

วารสาร ประชากร Thai Population JOURNAL

ปีที่ 3/ฉบับที่ 2 มีนาคม 2555

Vol.3/No.2 March 2012

เอกสารทางวิชาการของสมาคมนักประชากรไทย
A Journal of Thai Population Association
ISSN 1906-8670

เจ้าของ: สมาคมนักประชากรไทย

อาคารประชาสังคมอุดมพัฒน์

มหาวิทยาลัยมหิดล ณ ศาลายา

โทรศัพท์: 0-2441-0201 ต่อ 100

โทรสาร: 0-2441-9333

E-mail: thaipopulationasst@gmail.com

OWNER: THAI POPULATION ASSOCIATION

Prachasangkom Udompathana Building

Mahidol University at Salaya

Telephone: 0-2441-0201 ext. 100

Fax: 0-2441-9333

Website: www.thaipopulation.org

คณะที่ปรึกษา

รศ.ดร.กุศล สุนทรธาดา

ศ.ดร.เกื้อ วงศ์บุญสิน

รศ.ดร.ชาย โพธิ์สิตา

รศ.ดร.เนาวรัตน์ พลายน้อย

ศ.เกียรติคุณ ดร.เบญจา ยอดดำเนิน-แอ๊ดติงส์

นางปรีญา มิตรานนท์

ศ.ดร.พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ

ศ.ดร.ภัสสร ลิมานนท์

รศ.ดร.โยธิน แสงวงศ์

รศ.ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ

ศ.ดร.สันทัต เสริมศรี

รศ.ดร.สุรีย์พร พันธุ์

ศ.เกียรติคุณ ดร.อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์

ดร.อุษณีย์ ฟ้าปาน

EDITORIAL CONSULTANT

Assoc. Prof. Dr.Kusol Soonthorndhada

Prof. Dr.Kua Wongboonsin

Assoc. Prof. Dr.Chai Podhisita

Assoc. Prof. Dr.Naowarat Plainoi

Emeritus Prof. Dr.Benja Yoddumnern-Attig

Ms.Preeya Mithranon

Prof. Dr.Pichit Pitaktepsombati

Prof. Dr.Bhassorn Limanonda

Assoc. Prof. Dr.Yothin Sawangdee

Assoc. Prof. Dr.Vipan Prachuabmoh

Prof. Dr.Santhat Sermsri

Assoc. Prof. Dr.Sureeporn Punpung

Emeritus Prof. Dr.Aphichat Chamratrithirong

Dr.Usaneya Perngparn

บรรณาธิการ

ศ.ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล

EDITORIAL-IN-CHIEF

Prof. Dr.Pramote Prasartkul

กองบรรณาธิการ

ผศ.ดร.กาญจนา ตั้งชลทิพย์

จันทน์ ปณิตจิตต์

วรารัตน์ ชัยสุข

EDITORIAL STAFF

Assist. Prof. Dr.Kanchana Tangchonlatip

Ms.Juntanee Paneetjit

Ms.Wararat Chaisuk

ออกแบบ

อัจฉาริณี เกษรสุข

Design

Atchalineee Kesornsook

พิมพ์ที่

บริษัท โรงพิมพ์เดือนตุลา จำกัด

โทรศัพท์: 0-2996-7392-4

PRINTED BY

October Printing Co. Ltd.

Telephone 0-2996-7392-4

"วารสารประชากร" เล่มนี้เป็นวารสารฉบับพิเศษที่จัดทำขึ้น เพื่อนำเสนอบทความวิจัย ด้านสุขภาพจิตหรือความสุขที่มีความเกี่ยวข้องกับประชากรและสังคม โดยได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ผ่านโครงการรายงานสถานการณ์สุขภาพจิตประจำปี แผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

การดำเนินการจัดทำวารสารฉบับพิเศษนี้ มีกองบรรณาธิการประจำฉบับ ดังนี้ คือ

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.เบญจมา ยอดดำเนิน-แอ็ดติกัจ

รองศาสตราจารย์ ดร.รศรินทร์ เกรย์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อุมภรณ์ ภัทรวาณิชย์

ณัฐจิรา ทองเจริญชูพงศ์

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารประชากรฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจ และต้องการศึกษาในประเด็นต่างๆ ทางประชากรและสังคม ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตหรือความสุขได้เป็นอย่างดี

สารบัญ

	บทความวิจัย	
ความสุข และ ภาวะสุขภาพ: ภาพสะท้อนกลับของการทำงานและชีวิต	1	
สุทธิลักษณ์ สมิตะสิริ และประภา คงปัญญา		
	ความสุขพอเพียง	25
วรชัย ทองไทย		
ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ	43	
รศรินทร์ เกรย์ และณัฐจิรา ทองเจริญชูพงศ์		
ความสุขของประชากรชนบทใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้	65	
จรัมพร ให้ส่ายอง ปราโมทย์ ประสาทกุล และกาญจนา เทียนลาย		
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย	87	
วิชาญ ชูรัตน์ โยธิน แสงวงดี และสุภาพร อรุณรักษ์สมบัติ		
	บทความวิชาการ	
การขับเคลื่อนงานสร้างสุข: บทเรียนก้าวแรกจากพื้นที่	111	
นายแพทย์ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล		
การอนามัยครอบครัวกับสุขภาพจิต	121	
นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว		

ความสุข และ ยาพิข: ภาพสะท้อนกลับของงานและชีวิต

สุทธิลักษณ์ สมิตะสิริ และประภา คงปัญญา¹

บทคัดย่อ

บทความนี้เป็นการบรรยายประสบการณ์จากการดำเนินโครงการพัฒนาและวิจัยเพื่อส่งเสริมสุขภาวะในระดับอำเภอของนักวิจัยในมหาวิทยาลัยคนหนึ่ง ผู้เขียนเลือกใช้การมองสะท้อนกลับด้วยการวิจัยตนเองเพื่ออธิบายกระบวนการเรียนรู้และความพยายามของบุคคลในการทำความเข้าใจ “ความสุข” ทั้งจากการทำงาน และชีวิต เรื่องราวเช่นที่นำเสนอชี้ถึงองค์ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการประยุกต์ใช้ความรู้ บัณฑิตและเงื่อนไขบางอย่างที่สำคัญแต่ซ่อนอยู่ และความเข้มแข็งทางจิตวิญญาณของผู้เล่า ผลของการดำเนินการเช่นนี้จึงเป็นทั้งกระบวนการและผลผลิตของการเรียนรู้ โดยมีเป้าหมายเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้อ่านได้รับ “ประสบการณ์จากประสบการณ์” ซึ่งอาจจูงใจให้มีการเล่าประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาความสุขมากขึ้น อันจะส่งผลต่อการเพิ่มพูนความรู้และปัญญาในสังคมซึ่งมีความจำเป็นต่อความก้าวหน้าของความสุขและความเป็นอยู่ที่ดีของประชากรไทย ทั้งในระดับชุมชนและระดับบุคคล

คำสำคัญ: ความสุข การพัฒนา การวิจัยตนเอง ชุมชนเป็นฐาน พุทธมณฑล

1 สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล

HAPPINESS AND POISON: REFLECTIONS ON WORK AND LIFE

Suttilak Smitasiri and Prapa Kongpunya¹

Abstract

This article is a personal narrative of a university researcher's experience in conducting a district-wide happiness promotion development and research program. Autoethnographic reflections are used to describe a learning process and a person's attempt to understand "happiness" in the context of both work and life. Stories such as this demonstrate the "how" of the application of knowledge, underlying issues and spiritual strength of the teller. Results of this exercise are both a process and a product. The aim is to encourage readers to "experience an experience" that might motivate them to give voice to their own experiences in order to increase knowledge and wisdom necessary to advance happiness and well-being of the Thai population, at both community and individual levels.

Keywords: Happiness Development Autoethnography Community-based
Phutthamonthon

¹ Institute of Nutrition, Mahidol University

ความสุข และ ยากิข: ภาพสะท้อนกลับของการงานและชีวิต

สุทธิลักษณ์ สมิตะสิริ และประภา คงปัญญา

ความนำ

ผู้เขียนได้รับหนังสือเล่มหนึ่งจากนักวิชาการของธนาคารโลก “Strengthening commitment for human development: Lessons from nutrition” หนังสือเล่มนี้เป็นผลงานการศึกษาประเทศที่ประสบความสำเร็จจากการพัฒนาโภชนาการหลายประเทศทั่วโลก โดยมีประเทศไทยรวมอยู่ด้วย (Heaver 2005)¹ เมื่อได้ศึกษาแล้วผู้เขียนเห็นว่องค์ความรู้ที่เสนอน่าจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาประเทศ จึงจัดการประชุมสัมมนาเพื่อเสนอแนวคิดดังกล่าวต่อแกนนำสังคมทั้งจากภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคเอกชน และสื่อมวลชนขึ้น เมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม พ.ศ. 2549 โดยได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดีจากศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์อารี วัลยะเสวี และศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงคุณสาคร ธนमितต์ นักวิชาการอาวุโสด้านโภชนาการรวมทั้งฮีเวอร์ด้วย หลังจากนั้นฮีเวอร์เขียนบทความสะท้อนประสบการณ์ที่เขาได้รับจากการประชุมดังกล่าว โดยเสนอว่า ประเทศไทยควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาความสุข เพราะเห็นศักยภาพและความตั้งใจของผู้เข้าร่วมประชุมและมองว่าหากประเทศไทยดูแลด้านการกระจายผลการพัฒนาทางด้านสังคมและจิตใจที่ดีขึ้นน่าจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาอย่างยั่งยืนต่อไป (Heaver 2007)

สำหรับบทความนี้เป็นความพยายามมองภาพสะท้อนกลับต่อประสบการณ์ทั้งการงานและชีวิตที่เกี่ยวข้องกับความสุขของผู้เขียนในฐานะนักวิจัยและผู้อำนวยการประสานงานโครงการศึกษา เพื่อพัฒนาสุขภาวะและชุมชนเรียนรู้จิตตปัญญาอย่างมีส่วนร่วม ด้วยเห็นว่าเรื่องความสุขมีคุณลักษณะคล้ายกับเรื่องอาหารโภชนาการนั่นคือ

1 ในบรรดาประเทศที่ประสบผลสำเร็จ ฮีเวอร์พบว่า เกิดจากผู้นำ (Champions) อย่างน้อย 4-5 คนที่ยืนหยัดรักษาคำมั่นสัญญาและดำเนินการพัฒนาอย่างมีเป้าหมายร่วมกันราว 10-15 ปี โดยให้ความสำคัญต่อบริการพัฒนาที่สำคัญอย่างน้อย 3 ประการคือ 1. การสื่อสารเชิงยุทธศาสตร์ 2. การวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเมือง และ 3. การบริหารจัดการ

ต่างเป็นเรื่องที่สำคัญและจำเป็นต่อการดำรงอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตของประชากร การได้รับอาหารที่เป็นประโยชน์อย่างพอเพียงตามความต้องการของร่างกายทำให้สุขภาพกายแข็งแรง การมีความสุขทำให้คนเรามีสุขภาพจิตที่ดีซึ่งเป็นผลที่ปรากฏต่อตัวบุคคลและมีผลกระทบต่อสังคมด้วย โดยการพัฒนาทั้งสองเรื่องนี้ ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่พอเพียงที่จะบรรลุผล จำเป็นต้องอาศัยการพัฒนาถึงระดับทัศนคติและพฤติกรรมซึ่งมีความซับซ้อนและยังท้าทายต่อการค้นหาคำตอบความรู้ที่จะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ผู้เขียนเลือกใช้ระเบียบวิธีเชิงคุณภาพที่เรียกว่า การวิจัยตนเอง (Autoethnography) ที่ได้รับอิทธิพลทางความคิดจากแอลลิสและมันชีเป็นแนวทางในการนำเสนอ (Ellis 1993, Ellis 2009, Muncey 2005) แม้ระเบียบวิธีนี้ยังไม่ใช่ระเบียบวิธีที่เป็นกระแสหลักในปัจจุบัน แต่เห็นว่าเป็นระเบียบวิธีที่ดีสำหรับนักวิชาการและรวมถึงนักปฏิบัติการ อาทิ เจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพและสาธารณสุข นักการศึกษา หรือผู้ที่ทำงานทางด้านสังคมในการทำความเข้าใจตนเอง คนอื่น เพื่อการปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพในวัฒนธรรมที่มีความหลากหลาย (Chang 2008) ระเบียบวิธีนี้ให้ความสำคัญต่อความเข้าใจตัวตนของผู้วิจัย การทำความเข้าใจเรื่องราววัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องทั้งการทำงาน และชีวิตของผู้วิจัยด้วย (Ellis and Bochner 2001) ซึ่งเหมาะกับการทำความเข้าใจ “ความสุข” ที่ผู้เขียนได้เข้าไปเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมผ่านงานพัฒนาและวิจัยในพื้นที่อำเภอพุทธมณฑล โดยผู้เขียนเป็นนักวิจัยแกนนำและอำนวยการประสานงานของโครงการดังกล่าว สำหรับการมองย้อนกลับในบทความนี้ดำเนินการโดยผู้เขียนชื่อแรกเท่านั้น แต่เนื่องจากเป็นการมองสะท้อนกลับผ่านผลงานที่ดำเนินการร่วมกันจึงระบุการมีส่วนร่วมของผู้เขียนที่สองไว้ด้วย

ความสุข-การส่งเสริมในชุมชน

ฉันท² เต็บโตและใช้ชีวิตส่วนใหญ่ในกรุงเทพมหานคร ก่อนเข้ามาทำงานที่สถาบันวิจัย

2 การใช้คำแทนตนเองในภาษาไทยมีความหลากหลาย ในที่นี้ผู้เขียนเลือกใช้ “ฉันท” ในลักษณะที่เป็นกลางคล้ายการใช้ “I” ในภาษาอังกฤษ

โภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล³ ฉันแทบไม่เคยสัมผัสชีวิตในท้องถิ่นอื่นๆ หรือแม้แต่คุ้นเคยกับผู้คนนอกแวดวงของครอบครัวและสถานศึกษาเลย การเลือกมาทำงานที่นี่และมาทำงานวิจัยเป็นผลพวงจากความบังเอิญของการเลือกทำโครงการในช่วงเป็นนิสิตชั้นปีที่ 3 ของคณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย การงานในช่วงที่ผ่านมานอกจากพาฉันท่องเที่ยวในชนบทของประเทศไทยอย่างทั่วถึง ฉันยังได้ทำงานพัฒนาและวิจัยเพื่อเด็กและครอบครัวที่ยากจนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นเวลาหลายสิบปี ผลงานที่ผ่านมานับว่าเป็นที่ยอมรับในระดับหนึ่งจึงทำให้ฉันมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมด้านการพัฒนาอาหารและโภชนาการทั้งในระดับชาติและนานาชาติ

สำหรับคนใกล้ชิด ฉันเป็นคนที่มักบุคลิกภาพเอาจริงเอาจัง ผู้คนมักบอกว่าฉันสนใจแต่เรื่องที่เป็นเหตุเป็นผล จนดูเหมือนเป็นคนไม่มีความสุขในทัศนะของหลายคน แม้ในกลุ่มเพื่อนสนิท ฉันก็สังเกตว่า เขามักเกรงใจไม่ค่อยมีใครเอาเรื่อง “คุยเล่น” มาคุยกับฉันนัก ผู้ใหญ่ที่ฉันเคารพรักมากเป็นคนแรกที่ถามฉันว่า “ไม่คิดจะหาความสุขให้ตัวเองบ้างหรือ” ฉันยังจำได้ว่าฉันถึงกับอึ้งกับคำถามของท่าน เมื่อคิดย้อนไปความจริงคือฉันไม่เคยตั้งคำถามกับตัวเองเรื่องความสุขหรือความทุกข์อย่างจริงจังมาก่อน แม้ฉันจะเป็นคนที่รู้สึกดีเสมอเมื่อมีโอกาสบอก หรือเขียนอวยพรให้ผู้คนมีความสุขในวาระต่างๆ และรู้สึกสะเทือนใจเสมอกับความทุกข์ทั้งมากและน้อยของเพื่อนร่วมโลกก็ตาม

พุทธมณฑล-มณฑลสุภาวะ

ระหว่างปี พ.ศ. 2550-2553 กลุ่มนักวิชาการของมหาวิทยาลัยมหิดลและเครือข่ายดำเนินการโครงการศึกษาเพื่อพัฒนาสุภาวะและชุมชนเรียนรู้จิตปัญญาอย่างมีส่วนร่วม ซึ่งมีชื่อเรียกอย่างไม่เป็นทางการว่าโครงการพุทธมณฑล-มณฑลสุภาวะ⁴ โครงการนี้เป็นผลพวงของความเป็นมาที่ได้กล่าวแล้วข้างต้น จากความพยายามประยุกต์หลักการสร้างความเข้มแข็งของค้ำประกันสัญญาของแกนนำ 4-5 คนที่มีส่วนร่วมประชุมเมื่อวันที่

3 ปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็นสถาบันโภชนาการ

4 ศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้จากรายงานฉบับสมบูรณ์ของโครงการฯ ปี 1-3

20 กรกฎาคม ปี พ.ศ. 2549 ฉันทำหน้าที่เป็นนักวิจัยและผู้อำนวยการการประสานงาน (Coordinating Director) โดยมีผู้เขียนที่สองเป็นผู้ช่วย สำหรับเรื่องที่จะเล่าต่อไปนี้เป็นการย้อนกลับไปมองเหตุการณ์ที่เป็นบางส่วนของโครงการฯ เพื่อทำความเข้าใจการงานและชีวิตของนักวิจัยในมหาวิทยาลัยคนหนึ่งทั้งในประเด็นการส่งเสริมความสุขผ่านตัวอย่างกิจกรรมในโครงการ และความเข้าใจ “ความสุข” ของผู้ที่เป็นแกนนำของโครงการ

อาสาผู้สูงวัยกับการพัฒนาสุขภาวะ

แนวทางสำคัญในการทำงานชุมชนของโครงการฯ คือ การทำความเข้าใจกับผู้เกี่ยวข้องในชุมชนในทุกชั้นตอนและส่งเสริมผู้เกี่ยวข้องให้เรียนรู้และมีส่วนร่วมในการพัฒนาความสุขร่วมกัน โดยใช้ความรู้รวมทั้งความต้องการของชุมชนเป็นฐานของการดำเนินงาน บทบาท/หน้าที่ของโครงการฯ คือ แสวงหาแนวทางทำให้เกิดขึ้นรูปธรรมและเรียนรู้ เพื่อสร้างองค์ความรู้ที่จะเป็นประโยชน์ต่อประสิทธิภาพของการประยุกต์ใช้ความรู้เพื่อการพัฒนาความสุขในสังคมไทย

“วันนี้เราพาผู้เชี่ยวชาญการพัฒนาเด็กเข้าไปพบกับผู้สูงอายุที่คาดว่าจะ เป็นอาสาสมัครคะ” เจ้าหน้าที่ของเรารายงาน “ผู้สูงอายุมักพูดแต่เรื่องของตัวเอง และไม่มีสมาธิ เขาบอกว่าเป็นไปไม่ได้คะ”

ฉันนั่งไปครู่หนึ่ง เพราะเข้าใจดีว่าแกนนำชุมชนให้ความสำคัญเรื่องเด็กและเยาวชนมาก อีกทั้งมีองค์ความรู้ชี้ชัดว่า หากเราสามารถนำจุดเด่นของผู้สูงอายุ (ประสบการณ์และปัญญา) และจุดเด่นของเด็ก (ความไร้เดียงสาและกระหายต่อการเรียนรู้ตามธรรมชาติ) มาใช้ร่วมกับองค์ความรู้ด้านการพัฒนาความสุข (โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประยุกต์ใช้แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกและคำสอนในพระพุทธศาสนา) ผ่านกระบวนการที่มีประสิทธิภาพ เราอาจจะสามารถค้นปัญหาของผู้สูงอายุ (สุขภาพพลดถอยและเหงา-เนื่องจากวิถีการทำงานนอกบ้านของสมาชิกในครอบครัวในยุคปัจจุบัน) และปัญหาของเด็ก (ขาดความอบอุ่นเนื่องจากสภาพครอบครัวที่ไม่สมบูรณ์มีมากขึ้นเป็นลำดับ) ให้กลายเป็นคำตอบได้ (ผู้สูงวัยภูมิใจในศักยภาพของตน และมีความสุขที่เกิดจากการกระทำเพื่อผู้อื่น เด็กได้รับความรักความอบอุ่นและมีความสุขจากการมีที่พึ่งทางใจจากคนในชุมชน)

“หนูช่วยนัดให้พี่ได้พบกับแกนนำผู้สูงอายุสักสองสามคนโดยด่วนเลยนะ” ฉันบอกตัวเองว่าควรพยายามอีกครั้ง

บ้านของคุณลุงปฐุม (นามสมมุติ) อยู่ในสวนร่มรื่นมากมีไม้ผลต่างๆ มะพร้าว มะม่วง ส้มโอ กล้วย และพืชผักที่ปลูกไว้รับประทานในครัวเรือน ในห้องร้องมีปลาหลายพันธุ์ และคุณลุงยังเลี้ยงเป็ดเลี้ยงไก่หลายตัวทั้งใหญ่เล็กด้วย ถัดจากบ้านและสวนเป็นทุ่งนาที่ปลูกข้าวเขียวขจี นี่คือนภาพวิถีชีวิตที่ยังเห็นกันได้ที่พุทธมณฑล

“ผมช่วยงานชุมชนหลายเรื่อง พอมีกำลังก็ช่วยกันไป” คุณลุงเอ่ยหลังจากคุยกันไปได้พักหนึ่ง “ถ้าไม่ไปประชุม หรือทำงานในชุมชน ผมก็จะอยู่บ้านทำสวนไป แต่ไม่ค่อยได้อยู่บ้านหรอก งานเยอะ ภรรยาเขาบ่นแล้ว”

ฉันบอกคุณลุงเกี่ยวกับปัญหาเด็กและเยาวชนที่เราได้ศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานและเล่าถึงแนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครผู้สูงอายุที่จะเข้าไปเยี่ยมเด็ก ๆ อายุราว 9-10 ขวบที่โรงเรียนอาทิตย์ละครั้ง เราจะเรียกกิจกรรมของอาสาสมัครกลุ่มนี้ว่า “กิจกรรมอาสาบ้าน”⁵ คุณลุงเล่าถึงประสบการณ์ที่เคยเข้าไปช่วยสอนดนตรีไทยในโรงเรียนและเพิ่งเลิกไปทั้งๆ ที่ประสบความสำเร็จด้วยปัญหาตัวบุคคลและการบริหารจัดการ

“เรื่องเด็กนี้ผมเห็นด้วยเป็นปัญหาใหญ่” คุณลุงมีสีหน้าไม่สบายใจนัก “หลานผม ลูกของลูกสาว ผมต้องไปรับเขาจากโรงเรียนทุกวัน อายุ 9 ขวบเหมือนกัน เขาบอกว่าตาแก่และพูดมาก เขาชอบเล่นเกม พูดอย่างไรก็ไม่ฟัง”

การได้พบกับคุณลุงปฐุมวันนั้นทำให้ฉันคิดว่าน่าจะยังมีโอกาส ถึงแม้การดำเนินงานจะไม่ใช่เรื่องง่าย เพราะความห่วงใยต่อปัญหาเด็กและเยาวชนเป็นปัญหาร่วมของหลายคนในชุมชน

5 บ้านเป็นสัญลักษณ์ตัวแทนการสื่อสารที่ได้รับการยอมรับในชุมชนผ่านโครงการของสถาบันโภชนาการที่ได้ดำเนินการมาก่อน ศึกษาเพิ่มเติมจากรายงานฉบับสมบูรณ์ของโครงการ

ที่นี้เป็นโรงสีข้าวเก่าที่ไม่ได้ดำเนินการมานานแล้ว บรรยากาศดูมืดๆ ไม่โปร่งโล่ง เหมือนบ้านคุณลุงปทุม แต่มีลมอ่อนๆ พัดผ่านเพราะอยู่ติดคลอง ฉันได้พบกับคุณลุงพงษ์ และคุณลุงชุม (นามสมมุติ) คุณลุงทั้งสองเป็นประธานและที่ปรึกษาของชมรมผู้สูงอายุ ที่ถือว่าประสบความสำเร็จมากในพื้นที่นี้ หลังจากที่ฉันเล่าแนวทางการดำเนินงานให้ทราบอย่างละเอียดแล้ว และดูเหมือนคุณลุงทั้งสองท่านจะเห็นด้วยกับการดำเนินงาน

“คุณลุงคะ อุปสรรคสำคัญตอนนี้คือผู้เชี่ยวชาญของเราลงความเห็นว่าเป็นไปไม่ได้ ในทางปฏิบัติคะ” ฉันรายงานไปตามตรง “หลังจากคิดทบทวนอีกทีแล้ว เราคิดว่าการที่จะทำให้เป็นไปได้อาจขึ้นอยู่กับคุณลักษณะของอาสาสมัครผู้สูงวัย เราคิดว่าไม่ใช่ใครๆ ก็เป็นอาสาสมัครได้ แต่ต้องเป็นผู้สูงวัยที่ประสบความสำเร็จในครอบครัวตนเองมาก่อน เป็นคนที่พร้อมจะให้คนอื่นได้” ฉันยื่นร่างคุณลักษณะของอาสาสมัครที่จัดพิมพ์มาให้คุณลุงทั้งสองท่าน⁶ ด้วยความรู้สึกกลัวๆ แต่ไม่ชัดเจนว่ากลัวอะไร

คุณลุงทั้งสองรับเอกสารแล้วอ่านด้วยความสนใจ ช่วงเวลานั้นดูยาวนานเกินจริง สำหรับฉัน ในที่สุดคุณลุงพงษ์พูดขึ้นก่อน “อาจารย์เรื่องนี้ลำบากนะ เราจะหาคนอย่างไร อาจารย์ต้องการได้อย่างไร (ทุกคนเงยไปครู่หนึ่ง) แต่ผมจะลองคิดและหาดู น่าจะพอมีทางอยู่บ้าง” แล้วคุณลุงชุมซึ่งในวันนั้นดูเป็นคนพูดน้อยหรือไม่ก็เป็นคนที่ระมัดระวังมากก็เอ่ยขึ้น “ผมว่าบุญส่งกับยายสร้อย (นามสมมุติ) น่าจะได้เนะ เราน่าจะลองไปคุยกับเขาดู”

ฉันกลับจากบ้านคุณลุงพงษ์ด้วยความรู้สึกว่าสิ่งที่เป็นไปไม่ได้ น่าจะยังพอเป็นไปได้ ความรู้สึกนั้นเป็นความรู้สึกที่ดีเป็นความหวังที่มากลบความกลัวๆ ให้หายไป แต่จากนั้นไม่นานนักเราก็พบกับความยากอีกเรื่องหนึ่งคือ ฉันตั้งใจทย์ให้กับทีมงานว่าการดำเนินการกิจกรรมในชุมชนของโครงการฯ ครั้งนี้ต้องใช้ความรู้เป็นฐาน และการดำเนินการต้องสามารถถ่ายทอดให้กับคนอื่น ๆ ได้ นั่นคือจากความเป็นไปไม่ได้ในด้านศักยภาพของ

6 อาสาป้านางน่าจะมีคุณลักษณะดังต่อไปนี้ 1. เป็นคนที่สามารถเข้าถึงจิตใจคน เป็นกันเองด้วยความมีเมตตา 2. เป็นคนนำเคารพนับถือ เป็นที่พึ่งของคนอื่นได้ 3. เป็นผู้รู้ เป็นที่นายกล่อง ด้วยเป็นคนฝึกฝนพัฒนาตนเองอยู่เสมอ 4. เป็นที่ปรึกษาที่ดี รู้จักพูดให้ได้ผล รู้จักชี้แจงแนะนำ 5. เป็นคนอดทนต่อถ้อยคำล่วงเกิน พร้อมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น 6. เป็นคนที่สามารถอธิบายเรื่องยากให้เป็นเรื่องง่าย 7. เป็นคนที่ไม่ชักจูงคนไปในทางที่เสื่อมเสีย 8. เป็นคนที่ชอบพูดคุยและมีกิจกรรมกับเด็กเล็ก 9. เป็นคนที่ชอบเล่านิทานให้เด็กฟัง

ผู้ดำเนินการ เรายังมาพบกับความยากของแนวทางการดำเนินงานอีกด้านหนึ่ง ฉันอดคิดในใจหลายครั้งในช่วงนั้นไม่ได้ว่า “หรือเราเอาจริงเอาจังกับความสุขมากไป ความสุขน่าจะเป็นเรื่องง่าย ๆ สบาย ๆ หรือเปล่า”

ฉันลองร่างกรอบแนวคิดของการดำเนินงานขึ้น เรารวบรวมคนที่มีมือที่มิประสบความสำเร็จและมีฐานในด้านการพัฒนาจิตใจที่ดีเข้ามาช่วยกันจัดประชุมสัมมนา เพื่อร่างแนวทางการดำเนินงานด้วยกันหลายครั้งกว่าจะเริ่มเห็นงานเป็นเนื้อเดียวกันพอที่จะดำเนินการร่วมกันได้อย่างเป็นระบบ หลายคนต้องอึดอัดกับการ “คิดด้วยกัน”⁷ ตัวตนของแต่ละคนเป็นเรื่องยิ่งใหญ่มากกับการทำงานเป็นทีม แต่ด้วยเป้าหมายเดียวกัน ความอดทนตลอดจนพื้นฐานการพัฒนาจิตใจที่ต่างมีมาดีในระดับหนึ่ง ในที่สุดเราก็ได้แนวทางที่จะดำเนินการและพร้อมที่จะแลกเปลี่ยนถ่ายทอดความรู้กับอาสาสมัครกลุ่มแรก

