

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลกอย่างรวดเร็ว เป็นผลมาจากความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ และบริการสาธารณสุขทางด้านทางการแพทย์มีความก้าวหน้าทันสมัยมีการเสริมสร้างสุขภาพอนามัยที่ดี การป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพทำให้ประชากรมีสุขภาพอนามัยที่ดีมีอายุยืนยาว ในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมาประชากรผู้สูงอายุมีเพิ่มขึ้นทั้งขนาดและสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมด เนื่องจากอัตราการตายและอัตราการเจริญพันธุ์ลดลง (ศรีเมือง พลังฤทธิ์.2547 : 5 ; Sen. 1994 : 1 ; Weeks. 2002 : 337) กล่าวคือในปี พ.ศ. 2518 ประชากรโลกมีจำนวน 4,100 ล้านคน ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวน 350 ล้านคน คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมดร้อยละ 8.54 และจากการคาดคะเนประชากรในปี พ.ศ. 2568 ประชากรโลกจะมีจำนวน 8,200 ล้านคน ประชากรผู้สูงอายุจะมี 1,100 ล้านคน คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมดร้อยละ 13.41 นอกจากนี้แนวโน้มสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุมากยังเพิ่มขึ้นอีกด้วย อีกทั้ง 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุในโลกอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะในภาคพื้นเอเชีย (บรรลุ ศิริพานิช. 2542 :28 ; Sehlenker. 1993:10 ; United Nations. 2002 : 33) ในแง่ประชากรศาสตร์ การมีจำนวนและอัตราส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ย่อมส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมโดยรวมในปี พ.ศ. 2545 ได้มีการพิจารณาสัดส่วนผู้สูงอายุเป็นรายประเทศพบว่า ประเทศที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุ อายุสูงที่สุด 5 อันดับแรกได้แก่ ประเทศอิตาลี (ร้อยละ 25) ญี่ปุ่น เยอรมัน กรีซ (ร้อยละ 24) สวีเดน (ร้อยละ 23) เบลเยียม สเปน สวิสเซอร์แลนด์ บัลกาเรีย (ร้อยละ 22) และออสเตรีย แลทเวียโปรตุเกส อังกฤษ โครเอเชีย ยูเครน ฝรั่งเศส (ร้อยละ 21) (United Nations. 2002 : 1 – 2) เป็นที่น่าสังเกตว่า ประเทศที่ก้าวสู่ภาวะประชากรผู้สูงอายุสูงมักเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว

ประเทศไทยก้าวสู่ภาวะประชากรสูงอายุ เนื่องจากสัดส่วนผู้ที่มีอายุเกินกว่า 60 ปีขึ้นไป จะเพิ่มเป็นประมาณร้อยละ 7 จำนวนประชากรที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป ประมาณ 4,638,000 คน จากจำนวนประชากรทั้งหมด 65,938,000 คน โดยมีการเพิ่มประชากรสูงอายุจะเพิ่มเร็วกว่าการเพิ่มของประชากรโดยรวม ในปี พ.ศ. 2535-2563 ประชากรทั่วไปเพิ่มขึ้นร้อยละ 51.9 ขณะนี้ประชากรที่สูงอายุ เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 32.6 และมีแนวโน้มดังกล่าวเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ สถานะทางสุขภาพของประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบัน สถานะทางสุขภาพที่สำคัญ คือ ภาวะทุพพลภาพ หรือภาวะบกพร่องทางกาย โดยเกือบร้อยละ 7 ของผู้สูงอายุต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการปฏิบัติกิจส่วนตัว ร้อยละ 11.5 ต้องพึ่งพาผู้อื่นเพื่อออกจากเคหะสถาน ร้อยละ 45 ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการใช้การขนส่งสาธารณะ นอกจากนี้จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2548 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุมีปัญหาทางสุขภาพที่อยู่ในลำดับต้น ๆ ได้แก่ โรคที่เกี่ยวข้องกับสายตา และการมองเห็น โรคหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุ โรคข้อกระดูก โรคเฉาะข้อเข่าเสื่อม โรคความดันโลหิตสูง ภาวะทุโภชนาการและโลหิตจาง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดและหัวใจ ความผิดปกติของการได้ยิน โรคติดเชื้อ ปัญหาสุขภาพเหล่านี้นำไปสู่ความจำเป็นของความต้องการผู้ดูแล ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ นอกจากนี้ ยังเป็นภาระต่อการบริการสุขภาพอย่างมากในอนาคต อย่างไรก็ตามระบบสวัสดิการและสังคม สำหรับผู้สูงอายุ ยังสามารถให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง รูปแบบประกันสังคมในรูปแบบประกันสุขภาพเพิ่งเริ่มใช้ในปีพ.ศ. 2542 และยังมีผลคุ้มครองผู้ที่จะเข้าสู่วัยผู้สูงอายุในอีก 15 ปีข้างหน้า ซึ่งยังไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุในปัจจุบัน นอกจากนั้น ผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 4 เท่านั้น ที่มี

สวัสดิการในรูปของบำนาญสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ได้รับบำนาญในเขตเมืองสูงกว่าเขตชนบท และผู้สูงอายุชายมากกว่าผู้สูงอายุหญิง เมื่อพิจารณาารวมกัน ปัญหาสาเหตุ โรคเอดส์ การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เช่น การขยายตัวของเมือง ขนาดครอบครัวที่เล็กลง การมีสัดส่วนครอบครัวเดี่ยวที่สูง การย้ายถิ่นฐานเพื่อการทำงานของวัยทำงาน รวมทั้งวิกฤติเศรษฐกิจของประเทศจะทำให้สถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุอยู่ในลักษณะที่เสี่ยงยิ่งขึ้น ในอนาคตปัญหาการขาดแคลนผู้ดูแลและ ปัญหาการที่ ผู้สูงอายุต้องรับภาระในการดูแลครอบครัว หรือพึ่งพาตนเอง จะเพิ่มมากขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ความสำคัญของประเด็นผู้สูงอายุไม่ได้ขึ้นกับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเพียงอย่างเดียวแต่ขึ้นอยู่กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วย ทั้งนี้ เมื่อสูงวัยขึ้นย่อมมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยโรคภัยไข้เจ็บ ปัญหาทางด้านจิตใจ เนื่องจากสภาพร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง

สำหรับประเทศไทย คนป่วยเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวานและมะเร็งมากขึ้นกว่าเดิม สถิติอัตราป่วยด้วยโรคหัวใจเพิ่มขึ้นจาก 292 รายต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2543 เป็น 51 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2546 โรคเบาหวาน เพิ่มจาก 257 เป็น 381 ต่อประชากรแสนคน โรคมะเร็งเพิ่มจาก 72 คน เป็น 102 คนต่อประชากรแสนคน ในเวลาทุก 3 ปี ทุกๆ 6 นาที มีคนไทยเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดหรือโรคเบาหวาน 1 คน ทั้งนี้เพราะพฤติกรรมการรับประทานอาหารหวานเกินไป มันเกินไป เค็มเกินไป รับประทานเครื่องดื่มที่ปรุงแต่งเกินธรรมชาติ การใช้ชีวิตสบายเกินไป นั่งๆ นอนๆ มากเกินไปไม่ได้ใช้ร่างกาย ไม่ได้ออกกำลังกายเนื่องจากมีสิ่งอำนวยความสะดวกและเครื่องทุ่นแรงในชีวิตประจำวันมากมาย (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2558: 10-11) ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ล้วนมีผลต่อความเปลี่ยนแปลงในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งสิ้น จากรายงานการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชากรไทย พ.ศ. 2548 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชากรไทยบริโภคอาหารไขมันสูงร้อยละ 86.3 ดื่มเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลมและเครื่องดื่มที่มีรสหวานร้อยละ 71.7 รับประทานอาหารประเภทจานด่วน ร้อยละ 15.3 และจากผลการสำรวจเรื่องอาหารที่คนไทยบอกว่าต้องกินประจำ ของชีวิตจิตโพลส์ พ.ศ. 2549 พบว่า คนไทยส่วนใหญ่มีพฤติกรรม “กินตามใจปาก” โดยพบว่าดื่มเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม ร้อยละ 56.7 ดื่มชา กาแฟร้อน ร้อยละ 54.6 รับประทานอาหารประเภทปิ้งย่างจนไหม้เกรียม ร้อยละ 54.1 รับประทานผลไม้ดอง ร้อยละ 35.1 รับประทานอาหารประเภทจานด่วน ร้อยละ 33.4 และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 18.5 (สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2551: 6-7) จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นความสัมพันธ์ระหว่างโรคกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมซึ่งการจะลดอัตราการเกิดโรคได้นั้น การส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่กระทรวงสาธารณสุขต้องรีบดำเนินการ เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มอายุ ทุกอาชีพ ทุกพื้นที่ได้รับรู้และตระหนักใส่ใจด้านสุขภาพ

