

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญ

องค์การสหประชาชาติ (UN) ได้นิยามว่า ประเทศใดมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เกินร้อยละ 10 หรืออายุ 65 ปีขึ้นไป เกินร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 และอายุ 65 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14 หากพิจารณาจากนิยามดังกล่าว ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงวัยตั้งแต่ปี 2548 อันเป็นผลจากการที่อัตราการเกิดของคนไทยลดลงอย่างมาก และชีวิตของคนไทยยืนยาวขึ้น โครงสร้างของประชากรไทยจะสูงอายุขึ้นอย่างรวดเร็วมาก จะทำให้ประเทศไทยกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ประมาณปี 2561 จะเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ที่ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุมากกว่าเด็ก และประชากรสูงอายุจะมีสัดส่วนประมาณ 1 ใน 5 ของประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างสังคมสูงวัยดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อในด้านต่างๆ คือ ภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มสูงขึ้น ภาระค่าใช้จ่ายของภาครัฐและภาคครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุจะเพิ่มสูงขึ้น กระทบต่อฐานะทางการเงินการคลังของประเทศ รูปแบบของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลต่อการจัดบริการด้านสุขภาพทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ การผลิตสินค้าและบริการพื้นฐานจะต้องมีการปรับเปลี่ยนเพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุให้มากขึ้น และประเทศที่เป็นสังคมผู้สูงอายุจะขาดแคลนแรงงาน ซึ่งส่งผลให้มีการเคลื่อนย้ายแรงงานอย่างเสรีมากขึ้น การวิจัยและพัฒนา นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์ และบริการ เทคโนโลยีใหม่ในการป้องกันบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ตลอดจนการใช้เครื่องมือที่ช่วยทดแทนแรงงานในการดูแลรักษาสุขภาพ เพื่อรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุในอนาคต

ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 นี้ ได้สะท้อนสถานการณ์ของประเทศทางด้านสังคมโดยจะเห็นว่าโครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย แต่ยังคงมีปัญหาทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพของประชากรในทุกช่วงวัย เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น สะท้อนถึงภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้นขณะที่ผู้สูงอายุจำนวนมาก ยังมีรายได้ไม่เพียงพอในการยังชีพ ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 10.3 ล้านคน (ร้อยละ 16.2) ในปี 2558 เป็น 20.5 ล้านคน (ร้อยละ 32.1) ในปี 2583 การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายจะส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลที่เพิ่มสูงขึ้น แม้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานเพิ่มขึ้น แต่มีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย เนื่องจากมีการออมน้อย และแหล่งรายได้หลักร้อยละ 78.5 ของรายได้ทั้งหมดมาจากการเกื้อหนุนของบุตร

ปัจจุบันกลุ่มผู้สูงอายุ ถือเป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนของผู้ประสบภาวะยากลำบากสูงกว่าวัยอื่นทั้งหมด ความยากจนขาดแคลนรายได้จากการมีอาชีพที่มั่นคง เป็นปัจจัยแรก ที่นำมาสู่ภาวะดังกล่าว เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน ไม่มีหลักประกันทั้งในรูปแบบ เงินบำนาญ เงินออม และมีโอกาสจำกัดที่จะทำงานภาคแรงงานในระบบ เนื่องจากมีการศึกษาน้อย การขาดความชำนาญในการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ การมีจำนวนบุตรที่จะเป็นผู้ให้การเกื้อหนุนด้านการเงินลดลงเป็นลำดับ ประกอบกับ ความเสื่อมของสภาพร่างกายตามวัยและโรคร้ายที่มากขึ้น ก่อให้เกิดภาวะการพึ่งพาที่สูงขึ้นและมีความต้องการการดูแลระยะยาวจากสังคม จำเป็นอย่างยิ่งที่คนรุ่นหลังจะต้องให้ความสำคัญในการยกย่องให้การดูแล สุขภาพจิต สุขภาพกายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นการเชิดชูเกียรติให้ผู้สูงอายุ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ การกำหนดแนวทางหรือกิจกรรมที่ส่งเสริม ให้ผู้สูงอายุมีความพอใจในชีวิต มีความเป็นอยู่ที่ดี มีสุขภาพกายและใจที่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คุณภาพชีวิตที่ดีนั้นประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