เมื่อมองย้อนกลับไป ฉันคิดว่าการที่ทีมงานและฉันก้าวผ่านความยากของการสร้างงานด้วยกันได้นอกจากฐานจิตใจที่พัฒนามาพอควรของทุกฝ่ายแล้ว ความไว้วางใจกันน่าจะมีมากพอด้วย อย่างไรก็ตามหลายคนก็ต้องเจ็บปวดจากกระบวนการดังกล่าวสำหรับฉันความเจ็บปวดนั้นแม้ยังคงอยู่ในความทรงจำ แต่ก็รู้สึกถึงความยินดีเหมือนการได้ปnghนามออกจากรั้ว ถ้าไม่ยอมเจ็บหนามจะหลุดออกมาได้อย่างไร “ทำไมต้องเจ็บปวดทั้ง ๆ ที่มาทำงานเพื่อพัฒนาความสุข” ฉันบอกกับตนเองว่าเพราะสติปัญญาไม่พอ ขาดประสบการณ์ แต่ก็คุ้มที่ได้ประจักษ์จริงถึงคุณสมบัติข้อหนึ่งของความเป็นกัลยาณมิตร นั่นคือการเป็นผู้ที่สามารถอดทนต่อถ้อยคำ (และกิริยา) ซึ่งยังคงต้องพัฒนาให้เข้มแข็งขึ้น จึงนับเป็นความเจ็บปวดที่คุ้มค่ากับการเรียนรู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อความสำเร็จตามมาเป็นความสุขของเด็ก/เยาวชน และผู้สูงวัยที่เกิดขึ้นเป็นรูปธรรม⁸ (รูปที่ 1 กิจกรรมอาสาป้านง)

7 สามารถในการ “คิดด้วยกัน” มีความสำคัญมากในการทำงานที่จำเป็นต้องอาศัยองค์ความรู้หลายด้านมาสร้างสรรค้งานร่วมกัน

8 จนถึงปัจจุบันกิจกรรมอาสาป้านงได้ดำเนินการครอบคลุมเด็กอายุ 9-10 ขวบ จำนวน 120 คนในพุทธมณฑล นับเป็นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของโครงการฯ ที่หลายฝ่ายรวมทั้งอาสาสมัครผู้สูงอายุด้วยเห็นว่าเป็นประโยชน์และส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีทั้งกับเด็กเยาวชนและผู้สูงอายุที่เป็นอาสาสมัครเอง (ศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้จากหนังสือ ความสุข ชุมชน และข้อเสนอแนะ: บทเรียนจากพุทธมณฑล และรายงานฉบับสมบูรณ์ของโครงการ)



หลายคนฆ่าตัวตายในมณฑลสุภาวะ

ป้าวัน (นามสมมุติ) เป็นผู้นำชุมชนมาแต่ดั้งเดิม ป้ามีตำแหน่งมากมายในชุมชน รวมทั้งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขด้วย วันหนึ่งเราไปถึงบ้านป้าวันและรู้สึกถึงความผิดปกติบางอย่าง

“คนใกล้บ้านผูกคอตาย ชาวบ้านกำลังช่วยกันเตรียมงานศพ” ป้าวันบอกด้วยเสียงราบเรียบ

ฉันนึกย้อนกลับไปถึงเหตุการณ์เมื่อราวสองเดือนก่อน ฉันนั่งคุยกับป้าวันที่ศาลาริมคลองหน้าบ้านนี้ ป้าวันเป็นคนร่าเริง มักพูดเรื่องตลกให้ผู้คนเฮฮาในวงสนทนาเสมอ แต่ป้าก็เป็นคนพูดตรงไปตรงมาแบบที่ชาวบ้านบอกว่านักเลงด้วย แม้ป้ามีอายุเกือบ 80 ปีแล้ว แต่ก็ยังถือได้ว่าเป็นคนสวยมีเสน่ห์ตามวัยทีเดียว อย่างไรก็ตามฉันแอบสังเกตแบบนักวิจัยว่า ป้าคนสวยมีแววตาเศร้าลึกๆ “ป้าเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข แต่ป้าช่วยหลานของป้าไม่ได้ทั้งๆ ที่เราอยู่บ้านเดียวกัน ป้าอยู่ข้างล่างเขาอยู่ข้างบน ส่วนใหญ่เขาก็ไปเรียนหนังสือ ป้าก็เห็นเขาปกติดีไม่เคยบ่นอะไรเลย อยู่ดี ๆ มาวันหนึ่งเขาก็ฆ่าตัวตายบนบ้านนี้แหละ มารู้ทีหลังว่าแฟนเขาไปมีแฟนใหม่” ป้าเล่าขึ้นมอลอยๆ ในวันนั้น แล้วเราก็ไม่ได้พูดกันต่อ เพราะป้าเปลี่ยนเรื่องคุยเมื่อเพื่อนบ้านเดินเข้ามาร่วมวงสนทนา วันเวลาผ่านไป จนกระทั่งเกิดกรณีที่สองตามมา

“ป่าคะ เกิดอะไรขึ้น” ฉันถามด้วยความห่วงใย

“เดิมเรารู้ว่าเขาป่วยทางจิตใจ เป็นโรคซึมเศร้าอะไรนี่ล่ะ ต้องกินยาหมอ
โรงพยาบาลอยู่เป็นประจำ เรารู้ๆ กันอยู่นะ คนแถวๆ นี้ก็รู้จักกันทั้งนั้น ตอนกลางวัน
ลูกเขาไปโรงเรียน พ่อก็ไปทำสวน เขาอยู่คนเดียว” ป้าวันตอบอย่างเหนื่อยๆ แล้วเดินไป
ช่วยคนขนเก้าอี้พลาสติกเพื่อเอาไปใช้ในงานศพ ทุกคนดูเคร่งขรึมไม่พูดจากันแต่ต่างคน
ต่างขนเก้าอี้ขึ้นรถกระบะสีแดงคันเก่าๆ คันนั้น

ในช่วงเวลาใกล้ๆ กัน ฉันได้ข่าวคนพุทธมณฑลฆ่าตัวตายอีกรายหนึ่ง เป็นญาติ
ของแกนนำชุมชนแถวตลาดเก่า ทราบว่าเขายิงตัวตาย เจ้าหน้าที่ของเราซึ่งเป็นคนในพื้นที่
เล่าว่า ผู้เสียชีวิตเป็นคนเคยมีอิทธิพลในพื้นที่ “ลูกเขาป่วยเป็นโรคมะเร็ง คงไม่อยากเป็น
ภาระของคนในครอบครัว”

“คุณหมอ สถานการณ์ด้านสุขภาพจิตของอำเภอนี้เป็นอย่างไรคะ” ฉันถามผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลชุมชนเมื่อมีโอกาสพบกัน

“ไม่ได้น้อยกว่าที่อื่นๆ นะอาจารย์” ผู้อำนวยการตอบ

ต่อมาไม่นานนัก เราจึงจัดเวทีเพื่อให้คนหลายๆ คนในชุมชน ผู้เชี่ยวชาญจากนอก
และในชุมชน รวมทั้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องได้มานั่งคุยกันที่ศาลากลางบ่อบัว บรรยากาศ
ของการพูดคุยในวันนั้นยังคงติดค้างคาใจของฉันอยู่จนทุกวันนี้ ฉันรู้สึกถึงความตัน ความ
อึดอัด เหมือนความอยากที่จะมองออกไปให้ไกลๆ ในวันที่เดือนมีดสนิท ไม่มีผู้ที่ได้รับ
ผลกระทบจากการฆ่าตัวตายของคนใกล้ขีดพูดถึงเรื่องที่เขาประสบตรงๆ ในเวทีวันนั้นเลย
ส่วนใหญ่เป็นการพูดเรื่องทั่วไป เช่น คนในชุมชนก็พอรู้ครอบครัวไหนมีปัญหาที่มีความเสี่ยง
บ้าง หลายคนแสดงความห่วงใยครอบครัวที่มีคนป่วยเรื้อรัง แต่ไม่มีคนดูแลที่มีมากขึ้น
เพราะคนในครอบครัวต่างต้องทำงานนอกบ้าน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบก็บอกว่ามีข้อมูลหมด
แล้ว ทุกข์ในชุมชนแม้จะรู้ปัญหา แต่ดูเหมือนไม่มีใครมีกำลังพอจะทำอะไรได้มากนัก

วันนั้นฉันไม่ได้แนวทางอะไรที่จะทำงานต่ออย่างกระตือรือร้น นอกจากได้โอกาส
ให้กำลังใจเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ ซึ่งเขาเองก็บอกว่างานล้นมือ นับแต่วันนั้นถึงวันนี้เรื่องนี้
เป็นเรื่องเดียวในโครงการฯ ที่ฉันยังรู้สึกว่ายังไม่ได้ทำดีที่สุดตามกำลังสติปัญญาและ
ทรัพยากรที่มีอยู่ ฉันเข้าใจว่าความเจ็บปวดเป็นเรื่องที่หลายคนเลือกหลีกเลี่ยงและปล่อยให้

เวลาเฝ้ายาตัวเอง ฉันไม่เห็นด้วย “คนเราควรเผชิญปัญหาให้เด็ดขาด หาทางออกแล้วก้าวต่อไป” ฉันสังเกตเห็นความแตกต่างระหว่างคนอื่นกับตัวเอง แต่คิดว่าต้องทำความเข้าใจ

ยาพิษ-ความสุข

ปี พ.ศ. 2549 เป็นปีที่ฉันตัดสินใจเกี่ยวข้องกับเรื่องความสุขอย่างเป็นทางการ โดยมีผู้หลักผู้ใหญ่ให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี นึกย้อนไปถึงเช้าวันที่ 20 กรกฎาคม ฉันยังจำความรู้สึกกลัวลึกๆ หนึ่งๆ ที่มีกลับมาเยิ้มเยือนเป็นครั้งคราว เราเชิญผู้หลักผู้ใหญ่ที่สำคัญต่อการพัฒนาประเทศจากหลายวงการไปกว่าสามสิบท่าน ทั้งๆ ที่เราทำงานทางด้านอาหาร/โภชนาการเท่านั้น “เขาจะมาหรือ” คำถามนี้เข้ามาอกวนจิตใจ

แต่ความเป็นจริงไม่ได้โหดร้ายอย่างที่คิดไปเอง เกือบทุกคนที่เชิญไปมาร่วมประชุม ฮีเวอร์เดินทางมาจากประเทศอินเดียเพื่อเสนอข้อค้นพบสำคัญของเขา (Heaver 2005) หลังจากนั้นเป็นการแสดงความคิดเห็นของผู้ร่วมประชุมสัมมนา วันนั้นฉันเห็นถึงความพยายามของคนหลายคน หลายคนพูดถึงปัญหาของประเทศที่มีมากและซับซ้อน ฉันเห็นถึงความห่วงใยที่ทุกคนมีต่อประเทศชาติ พวกเขาคุยกันอย่างไม่เห็นดินเหนียวและดูคนระดับมันสมองเหล่านี้ฟังกันมากทีเดียว ฉันคิดว่าเป็นการพูดคุยที่น่าชื่นชม จนกระทั่งเลยเวลาอาหารกลางวันไปพอควร

“สังคมของเราถูกวางยาพิษ” ผู้ใหญ่ที่นำเคารพนับถือของบ้านเมืองคนหนึ่งกล่าวขึ้น

ฉันรู้สึกถึงความตัน ความอึดอัดและอดคิดในใจไม่ได้ว่า “หลังจากอาหารกลางวันจะเหลือคนประชุมไหมนะ” แต่ความเป็นจริงไม่ได้โหดร้ายอย่างที่тикหักไปเองอีกครั้ง แทบทุกคนอยู่ประชุมต่อในช่วงบ่าย และยังมีคนมาร่วมเพิ่มอีกด้วย แต่ที่ฉันประหลาดใจและกลายเป็นความประทับใจจนทุกวันนี้คือ คนที่เรียกได้ว่าเป็นคนใหญ่คนโตของบ้านเมืองเขาตัดสินใจช่วยกันคนละไม้คนละมือตั้งโต๊ะประชุมกลุ่มที่แต่เดิมแยกกันเข้ามารวมกันเพื่อคิดด้วยกันอย่างเป็นกันเอง (รูปที่ 2) จนกระทั่งก่อนลาจากกัน หลายคนได้สะท้อนความคิดและความรู้สึกดังนี้



“ในฐานะสื่อมวลชนผมคิดว่ามีความพยายามกระตุ้นให้สังคมมีแนวคิดในการพัฒนาประเทศชาติหลายๆ ครั้ง แต่ว่าสุดท้ายมันก็ไม่ไปถึงสักที คุณภาพของคน ความอ่อนแอของการเมือง ทำให้เรากลับมาที่เก่าทุกทีนะครับ” บรรณาธิการหนุ่มกล่าว “ผมคิดว่าธงที่เราปัก ไม่ได้หมายความว่าเราเพิ่งปัก เราปักกันมานานแล้วนะครับ ผมอยากจะเห็นธงนี้มันแปรเปลี่ยนเป็นรูปธรรม”

“ดิฉันยังคงรู้สึกว่าคุณภาพของเรายังมีอะไรดี ๆ ดิฉันยังมีความหวังว่าพวกเรา น่าจะสามารถรวมพลังกันได้” นักวิชาการผู้ใหญ่อีกท่านหนึ่งให้ความเห็น

“ผมว่าวันนี้เราประสบความสำเร็จ เพราะว่าเราเกิดคำมั่นสัญญาแล้ว สามโต๊ะมารวมกัน นี่คือการสำเร็จก้าวแรก แต่สิ่งที่ผมอยากจะบอก ก็คือ ก่อนที่เราจะหาวิธีพัฒนามนุษย์ เราจะต้องหาวิธีพัฒนาคนที่จะไปพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ก่อน เรายังไม่สิ้นหวัง” ผู้เข้าร่วมประชุมท่านหนึ่งกล่าวด้วยน้ำเสียงจริงจัง

“ผมเห็นด้วย และเราต้องพัฒนาด้านจิตวิญญาณ เราต้องมีการเรียนรู้ด้านในด้วย” คนบดที่ท่านหนึ่งเสริมขึ้น

“ผมอยากจะพูดในฐานะของคนที่อยู่ในชีวิตของการจัดการมาตลอดนะครับ การพัฒนาคนและการสร้างให้เกิดคำมั่นสัญญาร่วมกันเป็นเรื่องสำคัญ แต่จะต้องพูดกันบนบทบาทหน้าที่ บนกรอบพื้นที่หรือตัวโครงการที่ชัดเจนจึงจะมีข้อสรุปนะครับ เป็นข้อสังเกตจากสามกลุ่มที่เราคุยกันวันนี้ ขอขอบคุณครับ” นักบริหารให้ทัศนะทิ้งท้าย

“ประเทศไทยเป็นโรคบกพร่องค้ำประกันสัญญา จากชีวิตการทำงานของตัวเอง ผมเคยทู่เมเทและมีความไฝ่ฝัน แต่เมื่อเวลาผ่านไป ผมพบว่ามันเป็นการทำงานที่แสนจะปวดร้าว เพราะที่ไม่มีใครเห็นคุณค่าและความสำคัญที่จะลงทุน ลงแรง ลงพลังกันอย่างแท้จริง” เพื่อนนักวิชาการร่วมมหาวิทยาลัยสะท้อน “มันง่ายที่จะชี้นิ้วบอกให้คนอื่นเปลี่ยนอย่างนั้น อย่างนี้ แต่เราไม่เปลี่ยน การเปลี่ยนตัวเองเป็นสิ่งที่ยากที่สุด ผมคิดว่าการเปลี่ยนแปลงในระดับนี้ ถ้าทำได้จะทำให้เกิดการพัฒนายั่งยืนครับ”

หลังจากนั้นเดือนหนึ่ง สื่อมวลชนสาวที่เข้ามาร่วมประชุมเป็นคนแรกที่ลุกขึ้นมาดำเนินการโดยสะท้อนการประชุมในลักษณะบทความลงในหนังสือพิมพ์บางกอกโพสต์ (รูปที่ 3) การลุกขึ้นมาดำเนินการของนักหนังสือพิมพ์ท่านนี้ส่งผลเป็นกำลังใจให้เกิดการลุกขึ้นมาดำเนินการอีกหลายคน ฮีโร่ลุกขึ้นมาเขียนบทความ (Heaver 2007)



นักวิชาการจากมหาวิทยาลัยมหิดล รวมทั้งประภาและฉันก็ได้ดำเนินการตามศักยภาพที่พุทธมณฑล แม้ว่าการประชุมต่อเนื่องกับกลุ่มดังกล่าวไม่ได้มีการดำเนินการต่อเนื่องแต่อย่างใด แต่ฉันเข้าใจว่าผู้ที่เข้าประชุมวันนั้นต่างทำงานเพื่อประเทศชาติในบทบาทของแต่ละคน เพียงแต่เราไม่ได้ดำเนินการร่วมกัน

สำหรับฉันคำกล่าวถึง “ยาพิษที่กระจายไปทั่วสังคม” ยังคงดังก้องอยู่ในความทรงจำจนถึงทุกวันนี้ “ยาพิษ” จึงมีอิทธิพลต่อการเข้ามาเกี่ยวข้องกับความสุขอย่างเป็นทางการของฉัน การเข้ามาสู่กระบวนการนี้ด้วยความบังเอิญที่ให้โอกาสฉันได้เรียนรู้ผ่านความเจ็บปวดและความสุขที่ยังบอกกับตัวเองเสมอว่า “ตัวฉันเองก็กำลังพัฒนา” “ยาพิษ” จึงมาเกี่ยวกับความสุขด้วยเหตุนี้ และต่อมากำว่า “ยาพิษ” ยังความหมายเพิ่มขึ้นอีกซึ่งจะได้สะท้อนไว้ในลำดับต่อไป

บทเรียน-ตัวตน

วันเวลาผ่านไปกว่า 6 ปี สถานการณ์ของประเทศไทยถ้าจะเปรียบว่ามียาพิษกระจายไปทั่ว ปริมาณยาพิษนั้นน่าจะมากขึ้นหรือน้อยลง ความขัดแย้งที่นำไปสู่การเผาบ้านเผาเมือง วิกฤตน้ำท่วมใหญ่ปลายปี พ.ศ. 2554 เป็นความสูญเสียที่หลายฝ่ายลงความเห็นว่าเกิดจากปัญหาการเมือง การบริหารงานในภาวะวิกฤตที่ขาดความเป็นเอกภาพ การบริหารจัดการน้ำและที่ดินที่เป็นปัญหาเรื้อรังมานาน จนปัจจุบันหลายฝ่ายระบุว่าสถานการณ์ทางการเมืองของประเทศถึงทางตันหรือตกหล่ม (สุชุม 2555) แต่ในช่วงเดียวกันนี้ประเทศไทยก็ให้ความสำคัญกับนโยบายความสุขทั้งในระดับชาติด้วยการจัดประชุมนานาชาติเพื่อส่งเสริมนโยบายนี้⁹ และยังมีกองทุนส่งเสริมสุขภาพที่รณรงค์เรื่องการสร้างสุขอย่างต่อเนื่อง¹⁰ และถึงแม้ว่าการเมืองจะเป็นปัญหาถึงขั้นรากฐาน แต่ก็ยังพบว่าแทบทุกพรรคการเมืองส่งเสริมนโยบายที่มีความสุขเป็นเป้าหมายแทบทั้งสิ้น และที่สำคัญยิ่งคือ ประเทศไทยมีพระมหากษัตริย์ที่ทรงยึดเอาประโยชน์สุขของปวงชนเป็น

9 ศึกษาเพิ่มเติม <http://www.happysociety.org>

10 ศึกษาเพิ่มเติมจาก <http://www.thaihealth.or.th>

เป้าหมายมาอย่างต่อเนื่องยาวนาน รวมทั้งประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศยังนับถือพระพุทธศาสนาที่กำลังได้รับการยอมรับมากขึ้นในด้านการพัฒนาความสุขในระดับนานาชาติ ในใจของฉันทันจึงยังมีความหวังเสมอว่า บางทีประเทศไทยอาจจะพัฒนาความสุขเป็นยาถอนพิษได้¹¹

ในบทความนี้ฉันเลือกเล่าเรื่องเพื่อสะท้อนถึงประเด็นสำคัญต่อการพัฒนาความสุขในสังคมไทยผ่านประสบการณ์การดำเนินงาน (Interactive learning through action)¹² ซึ่งพบว่ามามีบทเรียนที่สำคัญดังนี้ (1) การส่งเสริมความสุขในชุมชนถึงแม้จะเป็นเรื่องยากและจำเป็นต้องให้ความสำคัญต่อการดำเนินงานเชิงกระบวนการมาก เพราะมีความละเอียดอ่อนในเชิงจิตวิทยา วัฒนธรรมและประเพณี การดำเนินการจากจุดแข็งและการพัฒนาในเชิงบวกดูจะมีประสิทธิภาพมากกว่า ซึ่งข้อค้นพบนี้สนับสนุนแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก (Seligman 2003, Carr 2004) (2) ฉันเข้าใจว่าการส่งเสริมความสุขหากจะดำเนินการกันอย่างจริงจัง¹³ จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพความสุขในกลุ่มคนที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดีซึ่งเรื่องนี้มีความลึกซึ้งและซับซ้อนกว่าการส่งเสริมสุขภาพทั่วไป และเป็นเรื่องการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในเชิงลึกที่ขาดการดำเนินการอย่างเอาใจจริงเอาใจลงในสังคมไทยมายาวนาน¹⁴ (3) การส่งเสริมความสุขมีธรรมชาติของการเติบโตได้ด้วยตัวเอง ซึ่งหมายถึงคุณสมบัติของการพัฒนาต่อเนื่องได้ อาทิ ความสุขในคำสอนของ

11 แบรอน ริชาร์ด เลย์ฮาร์ด ผู้ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพาระดับนานาชาติเสนอไว้ว่า มนุษย์ชาติควรมีรัฐที่แตกต่างจากปัจจุบันคือ รัฐที่มีฐานมาจากความไว้วางใจ ความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ความเป็นมิตร และความสามัคคีปรองดองกัน รัฐบาลควรส่งเสริมความสุขอย่างกระตือรือร้น โดยการจัดให้มีการสอนทักษะชีวิตในโรงเรียน มีการดูแลเรื่องสุขภาพจิตอย่างจริงจัง ให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงสัมมาอาชีวะ ส่งเสริมความเท่าเทียมกันในสังคม ดูแลสิ่งแวดล้อมให้ดีและยั่งยืน เป็นต้น และทุกฝ่ายในสังคมต้องเห็นร่วมกันในการนำเอาการเพิ่มสุขลดทุกข์เป็นวัตถุประสงค์ร่วม และใช้องค์ความรู้ทั้งหมดที่มีอยู่ตลอดจนความเข้มแข็งทางจิตวิญญาณทั้งหมดของคนในสังคมเพื่อที่จะบรรลุวัตถุประสงค์นั้น (Bormans 2010)

12 ศึกษาเพิ่มเติมจาก ประเวศ วะสี. 2010 "ปฏิรูปการศึกษาศตวรรษด้วยยุทธศาสตร์: หนึ่งในมหาวิทยาลัย หนึ่งจังหวัด". วารสารโพธิวิสัย. หน้า 17-41. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยโพธิวิชชาลัย และโครงการบริการวิชาการแก่ชุมชน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

13 ศึกษาเพิ่มเติมจาก Sachs, Jeffrey. 2011. The Price of Civilization: Reawakening American Virtue and Prosperity. New York: Random House.

14 ศึกษาเพิ่มเติมจาก พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต). 2553. กรรมของคนไทย ทำกันไว้เอง (ถึงเวลาแล้วที่คนเราจะเลิกเสียที). กรุงเทพฯ: จันทรเพ็ญ.

พระพุทธศาสนาที่ระบุไว้ 5 ชั้น¹⁵ เมื่อมีการส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพอย่างเหมาะสม ความสุขของบุคคลจะสามารถพัฒนาต่อเนื่องจนถึงความสุขในขั้นสูงสุดได้ และ (4) แม้ความรู้ในเรื่องความสุขอาจมีความเป็นสากล เพราะในปัจจุบันสามารถวัดได้ด้วยเครื่องมือวิทยาศาสตร์การแพทย์ (Davidson & Begley 2012) การประยุกต์ใช้ความรู้จำเป็นต้องให้ความสำคัญต่อวัฒนธรรมประเพณีของชุมชนในการสื่อสารทำความเข้าใจ เพราะแม้ความสุขจะเป็นเรื่องที่มีมนุษย์ทุกคนต้องการ แต่ในความเป็นจริงมนุษย์ในปัจจุบันจะมีความสุขยากมากขึ้น (พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต) 2550)

ดังที่กล่าวแล้วข้างต้น ฉันเข้าใจว่าฉันโชคดีที่ไม่ค่อยได้สนใจเรื่องความสุขส่วนตัวมากนัก¹⁶ แต่จากการศึกษาและทำงานวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้ ฉันสรุปว่าตนเองศรัทธาเรื่องการพัฒนาความสุข และเข้าใจว่าการแสวงหาความสุขโดยเอาตัวตนเป็นตัวตั้งไม่ใช่สิ่งที่เป็นคำตอบ สำหรับประเทศไทยซึ่งประชาชนส่วนใหญ่นับถือพระพุทธศาสนา¹⁷ ฉันเลือกหนังสือของพระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต) (2553) เรื่อง “ความสุขทุกแห่งทุกมุม” เป็นตัวแทนของความพยายามเข้าใจความสุขที่ฉันเข้าใจว่า สาระไม่ได้อยู่ที่ “ความสุข” ซึ่งเป็นสภาวะจิตที่ไม่คงทนตามธรรมชาติ แต่สาระน่าจะอยู่ที่ “ความสุขที่พัฒนา” และเป้าหมายสูงสุดคือ ความสุขที่เกิดจากความสงบภายในจิตใจที่มีความเชื่อมโยงกับการทำงานของสมอง (Hanson and Mendius 2009) และความสุขมีความใกล้เคียงกับเรื่องอาหารและโภชนาการ **ความรู้ที่มีอยู่อาจเป็นประโยชน์ไม่มากนักถ้าไม่สามารถนำไปปฏิบัติในชีวิตจริงจนกลายเป็นวิถีชีวิตอันจะนำไปสู่การพัฒนาต่อเนื่องจนถึงที่สุดคือความสุขที่ไม่ต้องหา เป็นคุณสมบัติประจำ มีอยู่กับตัว ไม่ต้องพึ่งพา ไม่มีทุกข์แผลงหรือค้างคาอยู่เลยในที่สุด** (พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต) 2553) ซึ่งกระบวนการพัฒนาความสุขในสังคมไทยยังขาดการตกลงกันในหลักคิดและเป้าหมายที่ชัดเจนประเมินได้

15 ศึกษาเพิ่มเติมจากพระธรรมปิฎก คุนวาโร (ผู้รวบรวม/เรียบเรียง). 2551. คำสอนในพระพุทธศาสนากับการพัฒนาความสุข. นครปฐม: โครงการศูนย์จิตตปัญญาศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล.