จังหวัดสมุทรสงคราม ประชากรตามทะเบียนราษฎร ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2553 มีผู้สูงอายุ ถึง 31,479 คน หรือร้อยละ 16.2 จากการสำรวจผู้สูงอายุ ในปี 2553 พบมีกลุ่มอายุ 80-89 ปี จำนวน 3,557 คน ผู้สูงอายุ 90-99 ปี มีจำนวน 673 คน และ ผู้สูงอายุ 100 ปีขึ้นไป จำนวน 12 คน และมีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 2,975 คน คิดเป็นอัตรา 1,543.7 ต่อประชากรแสนคน โรคเบาหวาน จำนวน 1,016 คน คิดเป็นอัตรา 527.2 ต่อประชากรแสนคน ลำดับต่อมา คือ โรคหลอดเลือดสมอง หัวใจขาดเลือด ไตวายเรื้อรัง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง และ มะเร็ง และจากรายงานสรุปข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ปีงบประมาณ 2553 พบว่า มีผู้สูงอายุ ที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี 20,727 คน ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้บ้างบางส่วน 736 คน ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ 171 คน ยากลำบากจากป่วยเรื้อรัง 758 คน พิการ 315 คน และพบว่า ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแล 20,221 คน ไม่มีผู้ดูแล 428 คน อนึ่งจากการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุ ปี 2554 (ธ.ค.53-ม.ค.54) พบว่า มีผู้สูงอายุ 90-99 ปี จำนวน 458 คน และ ผู้สูงอายุ 100 ปีขึ้นไป จำนวน 17 คน (ยุทธศาสตร์การสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม ปี 2554 – 2558)

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสงครามเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานเป็นอันดับต้นๆ ซึ่งโรคดังกล่าวนี้พบพฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นส่วนหนึ่งของการส่งเสริมให้เกิดความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาถึงพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสงคราม เพื่อหาแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาประเด็นสำคัญ คือ

- 1.1.1 ศึกษาพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม
- 1.1.2. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม

1.3 ขอบเขตการวิจัย

1.3.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม มุ่งศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้สูงอายุ

1.3.2 ขอบเขตด้านประชากร

ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 5,000 คน

1.3.3 ขอบเขตด้านเวลาและสถานที่

การวิจัยในครั้งนี้ดำเนินการ มีระยะการดำเนินงานตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2555 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2556 สถานที่ดำเนินการ คือ อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อเป็นข้อมูลสารสนเทศในการกำหนดนโยบายการพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสงคราม ตลอดจนการศึกษาวิจัยในประเด็นอื่นที่ลึกซึ้งต่อไป

1.5 นิยามศัพท์ ผู้วิจัยได้กำหนดนิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้องไว้ดังนี้

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงครามที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป

ปัจจัยนำ หมายถึง ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ความรู้ และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ

ปัจจัยเอื้อ หมายถึง สภาพของสิ่งแวดล้อมที่จะเอื้อให้บุคคล กลุ่มคน เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือมีพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ การมีทรัพยากรสนับสนุนในการส่งเสริมสุขภาพ และการมีกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชน

ปัจจัยเสริม หมายถึง ผลสะท้อนกลับที่บุคคลได้รับหรือคาดว่าจะได้รับการแสดงพฤติกรรมหนึ่ง ๆ ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากสื่อต่างๆ และการได้รับคำแนะนำ การสนับสนุนให้ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน