก้าวหน้าอย่างมาก แต่ก็ยังมีกลุ่มประชากรบางส่วน หรือบางชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชุมชนแออัดเขตเมืองที่ไม่ได้รับการบริการดังกล่าว ระบบประกันสังคมของประเทศไทยเองก็ยังไม่ได้ขยายความครอบคลุมไปถึงผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์เหมือนเช่นประเทศที่พัฒนาแล้ว การดูแลผู้สูงอายุในภาวะปกติจึงต้องอาศัยกลไกของครอบครัว ที่จะช่วยประคับประคองให้ผู้สูงอายุมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข และเมื่อเจ็บไข้ได้ป่วยก็อาศัยบทบาทของครอบครัว ซึ่งมักได้แก่ คู่สมรส บุตร หลาน ญาติ พี่ น้อง มาเป็นผู้ดูแล จึงอาจกล่าวได้ว่า ครอบครัวมีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุในชุมชนแออัด

Zhan (1992: 979) กล่าวว่าคุณภาพชีวิต คือระดับความพึงพอใจ ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล Dean (1985: 98) ได้รายงานไว้ว่า คำที่มีความหมายเดียวกับคุณภาพชีวิตมีหลายคำ ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ ความสุข การปรับตัว ชีวิตที่มีคุณค่า ชีวิตที่มีความหมาย และภาวะหน้าที่ของบุคคล นอกจากนี้ คณะกรรมการประสานงานโครงการปිරณรงค์คุณภาพชีวิตของประชาชนในชาติ (กระทรวงสาธารณสุข, 2529) ให้ความหมายว่า เป็นการดำรงชีวิตของมนุษย์ในระดับที่เหมาะสมตามความจำเป็นพื้นฐานในสังคม ตามสภาพปัญหา ค่านิยมโครงสร้าง และประสบการณ์ความรู้ องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตจึงย่อมแตกต่างกันไปตามไปด้วย

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมีพื้นฐานมาจากความต้องการของมนุษย์ การที่ผู้สูงอายุในชุมชนแออัดจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ต้องเป็นบุคคลที่มีลักษณะครอบคลุมองค์ประกอบ 5 ด้าน คือ การมีความสุขในการดำเนินชีวิต มีความตั้งใจและอดทนต่อชีวิต การรู้สึกประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ มีอัตมโนคติ ระดับอารมณ์ Flynn and Frantz (1987: 159) เสนอหลักในการประเมินคุณภาพชีวิต 2 ประเด็นคือ ประเมินในเชิงจิตวิสัย และประเมินในเชิงจิตวิสัย ซึ่งการประเมินคุณภาพชีวิต Withney (1985 cited in Somchit Hanucharurnkul, 1988: 35) กล่าวว่า บุคคลสามารถสรุปคุณภาพชีวิตทั้งหมดโดยยึดการมองความปกติสุขของเขา อันเป็นการสะท้อนทางวิสัยของความจริงที่เขาประสบอยู่ และการประเมินโดยพิจารณาว่า คุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างหลายมิติ การศึกษาวิจัยตามแนวการประเมินนี้ก็เพื่ออธิบายถึง ความสุข ความพึงพอใจ และความปกติสุขทางด้านจิตใจ พบว่า การจัดอันดับความสุข (Happiness Rating) ของตนเอง เป็นการวัดทางจิตวิสัยของการปรับตัวที่เชื่อถือได้

ทางรัฐบาลได้วางแผนระยะยาว 20 ปี (พ.ศ. 2525-2544) สำหรับผู้สูงอายุเพื่อใช้เป็นแผนแม่บทสำหรับองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยมีนโยบายที่จะป้องกัน และแก้ไขปัญหาต่างๆของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ที่เน้นด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ หัวข้อหนึ่งที่น่ามาเป็นข้อเสนอในการประมวลผลการประชุมกลุ่มย่อยของการสัมมนาในขั้นต้น ในเรื่องของสังคมไทยที่พึงปรารถนาควรเป็นสังคมที่มีความอบอุ่นในระดับครอบครัว ตลอดจนถึงสังคมส่วนรวม เพราะคนเป็นจุดหมายหลักของการพัฒนา โดยสรุปปรัชญาสั้น ๆ ไว้ว่า ‘การพัฒนาประเทศคือพัฒนาคน’ (ไช่มุ๊ก มลิตอง, 2539: 28) ครอบครัวและชุมชนถูกจัดไว้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาสภาพแวดล้อมของสังคม ให้ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาคน (ชาย โพธิ์สิตา, 2540: 3)