16 การศึกษารรณกรรมที่เกี่ยวข้องระบุว่า คนที่มีความสุขมักเกิดจากการมองโลกในแง่ดี การมีชีวิตที่มีความหมายเป็นสำคัญ

17 ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนะในประเทศไทยและเคหะ พ.ศ. 2553 คนไทยนับถือศาสนาพุทธร้อยละ 93.4

ฉันพบว่าการมองย้อนกลับในด้านการงานสามารถทำได้ไม่ยากนัก แต่สำหรับความเข้าใจความสุขของฉันในฐานะปัจเจกชน เมื่อพยายามมองลึกขึ้นฉันยังไม่สามารถหาข้อสรุปได้อย่างตรงไปตรงมา¹⁸ หลังจากทบทวนหลายครั้ง ในขั้นนี้ฉันทำได้เพียงเลือกข้อความที่สะท้อนความเข้าใจของฉันในเรื่องความสุข หรือสิ่งที่ฉันเห็นว่ามีสำคัญกับการพัฒนาความสุขในระดับบุคคลผ่าน 4 ข้อความ ดังต่อไปนี้

ข้อความแรก เป็นข้อความที่เจอรามี แบนธัมเขียนอวยพรวันเกิดลูกสาวเพื่อนของเขาคนหนึ่งที่เขาจะเสียชีวิตไม่นาน เขาเขียนว่า “จงสร้างความสุขทั้งหมดเท่าที่หนูจะสร้างได้ และจงพยายามเอาความทุกข์ยากทั้งหมดออกไปเท่าที่หนูจะทำได้ ให้ทุกวันเป็นโอกาสที่หนูจะช่วยเติมความสุขความพอใจให้กับคนอื่น ๆ หรือช่วยบรรเทาความเจ็บปวดจากชีวิตของพวกเขาให้น้อยลง และสำหรับทุกเมล็ดพันธุ์ของความสุขที่หนูได้ปลูกลงในอกในใจของคนอื่นนั้น หนูจะพบว่าหนูได้หวานเมล็ดพันธุ์ของความสุขลงในอกในใจของหนูเองด้วย ในขณะที่หนูถอนทุกความเศร้าโศกออกจากความคิดและความรู้สึกของเพื่อนมนุษย์จะปรากฏมีความสุข ความสงบสงบที่งดงามเกิดขึ้นในสถานที่ศักดิ์สิทธิ์ของจิตวิญญาณของหนู” ข้อความนี้แบรอนเลย์อาร์ดซึ่งเป็นผู้นำการขับเคลื่อนนโยบายความสุขในระดับนานาชาติใช้จบหนังสือของเขาโดยบอกว่า เป็นคำแนะนำที่ดี (Layard 2005) สำหรับฉันข้อความนี้สะท้อนถึงความสุขที่จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีส่วนได้ลดทุกข์เพิ่มสุขให้กับเพื่อนมนุษย์ กิจกรรมอาสาบ้านงดังที่ได้เล่าแล้วเป็นการพิสูจน์ว่าคำแนะนำนี้สามารถนำมาปฏิบัติได้และได้ผลจริง การที่ฉันได้มีโอกาสดำเนินการส่งเสริมความสุขก็มีส่วนสะท้อนเป็นความสุขที่ง่ายขึ้นของฉันจริงตามข้อความนี้ **ความสุขจึงไม่ใช่สิ่งที่วุ่นอยู่กับตัวเอง แต่อยู่ที่การเพิ่มศักยภาพในการดำรงชีวิต เพื่อประโยชน์สุขของเพื่อนมนุษย์ และความสุขส่วนบุคคลจะเป็นผลที่ตามมาเอง** เหมือนผีเสื้อสวยในสวนที่วันหนึ่งอาจมาเกาะที่มือเหมือนว่าง่าย

18 เข้าใจว่า ในช่วงที่ผ่านมาผู้เขียนยังให้ความสำคัญในระดับการงานมากกว่าระดับปัจเจก และความพยายามเรียนรู้ผ่านการเขียนบทความครั้งนี้เป็นการเข้าใจตัวตนผ่านกระบวนการทางวิชาการเป็นครั้งแรก

ข้อความที่สอง ข้อเขียนของมาติเยอ ริการ์ พระภิกษุในพระพุทธศาสนาชาวฝรั่งเศส ที่นักประสาทวิทยาศาสตร์ทำการศึกษาค้นสมองและให้ความเห็นว่า ท่านเป็นคนที่มีความสุขมากที่สุดคนหนึ่ง (Davidson and Begley 2012) ท่านเขียนไว้ว่า “ผมโชคดีเพียงพอที่มีอาหารพอกินมีหลังคาคุ้มหัว ผมพิจารณาว่าทรัพย์สินที่มีเป็นแค่เครื่องมือ ผมไม่เห็นวาทะพินขึ้นใดชิ้นหนึ่งเป็นสิ่งที่ผมขาดไม่ได้ ถ้าไม่มีคอมพิวเตอร์กระเป๋าหัว ผมก็จะหยุดเขียนหนังสือ และถ้าไม่มีกล้องถ่ายรูป ผมก็อาจหยุดถ่ายภาพ เพื่อแลกเปลี่ยนกันชม แต่ทั้งหมดนี้จะไม่ทำลายคุณภาพของทุกขณะในชีวิต” (สดใส 2551) ด้วยทัศนะของท่านต่อชีวิตที่ง่ายและคมชัดเช่นนี้ฉันเข้าใจได้ว่า ท่านคงเป็นคนที่มีความสุขมาก เป็นความสุขที่ไม่พึ่งพาต่อสิ่งอื่นและให้ความสำคัญสูงสุดที่สภาวะจิตที่สมดุลในทุกขณะจิต ความสุขเช่นนี้พัฒนาได้จากทัศนะที่ถูกต้องเป็นจริงตามธรรมชาติ **ความสุขจึงเป็นสิ่งที่จะต้องพัฒนาให้จิตมีความประณีตและมีความเป็นอิสระจากพันธะทั้งหลายยิ่งๆ ขึ้นไป** ซึ่งมนุษย์สามารถพัฒนาให้เกิดขึ้นและเป็นจริงได้

ข้อความที่สาม ข้อเขียนของพระพรหมคุณาภรณ์ (ป. อ. ปยุตฺโต) (2553) ที่สะท้อนเตือนว่าการพัฒนาความสุขแม้เป็นเรื่องยากแต่จำเป็นต้องชวนขยายดำเนินการ “ในสังคมที่เป็นอยู่นี้ ไม่อาจหวังว่าจะทำการใด ให้กระแสดันหาเหือดหายไปได้ หรือจะให้วิถีของฉันทะขยายขึ้นมาเป็นใหญ่ สิ่งที่ยิ่งทำคือ เพียงดูไว้ไม่ปล่อยให้กระแสดันหาท่วมท้นไหลพาลลงเหวไป และคอยส่งเสริมวิถีแห่งการสนองฉันทะให้ดำเนินไปได้¹⁹ สิ่งที่ต้องทำตลอดเวลาก็คือ ความไม่ประมาทในการพัฒนามนุษย์ให้ก้าวหน้าไปในการพัฒนาความสุข” ในความเป็นจริง คนเรามากได้รับความปรารถนาดี มีคน (ส่วนใหญ่เจ้าของกิจการค้าทั้งหลาย) ดูเหมือนอยากให้เรามีความสุข ฉันทะยังจำสโลแกนที่เคยเป็นที่กล่าวขวัญกันอย่างกว้างขวาง “ความสุขที่คุณดีมีได้” มีความพยายามบอกเราว่า ถ้าเรามีบ้าน มีรถ มีโทรศัพท์มือถือ เครื่องคอมพิวเตอร์ เครื่องโทรทัศน์ เครื่องเสียง หรือแม้แต่นาฬิกา ฯลฯ อย่างที่เขานำเสนอเราจะมีความสุข การกระทำเหล่านี้ก็ก่อกลายเป็นกระแสของความต้องการ

19 โดยธรรมชาติของมนุษย์ย่อมมีความต้องการเป็นพื้นฐาน จึงต้องพัฒนาความอยากความปรารถนาให้เอื้อต่อความสุขที่จะพัฒนา (ฉันทะ)

ที่ไม่สิ้นสุด (ตันหา) ซึ่งเป็นกระแสใหญ่ในปัจจุบัน เป็นส่วนหนึ่งของยาพิษที่มีมนุษย์ต่างวางยากันเองในสังคมมากบ้างน้อยบ้างจนเป็นความเคยชิน เป็นวิถีชีวิตที่เป็นธรรมดา ซึ่งพบว่ายิ่งมนุษย์มีการพัฒนาทางวัตถุมากขึ้นกลับพบว่ามนุษย์มีปัญหาด้านจิตใจ เนื่องจากขาดความสุข (ที่พัฒนา)²⁰ **ความสุขจึงเป็นสิ่งที่ต้องพัฒนาให้มีศักยภาพด้านทานพิษของความสุขที่ต้องพึ่งพาทั้งหลายให้เพียงพอที่จะพัฒนาความสุขให้ก้าวหน้าไปได้** ไม่ติดกับอยู่แต่ความสุขในขั้นพื้นฐานเท่านั้น จำเป็นต้องพัฒนาให้ก้าวหน้าประณีตขึ้น จากประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความสุขข้อคิดนี้เป็นสิ่งที่ฉันเลือกเป็นหลักในการเดินทางชีวิต และเชื่อมั่นว่าแม้จะเดินไปได้ไกลมากหรือน้อยแต่จะภูมิใจเสมอที่ได้เลือกเส้นทางนี้

ข้อความที่สี่ เป็นข้อความที่อินส์ไตน์เขียนถึงลูกสาวของเพื่อนคนหนึ่ง “หนูรู้ใหม่ว่าคนรุ่นหนูไม่ใช่คนรุ่นแรกที่มีความโหยหาชีวิตที่สมบูรณ์แบบและความงามและเสรีภาพ หนูรู้ใหม่ว่าบรรพบุรุษของหนูมีความรู้สึกเช่นเดียวกับหนู แล้วพวกเขาก็ตกเป็นเหยื่อของปัญหาและความเกลียดชัง หนูรู้เหมือนกันใช่ไหมว่า ความปรารถนาที่แรงกล้าของหนูจะประสบผลได้ ถ้าหนูประสบความสำเร็จในการเข้าถึงความรักและความเข้าใจเพื่อนมนุษย์ สัตว์ พืช และดวงดาว เพื่อที่ว่าความสุขความพอใจของสรรพสิ่งทั้งหลายจะกลายเป็นความสุขความพอใจของหนู และความเจ็บปวดของสรรพสิ่งทั้งหลายก็คือความเจ็บปวดของหนูเช่นกัน จงเปิดตาเปิดใจ ยื่นมือของหนูออกไป และหลีกเลี่ยงยาพิษที่บรรพชนหลายต่อหลายรุ่นของหนูยินดีดูดรับเข้าไว้จากประวัติศาสตร์ และเมื่อนั้นละโลกทั้งโลกก็จะกลายเป็นแผ่นดินเกิดของหนู แล้วการงานและความพยายามทั้งหมดของหนูจะแผ่กระจายออกไปด้วยสิ่งที่ทำให้มีความสุข (Murthi 2005)” ข้อความนี้เน้นให้เห็นความสำคัญของความเข้าใจว่าสรรพสิ่งทั้งล้วนเป็นหนึ่งเดียว ย้ำถึงความสำคัญของการรับรู้ การลงมือช่วยเหลือ และความจำเป็นของการกระทำที่แตกต่างจากอดีต **ความสุขจึงเป็นความรับผิดชอบและเป็นความพยายามที่มีทำที่ต่อสรรพสิ่งทั้งหลายอย่างถูกต้องตามธรรมชาติที่เป็นจริง** นั่นคือความสำคัญของการพัฒนาทั้งความรู้และปัญญาให้มีความก้าวหน้าอันจะส่งผลต่อการพัฒนาความสุขที่มีความประณีตยิ่งขึ้นไปด้วย

20 องค์การอนามัยโลกระบุว่าในปี พ.ศ. 2563 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาการเจ็บป่วยอันดับสองของประชากรโลก รองจากโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน ทั้งสองโรคมีความเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของมนุษย์

ข้อคิดเห็นส่งท้าย

เย็นวานนี้ฉันลงทำสวน สวนๆ นี้เมื่อหลายเดือนก่อนต้นไม้ตายไปเกือบหมด ยกเว้นต้นไม้ใหญ่สี่ต้น ต้นมะยมสองต้นและต้นบานบุรีอีกต้นหนึ่งเท่านั้น วันนี้สวนนี้มีไม้ดอกและพืชผักสวนครัวเติบโตแล้วหลายชนิด ฉันเห็นดอกไม้หลายสี ดอกประทานพรสีม่วง ดอกหงอนไก่สีแดงเข้ม ดอกขบาสีเหลืองส้ม ดอกมะลิและดอกพุดส่งกลิ่นหอม มีพริกชี้หนูและพริกชี้ฟ้าสีแดงสีเขียวเต็มต้นหลายต้น ต้นมะเขือเทศที่กำลังออกลูกสีเขียวหลายต้นหลายคนที่ผ่านมาบอกว่า “น้ำอาจท่วมอีกนะ” แต่เราก็ช่วยกันปลูก ช่วยกันทำสวน ฉันพันดิน ถางหญ้าที่เติบโตรวดเร็วเสมอ ช่วงหนึ่งเมื่อเหนื่อย ฉันหยุดและมองไปข้างหน้าท้องฟ้ามืดเหมือนฝนกำลังจะตกอีกไม่นาน ลมพัดกระทบหน้าเบาๆ ฉันรู้สึก แล้วก้มลงพันดินต่อด้วยประจักษ์ว่า **ใจ็มได้** นั่นน่าจะเป็นเช่นนี้เอง

เมื่อวันที่ 18-19 กรกฎาคม ปี พ.ศ. 2550 รัฐบาลไทยเป็นเจ้าภาพการประชุมนานาชาติเรื่องความสุขกับนโยบายสาธารณะ ในที่การประชุมนี้อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่นได้รับเลือกและนำเสนอว่าเป็นชุมชนในประเทศไทยที่มีความร่วมมือเป็นสุข ซึ่งจากการศึกษาพบว่าเกิดจากปัจจัยสำคัญ คือ ความทุ่มเทด้านการพัฒนาชุมชนอย่างต่อเนื่องของนายแพทย์อภิสิทธิ์และแพทย์หญิงทานทิพย์ อารังวรารัง²¹ และเมื่อเร็วๆ นี้ นายแพทย์สมศักดิ์ โสพลสิทธิ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนอำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ ก็ได้รับรางวัลแพทย์ดีเด่นในชนบท ประจำปี 2554 จากการเปลี่ยนกระบวนทัศน์มาดำเนินงานด้านสาธารณสุขเชิงรุกควบคู่กับการพัฒนาชุมชนแบบบูรณาการ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาความมั่นคงทางอาหารเชื่อมโยงกับการพัฒนาสุขภาพกายและใจสามารถทำให้เกิดความอยู่เย็นเป็นสุขในชุมชนได้²²

ผู้เขียนคิดว่าอาจจะมึนนักวิชาการและนักปฏิบัติการที่ดำเนินงานพัฒนาความสุข เช่นนี้อยู่อีกเป็นจำนวนไม่น้อยในสังคมไทย และหวังว่าความพยายามสะท้อนบทเรียนจากการปฏิบัติของผู้เขียนครั้งนี้จะมีส่วนส่งเสริมการพัฒนาวิชาการที่มีความแปลกแยกระหว่าง

21 ศึกษาการดำเนินงานของโรงพยาบาลอุบลรัตน์ได้ที่ www.ubrh.com

22 หนังสือพิมพ์มติชน หน้า 1 วันที่ 2 สิงหาคม พ.ศ. 2555

การงาน การศึกษา การวิจัยให้เข้ากับชีวิตของผู้ดำเนินการมากขึ้น และเปิดโอกาสให้นักปฏิบัติการที่ทำงานเกี่ยวข้องกับความสุขเป็นสุขของประชากรไทย ได้เผยแพร่ประสบการณ์จากการงานและชีวิตอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยกันพัฒนาความรู้และปัญญาของสังคมอันจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาประเทศชาติให้ยิ่งขึ้นไป

เอกสารอ้างอิง

- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป. อ. ปยุตฺโต). 2550. ชีวิตที่สร้างสรรค์ สดใสและสุขสันต์. กรุงเทพฯ: พิมพ์สวย.
- _____. 2553. ความสุขทุกแง่ทุกมุม. โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาสุขภาพและเรียนรู้จิตตปัญญาอย่างมีส่วนร่วม. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สดใส ชันติวรพงษ์. (ผู้แปล). 2551. ความสุข: คู่มือพัฒนาทักษะชีวิตที่สำคัญที่สุด. มาติเยอริการ์ (ผู้เขียน). กรุงเทพฯ: สอนเงินมีมา.
- สุขุม เฉลยทรัพย์. 2555. (6 สิงหาคม 2555). "เมื่อการเมืองไทยติดหล่ม...". มติชนรายวัน, หน้า 7.
- สุทธิลักษณ์ สมิตะสิริ และประภา คงปัญญา. 2553. ความสุข ชุมชน และข้อเสนอแนะ: บทเรียนจากพุทธมณฑล. นครปฐม: โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาสุขภาพและเรียนรู้จิตตปัญญาอย่างมีส่วนร่วม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- _____. 2554. "ความสุขและชุมชน: ความพยายามเล็กๆ ที่พุทธมณฑล". หน้า 25-67. ใน ชนบทกับเมืองสู่ความอยู่ ดีมีสุข. บรรณาธิการโดย จรินทร์ บุญมัทยะ. กรุงเทพฯ: สอนเงินมีมา.
- Bormans, Leo. 2010. The world book of happiness. Singapore: Page One Publishing.
- Carr, Alan. 2004. Positive psychology: The science of happiness and human strengths. New York: Routledge.
- Chang, Heewon. 2008. Autoethnography as methods. CA: Left Coast Press.
- Davidson, Richard J. and Sharon, Begley. 2012. The emotional life of your brain: how its unique patterns affects the way you think, feel, and live and how you can change them. New York: Hudson Street Press.
- Ellis, Carolyn. 1993. "There are survivors: Telling a story of sudden death". Sociological Quarterly, 34: 711-730.
- _____. 2009. Revision: autoethnographic reflections on life and work. CA: Left Coast Press.

- Ellis, Carolyn. and Arthur, P. Bochner. 2001. "Autoethnography, personal narrative, reflexivity: Researcher as subject". 733-768. In *Handbook of qualitative research*, edited by Norman K. Denzin and Yvonna S. Lincoln. CA: Sage.
- Hanson, Rick. and Richard, Mendius. 2009. *Meditations to change your brain*. Louisville: Sounds True.
- Heaver, Richard. 2005. *Strengthening commitment for human development: Lessons from nutrition*. Washington, D.C.: World Bank.
- _____. 2007. *From GDP to GDH: "Promoting human development for happiness in Thailand"*. Paper presented at a workshop entitled *Strengthening commitment to human development* on July 20, 2006 in Bangkok.
- Layard, Richard. 2005. *Happiness: Lesson from new science*. London: Penguin Group.
- Muncey, Tessa. 2005. "Doing autoethnography". *International Journal of Qualitative Methods*, 4 (3), Article 5: Alberta University Website. Retrieved (December, 1, 2011) from (http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/4_1/pdf/muncey.pdf)
- Murthi, R.K. 2005. *Albert Einstein: A short biography*. New Delhi: Rupa Publications India.
- Seligman, Martin. 2003. *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. London: Nicholas Brealey.

ความสุขพอเพียง

วรชัย ทองไทย¹

บทคัดย่อ

ปัจจุบันคนไทยมีความสุขน้อยกว่าแต่ก่อน เพราะหลงอยู่ในความสุขแบบบริโภคนิยม ซึ่งเป็นความสุขชั่วคราว และจะนำไปสู่ความทุกข์ในระยะยาวได้ หนทางแก้ไขคือ การหันกลับไปหาความสุขที่มีอยู่แล้วในวัฒนธรรมดั้งเดิมของไทย ได้แก่ *คิหิสุข* (สุขของคุณหัตถ์) หรือความสุขพอเพียง

พุทธศาสนาเป็นศาสนาแห่งความสุข และมีคำสอนเกี่ยวกับความสุขมากมายหลายระดับ มีทั้งคำสอนสำหรับผู้ครองเรือน หรือผู้ที่ยังดำรงชีวิตอยู่ในสังคัม ซึ่งเป็นคำสอนเพื่อประโยชน์ทางวัตถุ และเพื่อความสุขในปัจจุบัน นอกจากนี้ยังมีคำสอนสำหรับผู้สละเรือนแล้ว ซึ่งเป็นคำสอนเพื่อประโยชน์ลึกซึ้งทางจิตใจและความสุขสูงสุด

การส่งเสริมให้คนไทยหันมาสนใจกับความสุขพอเพียงนั้น นักวิจัยต้องทำให้เห็นในเชิงประจักษ์ว่า ความสุขพอเพียงเป็นความสุขที่แท้จริงและยั่งยืน โดยทำวิจัยเพื่อพิสูจน์สมมุติฐาน 4 ข้อ คือ 1) รายได้ที่ได้มาโดยสุจริตทำให้มีความสุข 2) รายจ่ายที่ประกอบด้วยปัญญาทำให้มีความสุข 3) การไม่มีหนี้สินทำให้มีความสุข และ 4) การประพฤติที่ไม่มีโทษทำให้มีความสุข

คำสำคัญ: ความสุข ความสุขพอเพียง ความสุขที่ยั่งยืน ความสุขในพุทธศาสนา ความต้องการ บทบาทของนักวิจัย

1 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

Sufficient Happiness

Varachai Thongthai²

Abstract

Nowadays Thai people are less happy than before, due to seeking happiness from consumption. Whilst consumption brings instant happiness, it will lead to suffering in the long run. The solution is by seeking happiness from Thai tradition that is *Gihisukha* (house-life happiness) or sufficient happiness.

Buddhism is the religion of happiness. There are a lot of discourses about happiness. These discourses cover all walks of life, ranging from laypersons who seek materials and current happiness to monks who seek spiritual gain and supreme happiness.

In convincing Thai people to seek sufficient happiness, researchers have to demonstrate that sufficient happiness is a true and sustainable happiness. They should do empirical studies, which include four hypotheses; 1) uprightness income is happiness, 2) wisdom spending is happiness, 3) debtlessness is happiness, and 4) faultless life is happiness.

Keywords: happiness, sufficient happiness, sustainable happiness, happiness in Buddhism, want, researcher's role.

ความสุขพอเพียง

วรชัย ทองไทย

บทนำ

ความสุขเป็นที่ปรารถนาสูงสุดของมนุษย์ทุกคน แต่สุขและทุกข์เป็นของคู่กัน เหมือนมีดกับสว่าน หรือร้อนกับหนาว ถ้าสิ่งหนึ่งเพิ่มขึ้นอีกสิ่งหนึ่งก็จะลดลง กล่าวคือ ถ้ามีสุขมากขึ้น ก็จะมีทุกข์น้อยลง และในทางตรงกันข้าม ถ้ามีสุขน้อยลง ก็จะมีทุกข์มากขึ้น โดยถ้าปล่อยให้เป็นไปตามธรรมชาติแล้ว มนุษย์เราก็จะมีสุขและทุกข์สลับกันไป อย่างไรก็ตาม มนุษย์เป็นสัตว์ประเสริฐคือ สามารถฝึกได้ และไม่ใช้แค่ฝึกให้ทำตามคำสั่งอย่าง ช้าง ม้า วัว ควาย เท่านั้น แต่สามารถฝึกฝนพัฒนาตนให้เจริญก้าวหน้ายิ่งขึ้นไป จนถึงขั้นที่ทำให้ตนเองมีแต่ความสุขอย่างเดียว โดยไม่ต้องกลับมาที่มีความทุกข์อีก

ถึงแม้มนุษย์ทุกคนจะมีศักยภาพ ที่จะพัฒนาตนเองให้ถึงจุดสูงสุดดังกล่าวได้ ก็จะมีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ทำได้ เพราะต้องอาศัยปัญญาและความเพียรที่ยิ่งยวด สำหรับ ปุถุชนส่วนใหญ่ที่ยังมีปัญญาและความเพียรน้อย ก็จะต้องเผชิญกับสุขและทุกข์สลับกันไป ถึงกระนั้นก็ตาม ยังมีหนทางที่จะทำให้คนส่วนใหญ่มีความสุขมากกว่ามีความทุกข์

บทความนี้ จะชี้ให้เห็นถึงแนวทางไปสู่ความสุขดังกล่าว รวมทั้งบทบาทของนักวิจัย ที่จะช่วยทำให้แนวทางนี้ ถูกนำไปใช้ปฏิบัติให้เกิดผลได้จริง

ความสุขคืออะไร

ความสุข คือ การได้ในสิ่งที่ตนต้องการ เมื่อเราได้สิ่งที่เราต้องการแล้ว เราก็จะมีความสุข ความสุขชนิดนี้เป็นความสุขเบื้องต้น ที่เกิดขึ้นได้กับสิ่งมีชีวิตทั้งหลาย เป็นกลไกตามธรรมชาติที่กระตุ้นให้อยากทำสิ่งนั้นๆ เพื่อจะได้สนองความต้องการของร่างกาย เช่น ร่างกายต้องการอาหารและพักผ่อน ธรรมชาติจึงสร้างกลไกให้เราได้กินอาหารและนอนเป็นความสุข เป็นต้น แต่เพราะมนุษย์เป็นสัตว์ที่ต้องเรียนรู้จึงจะดำรงชีวิตอยู่ได้ ทำให้เกิดการเรียนรู้ถึงความต้องการชนิดใหม่ และเกิดความสุขชนิดใหม่ คือ ความสุขที่เกิด

จากความต้องการที่เป็นต้นเหตุ³ ซึ่งเป็นความสุขของมนุษย์โดยเฉพาะ

ความสุขแบบบริโภคนิยมได้เข้ามาสู่สังคมไทยพร้อมกับเศรษฐกิจทุนนิยม ที่ส่งเสริมให้แต่ละคนแสวงหาความสุขสูงสุดด้วยการบริโภคให้มากที่สุด⁴ ซึ่งความสุขชนิดนี้ขึ้นอยู่กับความต้องการที่เกิดจากตัณหา เป็นความต้องการที่จะบริโภคแต่เพียงอย่างเดียว อันเป็นความต้องการที่มากเกินไปจนเกินกว่าความจำเป็นตามธรรมชาติ เช่น กินอาหารมาก หรือแต่งกายตามแฟชั่น เป็นต้น แต่ความต้องการที่เกิดจากตัณหาหยาบไม่มีขีดจำกัด⁵ อยากรู้ได้โน่นได้นี่เรื่อยๆ ไป จึงเป็นไปได้ที่เราจะสนองความอยากนี้ได้ตลอดไป ด้วยเหตุนี้ ความสุขแบบบริโภคนิยมจึงมีแนวโน้มที่จะเกิดทุกข์ได้ในอนาคต

ในธรรมชาติความเป็นจริงนั้น ยังมีความต้องการอีกชนิดหนึ่งที่มีเฉพาะในพุทธศาสนา⁶ คือ ฉันทะ⁷ อันเป็นความต้องการที่จะทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง พร้อมกับมีใจรักที่จะทำสิ่งนั้นอยู่เสมอ และปรารถนาที่จะทำสิ่งนั้นให้ได้ดียิ่งๆ ขึ้นไปด้วย ผู้ที่ทำงานด้วยฉันทะจึงมีความสุขในขณะที่ทำงาน⁸ เมื่อคนทั่วไปรวมทั้งเศรษฐกิจทุนนิยมไม่รู้จักความต้องการที่เป็นฉันทะ จึงคิดเอาว่าการทำงานเป็นความทุกข์ แต่ที่มนุษย์ยังคงจำใจทำงาน ก็เพื่อจะได้มีเงินไปซื้อความสุขในอนาคต คือ การพักผ่อน ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้คนบริโภคมากยิ่งขึ้นไปอีก (ดูรายละเอียดใน วรรษัย 2551)

3 ตัณหา คือ ความทะยานอยาก ความปรารถนาที่จะบำรุงบำเรอปรนเปรอตน ความอยากได้อยากเอา ได้แก่ ตัณหา 3 ประกอบด้วย กามตัณหา (ความอยากในกามคุณ) ภวตัณหา (ความอยากมี อยากเป็น) และวิภวตัณหา (ความไม่อยากมี ไม่อยากเป็น) และตัณหา 6 ประกอบด้วย ความอยากได้ใน รูป เสียง กลิ่น รส โผฏฐัพพะ (สัมผัสทางกาย) และธรรมารมณ์ (อารมณ์ที่เกิดกับใจ) (พระพรหมคุณาภรณ์ 2548ก: 86, 190)

4 ตามสมมุติฐานที่ว่า“บริโภคนิยมมีความสุขมาก” ซึ่งได้พิสูจน์แล้วว่า เป็นสมมุติฐานที่ไม่ถูกต้อง (ดูรายละเอียดใน วรรษัย 2550)

5 “นัตถิ ตัณหาสมา นตี-แม้ว่าเสมอด้วยตัณหาไม่มี เพราะว่ามีเวลานั้น บางโอกาส บางเวลา มันยังมีเวลาเต็มได้ แต่ความต้องการของมนุษย์ไม่มีวันเต็ม” (พระพรหมคุณาภรณ์ 2548ข: 27)

6 ในบทความนี้ พุทธศาสนานิกายหินยาน ที่นับถืออยู่ในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ได้แก่ ไทย ลาว กัมพูชา พม่า และศรีลังกา ซึ่งมีคำสอนที่ตรงตามพระไตรปิฎก สำหรับนิกายมหายาน ที่นับถือกันในประเทศแถบเอเชียตะวันออก ได้แก่ ธิเบต เนปาล ภูฏาน จีน และญี่ปุ่น จะมีคำสอนที่แตกต่างไปจากพระไตรปิฎก ซึ่งความเห็นเกี่ยวกับความสุขอาจแตกต่างกันไปจากนี้ได้

7 ฉันทะเป็นหนึ่งในอิทธิบาท 4 อันเป็นหลักธรรมที่นำไปสู่ความสำเร็จ ประกอบด้วย ฉันทะ (ความพอใจ) วิริยะ (ความเพียร) จิตตะ (ความคิดมุ่งมั่น) และวิมังสา (ความไตร่ตรอง) (พระพรหมคุณาภรณ์ 2548ก: 213)

8 คำเทศนาของพุทธทาสภิกขุ

ความต้องการที่เป็นต้นเหตุ อันเป็นความอยากได้อยากเอา มีแนวโน้มที่ถูกชักจูงด้วยคำโฆษณาได้ง่าย ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความต้องการอันไม่มีที่สิ้นสุด แต่ถ้าเป็นความต้องการที่เป็นฉันทะ อันเป็นความต้องการที่จะทำแล้ว ย่อมจะทำให้คิดก่อนทำ โดยคิดว่าต้องการสิ่งนั้นไปทำไม มีประโยชน์หรือไม่ คุ่มค่าหรือเปล่า เมื่อคิดได้ว่าเป็นสิ่งดีมีประโยชน์ จึงทำ แต่ถ้าไม่มีประโยชน์ก็จะไม่ทำหรือไม่ต้องการ เป็นต้น ความต้องการที่เกิดจากฉันทะ จึงเป็นความต้องการที่มีขีดจำกัด ทำให้มีโอกาสที่จะทำตามความต้องการนั้นให้สำเร็จได้ เมื่อมนุษย์ได้ทำตามที่ต้องการก็มีความสุข ดังนั้น ความสุขที่เกิดจากความต้องการที่เป็นฉันทะ จึงเป็นความสุขที่ยั่งยืน

นอกจากคำสอนในเรื่องฉันทะและความสุขจากฉันทะแล้ว พุทธศาสนายังมีคำสอนเกี่ยวกับความสุขอีกมากมาย เพราะจุดหมายสูงสุดของพุทธศาสนา คือ นิพพาน⁹ อันเป็นความสุขสูงสุดที่ปราศจากความทุกข์

เนื่องจากอิทธิพลของการศึกษาที่เรารับมาจากตะวันตกมีฐานมาจากวิทยาศาสตร์ จึงเชื่อในคำสอนหรือทฤษฎีที่เป็นวิทยาศาสตร์เท่านั้น โดยเชื่อว่า ความจริงเป็นสิ่งที่ต้องพิสูจน์ได้ แต่ถ้าพิสูจน์ไม่ได้ก็ไม่ใช่ความจริง ด้วยเหตุนี้จึงไม่เชื่อในคำสอนของศาสนา เพราะศาสนาจะสอนว่าคัมภีร์เป็นสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การวิพากษ์วิจารณ์หรือสงสัยในคำสอนทางศาสนาถือว่าเป็นบาป ศาสนิกชนต้องเชื่อด้วยศรัทธา โดยไม่ต้องพิสูจน์แต่อย่างใด

แต่ศาสนาพุทธแตกต่างจากศาสนาอื่นโดยทั่วไป เพราะพุทธศาสนาไม่ใช่ศาสนาแห่งศรัทธา แต่เป็นศาสนาแห่งการเรียนรู้ และไม่ได้สอนให้เชื่อด้วยศรัทธา แต่สนับสนุนให้วิเคราะห์ศึกษาคำสอนจนเห็นจริงด้วยตนเองก่อน แล้วจึงค่อยเชื่อและนำไปปฏิบัติ¹⁰ เหตุที่พุทธศาสนาแตกต่างจากศาสนาอื่น ก็เพราะต้นกำเนิดของศาสนาที่แตกต่างกันนั่นเอง

9 ดังพุทธภาษิตที่ว่า “ไม่มีสุขอื่นใดยิ่งกว่านิพพาน”