- 1) คุณภาพชีวิตด้านกาย ได้แก่ โครงสร้างทางร่างกายและสุขภาพร่างกาย รวมถึงด้านบุคลิกภาพด้วย
- 2) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ได้แก่ สภาพจิตใจและสุขภาพจิต รวมถึงด้านคุณธรรมและจริยธรรมด้วย
- 3) คุณภาพชีวิตด้านสังคม ได้แก่ สถานะทางสังคม ยศ ตำแหน่ง เกียรติยศชื่อเสียง การยอมรับนับถือ รวมถึงการมีมนุษยสัมพันธ์กับผู้อื่นด้วย
- 4) คุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ สถานะทางเศรษฐกิจการเงินและรายได้ที่มั่นคง

มีแนวคิดพื้นฐานที่ว่า ผู้สูงอายุในชนบทยังเป็นบุคคลที่มีคุณค่า มีความสามารถในการที่จะทำสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมได้ และมีความพร้อมในการที่จะนำศักยภาพที่มีอยู่นั้นมาบิบทบาท “เป็นผู้ให้” กับชุมชนและสังคมได้ ประกอบกับผู้สูงอายุในชนบทเองก็มีความต้องการที่จะช่วยเหลือชุมชนและต้องการที่จะมีกิจกรรมร่วมกับสังคมตามกำลังและศักยภาพที่มีอยู่ ซึ่งการแสดงบทบาทขึ้นอยู่กับความถนัดความสามารถ และประสบการณ์ ที่ผู้สูงอายุมีในแต่ละบุคคลหรือที่เราเรียกว่า “ภูมิปัญญาของผู้สูงอายุ” และโดยลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมของสังคมชนบทซึ่งมีความแตกต่างกับสังคมเมือง เพราะชนบทยังเป็นสังคมที่ให้ความสำคัญและเคารพยกย่องนับถือผู้อาวุโส มีความสัมพันธ์ทางสังคมสูงเพราะผู้สูงอายุในชนบทมีการดำเนินชีวิตอย่างต่อเนื่องในสังคมชนบทเดียว การตั้งบ้านเรือนจะอยู่กันเป็นกลุ่ม มีความผูกพันกับครอบครัวและเครือญาติ ซึ่งความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุเหล่านี้ ทำให้ผู้สูงอายุในชนบทยังคงมีบทบาทต่อชุมชนนอกจากบทบาทในครอบครัว (วีณา ศิริสุข, 2542, น.87)