ดังนั้นครอบครัวซึ่งถือเป็นสถาบันเบ็ดเสร็จ เป็นศูนย์กลางของกิจกรรมทั้งปวง รวมทั้งการให้สวัสดิการแก่ผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข จึงเปรียบเสมือนเป็นรากฐานของการพัฒนาคนแบบยั่งยืน และอย่างจริงจังเป็นที่สุด โดยเฉพาะบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ที่บุคคลในครอบครัวควรจัดให้แก่ผู้สูงอายุนั้น เป็นการดูแลที่จะตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทั้งทางด้านสรีรวิทยา ด้านอัตมโนคติ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านความสัมพันธ์ซึ่งพาระหว่างกัน ด้วยความกตัญญูตามหลักพุทธศาสนา เรื่องที่ศ 6 ซึ่งถือว่า บิดา มารดา เป็นมงคลชีวิตประการหนึ่ง เมื่อท่านแก่ชราต้องเลี้ยงดูท่าน และเพื่อเป็นการส่งเสริมความมั่นคงของสถาบันครอบครัวต่อไป

Lucille and Sister Rose (1978 อ้างถึงใน วราภรณ์ แสงวัชร, 2537: 6) กล่าวไว้ว่า ครอบครัวจะเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมอันดับแรกสำหรับผู้สูงอายุไทยเห็นความสำคัญ เมื่อมีปัญหาหรือความทุกข์ต้องการความช่วยเหลือ ดังนั้นหากสัมพันธ์ภาพในครอบครัวเป็นไปด้วยดีผู้สูงอายุได้รับการอุปถัมภ์จากครอบครัว ญาติพี่น้อง ทั้งด้านสรีรวิทยา ด้านอัตมโนคติ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านความสัมพันธ์ซึ่งพาระหว่างกัน อย่างเพียงพอ สม่่าเสมอ ต่อเนื่องและสอดคล้องกับความพอใจของผู้สูงอายุด้วยแล้ว อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุได้ต่อไป

การวิจัยนี้จึงมุ่งที่จะศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การอุปถัมภ์จากครอบครัว และการบริการสุขภาพในชุมชน กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อชี้ให้เห็นถึงความเป็นจริงของชีวิตในแง่มุมหนึ่ง ซึ่งจะเอื้อต่อการพัฒนาในการที่ผู้สูงอายุในชุมชนแออัด ได้รับการอุปถัมภ์จากครอบครัว และมีบริการทางด้านสุขภาพโดยถ้วนหน้า อันจะช่วยให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนไทยเป็นไปอย่างครบวงจร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนแออัด เขตกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การทำงานเพื่อการเลี้ยงชีพ สุขภาพอนามัย กรรณสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย การมีส่วนร่วมในชุมชน ลักษณะครอบครัว การอุปถัมภ์จากครอบครัว 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสรีรวิทยา ด้านอัตมโนคติ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านความสัมพันธ์พึ่งพาระหว่างกัน และการบริการสุขภาพในชุมชน กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนแออัด เขตกรุงเทพมหานคร
3. เพื่อศึกษาตัวแปรที่ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนแออัด เขตกรุงเทพมหานคร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ด้วยเหตุผลที่วัยสูงอายุ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางที่เสื่อมถอย เป็นผลให้ผู้สูงอายุประสบปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ธรรมชาติจึงได้เปลี่ยนบทบาทของผู้สูงอายุจากการเป็นผู้ให้ มากลายเป็นผู้รับ ความรับผิดชอบทางสังคมที่มีต่อผู้สูงอายุ อาจพิจารณาได้จากความรับผิดชอบทางสังคมระดับครอบครัว สถาบันครอบครัว ถือเป็นระบบย่อยที่สำคัญยิ่งต่อสังคม ควรดำรงไว้ซึ่งวัฒนธรรมในการดูแลผู้สูงอายุ ให้ได้รับความช่วยเหลือ ให้ความรัก และความเข้าใจ รวมทั้งการยกย่องนับถือผู้สูงอายุในครอบครัว โดยควรตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทั้งทางด้านสรีรวิทยา ด้านอัตมโนคติ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านความสัมพันธ์พึ่งพาระหว่างกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีชีวิตอยู่รอดที่ยืนยาวขึ้น และการอยู่รอดนั้นต้องมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตด้วย ดังเช่น การศึกษาของ นิสา ชูโต (2525: 4-1) เรื่องคนชราไทย พบว่า ครอบครัวและบุตรมีบทบาทสำคัญในชีวิตของคนชรา คนชราส่วนใหญ่ ร้อยละ 90 อยู่ร่วมกับคู่สมรสหรือครอบครัวที่เป็นลูก หลาน การที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ร่วมกับบุตร หลาน หรือ คู่สมรส ญาติพี่น้องทำให้ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน มีบทบาทเป็นที่ปรึกษาของครอบครัว