10 คือ *กาลามสูตร* อันเป็นสูตรที่พระพุทธเจ้าแสดงแก่ชนเผ่ากาลามะ เป็นวิธีปฏิบัติในเรื่องที่ควรสงสัยหรือหลักความเชื่อ ซึ่งกล่าวถึงหลักที่ไม่ควรเชื่อ 10 ข้อ ได้แก่ 1) เพราะฟังตามกันมา 2) เพราะถือสืบๆ กันมา 3) เพราะเล่าลือกันมา 4) เพราะอยู่ในตำราหรือคัมภีร์ 5) เพราะเป็นตรรก 6) เพราะการอนุমান 7) เพราะได้คิดตรงตามแนวเหตุผล 8) เพราะตรงตามทฤษฎี 9) เพราะเห็นว่าน่าจะเป็นไปได้ 10) เพราะนับถือว่าเป็นครูของเรา แต่จะเชื่อและนำไปปฏิบัติก็ต่อเมื่อ รู้เข้าใจด้วยตนเองว่า ธรรมเหล่านั้นเป็นอณูกล เป็นกุศล มีโทษ ไม่มีโทษ เป็นต้น (พระพรหมคุณาภรณ์ 2548: 232)

การเกิดขึ้นของพุทธศาสนา

พุทธศาสนาเป็นศาสนาที่ไม่เชื่อว่ามีพระเจ้า¹¹ คำสอนในพุทธศาสนาจึงไม่ได้มาจากพระเจ้า แต่มาจากการตรัสรู้ของพระพุทธเจ้า คือ การรู้แจ้งเห็นจริงในความจริงแท้ของธรรมชาติที่เรียกว่า “ธรรม” โดยธรรมนี้เป็นสิ่งที่มีอยู่แล้วในธรรมชาติ ซึ่งใครๆ ก็สามารถค้นพบเองได้ พระพุทธเจ้าเพียงแต่นำความจริงนี้มาสั่งสอนเท่านั้น อย่างไรก็ตามสิ่งที่พระพุทธเจ้าทรงคิดขึ้นด้วยพระองค์เอง คือ คำอธิบายธรรมเพื่อให้ปุถุชนทั่วไปสามารถเข้าใจได้ เรียกว่า “ธรรม” และแนวทางปฏิบัติเพื่อให้เข้าถึงธรรม เรียกว่า “วินัย” คำสอนในพุทธศาสนาจึงมี 2 ส่วนคือ ส่วนของธรรมกับส่วนของวินัย พุทธศาสนาจึงมีชื่อเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า “พระธรรมวินัย”

พุทธศาสนาเกิดขึ้นจากการที่เจ้าชายสิทธัตถะต้องการค้นหาหนทางที่จะหลุดพ้นจากความทุกข์ หรือการเวียนว่ายตายเกิดที่เป็นวัฏจักร จึงได้ออกแสวงหาความรู้จากสำนักทิศาปราโมกข์ที่มีชื่อเสียงทั้งหลายในสมัยนั้น ความรู้ที่เจ้าชายสิทธัตถะได้จากการศึกษาคือการทำสมาธิขั้นสูงสุด ซึ่งได้ใช้เป็นเครื่องมือประกอบกับปัญญาและความเพียร ทำให้ตรัสรู้เป็นพระสัมมาสัมพุทธเจ้า จากนั้นจึงได้ออกเทศนาสั่งสอนสิ่งที่ค้นพบ เพื่อประโยชน์สุขของคนหมู่มาก ทำให้เกิดศาสนาพุทธขึ้น คำสอนของพุทธศาสนาจะน่าเชื่อถือได้เพียงไรคงต้องดูที่วิธีการตรัสรู้ของพระพุทธเจ้าว่า สอดคล้องกับวิธีการค้นหาความจริงทางวิทยาศาสตร์หรือไม่ อย่างไร

การค้นหาความจริงและทฤษฎีทางวิทยาศาสตร์จะทำในห้องทดลอง ที่สามารถขจัดปัจจัยที่ไม่เกี่ยวข้องออกไปได้หมด ทำให้สังเกตเฉพาะสิ่งที่ต้องการศึกษาได้ การทดลองนี้เพื่อพิสูจน์สมมุติฐานที่ตั้งไว้ โดยสมมุติฐานที่ยอมรับและได้ผ่านการทดลองซ้ำๆ กันหลายครั้ง จะกลายเป็นทฤษฎี แต่ทฤษฎีทางวิทยาศาสตร์จะถูกหักล้างทันที ถ้ามีทฤษฎีใหม่เกิดขึ้น กล่าวได้ว่า ความจริงทางวิทยาศาสตร์จะยังคงเป็นความจริงอยู่ได้ ก็ต่อเมื่อสามารถอธิบายปรากฏการณ์ปัจจุบันได้เท่านั้น หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง ความจริงทาง

11 พระผู้เป็นเจ้า หรือพระเจ้าผู้สร้าง (God) คือ ผู้สร้างสร้างโลกและจักรวาลทั้งหมด รวมทั้งมนุษย์และสัตว์ทั้งหลายที่อาศัยอยู่ในโลกนี้

วิทยาศาสตร์คือ *สมมติสัจจะ* หรือความจริงตามสมมติ¹² นั่นเอง

สำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์ที่ยอมรับว่าเป็นวิธีทางวิทยาศาสตร์ จะมีขั้นตอน ดังนี้คือ 1) ระบุปัญหาที่ต้องการแก้ไข 2) ศึกษาองค์ความรู้ เพื่อสร้างกรอบแนวความคิดในการวิจัย 3) เก็บข้อมูลตามกรอบแนวความคิด 4) วิเคราะห์ข้อมูล 5) พบความรู้ใหม่และแนวทางแก้ไขปัญหา

การตรัสรู้ของเจ้าชายสิทธัตถะก็จะคล้ายกับวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์เช่นกัน คือ เริ่มจาก

1. ระบุปัญหาที่ต้องการแก้ไข คือ ทำอย่างไรจึงจะพ้นทุกข์
2. สร้างกรอบแนวความคิด คือ พบว่าทางสุดโต่ง 2 สาย¹³ ไม่ใช่หนทางที่จะทำให้ค้นพบวิธีแก้ปัญหาคือ ต้องใช้ทางสายกลางคือ มัชฌิมาปฏิปทา¹⁴ จึงได้พบวิธีแก้ปัญหาคือ
3. เก็บข้อมูล คือ หลังจากนั่งสมาธิจนระลึกชาติได้ ว่าได้เกิดมาแล้วหลายล้านล้านชาติ ซึ่งเปรียบเสมือนการเก็บข้อมูลระยะยาว
4. วิเคราะห์ข้อมูล คือ ใช้สมาธิวิเคราะห์ข้อมูลที่มีจำนวนมากหลายล้านล้านราย ทำให้มองเห็นความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ รวมถึงได้รู้ตัวกำหนดและผลกระทบของทุกข์จนทำให้ได้ตรัสรู้
5. พบความรู้ใหม่คือ “ธรรม” หรือ “กฎธรรมชาติ” อันได้แก่ ก) *ไตรลักษณ์* ข) *ปัจจุสมุปบาท* และ ค) *นิพพาน* (พระธรรมปิฎก 2544) โดยที่

12 ความจริงมี 2 ชนิด ได้แก่ 1) *สมมติสัจจะ* คือ ความจริงโดยสมมติ ซึ่งถือว่าเป็นความจริงที่มนุษย์ได้ตกลงกันไว้แล้ว เช่น คน ลัทธิ โต๊ะ หนังสือ เป็นต้น 2) *ปรมาตสัจจะ* คือ ความจริงแท้ที่มีอยู่ในธรรมชาติ โดยไม่ขึ้นต่อการยอมรับของคน เช่น รูป นาม เวทนา เป็นต้น (พระพรหมคุณาภรณ์ 2548ก: 75)

13 ทางสุดโต่ง 2 สาย คือ *กามสุขัลลิกานุโยค* หมายถึง การหมกมุ่นอยู่ด้วยกามสุข และ *อัสถกิลมถานุโยค* หมายถึง การบีบคั้นทรมานตนเองให้เดือดร้อน (พระพรหมคุณาภรณ์ 2548ก: 63)

14 มรรคมีองค์ 8 ก็ได้ชื่อว่า เป็นทางสายกลางหรือมัชฌิมาปฏิปทา เช่นกัน เพราะเป็นข้อปฏิบัติอันพอดี ที่จะนำไปสู่จุดหมายแห่งการดับทุกข์ (พระพรหมคุณาภรณ์ 2548ก: 215)

1) *ไตรลักษณ์* ประกอบด้วย 1) *อนิจจตา* คือ ความเป็นของไม่เที่ยง 2) *ทุกขตา* คือ ความเป็นทุกข์ และ 3) *อนัตตตา* คือ ความไม่ใช่ตัวตน

2) *ปฏิจสมุปบาท*¹⁵ เป็นหลักความจริงของธรรมชาติ ที่แสดงถึงความสัมพันธ์เป็นเหตุปัจจัยแก่กันของสิ่งทั้งหลาย ที่เป็นบ่อเกิดของทุกข์

3) *นิพพาน* คือ สภาพที่ดับกิเลสและกองทุกข์แล้ว หรือภาวะที่ตัดหน้าดับสิ้นไป ซึ่งเป็นความสุขสูงสุด

ส่วนแนวทางแก้ไขปัญหา คือ *มรรคมีองค์ 8* อันเป็นแนวทางปฏิบัติที่ทำให้พ้นทุกข์

ในระยะเวลา 45 ปี ตั้งแต่ตรัสรู้จนกระทั่งปรินิพพาน พระองค์ได้ทรงเทศนาสั่งสอนแก่ปุถุชนทุกหมู่เหล่า มีคำสอนมากมายหลายระดับ มีทั้งคำสอนสำหรับผู้ครองเรือน หรือผู้ที่ยังดำรงชีวิตอยู่ในสังคมา ซึ่งเป็นคำสอนเพื่อประโยชน์ทางวัตถุ รวมทั้งความสุขในปัจจุบัน และคำสอนสำหรับผู้สละเรือนแล้ว ซึ่งเป็นคำสอนเพื่อประโยชน์ลึกซึ้งทางจิตใจ (พระธรรมปิฎก 2544: 11) ดังนั้น คำอธิบายธรรมในข้อเดียวกัน จึงมีหลายสำนวนหลายระดับ เพื่อให้เหมาะกับผู้ฟังที่แตกต่างกันไป ส่วนวินัยก็ได้บัญญัติเพิ่มเติมขึ้นตามสถานการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้น

คำสอนทั้งหมดของพระพุทธเจ้าได้ถูกรวบรวมในคัมภีร์ที่เรียกว่า พระไตรปิฎก ซึ่งจัดทำหลังจากที่พระพุทธเจ้าปรินิพพานไปแล้ว 3 เดือน (พระพรหมคุณาภรณ์ 2547) ในพระไตรปิฎกมีหลักธรรมทั้งหมด 84,000 พระธรรมขันธ์ ถึงแม้ว่าเวลาจะผ่านมากกว่า 25 พุทธศตวรรษแล้วก็ตาม ก็ยังไม่มีหลักธรรมข้อไหนที่มีใครแย้งว่าไม่เป็นความจริงเลย¹⁶

สำหรับปฏิจสมุปบาทหรือหลักเหตุปัจจัยนั้น จะคล้ายกับหลักความเป็นเหตุเป็นผล ในทางวิทยาศาสตร์ เพียงแต่มีความหมายครอบคลุมกว่า กล่าวคือ นอกจากเหตุจะทำให้

15 มีชื่อเรียกอย่างอื่นอีก ได้แก่ 1) *อิทัปปัจจยตา* หมายถึง ภาวะที่มีอันนี้ๆ เป็นปัจจัย 2) *ธรรมนิยาม* หมายถึง ความเป็นไปอันแน่นอนแห่งธรรมชาต หรือ กฎธรรมชาติ และ 3) *ปัจจัยการ* หมายถึง อากาศที่สิ่งทั้งหลายเป็นปัจจัยแก่กัน (พระพรหมคุณาภรณ์ 2548ก: 255)

16 ธรรมเทศนาของพระสงฆ์ เช่น พระชยสาโร เป็นต้น

เกิดผลแล้ว ยังมีปัจจัยคือ สิ่งแวดล้อมอื่นๆ เข้าร่วมเป็นตัวสนับสนุนอีกด้วย ซึ่งตรงกับความเป็นจริงของธรรมชาติ ที่ต้องมีปัจจัยอื่นมาเป็นส่วนประกอบกับเหตุจึงจะบังเกิดผล ไม่ใช่เพียงเหตุเหตุเดียวก็ทำให้เกิดผลได้ ตัวอย่างเช่น ต้นมะม่วงไม่สามารถเจริญเติบโตได้จากเมล็ดมะม่วง (เหตุ) แต่เพียงอย่างเดียว แต่ต้องมีสิ่งแวดล้อม (ปัจจัย) ที่เหมาะสมประกอบเข้าอย่างพอดี ได้แก่ ดิน น้ำ ปุ๋ย อุณหภูมิ เป็นต้น

หลักธรรมเป็นองค์รวม ไม่แยกส่วน ทำให้การแก้ไขสำเร็จไปในคราวเดียว เช่น ความสุข ไม่แยกความสุขทางกายออกจากความสุขทางใจ ซึ่งแตกต่างจากทางวิทยาศาสตร์ที่แยกวิเคราะห์เป็นส่วนๆ เช่น ในเรื่องความสุขก็ศึกษาแต่ความสุขทางกายอย่างเดียว จนถึงขั้นสามารถผลิตยา คือ Prozac ที่ไปกระตุ้นร่างกายให้หลั่งสารเคมีที่ทำให้มีความสุขได้ แต่ก็มีความสุขชั่วคราวเท่านั้น เมื่อยาหมดฤทธิ์ก็กลับเป็นทุกข์เหมือนเดิม

ความสุขในพุทธศาสนา

พุทธศาสนาเป็นศาสนาของความสุข เพราะมีความมุ่งหมายที่จะทำให้ผู้ปฏิบัติตามคำสอน ได้พบกับความสุขทั้งในปัจจุบันและในอนาคต ทั้งในโลกนี้และในภพหน้า จึงมีหลักธรรมคำสอนเกี่ยวกับความสุขมากมายหลายระดับ ในที่นี้จะนำเสนอเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องเท่านั้น¹⁷ โดยเริ่มต้นที่ธรรมชาติของความสุข

ความสุข มี 2 ประเภทคือ ความสุขทางกาย และความสุขทางใจ (พระพรหมคุณาภรณ์ 2548: 76) ซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน และแยกกันไม่ออก กล่าวคือ คนเรา จะมีความสุขได้ ก็ต้องมีความสุขทั้งทางกายและทางใจ แต่ปัญหาที่คนเราทุกวันนี้ไม่ค่อยมีความสุข เพราะมีแต่แสวงหาความสุขทางกาย จนลืมความสุขทางใจ

17 คือ เฉพาะเรื่องที่จะนำไปสู่ความสุขพอเพียง อันเป็นจุดประสงค์ของบทความนี้

ความสุขแบ่งตามเหตุที่เกิดขึ้นได้ 2 แบบ คือ 1) *สามิสสุข* เป็นความสุขที่อาศัยเหยื่อล่อ เป็นความสุขที่เกิดจากวัตถุคือ *กามคุณ*¹⁸ 2) *นิรามิสสุข* เป็นความสุขที่ไม่ต้องอาศัยเหยื่อล่อ เป็นความสุขปลอดโปร่งเพราะใจสงบ หรือได้รู้แจ้งตามเป็นจริง (พระพรหมคุณาภรณ์ 2548ก: 76)

ยิ่งกว่านั้น ความสุขยังแบ่งตามลำดับขั้นได้ 5 ขั้น ดังนี้ (พระพรหมคุณาภรณ์ 2550: 141-150)

ขั้นที่ 1 ความสุขจากการเสพวัตถุ คือ สิ่งบำรุงบำเรอภายนอกที่นำมาปรนเปรอทาง ตา หู จมูก ลิ้น และกายของเรา

ขั้นที่ 2 ความสุขจากการให้ด้วยศรัทธา เมื่อมนุษย์ฝึกฝนพัฒนาขึ้น มีคุณธรรม เช่น มีเมตตา กรุณา มีศรัทธา และเมื่อให้ด้วยศรัทธา ก็จะมีมีความสุขที่แท้จริงจากการให้ แต่ถ้าให้เพราะสิ่งล่อ เช่น นำไปหักภาษี เป็นต้น ก็จะไม่มีความสุขจากการให้

ขั้นที่ 3 ความสุขอันเกิดจากการดำรงชีวิตที่ถูกต้อง สอดคล้องกับความเป็นจริงของธรรมชาติ ไม่หลงอยู่ในโลกของสมมุติ หรือไม่อยู่ด้วยความหวังสุขจากสิ่งสมมุติที่ไม่ยั่งยืน

ขั้นที่ 4 ความสุขจากความสามารถปรุงแต่ง โดยใช้ *ธรรมสมาธิ* 5 ได้แก่

1. ปราโมทย์ คือ ความชื่นบานใจ ร่าเริงสดใส
2. ปีติ คือ ความอิ่มใจ ความปลื้มใจ
3. ปัสสัทธิ คือ ความสงบเย็นกายใจ ความผ่อนคลายรื่นสบาย
4. สุข คือ ความรื่นใจไร้ความข้องขัด
5. สมาธิ คือ ความสงบอยู่ตัวมั่นสนิทของจิตใจ ไม่มีสิ่งรบกวนร่ำระคาย

ขั้นที่ 5 ความสุขเหนือการปรุงแต่ง คือ อยู่ด้วยปัญญาที่รู้เท่าทันความจริงของโลกและชีวิต

18 *กามคุณ* คือ ความใคร่ ความอยาก ความปรารถนา ในรูป เสียง กลิ่น รส และสัมผัสทางกาย (พระพรหมคุณาภรณ์ 2548ก: 76)

จะเห็นได้ว่า เป็นการเรียงความสุขตามลำดับขั้น จากความสุขขั้นต้น หรือความสุขพื้นฐานที่เข้าถึงได้ง่าย ไปหาความสุขที่สูงขึ้น ซึ่งต้องใช้ปัญญาและความเพียร จนถึงความสุขขั้นสุดท้ายที่เป็นความสุขสูงสุด คือ นิพพาน

ความสุขขั้นที่ 1 ก็คือ *สามิสสุข* อันเป็นความสุขจากการเสพ หรือความสุขจากการได้รับนั่นเอง ซึ่งเป็นความสุขที่คนทั่วไปรู้จักและแสวงหา สุขขั้นนี้เป็นความสุขที่ไม่ยั่งยืน เป็นความสุขที่สลับกับความทุกข์ เพราะเป็นความสุขทางโลก จึงอยู่ในอิทธิพลของ *โลกธรรม 8*¹⁹ ส่วนความสุขขั้นที่ 2 ถึงขั้นที่ 5 เป็น *นิรามิสสุข* คือ สุขที่ไม่ต้องอาศัยเหยื่อล่อ และไม่ไขความสุขจากการได้รับ จึงไม่อยู่ในอิทธิพลของ *โลกธรรม 8*

สำหรับความสุขขั้นที่ 2 ซึ่งเป็นความสุขที่ให้อภัยศรัทธา²⁰ นี้ มีอยู่ในวัฒนธรรมไทยแล้ว แต่เพราะความล้มเหลวในการพัฒนาการศึกษาของไทย ทำให้คนไทยรุ่นใหม่ไม่รู้จัก *ทิริโอดตัมปะ*²¹ ดังจะเห็นได้ว่า มีการบริจาคเพื่อเอาน้ำมากขึ้น ดังเช่น ชาวของนักการเมือง บริจาคเงินทางโทรทัศน์ ที่มีแต่ยอดเงินบริจาค แต่ไม่ยอมให้เงินตามที่ประกาศไว้ เป็นต้น การเห็นห่างจากวัฒนธรรมอันดีนี้ ได้ส่งผลให้คนไทยมีความสุขน้อยลง

ความสุขขั้นที่ 3 เป็นความสุขที่ฆราวาสผู้รักาศิล และเจริญธรรมเป็นประจำ สามารถเข้าถึงได้ ส่วนความสุขขั้นที่ 4 และ 5 สามารถเข้าถึงด้วยการทำสมาธิ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สุขขั้นที่ 5 นั้น ผู้ที่สละเรือนจะมีโอกาสเข้าถึงได้ง่ายกว่า

เมื่อมีความสุขแล้ว ก็ต้องรู้วิธีที่จะรักษาความสุขให้คงอยู่ตลอดไปด้วย ซึ่งพุทธศาสนามีวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องต่อความสุข คือ หลักปฏิบัติต่อทุกข์-สุข 4 ประกอบด้วย

19 *โลกธรรม 8* คือ ความเป็นธรรมดาของโลก ประกอบด้วย ได้ลาภ เสื่อมลาภ ได้ยศ เสื่อมยศ ตีเดียวน สรรเสริญ ความสุข ความทุกข์ (พระพรหมคุณาภรณ์ 2548ก: 217)

20 การให้อภัยศรัทธา นอกจากจะเป็นการให้ด้วยทรัพย์สินเงินทองแล้ว ยังรวมถึงการช่วยเหลือผู้อื่นด้วยกำลังกาย วาจา และใจอีกด้วย

21 *ทิริโอดตัมปะ* คือ ธรรมคุ้มครองโลก 2 ประกอบด้วย *ทิริ* คือ ความละอายต่อการทำความชั่ว และ *โอดตัมปะ* คือ ความเกรงกลัวต่อความชั่ว (พระพรหมคุณาภรณ์ 2548ก: 65)

1. ไม่นำทุกข์มาใส่ตน ในเมื่อยังไม่มีทุกข์
2. ไม่สละความสุขที่มีอยู่ (ความสุขที่ถูกต้องหรือชอบธรรม)
3. ไม่หลงอยู่ในความสุข ถึงแม้จะเป็นความสุขที่ชอบธรรม
4. พยายามแสวงหาความสุขที่สูงขึ้นไป หรือพยายามทำเหตุแห่งทุกข์ให้หมดสิ้นไป (พระพรหมคุณาภรณ์ 2548ก: 135)

ถึงแม้ว่ามนุษย์ทุกคนมีศักยภาพ ที่จะเข้าถึงความสุขสูงสุดได้²² ก็ไม่ได้หมายความว่าทุกคนจะตระหนักหรือมีศรัทธาในความจริงข้อนี้ ประกอบกับการเข้าถึงความสุขในขั้นที่สูงขึ้น ต้องใช้ปัญญา ความรู้ความเข้าใจ และความเพียรด้วย จึงมีคนเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่จะเข้าถึงความสุขขั้นสูงได้ อย่างไรก็ตามพุทธศาสนาก็มีหลักกรรมสำหรับคนทั่วไปควรปฏิบัติเพื่อให้มีความสุขด้วย นั่นคือ *กามโภคีสุข 4*

ความสุขพอเพียง

กามโภคีสุข 4 หรือ *คิทธิสุข* (สุขของศฤงคาร) นี้ เป็นความสุขที่คนทั่วไปสามารถเข้าถึงได้ ประกอบด้วย

1. *อติธิสุข* เป็นสุขที่เกิดจากการมีทรัพย์ คือ ความภูมิใจ เฝออ้อมใจ ว่าตนมีทรัพย์ที่หามาได้ด้วยน้ำพักน้ำแรง ความขยันหมั่นเพียรของตนเอง และโดยชอบธรรม
2. *โภคีสุข* เป็นสุขที่เกิดจากการใช้จ่ายทรัพย์ คือ ความภูมิใจ เฝออ้อมใจ ว่าตนได้ใช้ทรัพย์ที่ได้มาโดยชอบนั้น เลี้ยงชีพ เลี้ยงผู้ควรเลี้ยง และบำเพ็ญประโยชน์ ซึ่งเป็นการใช้ทรัพย์ด้วยปัญญา
3. *อนนสุข* เป็นสุขเกิดจากความไม่เป็นหนี้ คือ ความภูมิใจ เฝออ้อมใจ ว่าตนเป็นไท ไม่มีหนี้สินติดค้างใคร

22 อันเป็นศรัทธาเพียงอย่างเดียวในพุทธศาสนา โดยศรัทธานี้จะเป็นกำลังใจให้เกิดความเพียรในการศึกษาเล่าเรียน เพราะพุทธศาสนาเป็นศาสนาที่ต้องใช้ปัญญา

4. *อนวัชชสุข* เป็นสุขเกิดจากความประพฤติไม่มีโทษ คือ ความภูมิใจ เฝือกอิมใจ ว่าตนมีความประพฤติสุจริต ไม่บกพร่องเสียหาย ใครๆ ดิเตียนไม่ได้ ทั้งทางกาย ทางวาจา และทางใจ (พระพรหมคุณาภรณ์ 2548ก: 147)

คิหิสุข นี้เป็นความสุขที่ครอบคลุมทั้งทางกายและทางใจ เป็นความสุขอันสมบูรณ์ เพราะการปฏิบัติในแต่ละข้อนอกจากจะทำให้สุขกายแล้ว ยังทำให้สุขใจอีกด้วย คือทำให้เกิดความภูมิใจ และเฝือกอิมใจในทุกๆ ครั้งเมื่อนึกถึง เป็นความสุขที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ไม่ใช่ความสุขในอนาคต จะเห็นได้ว่า*คิหิสุข* นี้ เป็นสิ่งธรรมดาที่ใครๆ ก็สามารถปฏิบัติได้ โดยไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ที่นับถือศาสนาพุทธเท่านั้น

คิหิสุข หรือความสุขเบื้องต้นนี้ ยังสามารถพัฒนาให้เป็นความสุขขั้นที่ 2 (สุขที่เกิดจากการให้ด้วยศรัทธา) ด้วยการพัฒนา*โภคสุข* ที่เกิดขึ้นเพราะได้ใช้จ่ายทรัพย์เพื่อตนเอง หรือให้ผู้อื่นบ้างตามหน้าที่ ให้กลายเป็นการให้ด้วยศรัทธา ยิ่งกว่านั้น ยังสามารถพัฒนาต่อไปให้เป็นความสุขขั้นที่ 3 (สุขที่เกิดจากการดำรงชีวิตที่ถูกต้อง) โดยการพัฒนา*อนวัชชสุข* ซึ่งเป็นแต่เพียงทำตนให้อยู่ในกรอบของกฎหมายและธรรมเนียมประเพณี ให้กลายเป็นผู้รักษาศีลและเจริญธรรมเป็นประจำสม่ำเสมอ

ที่น่าสังเกตคือ ก่อนที่ระบบบริโภคนิยมจะระบาดสู่สังคมไทยพร้อมกับเศรษฐกิจทุนนิยมนั้น *คิหิสุข* นี้เป็นสิ่งที่คนไทยปฏิบัติกันทั่วไปอยู่แล้ว กล่าวคือ คนส่วนใหญ่จะทำการหากินโดยสุจริต ใช้จ่ายพอประมาณตามอัตภาพ ไม่ฟุ้งเฟ้อเห่อเหิม มีเท่าไรก็ใช้เท่านั้น รู้จักออมไว้ใช้ในยามฉุกเฉิน ไม่ยอมกู้หนี้ยืมสินมาใช้ในการบริโภค แต่ถ้าจำเป็นก็จะเก็บหอมรอมริบ จนพอเพียงแล้วจึงซื้อ รู้จักแบ่งปันให้เพื่อนบ้าน ไม่โกง ไม่โลภมาก ไม่เห็นแก่ตัว ช่วยเหลือสังคม และเข้าวัดฟังธรรม อันทำให้คนไทยสมัยก่อนมีความสุข และยิ้มแย้มแจ่มใส จนทำให้เกิดคำว่า “ยิ้มสยาม”²³ เพราะเป็นยิ้มที่เกิดจากความสุขภายใน ซึ่งความสุขเช่นนี้น่าจะเรียกว่า “ความสุขพอเพียง”

23 แต่ปัจจุบันมักจะเป็นยิ้มแบบแห้งๆ หรือฝืนยิ้ม

ความสุขพอเพียงจึงเป็นความสุขที่เกิดจากความพอใจ อิ่มเอิบใจ ภาคภูมิใจ และยินดีกับปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็ทรัพย์สินเงินทอง ฐานะความเป็นอยู่ หรือเกียรติยศชื่อเสียงที่ได้มาโดยสุจริต โดยเข้าใจอย่างถ่องแท้ว่า ปัจจุบันเป็นผลของความขยันหมั่นเพียร และการกระทำที่ได้ทำไว้ในอดีต เมื่อทำเท่าไรก็ได้ผลเท่านั้น จึงไม่ตั้งความหวังไว้กับสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้นในอนาคต เพราะรู้ว่าอนาคตเป็นสิ่งไม่แน่นอนตามหลักเหตุปัจจัย ที่ย่อมมีโอกาสผิดหวังได้เสมอ และเมื่อไม่คาดหวังก็ย่อมไม่ผิดหวัง เพราะการไม่ได้ตามที่คาดหวังย่อมจะเป็นทุกข์ ความสุขพอเพียงจึงเป็นสุขที่ปราศจากทุกข์

ความสุขพอเพียงจะตรงกันข้ามกับความสุขแบบบริโภคนิยม เนื่องจากความสุขแบบบริโภคนิยมเป็นเพียงความสุขขั้นที่ 1 (สุขจากการเสพวัตถุ) ที่ส่งเสริมให้บริโภคมามากเพื่อจะได้มีความสุขมาก จึงเป็นความสุขที่เห็นแก่ตน โดยไม่สนใจว่าจะมีผลกระทบต่อคนอื่นในสังคมหรือไม่ เพราะถ้าทุกคนต้องการบริโภคให้มากที่สุดแล้ว²⁴ ย่อมก่อให้เกิดการแก่งแย่งกัน ทั้งนี้เนื่องจากทรัพยากรในโลกมีอยู่อย่างจำกัด จึงไม่สามารถให้ทุกคนได้รับหรือบริโภคโดยไม่จำกัดได้ ผลลัพธ์ก็คือ เมื่อคนส่วนหนึ่งที่มีโอกาสดีกว่า ก็จะบริโภคได้มากกว่า อันส่งผลให้คนที่มีโอกาสน้อยกว่า บริโภคน้อยลงหรือไม่ได้บริโภคเลย แต่ความสุขพอเพียงไม่ถือว่า ต้องบริโภคมมากจึงจะมีความสุขมาก แต่จะบริโภคพอประมาณเท่านั้น จึงเป็นการเฉลี่ยทรัพยากรโลกให้ทุกคนมีโอกาสได้เข้าถึงอย่างเท่าเทียมกัน