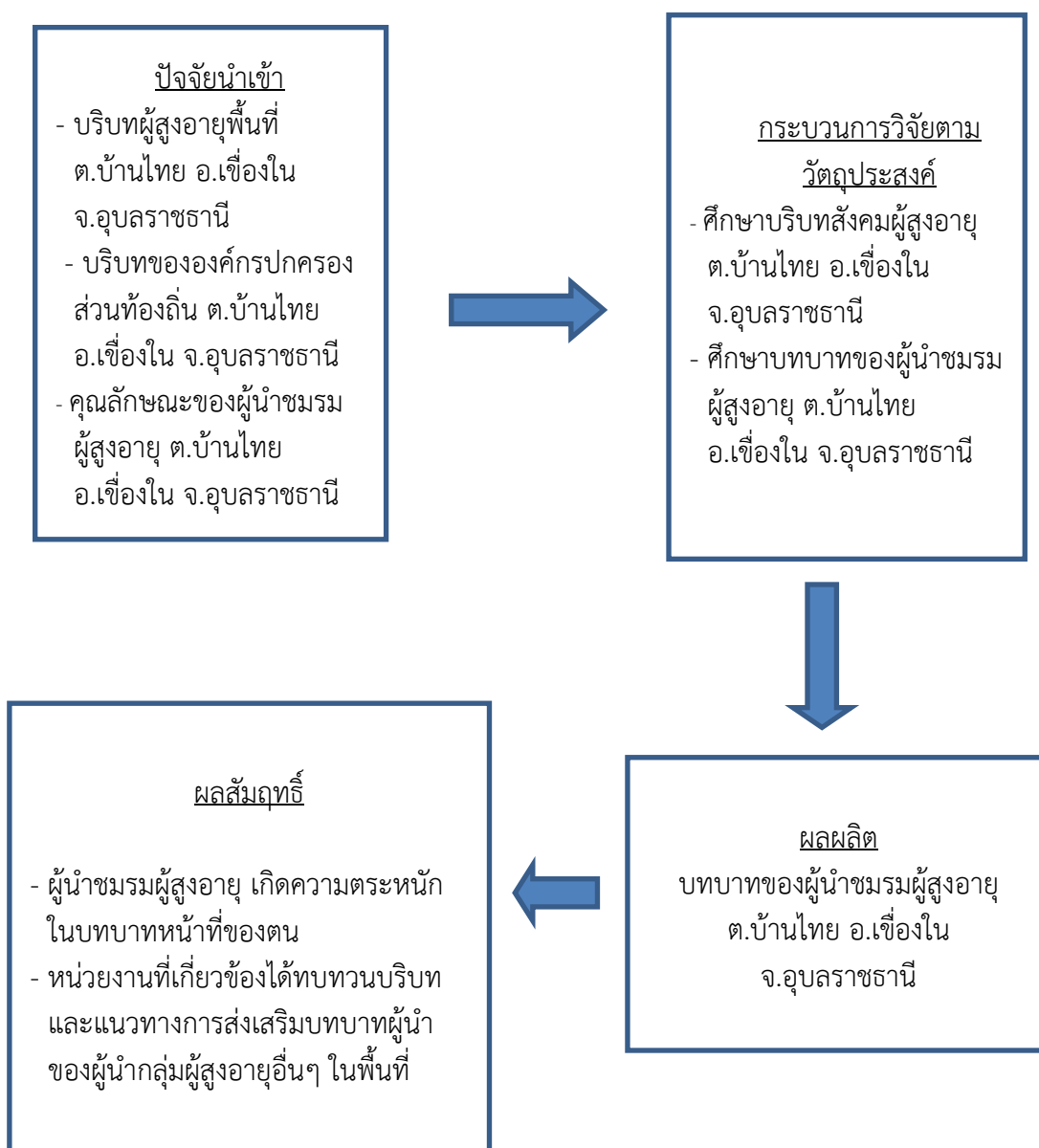
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งมีหน้าที่ริเริ่ม ผลักดัน กระตุ้น สนับสนุน และร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ในสังคม ในการขับเคลื่อนกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้คนไทยมีสุขภาพดีครบ 4 ด้าน กาย จิต ปัญญา สังคม และร่วมสร้างประเทศไทยให้น่าอยู่ โดยโครงการวิจัยเพื่อศึกษาบทบาทของผู้นำชมรมผู้สูงอายุนี้ จึงสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ ของ สสส. ที่ระบุไว้ว่า “ทุกคนบนแผ่นดินไทยมีขีดความสามารถ สังคม สิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อสุขภาวะ” และสัมพันธ์กับ พันธกิจ ที่ระบุไว้ว่า “จุดประกาย กระตุ้น สาน และเสริมพลังบุคคล และองค์กรทุกภาคส่วน ให้มีขีดความสามารถและสร้างสรรค์ระบบสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะ

จากการลงพื้นที่ระยะแรก ผู้วิจัยได้ลงพื้นที่เขตตำบลบ้านไทยเก็บรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น เมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2559 พบว่าตำบลบ้านไทยมีทั้งหมด 12 หมู่บ้าน มีครัวเรือนที่อาศัยอยู่ทั้งสิ้น 1,704 ครัวเรือน มีประชาชนที่อาศัยอยู่จริงทั้งหมด 6,437 คน แบ่งเป็นเพศชาย 3,154 คน เพศหญิง 3,283 คน (ที่มา : ข้อมูลจากฝ่ายทะเบียนราษฎรอำเภอเชิงใน, 2559) และในจำนวนทั้งหมด มีผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1,340 คน เป็น เพศชาย จำนวน 583 คน และเพศหญิงจำนวน 757 คน (ที่มา : อบต.บ้านไทย, 2560) ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุอยู่ในช่วงอายุระหว่าง (60-69 ปี) มีจำนวนมากที่สุด ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 20.82 ของจำนวนประชาชนทั้งหมด ซึ่งจะเห็นว่าจำนวนผู้สูงอายุอยู่จำนวนมาก โดยได้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุประจำหมู่บ้านครบทั้ง 12 หมู่บ้านแล้ว แต่มิได้มีการดำเนินกิจกรรมใดๆให้กับผู้สูงอายุเท่าที่ควร และเพิ่งเริ่มจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุประจำตำบลบ้านไทยขึ้น เมื่อวันที่ 14 มิถุนายน พ.ศ. 2559 โดยมีคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.บ้านไทย เป็นผู้สรรหาและแต่งตั้ง ให้นายวิมล นาสารี เป็นประธาน และประธานชมรมแต่ละหมู่บ้านเป็นกรรมการ โดยเห็นว่า นายวิมล นาสารี เป็นผู้ที่มีบทบาทและมีความสามารถในการประสานงานกับประธานชมรมผู้สูงอายุประจำหมู่บ้านได้ จนปัจจุบันองค์การบริหาร

ส่วนตำบลบ้านไทย ได้จัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุประจำตำบล ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ขึ้น และได้เลือกสรรให้ นายวิมล นาสารี เป็นประธานศูนย์ฯ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการหาคำตอบว่าผู้นำชมรมผู้สูงอายุประจำตำบลบ้านไทยนี้ มีปัจจัยและคุณลักษณะใดที่สำคัญ ต่อบทบาทในการส่งเสริมและขับเคลื่อนชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านไทยให้ประสบความสำเร็จ ซึ่งอาจต้องอาศัยทั้งประสบการณ์ ความรอบครอบ ความรู้ เทคนิควิธีการต่างๆ ประเด็นเหล่านี้เองที่ทำให้ผู้วิจัยต้องการศึกษาเรื่อง “บทบาทของผู้นำชมรมผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลบ้านไทย อำเภอเชิงใน จังหวัดอุบลราชธานี” เพื่อเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้เป็นแนวทางการส่งเสริมและสนับสนุนให้ชมรมผู้สูงอายุอื่นมีบทบาทในชุมชนมากขึ้น เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวม

### กรอบแนวคิดงานวิจัย



### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาบริบทผู้สูงอายุพื้นที่ ต.บ้านไทย อ.เชียงใน จ.อุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาบทบาทของผู้นำชมรมผู้สูงอายุ ต.บ้านไทย อ.เชียงใน จ.อุบลราชธานี

### กลุ่มเป้าหมาย

1. โดยเจาะจงเลือก นายวิมล นาสารี ประธานชมรมผู้สูงอายุประจำตำบลบ้านไทย อำเภอเชียงใน จังหวัดอุบลราชธานี โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก
2. กลุ่มผู้สูงอายุในตำบลบ้านไทย อำเภอเชียงใน จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้การสังเกตและการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง
3. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับชมรมผู้สูงอายุประจำตำบลบ้านไทย อ.เชียงใน จ.อุบลราชธานี ในลักษณะของการประสานงานร่วมกันในการขับเคลื่อนชมรมผู้สูงอายุ โดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้างเพื่อเก็บข้อมูล

### พื้นที่ดำเนินการ

ดำเนินการศึกษาในพื้นที่ ตำบลบ้านไทย อำเภอเชียงใน จังหวัดอุบลราชธานี

### ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ทราบบริบทผู้สูงอายุพื้นที่ ต.บ้านไทย อ.เชียงใน จ.อุบลราชธานี
2. ได้ทราบบทบาทของผู้นำชมรมผู้สูงอายุ ต.บ้านไทย อ.เชียงใน จ.อุบลราชธานี