การเลี้ยงดู และดูแลผู้สูงอายุในสมัยโบราณไม่เป็นภาระมากนักสำหรับครอบครัวซึ่งมีลูก และหลานอยู่ร่วมกัน แต่ปัจจุบันการดำรงชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ประกอบกับมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น และสัดส่วนประชากรวัยสูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่สัดส่วนประชากรวัยทำงานลดลง ภาระในการเลี้ยงดูผู้สูงอายุจึงเพิ่มขึ้น เกิดผลกระทบต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างเห็นได้ชัด

ด้านการบริการสุขภาพในชุมชนจากการศึกษาของ มาลินี วงษ์สิทธิ์และคณะ (2539: 206) พบว่า ผู้สูงอายุให้ความสำคัญต่อเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยเป็นสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง โดยต้องการรับบริการทางด้านการตรวจสุขภาพ การรักษาพยาบาล เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีได้

นอกจากนี้ความแตกต่างของลักษณะภายในของแต่ละบุคคล เป็นอีกส่วนหนึ่งที่จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อาทิเช่น

เพศ ที่เป็นตัวกำหนดความแตกต่างของบุคคลในสังคม ในสังคมไทยกำหนดค่าและบทบาทของเพศชายให้เป็นผู้นำ เพศหญิงให้เป็นผู้ตาม ให้ความเคารพในการเป็นผู้นำของฝ่ายชาย ซึ่งจะทำให้เพศชายมองตนเองมีคุณค่ามากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับเพศหญิง ซึ่งตรงกับการศึกษาของ ฉันทนา กาญจนพณี (2530: 48) ที่พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีอัตมโนทัศน์ทางบวกสูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง

อายุ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีระดับการพึ่งพาผู้อื่นสูงขึ้น (Hanlon and Pickett, 1980: 433 - 434) การพึ่งพาผู้อื่นจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็นภาระต่อครอบครัว หรือสังคม ย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วย

ระดับการศึกษา เป็นพื้นฐานสำคัญของการมีงานทำที่ดีและมีรายได้ ก่อให้เกิดความพอใจ สุขใจ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สอิ่ง ขวรางกูร (2538: 83) กล่าวว่า การศึกษาและอาชีพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

สถานภาพสมรส ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสอยู่ด้วยจะมีคู่คิด ไม่รู้สึกเหงา โดดเดี่ยว ว่าเหว นอกจากนั้น คู่สมรสจะยังเป็นผู้คอยดูแล ช่วยเหลืออุปถัมภ์และให้กำลังใจ เป็นที่ปรึกษาตลอดจนทำให้เกิดความอบอุ่นใจ รู้สึกมั่นคงในชีวิต มีความสุขในชีวิตมากขึ้น (Robert, 1988: 10)