ในระยะยาวแล้ว ความสุขแบบบริโภคนิยมจะนำความทุกข์มาให้มากกว่าความสุข เพราะมีจุดมุ่งที่การหาทรัพย์สินให้ได้มากแต่อย่างเดียว โดยไม่สนใจในที่มาของทรัพย์สินที่ได้มาโดยสุจริตหรือไม่ เช่น รับผิดชอบต่อระดับชั้นของรัฐบาล ถ้าตนเองได้ประโยชน์ด้วย เป็นต้น ส่วนการใช้จ่ายทรัพย์สินก็ไม่คำนึงว่าจะเบียดเบียนตนเองหรือผู้อื่นหรือไม่ เช่น กินอาหารมากจนกลายเป็นโรคอ้วน ใช้พลังงานฟุ่มเฟือยจนทำให้ภาวะแวดล้อมเป็นพิษ เป็นต้น ยิ่งกว่านั้น การสนับสนุนให้ยืมเงินในอนาคตมาใช้ในปัจจุบัน ซึ่งเรียกอย่างโก้เก๋ว่า เครดิต ที่แม้จะทำให้เป็นสุขในปัจจุบัน ก็เป็นเพียงชั่วคราวเท่านั้น เพราะเมื่อถึงเวลา

24 การบริโภคไม่ได้หมายถึงเพียงการใช้จ่ายแต่เพียงอย่างเดียว แต่หมายถึงการมีทรัพย์สินหรือรายได้ด้วย โดยมีสมมุติฐานว่า คนมีรายได้มากจะมีความสุขกว่าคนมีรายได้น้อย

ต้องใช้หนี้ก็จะมีหนี้ท่วมหัวทันที เนื่องจากต้องหารายได้เพิ่มขึ้นหรือต้องลดรายจ่ายลง เพื่อให้มีเงินเหลือพอที่จะใช้หนี้ที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว อันเป็นผลมาจากดอกเบี้ยทบต้น

ถึงแม้ว่า ความสุขพอเพียงจะเป็นความสุขที่สมบูรณ์และยั่งยืน แต่ถ้ายังไม่มี การพิสูจน์ให้เห็นชัดด้วยข้อมูล ก็จะเป็นการยากที่จะทำให้คนทั่วไปหันมาสนใจปฏิบัติได้ จึงเป็นหน้าที่ของนักวิจัยที่จะทำความจริงนี้ให้ปรากฏ ด้วยการพิสูจน์สมมุติฐาน 4 ข้อ คือ

1. รายได้ที่ได้มาโดยสุจริตทำให้มีความสุข
2. รายจ่ายที่ประกอบด้วยปัญญาทำให้มีความสุข
3. การไม่มีหนี้สินทำให้มีความสุข
4. การประพฤติที่ไม่มีโทษทำให้มีความสุข

ในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างรายได้หรือรายจ่ายกับความสุขได้มีการศึกษากันมาก เพราะตรงกับความคิดของคนทั่วไปอยู่แล้ว แต่ก็ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับรายได้ที่ได้มาโดย สุจริตกับความสุข หรือรายจ่ายด้วยปัญญากับความสุข สำหรับการศึกษารื่องนี้ล้นกับ ความสุขได้มีผู้ศึกษาบ้างแล้ว (วรชัย 2548, วรชัย และรศรินทร์ 2554) โดยได้ข้อสรุปว่า หนี้สินทำให้คนมีความสุขน้อยลง (รศรินทร์ วรชัย และเรวดี 2553) ส่วนการประพฤติ ที่ไม่มีโทษกับความสุขนั้น ยังไม่มีการศึกษาโดยตรง ดังที่กล่าวแล้วว่า พุทธศาสนาคือ ศาสนาที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อความสุขของคนทั้งหลาย จึงมีหลักธรรมคำสอนเกี่ยวกับความสุข อยู่มากมาย หลายนาม และเหมาะสมกับคนในแต่ละสถานะ นักวิจัยจึงควรนำหลักธรรม อื่นๆ มาศึกษาและพิสูจน์ด้วย เช่น *ทริโศตตปปะ* (ธรรมคัมภีร์ครองโลก) *พรหมวิหาร 4* (ธรรมประจำใจของผู้ประเสริฐ) *โภควิภาค 4* (หลักการจัดสรรทรัพย์สิน) *สังคหัตถุ 4* (หลักการสงเคราะห์) *อบายมุข 6* (ช่องทางเสื่อมทรัพย์) *โลกธรรม 8* (ความเป็นธรรมดา ของโลก) เป็นต้น โดยการท้าวิจัยที่เริ่มต้นจากข้อสมมุติฐาน ซึ่งเป็นการวิจัยเพื่อพิสูจน์ ทฤษฎี แทนที่จะเริ่มต้นวิจัยด้วยปัญหา ดังที่ทำกันตามปกติ

สรุป

ปัจจุบัน คนไทยมีความสุขน้อยกว่าแต่ก่อน เพราะมีว่หลงอยู่กับความสุขแบบบริโภคนิยม ที่มาพร้อมกับเศรษฐกิจทุนนิยม ซึ่งความสุขแบบบริโภคนิยมนี้ ไม่ใช่ความสุขที่แท้จริง และจะนำไปสู่ความทุกข์ในระยะยาว แนวทางแก้ไขคือ การหันกลับไปหาความสุขที่มีอยู่แล้วในวัฒนธรรมดั้งเดิมของไทย คือ *คิหิสุข* หรือความสุขพอเพียง

ในการส่งเสริมให้คนไทยหันมาสนใจกับความสุขพอเพียงนั้น ต้องทำให้เห็นได้ในเชิงประจักษ์ว่า ความสุขพอเพียงเป็นความสุขที่แท้จริงและยั่งยืน บทบาทของนักวิจัยคือ ทำวิจัยเพื่อพิสูจน์สมมุติฐานทั้ง 4 ข้อของ *คิหิสุข* เมื่อสมมุติฐานเป็นที่ยอมรับแล้ว ก็สามารถผลักดันให้เป็นนโยบายต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตโต). 2544. พุทธธรรม (ฉบับเดิม). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ดวงแก้ว
- พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตโต). 2545. ธรรมนุญชีวิต. พิมพ์ครั้งที่ 14. กรุงเทพฯ: บริษัทธรรมสาร จำกัด.
- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตโต). 2547. พระไตรปิฎก สิ่งที่ชาวพุทธต้องรู้. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: มูลนิธิพุทธธรรม.
- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตโต). 2548ก. พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม. พิมพ์ครั้งที่ 13. บริษัทเอส. อาร์. พรินติ้ง แมส โปรดักส์ จำกัด.
- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตโต). 2548ข. เศรษฐศาสตร์แนวพุทธ. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ บริษัทสหธรรมิก จำกัด.
- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตโต). 2550. คู่มือชีวิต. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: บริษัทพิมพ์สวย จำกัด.
- รศรินทร์ เกรย์, วรชัย ทองไทย และเรวดี สุวรรณนพแก้ว. 2553. ความสุขเป็นสากล. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรชัย ทองไทย. 2548. “ความสุขที่วัดได้: ฐานคิดใหม่ในการวัด.” หน้า 443-463 ในการประชุมวิชาการ ประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2548, สมาคมนักประชากรไทย.
- วรชัย ทองไทย. 2550. “ความสุขที่พึงปรารถนา.” หน้า 1-17 ใน หลากหลายมิติแห่งความอยู่ดีมีสุขของคนไทย, บรรณาธิการ รศรินทร์ เกรย์, อนุชาติ พวงสำลี และ ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรชัย ทองไทย และชาย โพธิ์สิตา. 2551. “เพศศึกษาควรสอนอะไร”. หน้า 98-115 ในประชากรและสังคม 2551: มิติ “เพศ” ในประชากรและสังคม, บรรณาธิการ กฤตยา อาชวนิจกุล และกาญจนา ตั้งชลทิพย์. นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.
- วรชัย ทองไทย และรศรินทร์ เกรย์. 2554. “การพนัน หนีสิน และความสุข.” วารสารประชากร ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 กันยายน 2554: 31.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

รศรินทร์ เกรย์ และณัฐจิรา ทองเจริญพงษ์¹

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต ส่งผลต่อความเสี่ยงการเกิดภาวะทุพพลภาพและภาวะการตาย ดังนั้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่ามีประชากรตัวอย่างอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 6,952 คน สุขภาพจิตวัดโดยชุดข้อถามสั้นจำนวน 15 ข้อของกรมสุขภาพจิต(TMHI.15) ผลการศึกษาโดยสถิติถดถอยแบบพหุ พบว่า ปัจจัยทางประชากร ได้แก่ อายุ และสถานภาพสมรส ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ การศึกษา การทำงาน เศรษฐฐานะของครัวเรือน และปัจจัยทางสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประเภทของสวัสดิการรักษายาบาล และการออกกำลังกาย ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น นโยบายการให้โอกาสผู้สูงอายุในการทำงาน การลดความเหลื่อมล้ำของสวัสดิการรักษายาบาล และการส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย จึงควรได้รับการส่งเสริม

คำสำคัญ: ความสุข ผู้สูงอายุ สุขภาพจิต

1 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

Determinants of mental health among older persons

Rossarin Gray and Natjera Thongcharoenchupong²

Abstract

Consequence of poor mental health of older persons is increasing risk of their disabilities and mortality. This study, thus, aims at exploring factors affecting mental health among older persons in Thailand. Data are from the Health and Welfare Survey carried out by the National Statistical Office in 2011. The sample included 6,952 population aged 60 years and over. Short format of Thai Mental Health Indicators including 15 questions of the Department of Mental Health (TMHI.15) was used. Based on multiple regression analysis, the results revealed that demographic factors including age and marital status, socioeconomic factors including education, work and household economic status and health factors including self-rated health, activities daily living, types of health welfare and exercise predicted the level of mental health statistically significantly. Policy on opportunities for work, reducing health welfare inequality and appropriate exercise among older adults should be promoted.

Keywords: Happiness, Mental health, Older persons,

ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

รศรินทร์ เกรย์ และณัฐจิรา ทองเจริญพงศ์

บทนำ

การมีสุขภาพที่ดี ย่อมเป็นที่พึงปรารถนาของคนทุกคน องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญกับสุขภาพจิต โดยกำหนดนิยาม “สุขภาพที่ดี” คือ “การมีสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ดี ไม่มีโรค มีสุขภาวะทางสังคมดี” (World Health Organization 2012) ความหมายของสุขภาพจิตคนไทย คือ สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึง ความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้อสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป (อภิชัย และคณะ 2552) และในบริบทของสังคมไทย สุขภาพจิตและความสุขเป็นเรื่องเดียวกัน (อภิชัย และคณะ 2544)

มนุษย์เราเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น ในทางชีววิทยาย่อมเกิดความเสื่อมถอยทางด้านร่างกาย โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจะเป็นไปในทางที่เสื่อมลงตามธรรมชาติ ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพมากกว่าวัยอื่น โดยเฉพาะสุขภาพกาย และเมื่อมีปัญหาสุขภาพกายแล้วย่อมกระทบต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา ดังนั้น ผู้สูงอายุน่าจะมีความเสี่ยงในการเผชิญปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ แต่อย่างไรก็ตาม นอกจากสุขภาพกายแล้ว ยังมีปัจจัยอื่นๆ อีก เช่นปัจจัยทางด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (George 2010) ผลที่ตามมาของการมีสุขภาพจิตที่ไม่ดีหรือไม่มีความสุขในวัยสูงอายุ คือมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะทุพพลภาพ เสี่ยงต่อภาวะการตายสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีความสุข (Collins, Goldman & Rodriguez 2008; Lyyra et al. 2006) ดังนั้น การศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จึงมีความสำคัญสำหรับการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยทางด้านประชากร เศรษฐกิจสังคม และสุขภาพส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ปัจจัยทางด้านประชากรได้แก่ เพศ อายุ และสถานภาพสมรส เพศเป็นตัวแปรหนึ่งที่เป็นตัวกำหนดความแตกต่างและบทบาทของบุคคลในสังคม เพศชายจะถูกให้เป็นผู้นำครอบครัว ส่วนเพศหญิง สังคมกำหนดบทบาทในการเป็นแม่บ้าน ซึ่งให้ความเคารพยกย่องเพศชายในฐานะความเป็นผู้นำทางสังคม ทำให้เพศชายมองว่าตนเองมีคุณค่ามากกว่าเพศหญิง (สุมนัส 2537; Hanlon & Pickett 1984) เมื่อเป็นผู้นำครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุชายมีมโนทัศน์ที่ดี มีความภาคภูมิใจ และพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง (กาญจนา 2543) สอดคล้องการศึกษาเรื่องความพึงพอใจของข้าราชการเกษียณอายุของ กนกวรรณ (2527) พบว่า ผู้สูงอายุชายมีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุหญิง ถึงแม้ว่าเพศหญิงจะออกไปทำงานนอกบ้านมากขึ้น หรือมีบทบาททางสังคมมากขึ้น และจากการศึกษาของนภาพร มาลินี และจันทร์เพ็ญ (2532) พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย

สำหรับอายุพบว่า ระดับความสุขจะสูงในวัยรุ่น ต่ำในวัยทำงาน และกลับมาสูงในวัยสูงอายุ หรือเป็นรูปตัว U เมื่อควบคุมด้วยลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ (Frey & Slutzer 2002) และผู้สูงอายุที่มีคูมีความสุขมากกว่าผู้ที่ไม่ใช่คู ไม่ว่าจะเป็น โสด หรือหม้าย หย่า แยกกันอยู่ (Pinquart & Sorensen 2001)

ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี มีความสุขมากกว่าผู้ที่มีเศรษฐกิจไม่ดี (Gray et al. 2008) จากการทบทวนวรรณกรรม 286 เรื่องของ Pinquart และ Sorensen (2000) พบว่าการศึกษาและรายได้เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะรายได้ นอกจากนี้การทำงานน่าจะส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน เนื่องจากทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่า

สุขภาพส่งผลต่อความสุขของประชากรทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยสูงอายุ (Gray et al. 2008; Yang 2008) ดังนั้น ความแตกต่างของสวัสดิการสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับ ปัจจัยสถานที่อยู่อาศัยว่าเป็นเขตเมืองหรือชนบท ซึ่งแสดงถึงความแตกต่างของการเข้าถึงบริการสุขภาพ หรือแสดงถึงความแตกต่างของสถานภาพทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ และเหมาะสมกับวัย นอกจากนี้จะทำให้มีสุขภาพร่างกายดีแล้ว ยังสามารถป้องกันโรคที่เกิดจากความเสื่อมได้ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคความดันโลหิตสูง โรคข้อเสื่อม ยิ่งไปกว่านั้นการออกกำลังกายยังช่วยลดความเครียด (สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย 2552)

ระเบียบวิธีวิจัย

ใช้ข้อมูลสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2554 ดำเนินงานโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified two-stage Sampling) โดยมีจังหวัดเป็นสตราตัมทุมรวมอาคาร (ในเขตเทศบาล) และหมู่บ้าน (นอกเขตเทศบาล) เป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง และครัวเรือนส่วนบุคคลเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง รวมจำนวนครัวเรือนตัวอย่างทั้งสิ้นประมาณ 26,500 ครัวเรือน เก็บข้อมูลในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2554 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2555) สำหรับในการศึกษาครั้งนี้สนใจศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 60 ปีขึ้นไป พบว่ามีจำนวนทั้งสิ้น 6,952 คน เป็นเพศชาย จำนวน 2,986 คน และเป็นเพศหญิง จำนวน 3,966 คน และใช้สถิติถดถอยเชิงพหุ (Multiple regression) เพื่อวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิต

การวัดสุขภาพจิต ใช้สุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (Thai Mental Health Indicators: TMHI.15) ของกรมสุขภาพจิต พัฒนาโดยอภิชัย และคณะ (2552) เป็นตัวแปรตาม ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) สภาพจิตใจ 2) สมรรถภาพจิตใจ 3) คุณภาพของจิตใจ และ 4) ปัจจัยสนับสนุน โดยรายละเอียดของคำถามมีดังนี้

สภาพจิตใจ:

ความรู้สึกทางบวก

1. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต
2. ท่านรู้สึกสบายใจ
3. ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง

การไม่มีความรู้สึกทางลบ

4. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน
5. ท่านรู้สึกผิดหวังในตนเอง
6. ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีแต่ความทุกข์

สมรรถภาพของจิตใจ:

7. ท่านสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข
8. ท่านมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมอารมณ์ได้เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น
9. ท่านมั่นใจที่จะเผชิญเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต

คุณภาพของจิตใจ:

10. ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์
11. ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา
12. ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส

ปัจจัยสนับสนุน:

13. ท่านรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว
14. เมื่อท่านป่วยหนักเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลเป็นอย่างดี
15. ท่านและสมาชิกในครอบครัวมีความรักและผูกพันต่อกัน

โดยให้คะแนนคำถามแต่ละข้อมีมาตรวัด 4 ระดับ โดยคำถามเชิงบวก 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 แทนค่า “ไม่เลย” เท่ากับ 0 คะแนน “เล็กน้อย” เท่ากับ 1 คะแนน “มาก” เท่ากับ 2 คะแนน และ “มากที่สุด” เท่ากับ 3 คะแนน ในขณะที่คำถามเชิงลบ ข้อ 3, 4 และ 5 แทนค่า “ไม่เลย” เท่ากับ 3 คะแนน “เล็กน้อย” เท่ากับ 2 คะแนน “มาก” เท่ากับ 1 คะแนน และ “มากที่สุด” เท่ากับ 0 คะแนน

เมื่อนำคะแนนจากคำถามทั้ง 15 ข้อมารวมกันแล้ว คะแนนสูงสุดคือ 45 คะแนน ถือเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตสมบูรณ์ที่สุด ขณะที่คะแนนต่ำที่สุดของแบบทดสอบนี้เท่ากับ 0 คะแนน เป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตแย่มากที่สุด โดยผู้ที่มีคะแนนยิ่งสูงขึ้นมากเท่าไร หมายความว่าผู้นั้นมีสุขภาพจิตดีขึ้นมากเท่านั้น โดยชุดคำถามนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และโครงสร้าง มีนักวิชาการและผู้สนใจนำเครื่องมือฉบับนี้ไปใช้อย่างแพร่หลาย ตัวอย่าง เช่น (Yienprugsawan et al. 2011)

เครขรฐฐานะของคร้วเรื่อน ใช้วิธีการทางสถิติมาจัดกลุ่มคร้วเรื่อนตามเครขรฐฐานะ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบร่วม (Factor analysis) เช่นเดียวกับการศึกษาของ อภิชาติ ปราโมทย์ และปัญญา (2553) สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ได้พบว่า สามารถจัดกลุ่มเครขรฐฐานะของคร้วเรื่อนตามการมีของใช้คร้วเรื่อนที่แสดงฐานะความร่ำรวยได้ ดังนี้ เครื่องปรับอากาศ เตาไมโครเวฟ คอมพิวเตอร์ รถยนต์และเครื่องซักผ้า แล้วจัดลำดับของใช้ออกเป็น 4 กลุ่ม โดยให้ประชากรในแต่ละกลุ่มมีจำนวนเท่าๆ กัน (Quintiles) โดยเรียกกลุ่มเหล่านี้ในดัชนีการครอบครองของใช้คร้วเรื่อนว่า (1) กลุ่มรวยที่สุด (2) กลุ่มรวย (3) กลุ่มจน และ (4) กลุ่มจนที่สุด โดยแต่ละกลุ่มแตกต่างกันตามจำนวนการครอบครองของใช้คร้วเรื่อนข้างต้น คือ กลุ่มรวยที่สุดมีการครอบครองของใช้คร้วเรื่อน 5 อย่าง และกลุ่มอื่นๆ มีการครอบครองของใช้คร้วเรื่อนลดหลั่นลงมา เช่น กลุ่มรวยมีการครอบครองของใช้คร้วเรื่อน 4 อย่าง กลุ่มจนครอบครองของใช้คร้วเรื่อน 3 อย่าง และกลุ่มจนที่สุดครอบครองของใช้คร้วเรื่อน 1-2 อย่าง เป็นต้น

การประเมินสุขภาพตนเองโดยรวม เป็นการพิจารณาสุขภาพตนเองโดยการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกาย หมายถึง ความคิดรวบยอดของบุคคลที่สะท้อนถึงการประเมินสุขภาพของตนโดยทั่วไป (Speak 1987; Speak, Cowart & Pellet 1989) เกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้รับสัมผัสจากสิ่งแวดล้อมแล้วมีการแปลความหมายโดยการใช้ประสบการณ์เดิมหรือความรู้เดิมเกี่ยวกับสุขภาพว่าหมายถึงอะไร ซึ่งแมคโดเวลและนิวเวล (McDowell & Newell 1987) กล่าวว่า ภาวะสุขภาพของบุคคลสามารถวัดได้จากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจวินิจฉัยต่างๆ โดยแพทย์ หรือการประเมินสุขภาพของตนเองว่ามีสุขภาพอย่างไร และพบว่า การประเมินสุขภาพด้วยตนเองนี้มีความแตกต่างจากข้อมูลที่ได้จากแพทย์เพียงเล็กน้อย ดังนั้น การประเมินสุขภาพด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับการประเมินโดยแพทย์ (Maddox & Douglass 1973; Fillenbaum 1985)

การออกกำลังกาย กล่าวถึง การบริหารร่างกายที่ดีของผู้สูงอายุ นั้น ต้องมีหลัก 3 ประการคือ ทำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ถ้าให้ดีควรทำทุกวัน ครั้งละ 20 นาที และทำจนหัวใจเต้นประมาณ 90-120 ครั้ง/นาที จะทำให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย (บรรลุ (มปป.) ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ จึงจัดกลุ่มตัวแปรการออกกำลังกายดังนี้ 1) ไม่ออกกำลังกาย 2) จำนวนวัน (มากกว่า 12 ครั้งต่อเดือน) และระยะเวลาในการออกกำลังกาย (มากกว่า 20 นาทีต่อครั้ง) และจำนวนวันและระยะเวลาในการออกกำลังกายอื่นๆ

ผลการศึกษา

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 57.0 และชาย ร้อยละ 43.0 (ตาราง 1) เมื่อพิจารณาถึงโครงสร้างอายุ พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 58.6 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 31.1 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคู่หรือสมรส (ร้อยละ 60) และจบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 88.4) สำหรับการทำงาน พบว่าเกินกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 55.9) และส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตชนบท ร้อยละ 67.2

นอกจากนี้เมื่อให้ผู้สูงอายุประเมินสุขภาพตนเองในภาพรวม พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุตอบว่าสุขภาพตนเองขณะนี้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 53.8) ส่วนผู้ที่ประเมินว่าสุขภาพตนเอง ไม่ดี หรือดี มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน ส่วนเรื่องการประเมินสถานะฟังก์ชันในการปฏิบัติกิจประจำวัน ได้แก่ การเคลื่อนไหว และการดูแลตนเองในเรื่องอาบน้ำหรือแต่งตัว พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีปัญหา (ร้อยละ 73.3 และ 94.2 ตามลำดับ) ผู้สูงอายุเกือบครึ่งหนึ่งไม่มีโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 46.3) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสวัสดิการในการรักษาพยาบาล คือ บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) ร้อยละ 80.6 และร้อยละ 15.5 ใช้สวัสดิการข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกายถึงร้อยละ 72.5

ตาราง 1 ร้อยละของผู้สูงอายุ และคะแนนรวมสุขภาพจิต จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจสังคม และสุขภาพ (n = 6,952)

ตัวแปร	ร้อยละ	จำนวน	คะแนนรวมสุขภาพจิต	
			Mean	SD.
ปัจจัยประชากร				
เพศ				
ชาย	43.0	2,986	32.09	5.481
หญิง	57.0	3,966	31.15	5.536
อายุ (ปี)				
60-69 ปี	58.6	4,075	31.72	5.547
70-79 ปี	31.1	2,161	31.26	5.483
80 ปีขึ้นไป	10.3	716	31.51	5.553
สถานภาพสมรส				
โสด หม้าย หย่า แยก	40.0	2,781	30.63	5.546
สมรส	60.0	4,171	32.17	5.436
ปัจจัยเศรษฐกิจและสังคม				
การศึกษา				
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	88.4	6,148	31.28	5.504
มัธยมศึกษา	7.2	498	32.88	5.285
สูงกว่ามัธยมศึกษาขึ้นไป	4.4	306	34.92	5.057
อาชีพ				
ไม่ได้ทำงาน	55.9	3,883	31.35	5.521
ทำงานภาคเกษตร	26.1	1,817	31.92	5.331
ทำงานนอกภาคเกษตร	18.0	1,252	31.67	5.817
เศรษฐกิจของครัวเรือน				
กลุ่มจนที่สุด	23.5	1,630	30.67	5.299
กลุ่มจน	26.5	1,844	31.10	5.462
กลุ่มรวย	25.4	1,768	31.37	5.823
กลุ่มรวยที่สุด	24.6	1,710	33.08	5.207
เขตที่อยู่อาศัย				
นอกเขตเทศบาล	67.2	4,669	31.37	5.519
ในเขตเทศบาล	32.8	2,283	31.94	5.538

ตาราง 1 ร้อยละของผู้สูงอายุ และคะแนนรวมสุขภาพจิต จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจสังคม และสุขภาพ (n = 6,952) (ต่อ)

ตัวแปร	ร้อยละ	จำนวน	คะแนนรวมสุขภาพจิต	
			Mean	SD.
ปัจจัยสุขภาพ				
การประเมินสุขภาพตนเองโดยรวม				
ไม่ดี	23.4	1,624	29.60	5.696
ปานกลาง	53.8	3,742	31.56	5.230
ดี	22.8	1,587	33.54	5.344
การประเมินสุขภาพตนเองโดยพิจารณาจาก การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตนเองในด้านต่างๆ				
การเคลื่อนไหว				
ไม่มีปัญหาในการเดิน	73.3	5,099	31.99	5.425
มีปัญหาในการเดินบ้าง	26.0	1,806	30.41	5.641
ไม่สามารถไปไหนได้และจำเป็นต้องอยู่บนเตียง	0.7	46	28.53	5.626
การดูแลตนเองในเรื่องอาบน้ำหรือแต่งตัว				
ไม่มีปัญหา	94.2	6,551	31.72	5.442
มีปัญหาในการอาบน้ำหรือแต่งตัวบ้าง	5.4	375	28.99	6.296
ไม่สามารถอาบน้ำหรือแต่งตัวด้วยตนเองได้	0.4	26	27.77	5.917
โรคเรื้อรัง				
ไม่มี	46.3	3,219	31.92	5.491
มีโรคเรื้อรัง	53.7	3,732	31.24	5.548
สวัสดิการในการรักษาพยาบาล				
บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง)	80.6	5,603	31.07	5.468
สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	15.5	1,076	33.97	5.334
อื่นๆ เช่น ประกันสังคม/กองทุนเงินทดแทน				
ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน เป็นต้น	3.9	273	31.92	5.043
การออกกำลังกาย				
ไม่ออกกำลังกาย	72.5	5,042	31.16	5.570
จำนวนวัน (>12 ครั้ง/เดือน) และระยะเวลาใน การออกกำลังกาย (>20 นาที/ครั้ง)	20.9	1,448	32.88	5.240
จำนวนวันและระยะเวลาในการออกกำลังกายอื่นๆ	6.6	462	31.74	5.348

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาจากการวิเคราะห์การถดถอยพหุ (ตาราง 2) พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยทางประชากร (ได้แก่ อายุ และสถานภาพสมรส) ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม (ได้แก่ การศึกษา การทำงาน และเศรษฐกิจฐานะ) ปัจจัยทางด้านสุขภาพ (ได้แก่ การประเมินสุขภาพตนเองในภาพรวม การประเมินในการทำกิจวัตรประจำวัน การได้รับสวัสดิการรักษายาบาล และการออกกำลังกาย)

ผู้สูงอายุยิ่งมีอายุมากขึ้นยิ่งมีสุขภาพจิตดีขึ้น โดยพบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มอายุ 70-79 ปี มีคะแนนสุขภาพจิตลดลงน้อยกว่ากลุ่มอายุ 60-69 ปี ส่วนสถานภาพสมรส พบว่า คือ ผู้สูงอายุที่มีคู่จะช่วยให้คะแนนสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น สำหรับการศึกษาก็เช่นเดียวกันยิ่งผู้สูงอายุมิระดับการศึกษาสูง คือ ระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาขึ้นไปจะทำให้คะแนนสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น ส่วนคนที่ทำงานในภาคเกษตรมีคะแนนสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้ทำงาน นอกจากนี้เศรษฐกิจของครัวเรือนก็มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับคะแนนสุขภาพจิต คือ ยิ่งครัวเรือนที่มีเศรษฐกิจดียิ่งทำให้คะแนนสุขภาพจิตมากขึ้นตามไปด้วย โดยพบว่า กลุ่มรวยที่สุดมีสุขภาพจิตดีที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มรวย จน และจนที่สุด ตามลำดับ

ผู้สูงอายุที่ประเมินสุขภาพตนเองว่า ดี มีสุขภาพจิตดีที่สุด รองลงมา คือ ปานกลาง ในทำนองเดียวกันผู้สูงอายุที่ประเมินด้านการดูแลตนเองว่าไม่มีปัญหาในการอาบน้ำหรือแต่งตัว คะแนนสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่ประเมินว่าตนเองมีปัญหา

สำหรับสวัสดิการในการรักษายาบาล พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับสวัสดิการข้าราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ มีสุขภาพจิตดีที่สุด ส่วนการออกกำลังกายส่งผลต่อคะแนนสุขภาพจิตด้วยเช่นกัน โดยผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายมากกว่า 12 ครั้งต่อเดือน และมากกว่า 20 นาทีต่อครั้ง มีสุขภาพจิตดีที่สุด

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression) ปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (n=6,952)

	B	Std. Error	Beta	
ปัจจัยทางประชากร				
เพศชาย (กลุ่มอ้างอิง: หญิง)	0.197	0.139	0.018	
อายุ (กลุ่มอ้างอิง: 80 ปีขึ้นไป)				
60-69	-0.975	0.233	-0.087	***
70-79	-0.886	0.229	-0.074	***
สถานภาพสมรส (กลุ่มอ้างอิง: โสด หม้าย หย่า แยก)				
สมรส	1.093	0.144	0.097	***
ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม				
ระดับการศึกษา (กลุ่มอ้างอิง: ประถมศึกษาและต่ำกว่า)				
มัธยมศึกษา	0.103	0.263	0.005	
สูงกว่ามัธยมศึกษาขึ้นไป	1.408	0.339	0.052	***
อาชีพ (กลุ่มอ้างอิง: ไม่ได้ทำงาน)				
ทำงานภาคเกษตร	0.583	0.174	0.046	**
นอกภาคเกษตร	0.083	0.179	0.006	
เศรษฐกิจของครัวเรือน (กลุ่มอ้างอิง: กลุ่มจนที่สุด)				
กลุ่มจน	0.464	0.179	0.037	**
กลุ่มรวย	0.618	0.181	0.049	**
กลุ่มรวยที่สุด	1.182	0.205	0.092	***
เขตที่อยู่อาศัย (กลุ่มอ้างอิง: นอกเขตเทศบาล)				
ในเขตเทศบาล	-0.120	0.149	-0.010	
ปัจจัยทางสุขภาพ				
การประเมินสุขภาพตนเองโดยรวม (กลุ่มอ้างอิง: ไม่ดี)				
ปานกลาง	1.422	0.164	0.128	***
ดี	3.049	0.201	0.231	***
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตนเองในด้านต่าง ๆ				
การเคลื่อนไหว (กลุ่มอ้างอิง: มีปัญหาในการเดินบ้างและไม่สามารถไปไหนได้และจำเป็นต้องอยู่บนเตียง)				
ไม่มีปัญหา	0.198	0.163	0.016	

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression) ปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (n=6,952) (ต่อ)

	B	Std. Error	Beta	
โรคเรื้อรัง (กลุ่มอ้างอิง: มี)				
ไม่มี	0.185	0.132	0.017	
สวัสดิการในการรักษาพยาบาล (กลุ่มอ้างอิง: อื่นๆ)				
บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง)	-0.111	0.332	-0.008	
สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1.774	0.358	0.116	***
การออกกำลังกาย (กลุ่มอ้างอิง: ไม่ออกกำลังกาย)				
จำนวนวัน (>12 ครั้ง/เดือน)				
และระยะเวลาในการออกกำลังกาย (>20 นาที/ครั้ง)	0.760	0.256	0.022	***
จำนวนวันและระยะเวลาในการออกกำลังกายอื่นๆ	0.478	0.165	0.056	
Adjusted R ²		0.118		

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

การอภิปรายผลการศึกษา

ในการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของประชากรผู้สูงอายุ โดยใช้ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยระดับบุคคล (Thai Mental Health Indicators: TMHI) ซึ่งได้จากแบบสอบถามวัดสุขภาพจิตฉบับสั้น 15 ข้อ ของ อภิชัย และคณะ (2552) ผลการศึกษาโดยการวิเคราะห์ด้วยการถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) ของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจสังคม และสุขภาพ โดยพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามกับคะแนนสุขภาพจิต กล่าวคือ ยิ่งผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้นยิ่งส่งผลให้มีสุขภาพจิตดีขึ้น ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ วิภา มัลลิก และศุภจิต (2542) พบว่าผู้สูงอายุยิ่งมีอายุมากเท่าใดก็ยิ่งมีส่วนของผู้ที่มีปัญหาทางจิตใจเพิ่มมากขึ้นตามอายุ แต่ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ ที่พบว่าระดับความสุขจะสูงในวัยรุ่นต่ำในวัยทำงาน และสูงในวัยสูงอายุ หรือเป็นรูปตัว U เมื่อควบคุมด้วยลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ (Frey & Slutzer 2002)

ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสจะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโสด หม่าย หย่าและแยก สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุพันธ์ (2535) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่เป็นโสด หรือไม่ได้อยู่กับคู่สมรส เนื่องจากคู่สมรสเป็นแรงสนับสนุนทางครอบครัวที่สำคัญ ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรสจะมีโอกาสได้รับความรัก ความอบอุ่น และความดูแลเอาใจใส่ ทำให้ไม่รู้สึกละแวกและว่าเหว (ทัศนีย์ 2536) ความรู้สึกเหล่านี้อาจจะส่งผลเชื่อมโยงต่อความรู้สึกทางใจและอาจส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุได้

ส่วนระดับการศึกษา พบว่า ยิ่งผู้สูงอายุมีระดับการศึกษาสูงทำให้มีสุขภาพจิตดี ยิ่งขึ้น เพราะการศึกษาช่วยให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติตัวในด้านต่างๆ บุคคลที่การศึกษาสูงมักมีแนวทางในการดำเนินชีวิตได้ดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่า (ปัญญา 2551) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของละออง (2534) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า อาจจะเป็นเพราะการที่มีการศึกษาสูงสะท้อนถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำกว่าด้วย (สุวิมล 2534) อีกทั้งยังพบว่าการทำงานมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตเช่นกัน คือ ผู้สูงอายุที่ทำงานในภาคเกษตรจะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่ไม่ได้ทำงาน อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุที่ทำงานในภาคเกษตรนอกจากสามารถทำงานได้แล้ว ยังมีบทบาทในการตัดสินใจในครัวเรือนสูงกว่าผู้สูงอายุที่ทำงานนอกภาคเกษตร (ศศิพัฒน์ และคณะ 2540) ทำให้รู้สึกกว่าตนเองมีคุณค่ามากกว่า ทำให้มีสุขภาพจิตที่ดีตามไปด้วย

นอกจากนี้ เศรษฐฐานะของครัวเรือน เป็นตัวแปรที่แสดงถึงฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มรวยที่สุดจะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มจนที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้และฐานะทางเศรษฐกิจสูง มีความสุขมากกว่าผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่า (Gray et al. 2008)

สำหรับปัจจัยทางด้านสุขภาพ ซึ่งใช้การประเมินสุขภาพองค์รวมของตนเอง จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การประเมินสุขภาพของตนเอง เป็นตัวชี้วัดที่ทำนายการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ และภาวะการตายได้อย่างถูกต้อง (Wang 2007; Singh-Manoux et al. 2007; Shadbolt, Barresi & Craft 2002)

ผู้สูงอายุมีการประเมินสุขภาพตนเองดีมากเท่าไรยิ่งส่งผลต่อสุขภาพจิตไปในทิศทางที่ดีขึ้นเท่านั้น อาจเนื่องมาจากการที่กายและจิตมีความสัมพันธ์กันไม่สามารถแยกออกจากกันได้ เมื่อมีสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้รับความกระทบกระเทือนย่อมส่งผลกระทบต่ออีกสิ่งหนึ่งด้วย เพราะเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจะเป็นไปในทางที่เสื่อมลงตามธรรมชาติ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพมากกว่าวัยอื่น โดยเฉพาะสุขภาพกาย และเมื่อมีปัญหาสุขภาพกายแล้วย่อมกระทบต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุประเมินสุขภาพตนเองไปในทิศทางที่ดีน่าจะส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไปในทิศทางดีเช่นกัน

สำหรับสวัสดิการในการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ผู้สูงอายุที่มีสวัสดิการข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจจะมีสุขภาพจิตดีกว่าสวัสดิการประเภทอื่นๆ ซึ่งสวัสดิการข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ เป็นการแสดงถึงความมั่นคงทางอาชีพอย่างหนึ่ง และเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยไม่ต้องกังวลใจเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เกิดขึ้น ด้วยเหตุนี้สวัสดิการจึงมีผลต่อสุขภาพจิต เพราะช่วยลดความวิตกกังวลทางด้านการเงินได้ อีกทั้งสวัสดิการนี้ยังสามารถตอบสนองเรื่องการรักษาพยาบาลและการบริการได้ดีกว่าสวัสดิการประเภทอื่นๆ โดยผู้ป่วยที่ใช้สวัสดิการนี้มักจะได้รับบริการรักษาด้วยยานอกบัญชียาหลัก รวมถึงหัตถการพิเศษบางอย่าง (การบริการที่ทำโดยแพทย์) มากกว่าผู้ป่วยที่ใช้สวัสดิการฯ จากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สุพล จุฬารัตน์ และศุภสิทธิ์ 2547) นอกจากนี้ยังพบว่าสวัสดิการที่แตกต่างกันทำให้ผู้ป่วยถูกเลือกปฏิบัติและได้รับคุณภาพในการบริการแตกต่างกัน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ใช้สวัสดิการฯ จากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบประกันสังคมจะมีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับความไม่พึงพอใจในการใช้บริการมากกว่าผู้ป่วยที่ใช้สวัสดิการฯ ข้าราชการ (วิโรจน์ และคณะ 2539; สัมฤทธิ์ 2554)

ในส่วนของ การออกกำลังกาย ผู้สูงอายุไทยมีการออกกำลังกายประมาณร้อยละ 30 เท่านั้น และพบว่า การออกกำลังกายที่พอเหมาะกับผู้สูงอายุทำให้มีสุขภาพจิตดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Duke University งานวิจัยเกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว (heart failure) ในประเทศอเมริกา แคนาดา และฝรั่งเศส พบว่าการออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง สัปดาห์ละ 3 วัน มีประโยชน์ต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต ลดการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล และลดการตาย (Duke Medicine News and Communication 2012)

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ข้อค้นพบดังกล่าว นำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายดังนี้

1. ควรเพิ่มโอกาสในการทำงานให้กับผู้สูงอายุที่ยังสามารถประกอบอาชีพได้ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่มาสร้างรายได้ให้แก่ตนเองและครอบครัว โดยไม่ต้องพึ่งพิงบุตรหลานหรือภาครัฐมากนัก เพราะจากผลการศึกษาที่ได้เรื่องเศรษฐกิจของครัวเรือนนั้น ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ การที่ผู้สูงอายุมีรายได้และสามารถตอบสนองความต้องการของตัวเองได้ ย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้การให้โอกาสผู้สูงอายุทำงาน เป็นการคงไว้ซึ่งทักษะการทำงาน การเคลื่อนไหว ทำให้มีสุขภาพดี

2. ควรมีมาตรการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายที่สม่ำเสมอและเหมาะสมกับวัย

3. รัฐควรดำเนินการให้มีความเท่าเทียมกันระหว่างระบบสุขภาพที่มีความแตกต่างกัน เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีสวัสดิการการรักษาพยาบาลแบบบัตรประกันสุขภาพ ดังนั้น การตอบสนองในเรื่องการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้สูงอายุนับเป็นสิ่งสำคัญ

เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา ไทยเจริญ. 2543. "ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี". วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ. 2527. "ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้เกษียณอายุราชการในเขตอำเภอเมืองและเขตอำเภอหาดใหญ่". วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์. 2535. "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากร กิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ". วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทัศนีย์ เกริกกุลธร. 2536. "การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองสระบุรี". วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นภาพร ขียววรรณ, มาลินี วงษ์สิทธิ์, และจันท์เพ็ญ แสงเทียนฉาย. 2532. "สรุปผลการวิจัยโครงการผลกระทบทาง เศรษฐกิจ สังคมและประชากรของผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บรรลุ ศิริพานิช (มปป.) สุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด พันธุ์พิบูลย์ช่าง.
- ปัญญา ชูเลิศ. 2551. "การเตรียมความพร้อมด้านเศรษฐกิจก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของเกษตรกรในพื้นที่เฝ้าระวังทางประชากรกาญจนบุรี". วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาโท. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ละออง สุขวิทยาภรณ์. 2534. "ปัญหาสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในชนบท: กรณีศึกษาเฉพาะอำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง". วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล สุกัลยา คงสวัสดิ์ และ Sara Bennett. 2539. คุณภาพบริการโรงพยาบาลในสายตาผู้ป่วย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

- วีณา ศิริสุข มัลลิกา มัติโก และศุภจิต มโนพิโมกษ์. 2542. "พ่อใหญ่แม่ใหญ่: สถานภาพและบทบาทผู้สูงอายุไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ". โครงการศึกษาวิจัยครบวงจรเรื่องผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร ภาวนา พัฒนศรี เล็ก สมบัติ ระพีพรรณ คำหอม และสุดสงวน สุธีสร. 2540. รายงานการวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยในประเด็นการเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ พื้นที่ศึกษาในเขตภาคกลาง. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ลัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. 2554. "บทบาทการประกันสุขภาพเอกชนภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า". ผู้จัดการออนไลน์. สืบค้นเมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม 2555. จาก <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9500000072652>
- สุนันต์ วงศ์บุญขร. 2537. "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการเข้าร่วมกิจกรรมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุร่มเกล้า เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร". วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ จุฬารัตน์ ลิ้มวัฒนานนท์ และศุภสิทธิ์ พรธนนารุณทัตย์. 2547. รายงานการวิจัยค่าใช้จ่ายและการใช้ยาของผู้ป่วยที่รับการรักษาจากโรงพยาบาล: ผลกระทบของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สุวิมล พนาวัฒน์กุล. 2534. "อ้อมนโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ". วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. 2552. "สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552". สืบค้นเมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม 2555. จาก http://www.m-society.go.th/document/statistic/statistic_6430.pdf
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2555. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ: กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.

- อภิชาต มงคล, วัชณี หัตถพนม, ภัศรา เขษรัโขติศักดิ์, วรณประภา ชลอรกุล, ละเอียด ปัญญาใหญ่ และ สุจิต สุวรรณชีพ. 2544. "ความสุขและสุขภาพจิตในบริบทของสังคมไทย". วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.46 (3): 227-232.
- อภิชาต มงคล, ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ, ทวี ตั้งเสรี, วัชณี หัตถพนม, ไพรวลัย รมชัย และ วรวรรณ จุฑา. 2552. การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร แห่งประเทศไทย จำกัด.
- อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์, ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัญญา ชูเลิศ. 2553. สถานการณ์สุขภาพจิตคนไทย: ภาพสะท้อนสังคม. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Collins, A. L., Goldman, N., and Rodriguez, G. 2008. "Is positive well-being protective of mobility limitations among older adults?". *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 63.: 321-327.
- Duke Medicine News and Communication. 2012. Exercise Boosts Mental and Physical Health of Heart Failure Patients. Retrieved November 17, 2012 from http://www.dukehealth.org/health_library/news/exercise-boosts-mental-and-physical-health-of-heart-failure-patients.
- Fillenbaum, G.G. 1985. "Screening the elderly: A brief instrumental activities of Daily Living Measure". *Journal of The American Geriatrics Society*. 33: 688-706.
- Frey, B., and Slutzer, A. 2002. *Happiness and economics*. Princeton: Princeton University Press.
- George, LK. 2010. "Still happy after all these years: research frontiers on subjective well-being in later life". *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 65B (3), 331-229, doi:10.1093/geronb/gbq006.
- Gray,R.S., Rukumnuaykit, P., Kittisuksathit, S. and Thongtha, V. 2008. "Inner happiness among Thai elderly". *Journal of Cross Cultural Gerontology*. 23: 211-224

- Hanlon, G., and Pickett, J. 1984. "Public Health Administration and Practice". Times Mirror/Mosby.
- Lyyra, T., Tormakangus, T. M., Read, S., and Rantanen, T. 2006. "Satisfaction with present life predicts survival in octogenarians". *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 61,: 319-326.
- Maddox, G.L. and Douglass, E.B., 1973. "Self-assessment of health: A longitudinal study of elderly subjects". *Journal of Health and Social Behavior*, 14 (1): 87-93.
- McDowell, J. and Newell, C. 1987. *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaire*. New York: Oxford University press.
- Pinquart, M. and Sorensen, S. 2000. "Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis". *Psychology and Aging*, 15: 187-224.
- Pinquart, M. and Sorensen, S. 2001. "Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age". *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 56,: 195-213.
- Shadbolt, B., Barresi, J. and Craft, P. 2002. "Self-rated health as a predictor of survival among patients with advanced cancer". *Journal of Clinical Oncology* 2002, 20 (10): 2514-2519.
- Singh-Manoux, A., Dugravot, A., Shipley, MJ., Ferrie, JE., Martikainen, P., Goldberg, M. and Zins, M. 2007. "The association between self-rated health and mortality in different socioeconomic groups in the GAZEL cohort study". *International Journal of Epidemiology*, 36: 1222-1228.
- Speak, D.L. 1987. "Health promotion activity in the well elderly". *Health Values*. 11 (6): 25-30.
- Speak, D.L., Cowart, M.E. and Pellet, K. 1989. "Health perceptions and lifestyles of the elderly". *Research in nursing and Health*, 12 (2): 93-100.
- Wang, C., Satariano, WA. 2007. "Self-rated current and future health independently predict subsequent mortality in an ageing population". *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 62A (12): 1428-1434.

- World Health Organization (WHO). 2012. Who definition of health. Retrieved November, 17, 2012 from <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.
- Yang, Y. 2008. Social inequalities in happiness in the United States, 1972 to 2004: An age-period-cohort analysis. *American Sociological Review*, 73: 204-236.
- Yiengprugsawan, V., Somboonsook, B., Seubsman, S and Sleigh, AC. 2011. "Happiness, mental health, and socio-demographic associations among a national cohort of Thai adults". *Journal of Happiness Studies*, DOI 10.1007/s10902-011-9304-4.

ความสุขของประชากรชนบทใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

จรัมพร ไหล่ายอง ปราโมทย์ ประสาทกุล และกาญจนา เทียนฉาย¹

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับความสุขและความทุกข์ของประชากรชนบทใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ คือ บัตตานี ยะลา และนราธิวาส โดยจะศึกษาระดับและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขและความทุกข์เหล่านั้น การศึกษาใช้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ครัวเรือนตัวอย่างที่ได้จากการสุ่มเพื่อให้ได้ตัวแทนของประชากรชนบทใน 3 จังหวัดนี้ของโครงการสำรวจคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งดำเนินการโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ผลการวิเคราะห์พบว่า คะแนนความสุขของประชากรชนบทใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในปีที่สำรวจคือ พ.ศ. 2552 เท่ากับ 6.7 ซึ่งต่ำกว่าคะแนนความสุขเฉลี่ยของประเทศไทยที่เท่ากับ 7.5 ซึ่งคำนวณจากข้อมูลการสำรวจสถานะทางสังคมและวัฒนธรรม ใน พ.ศ. 2551 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

ผลการวิเคราะห์ด้วย Binomial Logistic Regression พบว่า ศาสนาประจำครัวเรือน ความรู้สึกปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของคนในครัวเรือน และการเจ็บป่วยของครัวเรือน มีอิทธิพลต่อความสุขมาก และความทุกข์ของประชากรชนบทในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ครัวเรือนที่นับถือศาสนาพุทธมีความน่าจะเป็นที่ครัวเรือนจะมีความสุขมากกว่าครัวเรือนที่นับถือศาสนาอิสลาม ในขณะที่ความรู้สึกปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของคนในครัวเรือนเพิ่มขึ้น จะเพิ่มโอกาสให้ครัวเรือนมีความสุข และลดโอกาสที่ครัวเรือนจะมีความทุกข์

อาการเครียด โรคกระดูก/ข้อ/กล้ามเนื้อ/เอ็น และโรคไข้เลือดออก/ไข้ชิคุนคุนยา เป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อความสุขของชนบทในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งมีบางครัว

1 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

เรือนเท่านั้นที่เข้ารับการรักษานในสถานบริการทางสุขภาพ โดยเหตุผลของการปฏิเสธไม่ไปรับบริการในสถานบริการของรัฐมีความหลากหลาย เช่น ความรุนแรงของโรค ที่ตั้งของสถานบริการ และความพึงพอใจในการให้บริการ

คำสำคัญ: ความสุข, คุณภาพชีวิต, 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้, ภาคใต้

The Happiness of RuralRural Population in the 3 Southern Border Provinces in Thailand

Charamporn Holumyong, Promote Prasartkul, and Kanchana Thianlai²

Abstract

This article studies the happiness and sadness of rural population in the 3 southern border provinces in Thailand-Pattanee, Yala, and Narathivat. The overview of happiness and the analysis of factors determining happiness and sadness are included in this study. Employing the data from the survey on people's quality of life in 3 Southern border provinces conducted by Institute for Population and Social Research, Mahidol University, it reveals that the average score of happiness level of rural population in the 3 Southern border provinces was 6.7 in the year implemented survey, 2009. This happiness level is quite low comparing to the average score of happiness level of Thai population which was 7.5, according to the 2008 survey on conditions of social, culture and mental health done by National Statistical Office, Thailand.

The findings of Binomial Logistic Regression analysis show that household religions, perception of safety, and health condition significantly determine both sadness and happiness of rural population in the 3 Southern border provinces in Thailand. A Buddhist household is more likely to be happy than an Islamic household. Strong perception of safety on both life and property can increase the likelihood to be happy and simultaneously decrease the likelihood to be sad.

2 Institute for Population and Social Research, Mahidol University

Concerning health condition, stress, joint, bone and muscle pain, dengue fever and Chikungunya disease are the major health problems that significantly lower happiness of this population. While these diseases are curable, only some households seek the proper treatment at health facilities. The reasons for denying to access health services at the government health facilities are varies such as severity of symptoms, location of health facilities, and service satisfaction.

Keywords: Happiness, Quality of Life, The Three Southern Provinces of Thailand, South Thailand

ความสุขของประชากรชนบทใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

จรัมพร ให้อายอง ปราโมทย์ ประสาทกุล และกาญจนา เทียนลาย

บทนำ

จังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาสเป็นพื้นที่ซึ่งอยู่ท่ามกลางสถานการณ์ความรุนแรงมาเป็นระยะเวลายาวนาน โดยขบวนการกบฏทางเอกราชถูกก่อตั้งเป็นรูปเป็นร่างขึ้นชัดเจนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2490 และมีปฏิบัติการภายใต้อุดมการณ์ของขบวนการฯ เรื่อยมา (มารค และสมเกียรติ 2549) ปัญหาเรื่องการก่อความไม่สงบและความรุนแรงในรูปแบบต่างๆ ได้เกิดขึ้นรายวันตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 (แพร 2551) และทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น มีเหตุการณ์การชุมนุมโจมตีเจ้าหน้าที่ของรัฐ การลอบวางระเบิด และการลอบฆ่าทั้งทหารและพลเรือนอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้พื้นที่ส่วนนี้ของประเทศถูกมองว่าไม่สงบเรียบร้อยและประชาชนอาศัยอยู่ท่ามกลางความไม่ปลอดภัยในชีวิต ภาพลักษณ์เชิงลบเช่นนี้ ส่งผลต่อเศรษฐกิจและสังคม ทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับประเทศ นอกจากนี้ ความรุนแรงในพื้นที่ย่อมมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกกลุ่มในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ และสามารถส่งอิทธิพลไปสู่ระดับความทุกข์ความสุขของประชาชนในพื้นที่ได้ การศึกษาระดับความสุขของประชาชนในพื้นที่และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความทุกข์และความสุขจะเป็นฐานความรู้สำคัญในการเพิ่มความสุข พัฒนาระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ และเอื้อประโยชน์ต่อการลดความรุนแรงได้

การพัฒนาความสุขของประชาชน จำเป็นต้องคำนึงถึงข้อเท็จจริงที่ว่า ความสุขเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ความรู้สึกของคน (รศรินทร์ วรชัย และเรวดี 2553) ซึ่งย่อมจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับรูปแบบการดำเนินชีวิต งานวิจัยที่ผ่านมาได้ชี้ให้เห็นว่า บุคคลมีความสุขแตกต่างกันออกไป โดยผลของปัจจัยแวดล้อมบางอย่างมีผลต่อระดับความสุขสอดคล้องตามที่คนส่วนใหญ่คาดหวังไว้ เช่น คนที่กำลังมีความรักมีความสุขมากกว่าคนอื่นโดยทั่วไป คนสุขภาพดีมีความสุขมากกว่าคนป่วย และคนที่ผูกพันกับศาสนาดำเนินชีวิตอย่างเป็นสุขมากกว่าคนที่ห่างไกลศาสนา เป็นต้น (Morse, Gilbert & Killingsworth 2012) นอกจากนี้ ความสุขของคนยังมีความแตกต่างกันไป

ตามรูปแบบวิถีชีวิตภายใต้ระบอบวัฒนธรรมและค่านิยมของแต่ละสังคม นักวิจัยด้านประวัติศาสตร์ (Stearns 2012) พบว่า ความต้องการที่จะมีความสุขของชาวเอเชียตะวันออกมีน้อยกว่าชาวอเมริกัน วัฒนธรรมของชาวละตินอเมริกามองความสุขแตกต่างไปจากชาวตะวันตก และชาวรัสเซียมองว่าการยิ้มเป็นวัฒนธรรมของคนที่ไม่เวลา เป็นต้น

เมื่อพิจารณาประชาชนในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่อยู่ท่ามกลางปัญหา ความรุนแรงและความไม่สงบเรียบร้อย ควบคู่ไปกับปัญหาเศรษฐกิจและสังคมอื่นๆ อีกมาก เช่น ปัญหาความยากจน การว่างงาน และยาเสพติด เป็นต้น มุมมองของคนทั่วไปมักจะมองว่าปัจจัยแวดล้อมเหล่านี้จะส่งผลในทางลบต่อระดับความสุขของประชาชน หรือในทางกลับกันคือก่อให้เกิดความทุกข์ได้นั่นเอง อย่างไรก็ตามระดับความสุขจะมีมากน้อยเพียงใดนั้น เป็นผลจากการผสมผสานกันระหว่างปัจจัยแวดล้อมและลักษณะทางประชากรของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งมีอัตลักษณ์ที่โดดเด่นแตกต่างออกไป ทั้งในด้านภาษา ศาสนา และวิถีชีวิต เป็นต้น บทความนี้มีเป้าหมายหลักที่จะศึกษาสถานการณ์ความสุขของประชากรชนบทในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความทุกข์และความสุข โดยศึกษาว่ามีปัจจัยใดบ้างที่จะเพิ่มโอกาสที่จะทำให้คนในครัวเรือนมีความทุกข์ และมีปัจจัยใดบ้างที่จะเพิ่มโอกาสที่จะทำให้มีความสุขมาก ด้วยหวังว่าผลของการศึกษาจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาความสุข และชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนในพื้นที่นี้ให้ดีขึ้นต่อไป ดังคำกล่าวที่ว่า “ข้อได้เปรียบของความสุข ก็คือ คนที่คิดบวกจะมีประสิทธิภาพมากกว่า และรู้จักปฏิบัติตนได้ดีกว่า ในท่ามกลางภาวะแวดล้อมที่ท้าทาย” (Achor 2012)

วัตถุประสงค์

1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ความสุขของประชากรชนบทในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขมากของประชากรชนบทในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้
- 3) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความทุกข์ของประชากรชนบทในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้
- 4) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างครัวเรือนที่มีผู้ป่วยกลุ่มโรคติดเชื้อและโรคเครียดกับระดับความสุขครัวเรือน

แหล่งข้อมูล

การวิเคราะห์ความสุขของประชากรชนบทใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ใช้ข้อมูลของโครงการสำรวจคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นข้อมูลหลักในการวิเคราะห์ ซึ่งโครงการสำรวจนี้ มีจุดมุ่งหมายที่จะได้ทราบสถานการณ์เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ความเป็นอยู่ และทุกข์สุขของประชาชนในพื้นที่ชนบทของทั้ง 5 จังหวัดนี้ อย่างแท้จริง การสำรวจดำเนินการโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ในเดือนพฤษภาคม 2552 บัณฑิตอาสาซึ่งอยู่ในหมู่บ้านทำหน้าที่เป็นพนักงานสัมภาษณ์ เก็บข้อมูลตรงจากแม่บ้านอายุ 18-60 ปี หรือผู้ที่รู้ข้อมูลของครัวเรือนในครัวเรือนตัวอย่างผ่านแบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง (Structured questionnaire) โดยสัมภาษณ์ 1 คนต่อ 1 ครัวเรือน ประชากรเป้าหมายในการสำรวจครั้งนี้คือ ประชาชนในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เฉพาะที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทตามหมู่บ้านต่างๆ ไม่รวมประชาชนในเขตเมืองหรือเขตเทศบาล หมู่บ้านเป้าหมายของการสำรวจ คือหมู่บ้านในทุกอำเภอของจังหวัดสตูล ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส และหมู่บ้านเฉพาะใน 5 อำเภอที่ค่อนข้างไปทางชายแดนติดประเทศมาเลเซียของจังหวัดสงขลา ได้แก่ สะบ้าย้อย จะนะ เทพา นาทวี และสะเดา ซึ่งประกอบด้วยตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 2,940 ครัวเรือน จาก 150 หมู่บ้าน

การวิเคราะห์ความสุขของประชากรชนบทใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ได้เลือกเฉพาะกลุ่มตัวอย่างจากจังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส ซึ่งประกอบด้วยตัวอย่าง 1,720 ครัวเรือน หรือ 1,720 คน

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ความสุข (คร้วเรื้อน)

ความสุข ในการศึกษาคั้งนี้เป็นค่าคะแนนที่ได้จากคำตอบของผู้ให้สัมภาษณ์ โดยการถามความคิดเห็นของผู้ให้สัมภาษณ์ว่า “คนในคร้วเรื้อนของตนมีความสุขมากน้อยเพียงใด” ผู้ให้สัมภาษณ์จะประเมินคะแนนความสุขของคนในคร้วเรื้อนของตน ว่ามีความสุขระดับใด ระหว่าง 0 ถึง 10 ถ้า “มีความสุขทุกข์ที่สุด” มีค่าเป็น 0 “ทุกข์ปานกลาง” มีค่าเป็น 5 และ “สุขที่สุด” มีค่าเป็น 10

การวิเคราะห์จะแปลงคะแนนความสุข ระหว่าง 0 ถึง 10 เป็นคะแนนระดับกลุ่ม คือ กลุ่มสุขมาก (คะแนนเท่ากับหรือสูงกว่า 9 ขึ้นไป) กลุ่มสุขปานกลาง (คะแนนมากกว่า 4 และน้อยกว่า 9) และกลุ่มทุกข์ (คะแนนเท่ากับหรือต่ำกว่า 4 ลงมา) การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขของประชากรในชนบทในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้คำนวณโอกาส (หรือความน่าจะเป็น) ของการมีความสุขมาก และมีความสุขทุกข์ โดยใช้สมการถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression)

การเจ็บป่วยของคร้วเรื้อน

การเจ็บป่วยของคร้วเรื้อน ในการศึกษาคั้งนี้ หมายถึงการเจ็บป่วยของสมาชิกในคร้วเรื้อน วัดได้โดยการนำข้อมูลด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนจากคำถามที่ว่า “ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา มีสมาชิกในคร้วเรื้อนเจ็บป่วยด้วยโรคดังต่อไปนี้กี่คน และหากมีการเจ็บป่วย ได้ไปรับการรักษาจากสถานบริการของรัฐหรือไม่” โดยจะถามไปที่ละโรค ซึ่งหากคร้วเรื้อนตัวอย่างมีผู้เจ็บป่วยด้วยโรคดังกล่าว ก็ให้ระบุจำนวนผู้ป่วย และถามต่อไปอีกว่า ได้ไปใช้สถานบริการของรัฐหรือไม่

การจัดกลุ่มโรค ได้ทำการวิเคราะห์ตัวแปรด้วย Factor Analysis ซึ่งมีค่า KMO เท่ากับ 0.759 (มากกว่า 0.05) และค่า Bartlett's test of sphericity เท่ากับ 0.000 (น้อยกว่า 0.05) ซึ่งเหมาะสมในการจัดกลุ่มปัจจัย โดยการจัดรวมกลุ่มโรคเป็น 3 กลุ่ม มีค่า eigenvalues สูงกว่า 1

กลุ่มที่ 1 โรคติดเชื้อ และโรคเครียด ประกอบด้วยโรคไข้เลือดออก/ไข้ชิคุนกุนยา โรคกระดูก/ข้อ/กล้ามเนื้อ/เอ็น โรคในช่องปาก/ฟัน อาการเครียด โรคเกี่ยวกับตา เช่น ต้อหิน ต้อกระจก โรคระบบทางเดินหายใจ เช่น ภูมิแพ้ ไช้นัส

กลุ่มที่ 2 โรคเรื้อรัง ประกอบด้วยโรค โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงหรือต่ำ โรคหัวใจและหลอดเลือด

กลุ่มที่ 3 โรคมะเร็ง ประกอบด้วยโรคมะเร็งทุกชนิด

สถานการณ์ความสุข

คะแนนความสุขของประชากรชนบทใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่คำนวณจากผลการสำรวจครั้งนี้มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.7 โดยเมื่อแจกแจงค่าเฉลี่ยในรายจังหวัดแล้ว ก็พบว่ามีความสอดคล้องกับค่าเฉลี่ยรวมใน 3 จังหวัด คือ เท่ากับ 6.7 ทั้งในจังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส ค่าคะแนนความสุขเฉลี่ยของประชากรชนบทใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้มีค่าต่ำกว่าค่าเฉลี่ยความสุขของคนไทยทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2551 ซึ่งประชากรไทยมีค่าคะแนนความสุขอยู่ที่ 7.5 (รศรินทร์ วรชัย และเรวดี 2553) แม้ว่าตัวเลขคะแนนความสุขนี้จะมากจากการสำรวจคนละชุดกัน แต่ค่าคะแนนได้คำนวณความสุขมาจากสเกลแบบต่อเนื่อง 0-10 เหมือนกัน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าประชากรชนบทใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้มีความสุขน้อยกว่าภาพรวมของคนไทยทั้งประเทศ ส่วนหนึ่งอาจจะเกิดจากความกังวลในเหตุการณ์ความไม่สงบของ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นไปได้ที่ประชาชนในพื้นที่จะเกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัยในการใช้ชีวิตประจำวัน เกิดความกลัววิตกกังวล ภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในพื้นที่ (ดูตาราง 1)

ตาราง 1 ระดับความสุขของประชากรชนบทในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

ระดับความสุข	ปัตตานี	ยะลา	นราธิวาส	รวม
ต่ำกว่า 2	1.6	0.7	0	0.8
3-4	5.9	5.5	7.6	6.3
5-6	35.1	35.4	35.7	35.4
7-8	44.2	46.7	45.6	45.5
9-10	13.3	11.7	11.1	12.0
ค่าความสุขเฉลี่ย	6.7	6.7	6.7	6.7
N	580	600	540	1,720

ปัจจัยที่มีผลต่อความสุข

ความสุขของประชากรเป็นผลรวมของปัจจัยมากมาย ไม่ว่าจะเป็นอัตลักษณ์ส่วนตัวของบุคคล รายได้ ความสัมพันธ์กับคนในครัวเรือน ความสัมพันธ์กับคนในสังคม และความเกื้อกูลกันในสังคม (อภิชาติ ปราโมทย์ และปัญญา 2553) การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขของประชากรในชนบทในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้ใช้การวิเคราะห์ตัวแปรพหุโดยใช้สมการถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression) มาเป็นเครื่องมือช่วยคำนวณโอกาส (หรือความน่าจะเป็น) ของการมีความสุขมาก และมีความทุกข์ของกลุ่มตัวอย่าง

การจัดกลุ่มตัวอย่างที่มีความสุขมาก และมีความทุกข์ ใช้การเปรียบเทียบระดับความสุขโดยอ้างอิงกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ซึ่งพิจารณาแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 10 ส่วน (deciles) และคัดเลือกผู้ที่มีค่าคะแนนความสุขสูงสุด และน้อยที่สุด เป็นผู้ที่มีความสุขมาก และความทุกข์ตามลำดับ โดยตัวอย่างที่มีความสุขมาก คือตัวอย่างที่คะแนนความสุขเท่ากับหรือสูงกว่า 9 ขึ้นไปเปรียบเทียบกับคะแนนความสุขเท่ากับ 8 และน้อยกว่า และตัวอย่างที่มีความทุกข์ คือตัวอย่างที่คะแนนความสุขเท่ากับหรือต่ำกว่า 4 ลงมาเปรียบเทียบกับคะแนนความสุขเท่ากับ 3 และน้อยกว่า

การวิเคราะห์ตัวแปรพหุนี้ได้แบ่งการวิเคราะห์ออกเป็นแบบจำลอง 2 แบบ คือ แบบจำลองความสุขมาก และแบบจำลองความทุกข์ โดยทั้งสองแบบจำลองประกอบด้วย ตัวแปรอิสระชุดเดียวกัน คือ ศาสนาประจำครัวเรือน จำนวนสมาชิกในครัวเรือน จังหวัด จำนวนผู้ป่วยในกลุ่มโรคต่างๆ ของครัวเรือน ระดับความรู้สึกปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของคนในครัวเรือน ความเป็นเจ้าของบ้านที่กำลังอยู่อาศัย การได้รับเงินส่งกลับจากสมาชิกในครอบครัวที่ไปอยู่ที่อื่น และการกู้ยืมเงินในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (ดูตาราง 2) ปัจจัยที่ยังคงมีอิทธิพลต่อความสุขมาก และความทุกข์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายใต้การควบคุมปัจจัยอื่นๆ คือ ศาสนาประจำครัวเรือน ความรู้สึกปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของคนในครัวเรือน ความเป็นเจ้าของบ้านที่กำลังอยู่อาศัย และจำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคติดเชื้อ และโรคเรื้อรัง

ในส่วนของศาสนาประจำครัวเรือน พบว่า ครัวเรือนที่นับถือศาสนาพุทธมีความน่าจะเป็นที่ครัวเรือนจะมีความสุขมากสูงกว่าครัวเรือนที่นับถือศาสนาอิสลามถึง 1.5 เท่า ในขณะที่โอกาสของครัวเรือนที่นับถือศาสนาพุทธจะมีความทุกข์ก็มีน้อยกว่าครัวเรือนที่นับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับช่องว่างระหว่าง บริบททางสังคม อำนาจอรัฐ และอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมของชาวมุสลิม (อลิสตา และดุซนัตดาว 2548; แพร 2548)

ผลกระทบจากความรุนแรงในพื้นที่ที่มีอิทธิพลในเชิงลบต่อความสุขของประชากรในชนบทในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งเห็นได้จากความรู้สึกปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของคนในครัวเรือนที่มีอิทธิพลต่อความสุขมาก และความทุกข์อย่างมีนัยสำคัญ โดยหากความรู้สึกปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของคนในครัวเรือนเพิ่มขึ้น จะเพิ่มโอกาสให้ครัวเรือนมีความสุขมาก และลดโอกาสที่ครัวเรือนจะมีความทุกข์

การไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต และส่งผลให้เกิดความทุกข์ใจได้ โดยพบว่า หากคนในครัวเรือนเป็นเจ้าของบ้านที่กำลังอยู่อาศัย จะทำให้ครัวเรือนมีโอกาสที่จะทุกข์น้อยลง อย่างไรก็ตาม การเป็นเจ้าของบ้านของคนในครัวเรือนไม่มีผลต่อการมีความสุขมากของประชากรใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้เลย

ตาราง 2 Odds ratio และค่านัยสำคัญของตัวแปรอิสระที่มีต่อการมีความสุขมาก และการมีความสุขน้อยของ ครัวเรือนใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ (n=1,642)

ตัวแปรอิสระ	สุขมาก	ทุกข์
จำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคติดเชื้อ และโรคเครียด	0.927*	1.090*
จำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง	0.973	1.084
จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็ง	0.702	1.994
ระดับความรู้สึกปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของคนในครัวเรือน	1.984**	0.779**
จังหวัด (อ้างอิง: ปัตตานี)		
นราธิวาส	0.989	1.153
ยะลา	0.941	0.816
คนในครัวเรือนเป็นเจ้าของบ้านที่กำลังอยู่อาศัย (อ้างอิง: ไม่ได้เป็นเจ้าของ)	1.017	0.457*
ได้รับเงินส่งกลับจากสมาชิกในครอบครัวที่ไปอยู่ที่อื่น (อ้างอิง: ไม่ได้รับ)	0.818	0.586
ครัวเรือนได้มีการกู้ยืมเงินในรอบปีที่ผ่านมา (อ้างอิง: ไม่ได้กู้)	0.939	1.161
ศาสนาประจำครัวเรือนคือศาสนาพุทธ (อ้างอิง: อิสลาม)	1.519*	0.442*
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน	0.985	0.893*
ค่าคงที่	0.001*	0.806*
จำนวน	1,642	1,642
R square	0.224	0.068

หมายเหตุ: *ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 **ระดับนัยสำคัญที่ 0.01

จำนวนสมาชิกในครัวเรือนมีอิทธิพลของต่อความทุกข์ของครัวเรือนในเชิงผกผัน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ความเห็นอกเห็นใจกันของคนในครัวเรือน สำหรับครัวเรือนที่มีสมาชิกหลายคน ในยามที่มีปัญหา ก็จะมีคนหลายคนมาช่วยคิดแก้ปัญหา ซึ่งจะช่วยคลายความทุกข์ได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับผลที่ชี้ว่าจำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่เพิ่มขึ้นจะลดโอกาสที่ครัวเรือนจะมีความทุกข์อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม จำนวนสมาชิกในครัวเรือนไม่ได้มีอิทธิพลต่อความสุขมากของครัวเรือน

เมื่อวิเคราะห์ความเจ็บป่วยของบุคคลในครัวเรือนพบว่า จำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคติดเชื้อ และโรคเครียดมีอิทธิพลต่อความสุขมาก และความทุกข์อย่างมีนัยสำคัญ จำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคติดเชื้อ และโรคเครียดที่เพิ่มขึ้นจะเพิ่มโอกาสให้ครัวเรือนมีความทุกข์ และลดโอกาสที่ครัวเรือนจะมีความสุขมาก ในขณะที่ความเจ็บป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรัง และโรคมะเร็งไม่มีผลในทั้งสองแบบจำลองเมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ

โรคที่รวมอยู่ในกลุ่มโรคติดเชื้อและโรคเครียดเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หากได้รับการรักษาที่เหมาะสม ซึ่งจำนวนผู้ป่วยที่ลดลงจะส่งผลให้ระดับความสุขเพิ่มขึ้นได้ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาต่อในรายละเอียด ว่า โรคใดบ้างในกลุ่มนี้ที่ส่งผลกระทบต่อระดับความสุขของประชากรชนบท ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้บ้าง และผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่สถานบริการใด และช่องว่างของการเข้ารับการรักษาประกอบด้วยประเด็นใดบ้าง

ความเจ็บป่วยของสมาชิกในครัวเรือน

สุขภาพร่างกายส่งผลกระทบต่อระดับความสุขของคน ความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่ลดระดับความสุขของบุคคลได้ คนที่ไม่มีโรคจะมีระดับความสุขสูงกว่าคนที่เจ็บป่วย (Gray et al. 2008) ดังคำกล่าวที่ว่า “การไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ” อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความทุกข์ และความสุขของประชากรในชนบทในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่าความเจ็บป่วยในกลุ่มโรคติดเชื้อและโรคเครียดมีอิทธิพลต่อความทุกข์ และความสุข อย่างมีนัยสำคัญ ผลของการวิเคราะห์โคสแควร์ เพื่อทดสอบความเป็นอิสระต่อกันของระดับความสุข กับโรคแต่ละชนิดในกลุ่มโรคติดเชื้อและโรคเครียด พบว่า มี 3 โรคสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับความสุขอย่างมีนัยสำคัญ คือ อาการเครียด โรคกระดูก/ข้อ/กล้ามเนื้อ/เอ็น และโรคไข้เลือดออก/ไข้ชิกุนกูยา ในขณะที่การมีสมาชิกในครัวเรือนเป็นโรคติดเชื้ออื่นๆ คือ โรคเกี่ยวกับตา โรคระบบทางเดินหายใจ และโรคในช่องปากและฟันกลับไม่มีความสัมพันธ์กับความสุขอย่างมีนัยสำคัญ (ดูตาราง 3)

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการที่ครัวเรือนมีผู้ป่วยกลุ่มโรคติดเชื้อ และโรคเครียด และระดับความสุขของครัวเรือน จำแนกตามประเภทของโรคและระดับความสุข (n=1,642)

กลุ่มโรคติดเชื้อ และโรคเครียด	ระดับความสุข			รวม	ค่าทดสอบทางสถิติ
	ทุกข์*	สุขปานกลาง**	สุขมาก***		
มีสมาชิกในครัวเรือนมีอาการเครียด					Somer's d= 0.070,
มี	11.6	78.4	10.0	100	P<0.05
ไม่มี	6.3	81.2	12.5	100	Tau c= 0.035, P<0.05
มีสมาชิกในครัวเรือนเป็นโรคกระดูก/ข้อ/กล้ามเนื้อ/เอ็น					Somer's d= 0.043,
มี	7.6	82.6	9.9	100	P<0.05
ไม่มี	6.7	79.7	13.7	100	Tau c= 0.041, P<0.05
มีสมาชิกในครัวเรือนเป็นโรคไขข้ออักเสบ/ไขข้อกระดูก/ไขข้ออักเสบ					Somer's d= 0.069,
มี	8.4	81.3	10.2	100	P<0.01
ไม่มี	5.3	80.2	14.6	100	Tau c= 0.068, P<0.01
มีสมาชิกในครัวเรือนเป็นโรคเกี่ยวกับตา เช่น ต้อหิน ต้อกระจก					Somer's d= 0.031,
มี	11.1	76.0	13.0	100	P>0.30
ไม่มี	6.5	81.5	12.0	100	Tau c= 0.013, P>0.30
มีสมาชิกในครัวเรือนเป็นโรคระบบทางเดินหายใจ เช่น ภูมิแพ้ ไช้นัส					Somer's d= 0.008,
มี	7.0	81.6	11.5	100	P>0.70
ไม่มี	7.0	80.6	12.3	100	Tau c= 0.024, P>0.70
มีสมาชิกในครัวเรือนเป็นโรคในช่องปาก/ฟัน					Somer's d= 0.017,
มี	7.1	79.5	13.4	100	P>0.40
ไม่มี	7.0	81.4	11.5	100	Tau c= 0.015, P>0.40

*ทุกข์ = คะแนนความสุขเท่ากับหรือต่ำกว่า 4 ลงมา

**สุขปานกลาง = คะแนนความสุขต่ำกว่า 9 และมากกว่า 4

***สุขมาก = คะแนนความสุขเท่ากับหรือสูงกว่า 9 ขึ้นไป

การใช้บริการสถานบริการสุขภาพ

การได้รับการรักษาที่เหมาะสมของผู้ป่วยใน 3 กลุ่มโรคดังกล่าว คือ อาการเครียด โรคกระดูก/ข้อ/กล้ามเนื้อ/เอ็น และโรคไข้เลือดออก/ไข้ซึนซุนกุนยา จะมีความสัมพันธ์โดยตรงต่อการพัฒนาความสุข การศึกษาการเข้าใช้บริการสถานบริการสุขภาพของครัวเรือนที่มีสมาชิกในครัวเรือนมีอาการเครียด เป็นโรคกระดูก/ข้อ/กล้ามเนื้อ/เอ็น และเป็นโรคไข้เลือดออก/ไข้ซึนซุนกุนยา รวมถึงการดูสาเหตุของการไม่ใช้บริการในประเภทของสถานบริการสุขภาพของรัฐในส่วนนี้ จะสะท้อนภาพการเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสมจากประสบการณ์ที่ผ่านมาของครัวเรือนที่มีผู้ป่วยใน 3 กลุ่มโรคดังกล่าว อย่างไรก็ตาม ตัวแปรการใช้บริการสถานบริการสุขภาพ ไม่ได้ถูกพิสูจน์ว่าเป็นผลโดยตรงของความสุขหรือทุกข์ของประชากรใน 3 จังหวัด เนื่องจากความสุขหรือทุกข์จะได้รับอิทธิพลตรงจากการเจ็บไข้ได้ป่วยของคนในครัวเรือน และเชื่อมโยงไปสู่การเข้ารับการรักษา ดังนั้น การไปใช้หรือไม่ไปใช้บริการสถานบริการสุขภาพ จึงเป็นเพียงปัจจัยสำคัญต่อการพัฒนาความสุขอันเนื่องมาจากการได้รับการรักษาที่เหมาะสมของผู้ป่วยเท่านั้น ผลจากการศึกษาพบว่า สถานีนอนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นสถานบริการสุขภาพที่มีสัดส่วนการใช้บริการสูงที่สุด คือร้อยละ 71.7 และเกือบหนึ่งในสี่ (ร้อยละ 21.5) ของครัวเรือนที่มีสมาชิกในครัวเรือนเป็นโรคดังกล่าว ไปใช้บริการมากกว่า 5 ครั้ง เมื่อพิจารณาสถานบริการของรัฐประเภทอื่นๆ พบว่า เกือบครึ่งหนึ่งของครัวเรือนที่มีสมาชิกในครัวเรือนเป็นโรคดังกล่าว เคยไปใช้บริการที่โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลจังหวัด/โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 48.9 และร้อยละ 43.5 ตามลำดับ) โดยส่วนใหญ่ของครัวเรือนที่ใช้บริการ ไปใช้บริการประมาณ 1-2 ครั้ง (ดูตาราง 4)

ครัวเรือนบางส่วนใช้บริการในสถานบริการสุขภาพประเภทอื่นๆ โดยมากกว่าครึ่งของครัวเรือนที่มีสมาชิกในครัวเรือนเป็นโรคดังกล่าวไปใช้บริการที่ร้านขายยา และคลินิกเอกชน (ร้อยละ 61.4 และร้อยละ 52 ตามลำดับ) มีเพียงสัดส่วนน้อยที่ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชน (ร้อยละ 6.4)

ตาราง 4 การกระจายร้อยละของครัวเรือนที่มีสมาชิกในครัวเรือนมีอาการเครียด เป็นโรคกระดูก/ข้อ/กล้ามเนื้อ/เอ็น และเป็นโรคไข้เลือดออก/ไข้ชิคุนคุนญา จำแนกตามระดับการใช้บริการสถานบริการสุขภาพ

สถานบริการสุขภาพ	ระดับการใช้บริการ				รวม	จำนวน (ครัวเรือน)
	ไม่ไปใช้บริการเลย	ไปใช้บริการ 1-2 ครั้ง	ไปใช้บริการ 3-5 ครั้ง	ไปใช้บริการมากกว่า 5 ครั้ง		
โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลจังหวัด/ โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย	51.1	25.6	13.2	10.0	100	1,264
โรงพยาบาลชุมชน	56.5	23.4	10.9	9.1	100	1,263
สถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน	28.3	27.6	22.6	21.5	100	1,263
โรงพยาบาลเอกชน	93.6	4.8	1.2	0.4	100	1,263
คลินิกเอกชน	48.0	30.0	12.4	9.6	100	1,263
หมอพื้นบ้าน	62.5	25.8	6.7	4.9	100	1,260
ร้านขายยา	38.6	33.9	16.5	11.0	100	1,263

เมื่อพิจารณาเฉพาะสถานบริการของรัฐ เพื่อสะท้อนแนวทางการพัฒนาระบบการบริการทางด้านสาธารณสุขแก่กลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ พบว่า มีครัวเรือนเป็นสัดส่วนที่สูงไม่ไปใช้บริการที่สถานบริการของรัฐ เพราะประเมินว่าการเจ็บป่วยในกลุ่มโรคเหล่านี้เป็นเพียงแค่การไม่สบายกายเล็กน้อย จึงไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษา (ดูตาราง 5)

ข้อจำกัดของการเข้ารับบริการคือ ปัญหาการเดินทางไม่สะดวก โดยเฉพาะการไปใช้บริการในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลจังหวัด/โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งน่าจะเป็นเหตุผลเนื่องมาจากข้อจำกัดของที่ตั้งของโรงพยาบาล (ร้อยละ 38.3 และ 7.9 ตามลำดับ) อย่างไรก็ตามสูงถึงร้อยละ 7.1 ยังมีปัญหาการเดินทางไม่สะดวกในการไปใช้บริการในสถานีอนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษ เนื่องจากจัดเป็นสถานบริการแห่งแรกที่ประชาชนในท้องถิ่นควรจะสามารถเข้าถึงได้ในการใช้บริการสาธารณสุข

ความพึงพอใจในการเข้ารับบริการ เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่เป็นข้อจำกัดในการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพของรัฐ โดยมีครัวเรือนบางส่วนที่มีสมาชิกในครัวเรือนมีอาการเครียด เป็นโรคกระดูก/ข้อ/กล้ามเนื้อ/เอ็น และเป็นโรคไข้เลือดออก/ไข้ชิคุนคุนยา แต่ปฏิเสธไม่ไปใช้บริการในสถานบริการของรัฐ เนื่องจากเห็นว่าบริการไม่ดี โดยเฉพาะในสถานอนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชน (ร้อยละ 8.8) ซึ่งเป็นสถานบริการที่รองรับความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความต้องการในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชากรในท้องถิ่น และตรงกับความต้องการสูงสุด ซึ่งนักวิจัยแพทย์ผู้มีประสบการณ์ในพื้นที่ (อมร สุวัฒน์ และสุภัทร 2548; ยูซุฟ และสุภัทร 2550) ได้ให้ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยเกี่ยวกับในการจัดระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ไว้ว่า ผู้ให้บริการสุขภาพควรมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับศาสนาอิสลาม และภาษามลายู มีแบบแผนการรักษาที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม และพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่ชนบทให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น

ตาราง 5 การกระจายร้อยละของครัวเรือนที่มีสมาชิกในครัวเรือนมีอาการเครียด เป็นโรคกระดูก/ข้อ/กล้ามเนื้อ/เอ็น และเป็นโรคไข้เลือดออก/ไข้ชิคุนคุนยา ที่ไม่ไปใช้บริการสถานบริการสุขภาพของรัฐ จำแนกตามสาเหตุ และประเภทสถานบริการ

สาเหตุของการไม่ใช้บริการ	ประเภทของสถานบริการสุขภาพของรัฐ		
	โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลจังหวัด/ โรงพยาบาลสังกัด มหาวิทยาลัย	โรงพยาบาล ชุมชน	สถานอนามัย/ ศูนย์สุขภาพ ชุมชน
เจ็บป่วยเล็กน้อย	53.3	39.4	46.5
บริการไม่ดี	1.7	3.7	8.8
ราคาแพง	0.2	4.4	0
เดินทางไปไม่สะดวก	38.3	7.9	7.1
ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง	0.2	4.5	15.0
ไม่รู้จัก	1.6	11.4	0

สาเหตุของการไม่ใช้บริการ	ประเภทของสถานบริการสุขภาพของรัฐ		
	โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลจังหวัด/ โรงพยาบาลสังกัด มหาวิทยาลัย	โรงพยาบาล ชุมชน	สถานีอนามัย/ ศูนย์สุขภาพ ชุมชน
อื่นๆ เช่น ไม้ไว้วางใจ ไม่เป็นที่นิยมใน ชุมชน ยังไม่เคยเข้าใช้บริการ เป็นต้น	4.7	28.7	22.6
รวม	100	100	100
จำนวน	645 (ครัวเรือน)	710 (ครัวเรือน)	354 (ครัวเรือน)

สรุป

ความสุข อาจเกิดขึ้นได้จากปัจจัยเพียงปัจจัยเดียว หรืออาจเกิดจากหลายๆ ปัจจัย ประกอบกันก็ได้ ปัจจัยดังกล่าวนี้ เช่น ศาสนา คุณธรรม-จริยธรรม ครอบครัว สุขภาพ ทุนทางสังคม สิ่งแวดล้อม รายได้ หนี้สิน (รศรินทร์ วรชัย และเรวดี 2553) ซึ่งการที่ คนอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่แตกต่างกัน ก็สามารถมีความสุขที่เหมือนหรือแตกต่างกันก็ได้ โดยเหตุปัจจัยที่เหมือนหรือแตกต่างกัน

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขมาก และความทุกข์ ของประชากรชนบทในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ คือ ศาสนาประจำครัวเรือน ความรู้สึกปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของคนในครัวเรือน ความเป็นเจ้าของบ้านที่กำลัง อยู่อาศัย และจำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคติดเชื้อ และโรคเรื้อรัง โดยครัวเรือนที่นับถือศาสนา พุทธจะมีโอกาสมีความสุขมากกว่าและมีโอกาสมีความทุกข์น้อยกว่าครัวเรือนที่นับถือ ศาสนาอิสลาม ความรุนแรงในพื้นที่ที่มีอิทธิพลในเชิงลบต่อความสุข โดยความรู้สึก ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินที่ลดลงจะเพิ่มโอกาสให้มีความทุกข์มากขึ้น และการไม่มี ที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต และส่งผลให้เกิดความ ทุกข์ใจได้

การให้บริการสุขภาพอนามัยแก่ประชากรชนบทในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ อาจเป็นช่องทางเข้าถึงประชาชน และช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ได้ ผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชากรกลุ่มนี้ ได้ชี้ให้เห็นว่า ความเจ็บป่วยเฉพาะในกลุ่มโรคติดเชื้อ และโรคเครียดเท่านั้นที่มีอิทธิพลต่อความสุขมาก และความทุกข์ของประชากรชนบทในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยในกลุ่มโรคนี้ มีเพียง 3 โรคสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับความสุขอย่างมีนัยสำคัญ คือ อาการเครียด โรคกระดูก/ข้อ/กล้ามเนื้อ/เอ็น และโรคไข้เลือดออก/ไข้ชิคุนคุนยา ซึ่งต่างเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หากได้รับการรักษาที่เหมาะสม สถานบริการทางสุขภาพที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้ารับการรักษามีความหลากหลายขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ เช่น ความรุนแรงของโรค ที่ตั้งของสถานบริการ และความพึงพอใจในการให้บริการ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม พบว่าเกือบสามในสี่ของผู้ป่วยใน 3 โรคนี้ใช้บริการที่สถานอนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชนในพื้นที่

การพัฒนาความสุขประชากรชนบทในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ควรมุ่งเน้นที่การลดช่องว่างที่ก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ อันเป็นสาเหตุของความทุกข์ของครัวเรือน เช่น การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมของชาวมุสลิมในหมู่เจ้าหน้าที่รัฐเพื่อลดช่องว่างระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชน การสร้างงานและส่งเสริมเศรษฐกิจในพื้นที่ รวมถึงการช่วยเหลือให้ประชาชนมีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง มีที่ดินหรือเครื่องมือในการทำมาหากินให้เพียงพอกับการเลี้ยงชีพ ควรมีการรณรงค์ส่งเสริมให้ความสำคัญกับสถาบันครอบครัวซึ่งเป็นรากฐานสำคัญในการส่งเสริมความสุข อีกทั้งยังช่วยป้องกันปัญหาทางสังคมอื่นๆ เช่น ปัญหายาเสพติด ปัญหาการฆ่าตัวตาย เป็นต้น นอกจากนี้รัฐบาลควรมุ่งเน้นส่งเสริมสุขภาพของประชาชนเป็นสำคัญ ซึ่งนอกจากจะส่งเสริมความสุขและลดความทุกข์ของประชาชนได้แล้ว การให้บริการทางด้านสาธารณสุขยังเป็นประเด็นสำคัญในการสื่อสารข้อมูลต่างๆ ให้แก่ประชาชน และช่วยสร้างความเข้าใจกันระหว่างประชาชนในพื้นที่และภาครัฐได้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- แพร ศิริศักดิ์ดำเกิง. 2548. สถาบันการศึกษาศาสนาอิสลามกับความมั่นคงในจังหวัดชายแดนภาคใต้. กรุงเทพฯ ฯ: คณะกรรมการอิสระเพื่อความสมานฉันท์แห่งชาติ.
- แพร ศิริศักดิ์ดำเกิง. 2551. รายงานวิจัยโครงการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับจังหวัดชายแดนภาคใต้ท่ามกลางสถานการณ์ความรุนแรง (พ.ศ. 2547-2550). นครปฐม: ศูนย์ศึกษาพัฒนาสันติวิธี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มารค ตามไท และสมเกียรติ บุญชู. 2549. "นโยบายความมั่นคงแห่งชาติ จังหวัดชายแดนภาคใต้ เปรียบเทียบในรอบ 30 ปี": หน้า 6 ใน เอกสารประกอบการสัมมนาโครงการเวทีวิจัยอาวุโส สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) เรื่อง ปัญหาความรุนแรงในจังหวัดชายแดนภาคใต้กับรัฐไทย โครงการสันติวิธี ความรุนแรง และสังคมไทย (Nonviolence, Violence, and Thai Society) ปีที่ 1 ร่วมจัดโดย ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร และคณะรัฐศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เมื่อวันที่ 18-19 สิงหาคม 2549. สืบค้นเมื่อ 21 สิงหาคม 2555 จาก <http://www.bangkokbiznews.com/2006/special/south/pdf/southern05.pdf>
- ยุษฐิ์ นิมะ และ สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. 2550. การแพทย์และการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม. สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ (สวรส.ภาคใต้) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- รศรินทร์ เกรย์ วรชัย ทองไทย และเรวดี สุวรรณนพแก้ว. 2553. ความสุขเป็นสากล. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์ ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัญญา ชูเลิศ. 2553. สถานการณ์สุขภาพจิตคนไทย: ภาพสะท้อนสังคม นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อมร รอดคล้าย สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. 2548. การจัดระบบบริการสุขภาพในภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้. กรุงเทพฯ ฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- อลิสา ทะสาเมาะและดุชนัดดา เลิศพิพัฒน์. 2548. รายงานวิจัยอัตลักษณ์ของชาวมลายูมุสลิม: พื้นที่แห่งการปะทะ ต่อรอง. กรุงเทพฯ ฯ: คณะกรรมการอิสระเพื่อความสมานฉันท์แห่งชาติ.