สุขภาพอนามัย เป็นการวัดสถานภาพทางกายภาพคือขอบเขตซึ่งบุคคลสามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ โดยส่งผลต่อความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับคุณค่าของตนเอง (Berbhorn et al, 1981: 335)

จะเห็นได้ว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุนับเป็นปัจจัยอันเป็นตัวกำหนดอย่างสำคัญต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

จากแนวเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล การอุปถัมภ์จากครอบครัว และการบริการสุขภาพในชุมชนมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนแออัด เขตกรุงเทพมหานคร
2. ปัจจัยส่วนบุคคล การอุปถัมภ์จากครอบครัว และการบริการสุขภาพในชุมชนสามารถร่วมกันทำนายความมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด เขตกรุงเทพมหานครได้

ขอบเขตการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุ(อายุ 60 ปีขึ้นไป) ในชุมชนแออัดที่มีขนาดครัวเรือนมากกว่า 500 ครัวเรือนขึ้นไป เขตกรุงเทพมหานคร ที่อาศัยอยู่กับครอบครัว โดยมีบุคคลในครอบครัวซึ่งได้แก่ บุตรหลาน หรือญาติ อย่างน้อย 1 คนอาศัยอยู่ด้วยเป็นประจำ และเป็นผู้สูงอายุที่ยินดีให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ ไม่มีปัญหาในการใช้ภาษาไทย พูดคุยรู้เรื่อง

2. ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย

2.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การทำงานที่มีรายได้ในปัจจุบัน สุขภาพอนามัย กรรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย การมีส่วนร่วมในชุมชน และลักษณะครอบครัว

การอุปถัมภ์จากครอบครัว ประกอบด้วย การอุปถัมภ์จากครอบครัวด้าน สรีรวิทยา การอุปถัมภ์จากครอบครัวด้านอัตมโนคติ การอุปถัมภ์จากครอบครัวด้านบทบาทหน้าที่ การอุปถัมภ์จากครอบครัวด้านความสัมพันธ์พึงพาระหว่างกัน

การบริการสุขภาพในชุมชน

2.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หมายถึง การรับรู้ และความรู้สึกของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผลรวมของการตอบสนองความรู้สึกภายในตัวบุคคล ตามสภาพที่ตนดำรงอยู่ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 5 ด้าน ดังต่อไปนี้ การมีความสุขในการดำเนินชีวิต หมายถึง การรู้สึกว่ามีความสุขในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความกระตือรือร้น มีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม มีความคิดสร้างสรรค์ มีความพอใจในสภาพที่เป็นอยู่ มีความตั้งใจและอดทนต่อชีวิต หมายถึง มีการยอมรับว่าชีวิตมีความหมายและยืนหยัดต่อสู้ปัญหาต่างๆในชีวิตได้ โดยไม่คิดที่จะเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ต่าง ๆ ในอดีตที่เกิดขึ้น และมองว่าปัญหาเหล่านั้นเป็นประสบการณ์ในชีวิต การรู้สึกประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ หมายถึง ความรู้สึกว่าการต้องการหรือเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้บรรลุตามเป้าหมาย มีอัตมโนคติ หมายถึง การรับรู้ว่าคุณภาพกาย จิต และสังคม มีความรู้สึกว่าคุณได้ทำในสิ่งที่ดีที่สุดและปัจจุบันดีกว่าในอดีต เนื่องจากเวลาในปัจจุบัน เป็นเวลาที่ดีที่สุดในที่เคยมีมาก่อน และมีความรู้สึกว่าคุณยังแข็งแรงสามารถพบปะเหตุการณ์ต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น และพร้อมที่จะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้ มีทัศนคติและ

อารมณ์ในทางที่ดี หมายถึง การแสดงออกของระดับอารมณ์ที่แสดงถึงความสุข มีความพอใจ ในเหตุการณ์ปัจจุบัน พอใจที่จะติดต่อกับบุคคลที่มีอายุน้อยกว่า และไม่รู้สึกรำคาญ หรือว่าเหว่ แต่อย่างใด

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ปัจจัยที่ผู้วิจัยเลือกมาศึกษา ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การทำงานเพื่อการเลี้ยงชีพ สุขภาพอนามัย กรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย การมีส่วนร่วมในชุมชน และลักษณะครอบครัว

เพศ หมายถึง เพศของผู้สูงอายุ แบ่งเป็นเพศชาย หรือเพศหญิง

อายุ หมายถึง อายุเต็มเป็นปีของผู้สูงอายุ นับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา

สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็นสถานภาพสมรสคู่ ได้แก่ ผู้ที่ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับสามี หรือ ภรรยา และสถานภาพสมรสเดี่ยว ได้แก่ ผู้ที่ใช้ชีวิตอยู่เพียงคนเดียว โดยไม่มีสามี หรือภรรยา คือ โสด หม้าย หย่า แยก

ระดับการศึกษา หมายถึง จำนวนปีของการได้รับการเรียนในระบบการศึกษานับตั้งแต่ชั้นประถมหนึ่งขึ้นไปของผู้สูงอายุ

การทำงานเพื่อการเลี้ยงชีพ หมายถึง ภาวะที่ผู้สูงอายุกระทำกิจกรรมซึ่งก่อให้เกิดรายได้ ไม่ว่าจะเป็นงานประจำ งานพิเศษ งานชั่วคราว หรือการดำเนินธุรกิจส่วนตัวก็ได้ โดยในการวิจัยนี้พิจารณาจัดกลุ่มการทำงานโดยคำนึงถึงรายได้เป็นหลัก มี 3 ระดับคือ การทำงานโดยมีรายได้มากกว่า 2,000 บาท/เดือน การทำงานโดยมีรายได้น้อยกว่า 2,000 บาท/เดือน และไม่ได้ทำงาน

สุขภาพอนามัย หมายถึง การรับรู้ หรือ ความรู้สึกของผู้สูงอายุต่อสุขภาพโดยทั่วไปของตนเอง ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นสภาวะโดยรวมของร่างกายและจิตใจ โดยประเมินจาก การรับรู้สุขภาพของตนเองในปัจจุบัน โรคประจำตัว การรับประทานอาหาร การนอนหลับ การออกกำลังกาย และความแข็งแรง

กรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย หมายถึง การที่ผู้สูงอายุเป็นเจ้าของที่พักอาศัย มีบ้าน หรือที่ดินเป็นของตนเอง วัดโดยใช้แบบสัมภาษณ์ตามผู้สูงอายุถึงบ้านที่อาศัยอยู่ขณะนี้ว่า เป็นบ้านของผู้สูงอายุเอง อาศัยบุตร หลานหรือญาติสนิทอยู่ หรือเช่าบ้านผู้อื่นอยู่ รวมทั้งความเป็นสัดส่วนของที่พักอาศัย

การมีส่วนร่วมในชุมชน หมายถึง การที่ผู้สูงอายุเข้าร่วม พบปะสังสรรค์ มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆร่วมกับผู้อื่นในชุมชน โดยประเมินจาก การเป็นสมาชิกองค์กรกลุ่มหรือชมรมกลุ่มต่างๆ การเข้าร่วมองค์กรกลุ่มหรือชมรมกลุ่มต่างๆ ความรู้สึกมีประโยชน์และพอใจต่อการมีส่วนร่วมในชุมชน

ลักษณะครอบครัว หมายถึง รูปแบบการอยู่อาศัยในปัจจุบันของผู้สูงอายุ ในการวิจัยนี้แบ่งเป็น ครอบครัวเดี่ยว หรือเป็นการอยู่อาศัยโดยมีคนอย่างมากที่สุดเพียง 2 รุ่นคือ รุ่นพ่อแม่ และ รุ่นลูก และครอบครัวขยาย หรือเป็นการอยู่อาศัยโดยมีคนมากกว่า 2 รุ่น ตั้งแต่รุ่นปู่ย่า ตายาย รุ่นพ่อแม่ รุ่นลูก และรุ่นหลาน

ครอบครัว หมายถึง บุตรหลาน หรือญาติที่อยู่อาศัยในครัวเรือนเดียวกับผู้สูงอายุ เป็นประจำ(ยกเว้นการไปทำกิจธุระที่อื่นนานๆครั้ง) ไม่รวมถึงคู่สมรสของผู้สูงอายุ

การอุปถัมภ์จากครอบครัว หมายถึง การรับรู้ หรือการรายงานของผู้สูงอายุ เกี่ยวกับสิ่งที่ครอบครัวกระทำต่อตนเอง หรือการกระทำของครอบครัวที่มุ่งสู่การประคับประคอง แก่ผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตด้านต่างๆของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การอุปถัมภ์จากครอบครัวตามความต้องการของผู้สูงอายุ 4 ด้านคือ การอุปถัมภ์จากครอบครัวตามความต้องการทางด้านสรีรวิทยา การอุปถัมภ์จากครอบครัวด้านอัตมโนมติ การอุปถัมภ์จากครอบครัวด้านบทบาทหน้าที่ และการอุปถัมภ์จากครอบครัวด้านความสัมพันธ์พึ่งพาระหว่างกัน ดังนี้

การอุปถัมภ์จากครอบครัวตามความต้องการทางด้านสรีรวิทยา เป็นการส่งเสริม และรักษาความมั่นคงของผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย ได้แก่ การดูแลสิ่งของเครื่องใช้ การดูแลที่อยู่อาศัย การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การดูแลเมื่อเจ็บป่วย การอำนวยความสะดวกด้านการคมนาคม

การอุปถัมภ์จากครอบครัวด้านอัตมโนมติ เป็นการส่งเสริมที่มุ่งรักษาความมั่นคงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ได้แก่ การให้เวลากับผู้สูงอายุ การแสดงออกถึงความรัก ความผูกพัน การให้การยอมรับ

การอุปถัมภ์จากครอบครัวด้านบทบาทหน้าที่ เป็นการส่งเสริม และรักษาให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นคงในด้านสังคม ได้แก่ การสนับสนุนการแสดงบทบาทของผู้สูงอายุ การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ทำงานอดิเรก

การอุปถัมภ์จากครอบครัวด้านความสัมพันธ์พึ่งพาระหว่างกัน เป็นการส่งเสริม และรักษาความมั่นคงด้านสังคมของผู้สูงอายุ เพื่อความสมดุลระหว่างการเป็นตัวของตัวเอง และการพึ่งพาผู้อื่น ได้แก่ ให้การช่วยเหลือทางการเงิน การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรม กลุ่ม การให้พบปะเพื่อนฝูง การสนับสนุนด้านศาสนา การช่วยเหลือผู้สูงอายุตามสมควร รวมทั้งให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ข่าวสาร

การบริการสุขภาพในชุมชน หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุ ถึงการมีโอกาส หรือมีแหล่งประโยชน์ที่สามารถเข้ารับบริการทางสุขภาพที่ได้จัดขึ้นในชุมชน เพื่อแก้ปัญหา และตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในเรื่องสุขภาพอนามัย ทั้งทางด้านการรักษาโรคหรือการเจ็บป่วย ด้านการดูแลช่วยเหลือที่บ้าน และด้านข้อมูลข่าวสาร

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ในวันที่ทำการสำรวจ และสามารถพูดคุยเข้าใจดี โดยอาศัยอยู่กับครอบครัว

ชุมชนแออัด หมายถึง ชุมชนที่ส่วนใหญ่มีอาคารหนาแน่นไร้ระเบียบ และขาดทรูทึด ไทรม ประชาชนอยู่อย่างแออัด มีสภาพแวดล้อมและความปลอดภัยไม่เหมาะสม อันอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย

1. ผลของการวิจัย จะเป็นแนวทางให้ครอบครัวได้ตระหนักถึงการอุปถัมภ์ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด เขตกรุงเทพมหานคร
2. เป็นแนวทางให้เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ได้เสริมสร้างและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนแออัด เขตกรุงเทพมหานคร ให้มีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น
3. เป็นแนวทางในการวิจัย เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนแออัด เขตกรุงเทพมหานคร