- Achor, Shawn. 2012. "Positive Intelligence". *Harvard Business Review*, 90 (1), 100-102.
- Gray, Rossarin S., Pungpond, Rukumnuaykit., Sirinan, Kittisuksathit. and Varachai, Thongthai. 2008. "Inner happiness among Thai elderly." *Journal of Cross Cultural Gerontology*, 23: 211-224.
- Morse, G., Gilbert, D. and Killingsworth, M. 2012. "The science behind the smile: an interview with Harvard University psychologist Daniel Gilbert" *Harvard Business Review*, 90 (1), 85-90.
- Stearns, Peter G. 2012. "The History of Happiness". *Harvard Business Review*, 90 (1), 104-109.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย

วิชาญ ชูรัตน์¹ โยธิน แสงงดี² และสุภาพร อรุณรักษ์สมบัติ¹

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตามลักษณะทางประชากรและสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ และเพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยด้านประชากรและสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจ ที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย โดยใช้ข้อมูลโครงการสำรวจสุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2553 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยคัดเลือกเฉพาะผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมาใช้ในการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการมีปัญหสุขภาพจิต ส่วนใหญ่อยู่ในภาคกลาง และอยู่นอกเขตเทศบาลมากกว่าในเขตเทศบาล เป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย เมื่อผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มขึ้นจะทำให้มีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น และที่สำคัญส่วนใหญ่เป็นหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงขึ้นจะมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหสุขภาพจิตลดลงอย่างเห็นได้ชัด เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านสุขภาพ พบว่า ผู้ที่มีความพิการแต่กำเนิด และหลังกำเนิดเสี่ยงต่อการมีปัญหสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่ไม่พิการ สำหรับปัจจัยด้านเศรษฐกิจ พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานจะมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่ทำงานเล็กน้อย และเมื่อค่าใช้จ่ายทั้งสิ้นของครัวเรือนเพิ่มขึ้นผู้สูงอายุจะมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหสุขภาพจิตลดลง ผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือนที่มีฐานะยากจนมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ที่อยู่ในครัวเรือนที่ไม่จนเกือบ 2 เท่า จากการวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยทางประชากรและสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย พบว่า ภาค เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา ความเป็นผู้นำในครัวเรือน ความพิการ

1 สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

2 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ความสามารถในการดูแลตนเอง ความสามารถในการเดินทางไปในสถานที่ ค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น
ของครัวเรือน และฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนมีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหา
สุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: สุขภาพจิต/ผู้สูงอายุ

FACTORS INFLUENCING THE RISK OF HAVING MENTAL HEALTH PROBLEMS OF THAI ELDERLY

Wichan Choorat¹ Yothin Sawangdee² and Supaporn Arunraksombat¹

Abstract

This study aims to pinpoint the mental health status and factors influencing risks of mental health problems of Thai elderly. Data used in this study are the population aged 60 years and over from the Mental Health Survey 2010 collected by National Statistical Office of Thailand.

The results of this study showed that there are some characteristics related to the risks in elderly's mental health problems, such as most of the elderly living in the central region has the mental health problems. The elderly live in rural area have more chance than those in urban area and most of them are female. The higher age, the more risk in mental health problems were confirmed. The elderly with mental health problems are commonly widowed/divorced/separated. The elderly with high levels of educational tend to have the significant impact on the risk of mental health problems.

Considering in health factors, the elderly with disability at the time of birth and after birth have higher risk in mental health problems than those who do not. Regarding to the economic factors, the elderly who do not work have higher risk. However, an increase of household's expenditure seemed to cause the elderly's mental health problems to reduce. It was observed from the studying that the elderly living in poor household have higher risk than those in the non-poor household.

1 National Statistical Office, Ministry of Information Communication and Technology

2 Institute for Population and Social Research, Mahidol University

By using the binary logistic regression method to analyze the factors influencing the risk in mental health problems in Thai elderly, the result showed that region, sex, religion, marital status, education, household head status, disability, daily living arrangement, the ability to travel outside the residential area, total household expenditure, household economic status have significantly related to the risk of mental health problems.

Keywords: Mental Health, Elderly, Ageing

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหาลักษณะจิตของผู้สูงอายุไทย

วิชาญ ชูรัตน์ โยธิน แสงวดี และสุภาพร อรุณรักษ์สมบัติ

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมในปัจจุบัน ย่อมส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของมนุษย์เป็นอย่างยิ่ง ในเชิงบวกทำให้มนุษย์มีความเป็นอยู่ที่สะดวกสบายยิ่งขึ้น แต่ในทางตรงกันข้ามทำให้มนุษย์ต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่ยุ่งยากและมีความซับซ้อนมากขึ้น เช่น ปัญหาสิ่งแวดล้อม ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาความขัดแย้งในสังคม เป็นต้น ปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของมนุษย์ เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ หรือมีความวุ่นวายใจ วิตกกังวล หวาดกลัว ท้อแท้ สิ้นหวัง จนอาจกลายเป็นปัญหาทางจิตได้ ซึ่งจากรายงานขององค์การอนามัยโลก ปี 2001 พบว่า มีประชากรทั่วโลกประมาณ 450 ล้านคน ต้องเผชิญกับปัญหาการมีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม และมีจำนวนผู้ป่วยทางจิตน้อยมากที่เข้ารับการรักษา (WHO 2001)

ในรอบทศวรรษที่ผ่านมาประเทศไทยต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ทั้งวิกฤตเศรษฐกิจ ปัญหาความขัดแย้งของคนในประเทศ การเกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติ ปัญหาเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศ และความเป็นอยู่ของประชาชนทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต ซึ่งจากการสำรวจความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย พ.ศ. 2546 พบว่า คนไทย 1 ใน 5 กำลังเผชิญกับโรคทางจิตเวช โดยกลุ่มโรคความผิดปกติจากแอลกอฮอล์มีความชุกมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.5 รองลงมาคือโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 3.2 และโรควิตกกังวลทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 1.9 ตามลำดับ (พรเทพ และคณะ 2547) นอกจากนี้ข้อมูลของกรมสุขภาพจิตยังชี้ให้เห็นว่า อัตราผู้ป่วยทางสุขภาพจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 2,006.08 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2540 เป็น 2,265.77 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2552 ตามลำดับ สำหรับการสำรวจสุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2552 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปเกือบ 7 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12.8 มีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป หรือเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการมีปัญหาลักษณะจิต (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2554) ดังนั้น หากประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการมีปัญหาลักษณะจิตไม่ได้รับการดูแล เอาใจใส่ หรือไม่ได้รับการบำบัดเท่าที่ควรอาจ

ทำให้กลายเป็นผู้ป่วยทางจิตได้ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมมากกว่าประชากรกลุ่มอื่น เนื่องจากเป็นวัยที่มีความเปราะบาง และต้องการความพึงพิงสูง (เรวดี และศรีรินทร์ 2554)

ในปัจจุบันผู้สูงอายุในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากร้อยละ 5.8 ในปี 2530 เป็นร้อยละ 11.9 ในปี 2553 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ และสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ 2554) นอกจากนี้จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติยังพบว่า ผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 21 มีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปหรือเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต โดยผู้หญิงมีสัดส่วนสูงกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 24.81 และ 17.18 ตามลำดับ) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2551) ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย เช่น ความเจ็บป่วย การเสื่อมของระบบต่างๆ ในร่างกาย ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่ลดลง ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม เช่น การเกษียณอายุการทำงาน การสูญเสียบทบาทในการเป็นหัวหน้าครอบครัว การเสียชีวิตของคู่สมรส ญาติ คนใกล้ชิดหรือเพื่อน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุทั้งสิ้น ทำให้เกิดความวิตกกังวล เศร้า ซึม และสิ้นหวัง จนอาจกลายเป็นปัญหาสุขภาพจิตในที่สุด

วัตถุประสงค์

การศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) ตามคุณลักษณะทางประชากรและสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจ รวมถึงศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเสี่ยงมีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า “ภาวะปกติสุขที่บุคคลมีความเข้าใจในศักยภาพต่างๆ ของตนเอง สามารถรับมือกับความเครียดในชีวิต และทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงสามารถช่วยเหลือสังคมได้” โดยปัจจัยที่มีผลกระทบและทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตสามารถแบ่งได้ 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ จิตวิทยา และสังคม (WHO 2001)

ปัจจัยทางชีวภาพ การสะสมของสารเคมีต่างๆ ที่มีส่วนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในร่างกาย นอกจากนี้ปัญหาสุขภาพจิตยังสามารถถ่ายทอดผ่านทางพันธุกรรมได้ นอกจากนี้ยังประกอบไปด้วยเพศ อายุ การเจ็บป่วย โดยพบว่า หญิงและชายมีเซลล์ประสาทและฮอร์โมนที่แตกต่างกัน ดังนั้น จึงมีผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมและอารมณ์ ในขณะที่เมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้นแนวโน้มที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตจะเพิ่มขึ้นด้วย นอกจากนี้การเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ก็มีผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตด้วยเช่นกัน

ปัจจัยทางสังคม ลักษณะโครงสร้างทางสังคมที่มีประชากรหนาแน่นเกินไป การอยู่ในสภาวะแวดล้อมที่เป็นมลพิษ ไม่ปลอดภัย หรือแม้กระทั่งความยากจน ความเหลื่อมล้ำของรายได้ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ความเป็นเมือง และการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี รวมทั้งการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจที่ทำให้เกิดการแข่งขันกันในสังคม ปัญหาการว่างงานที่เพิ่มมากขึ้น เหล่านี้ล้วนมีส่วนทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดความเครียดและปัญหาสุขภาพจิตในที่สุด

ปัจจัยทางจิต พัฒนาการทางด้านพฤติกรรมและจิตของแต่ละคนเป็นผลมาจากการได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดจากบิดามารดา หรือผู้ดูแลอื่นๆ จะส่งผลให้มีพัฒนาการที่สมวัย มีความมั่นคงทางอารมณ์ สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมได้ดี ในทางตรงกันข้ามหากไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่อาจเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตได้ทั้งในขณะที่ยังเป็นเด็ก และเมื่อเติบโตด้วยเช่นกัน

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ใช้ข้อมูลจาก “โครงการสำรวจสุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2553” ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ร่วมกับกรมสุขภาพจิต สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการสำรวจโดยใช้ครัวเรือนตัวอย่างเดียวกับโครงการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2553 โดยใช้แบบสอบถามวัดสุขภาพจิตฉบับสั้น 15 ข้อ ซึ่งเป็นแบบมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต ดังนี้ 1) ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต 2) ท่านรู้สึกสบายใจ 3) ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน 4) ท่านรู้สึกผิดหวังในตนเอง 5) ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีแต่ความทุกข์ 6) ท่านสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา) 7) ท่านมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมอารมณ์ได้เมื่อมีเหตุการณ์คับขัน หรือร้ายแรงเกิดขึ้น 8) ท่านมั่นใจที่จะเผชิญเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต 9) ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์ 10) ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา 11) ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส 12) ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง 13) ท่านรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว 14) เมื่อท่านป่วยหนักเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลเป็นอย่างไร 15) ท่านและสมาชิกในครอบครัวมีความรักและผูกพันต่อกัน

โดยคำถามทั้ง 15 ข้อ จำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม คือ คำถามเชิงบวก ได้แก่ คำถามข้อที่ 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 และ 15 มีมาตรวัด 4 ระดับ คือ 0 หมายถึง ไม่เลย 1 หมายถึง เล็กน้อย 2 หมายถึง มาก และ 3 หมายถึง มากที่สุด และคำถามเชิงลบ ได้แก่ คำถามข้อที่ 3, 4 และ 5 มีมาตรวัด 4 ระดับ คือ 3 หมายถึง ไม่เลย 2 หมายถึง เล็กน้อย 1 หมายถึง มาก และ 0 หมายถึง มากที่สุด เมื่อรวมคะแนนจากคำถามทั้ง 15 ข้อ คะแนนสุขภาพจิตจะอยู่ระหว่าง 0-45 คะแนน ซึ่งสามารถแบ่งสุขภาพจิตของคนออกเป็น 3 กลุ่ม ตามเกณฑ์ของ อภิชาติ มงคล และคณะ (2547) ดังนี้

0-27 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป หรือเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต

28-34 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน หรือเฉลี่ยเท่ากับคนทั่วไป

35-45 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มคะแนนสุขภาพจิตใหม่เป็น 2 กลุ่ม คือ 0-27 คะแนน หมายถึง เสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต และ 28-45 คะแนน หมายถึง ไม่เสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง จำนวนทั้งสิ้น 18,436 คน เป็นชาย 7,785 คน และหญิง 10,651 คน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้นำตัวอย่างมาถ่วงน้ำหนักเพื่อให้มีการกระจายเป็นแบบแผนเดียวกับประชากรทั้งหมดของประเทศ โดยใช้ศึกษาในส่วนการนำเสนอลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุตามภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต

ในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) เพื่อนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจิตตามลักษณะทางประชากรและสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจ และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression Analysis) เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย

ผลการศึกษา

ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในภาคกลาง (ร้อยละ 15.5) รองลงมาคือ กรุงเทพฯ (ร้อยละ 14.7) และภาคเหนือ (ร้อยละ 13.7) ขณะที่ผู้สูงอายุที่อยู่นอกเขตเทศบาลมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ที่อยู่ในเขตเทศบาลเล็กน้อย (ร้อยละ 13.4 และ 12.4 ตามลำดับ) ผู้สูงอายุหญิงมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าชาย เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุของผู้สูงอายุ พบว่า ยิ่งมีอายุเพิ่มมากขึ้นภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน คือ กลุ่มอายุ 60-69 ปี พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 11.7 เพิ่มเป็นร้อยละ 14.9 ในกลุ่มอายุ 70-79 ปี และเพิ่มเป็นร้อยละ 15.0 ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป นอกจากนี้

ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่มีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตสูงที่สุด (ร้อยละ 15.0) รองลงมาคือ สมรส และโสด (ร้อยละ 14.8 และ 11.7 ตามลำดับ) การศึกษาในครั้งนี้อย่างยิ่งพบอีกว่า ยิ่งมีการศึกษาในระดับที่สูงขึ้นจะทำให้ภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุลดลงอย่างเห็นได้ชัด ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตสูงถึงร้อยละ 19.0 และลดลงเหลือร้อยละ 13.2 9.6 4.1 และร้อยละ 2.7 ในการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย และสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาคริสต์มีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตสูงที่สุด (ร้อยละ 20.8) ซึ่งสูงกว่าศาสนาอิสลามเกือบ 3 เท่า

สุขภาพของผู้สูงอายุกับภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต พบว่า ผู้สูงอายุที่พิการแต่กำเนิด และพิการหลังกำเนิดมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่พิการเกือบ 2 และ 3 เท่าตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้มีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ที่สามารถดูแลตนเองได้กว่า 3 เท่า และผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเดินทางไปนอกเขตที่อยู่อาศัยมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่สามารถเดินทางไปนอกเขตที่อยู่อาศัยได้เกือบ 2 เท่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีสวัสดิการ หรือมีสวัสดิการรักษาพยาบาลจากภาครัฐมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ที่ได้รับสวัสดิการรักษาพยาบาลจากภาคเอกชน

เมื่อพิจารณาตามการทำงาน พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่ทำงานเล็กน้อย (ร้อยละ 14.4 และ 11.3 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาตามค่าใช้จ่ายทั้งสิ้นของครัวเรือน พบว่า เมื่อผู้สูงอายุมีค่าใช้จ่ายต่อเดือนสูงขึ้นจะมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตน้อยลง โดยผู้สูงอายุที่มีค่าใช้จ่ายต่อเดือน 1-3,000 บาท มีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตสูงถึงร้อยละ 32.9 ซึ่งสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีค่าใช้จ่ายต่อเดือนสูงกว่า 50,000 บาท เกือบ 11 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือนที่มีฐานะยากจนมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ที่อยู่ในครัวเรือนที่มีฐานะไม่จนเกือบ 2 เท่า

ตาราง 1 ร้อยละของประชากรสูงอายุ จำแนกตามภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต ลักษณะทางประชากรและสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจ พ.ศ. 2553

ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคม	ภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต		รวม
	ไม่มี	มี	
ปัจจัยด้านประชากรและสังคม			
ภาค	85.3		
กรุงเทพฯ	84.5	14.7	100.0 (775,000)
กลาง	86.3	15.5	100.0 (1,860,618)
เหนือ	88.0	13.7	100.0 (1,635,007)
ตะวันออกเฉียงเหนือ	90.9	12.0	100.0 (2,730,316)
ใต้		9.1	100.0 (1,009,024)
เขตการปกครอง			
ในเขตเทศบาล	87.6	12.4	100.0 (2,670,768)
นอกเขตเทศบาล	86.6	13.4	100.0 (5,339,197)
เพศ			
ชาย	89.6	10.4	100.0 (3,539,569)
หญิง	84.8	15.2	100.0 (4,470,396)
กลุ่มอายุ			
60-69 ปี	88.3	11.7	100.0 (4,522,251)
70-79 ปี	85.2	14.8	100.0 (2,646,462)
80 ปีขึ้นไป	85.0	15.0	100.0 (841,251)
สถานภาพสมรส			
โสด	88.3	11.7	100.0 (4,522,251)
สมรส	85.2	14.8	100.0 (2,646,462)
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	85.0	15.0	100.0 (841,251)
ความเป็นผู้นำในครัวเรือน			
เป็นหัวหน้าครัวเรือน	85.9	14.1	100.0 (5,151,971)
ไม่ได้เป็นหัวหน้าครัวเรือน	88.9	11.1	100.0 (2,857,994)
การศึกษา			
ไม่ได้เรียน	81.0	19.0	100.0 (983,417)
ประถมศึกษา	86.8	13.2	100.0 (6,122,367)
มัธยมศึกษาตอนต้น	90.4	9.6	100.0 (303,645)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	95.9	4.1	100.0 (213,697)
สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย	97.3	2.7	100.0 (383,230)

ตาราง 1 ร้อยละของประชากรสูงอายุ จำแนกตามภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหাসุภาพจิต ลักษณะทางประชากรและสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจ พ.ศ. 2553 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคม	ภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุภาพจิต		รวม
	ไม่มี	มี	
ศาสนา			
พุทธ	86.8	13.2	100.0 (7,679,504)
อิสลาม	92.9	7.1	100.0 (293,932)
คริสต์	79.2	20.8	100.0 (34,910)
ปัจจัยด้านสุขภาพ			
ความพิการ			
ไม่พิการ	87.9	12.1	100.0 (7,627,954)
พิการแต่กำเนิด	77.2	22.8	100.0 (76,421)
พิการหลังกำเนิด	66.3	33.7	100.0 (305,589)
ความสามารถในการดูแลตนเอง			
ไม่ได้	62.0	38.0	100.0 (152,238)
ได้	87.4	12.6	100.0 (7,857,727)
ความสามารถในการเดินทางไป			
นอกเขตที่อยู่อาศัย			
ไม่ได้	78.3	21.7	100.0 (856,225)
ได้	88.0	12.0	100.0 (7,153,740)
สวัสดิการรักษายาบาล			
ไม่มีสวัสดิการ	86.9	13.1	100.0 (134,979)
สวัสดิการจากภาครัฐ	86.9	13.1	100.0 (7,790,771)
สวัสดิการจากภาคเอกชน	88.4	11.6	100.0 (84,398)
ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ			
การทำงาน			
ไม่ได้ทำงาน	85.6	14.4	100.0 (4,470,866)
ทำงาน	88.7	11.3	100.0 (3,539,099)
ค่าใช้จ่ายทั้งสิ้นของครัวเรือน			
1-3,000 บาท	67.1	32.9	100.0 (280,319)
3,001-5,000 บาท	80.3	19.7	100.0 (954,332)
5,001-10,000 บาท	85.9	14.1	100.0 (2,673,173)
10,001-30,000 บาท	89.5	10.5	100.0 (3,216,142)
30,001-50,000 บาท	92.8	7.2	100.0 (557,131)
50,001 ขึ้นไป	97.1	2.9	100.0 (328,868)

ตาราง 1 ร้อยละของประชากรสูงอายุ จำแนกตามภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต ลักษณะทางประชากรและสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจ พ.ศ. 2553 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคม	ภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต		รวม
	ไม่มี	มี	
ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน			
ไม่จน	88.5	11.5	100.0 (6,893,719)
จน	77.3	22.7	100.0 (1,116,246)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย

การศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของปัจจัยทางประชากร สังคม และเศรษฐกิจที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย ได้แบ่งการวิเคราะห์ออกเป็นแบบจำลอง 3 แบบ คือ แบบจำลองที่ 1 ประกอบด้วยปัจจัยด้านประชากรและสังคม (ภาค เขต การปกครอง เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา และความเป็นผู้นำในครัวเรือน) แบบจำลองที่ 2 เพิ่มปัจจัยด้านสุขภาพ (ความพิการ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความสามารถในการเดินทางไปในอกเขตที่อยู่อาศัย และสวัสดิการรักษายาบาล) ส่วนแบบจำลองที่ 3 เพิ่มปัจจัยด้านเศรษฐกิจ (การทำงาน ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือน และฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน)

แบบจำลองที่ 1 เป็นแบบจำลองที่นำเฉพาะปัจจัยด้านประชากรและสังคม เข้าทดสอบอิทธิพลที่มีต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหาสุขภาพจิต โดยควบคุมตัวแปรอื่นๆ แล้วพบว่า ภาค เขตที่อยู่อาศัย เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา ความเป็นผู้นำในครัวเรือนมีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนตัวแปรกลุ่มอายุ พบว่า ไม่มีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

แบบจำลองที่ 2 เป็นแบบจำลองที่รวมปัจจัยด้านประชากรและสังคม และปัจจัยด้านสุขภาพเข้าไปด้วย พบว่า ตัวแปรอิสระในแบบจำลองที่ 1 ได้แก่ ภาค เขตที่อยู่อาศัย เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา ความเป็นผู้นำในครัวเรือนยังคงมีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับตัวแปร

ในแบบจำลองที่ 2 พบว่า ลักษณะความพิการ ความสามารถในการดูแลตนเอง และความสามารถในการเดินทางไปในสถานที่ที่มีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่ไม่พิการ และพิการแต่กำเนิด มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้สูงอายุที่พิการภายหลังกำเนิด (ร้อยละ 55.3 และร้อยละ 40.0 ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตนเอง และสามารถเดินทางไปในสถานที่อยู่อาศัยได้จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำกิจกรรมเหล่านี้ได้ (ร้อยละ 54.3 และร้อยละ 20.0 ตามลำดับ)

แบบจำลองที่ 3 เป็นแบบจำลองที่รวมปัจจัยทั้งด้านประชากรและสังคม ด้านสุขภาพ และด้านเศรษฐกิจเข้าไปด้วย พบว่า ตัวแปรเขตที่อยู่อาศัย และความเป็นผู้นำในครัวเรือนที่มีอิทธิพลในแบบจำลองที่ 1 และ 2 เมื่อใส่ตัวแปรด้านเศรษฐกิจเข้า พบว่าตัวแปรเหล่านี้กลับไม่มีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในแบบจำลองนี้ สำหรับตัวแปรค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน พบว่า เมื่อค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือนเพิ่มขึ้นจะทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุลดน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้สูงอายุที่ยากจนจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ยากจนถึง 1.5 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการงานไม่พบว่ามีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เพราะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามจากค่า Odds ratio ที่สูงกว่า 1 แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่ทำงานจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานประมาณ 1 เท่า

ตาราง 2 ค่า Odds ratio จากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกของปัจจัยด้านประชากร สังคม และเศรษฐกิจกับภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย

ตัวแปรต้น	แบบจำลอง 1	แบบจำลอง 2	แบบจำลอง 3
	Odds ratio	Odds ratio	Odds ratio
ปัจจัยด้านประชากรและสังคม			
ภาค (อ้างอิง: กรุงเทพมหานคร)			
กลาง	0.787*	0.779*	0.622***
เหนือ	0.611***	0.594***	0.383***
ตะวันออกเฉียงเหนือ	0.497***	0.480***	0.319***
ใต้	0.404***	0.392***	0.317***
เขตที่อยู่อาศัย (อ้างอิง: นอกเขตเทศบาล)			
ในเขตเทศบาล	0.855**	0.864**	0.992
เพศ (อ้างอิง: ชาย)			
หญิง	0.838**	0.811***	0.838**
กลุ่มอายุ (อ้างอิง: 80 ปีขึ้นไป)			
60-69 ปี	0.886	1.061	1.108
70-79 ปี	0.968	1.079	1.104
ศาสนา (อ้างอิง: พุทธ)			
อิสลาม	0.508***	0.517***	0.466***
คริสต์	1.202	1.218	1.047
สถานภาพสมรส (อ้างอิง: โสด)			
สมรส	0.565***	0.596***	0.673***
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	0.905	0.929	1.086
การศึกษา (อ้างอิง: ไม่ได้เรียน)			
ประถมศึกษา	0.685***	0.707***	0.809**
มัธยมศึกษาตอนต้น	0.349***	0.423***	0.584***
มัธยมศึกษาตอนปลาย	0.286***	0.294***	0.445***
สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย	0.184***	0.201***	0.372***

ตาราง 2 ค่า Odds ratio จากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกของปัจจัยด้านประชากร สังคม และเศรษฐกิจกับภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย (ต่อ)

ตัวแปรต้น	แบบจำลอง 1	แบบจำลอง 2	แบบจำลอง 3
	Odds ratio	Odds ratio	Odds ratio
ความเป็นผู้นำในครัวเรือน (อ้างอิง: ไม่ใช่หัวหน้าครัวเรือน)			
หัวหน้าครัวเรือน	1.232***	1.315***	1.095
ปัจจัยด้านสุขภาพ			
ความพิการ (อ้างอิง: พิกัดหลังกำเนิด)			
ไม่พิการ		0.447***	0.484***
พิการแต่กำเนิด		0.600*	0.649
ความสามารถในการดูแลตนเอง (อ้างอิง: ไม่ได้)			
ได้		0.457***	0.401***
ความสามารถในการเดินทางไปนอกพื้นที่อยู่อาศัย (อ้างอิง: ไม่ได้)			
ได้		0.800**	0.816**
สวัสดิการรักษายาบาล (อ้างอิง: ไม่มี)			
รัฐบาล		1.030	1.111
เอกชน		0.691	1.008
ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ			
การทำงาน (อ้างอิง: ไม่ทำงาน)			
ทำงาน			1.044
ค่าใช้จ่ายทั้งสิ้นของครัวเรือน (อ้างอิง: น้อยกว่า 3001 บาท/เดือน)			
3001-5000 บาท/เดือน			0.639***
5001-10000 บาท/เดือน			0.475***
10001-30000 บาท/เดือน			0.340***
30001-50000 บาท/เดือน			0.244***
มากกว่า 50000 บาท/เดือน			0.080***
ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน (อ้างอิง: ไม่เป็นคนจน)			
เป็นคนยากจน			1.518***
Constant	0.568**	2.470**	5.501***

ตาราง 2 ค่า Odds ratio จากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกของปัจจัยด้านประชากร สังคม และเศรษฐกิจกับภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย (ต่อ)

ตัวแปรต้น	แบบจำลอง 1	แบบจำลอง 2	แบบจำลอง 3
	Odds ratio	Odds ratio	Odds ratio
-2 Log likelihood	13,512.240	13,308.928	12,988.400
N	18,436	18,436	18,436
R2	0.061	0.081	0.111
LR test P value	0.000	0.000	0.000
df	17	23	30
Ch2	609.850	813.162	1,133.690

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

สรุปและอภิปรายผล

ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตส่วนใหญ่อยู่ในภาคกลาง (ร้อยละ 15.5) รองลงมาคือ กรุงเทพมหานคร และภาคเหนือ เมื่อจำแนกตามเขตการปกครอง พบว่า ผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาลเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่อยู่ในเขตเทศบาล (ร้อยละ 13.4 และ 12.4 ตามลำดับ) และผู้หญิงมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าชาย เมื่อผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มขึ้นจะทำให้มีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นเช่นกัน ในขณะที่ผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่จะมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่สมรส หรือเป็นโสด นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาในระดับที่สูงขึ้นจะมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตลดลงอย่างเห็นได้ชัด ผู้ที่นับถือศาสนาคริสต์จะมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตสูงสุด

เมื่อพิจารณาจากปัจจัยด้านสุขภาพ พบว่า ผู้ที่พิการแต่กำเนิด และพิการหลังกำเนิดจะมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ที่ไม่พิการ นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเอง และสามารถเดินทางไปนอกเขตที่อยู่อาศัยได้จะมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้ที่ไม่สามารถทำกิจกรรมเหล่านี้ได้ เมื่อพิจารณาจากสวัสดิการรักษาพยาบาลที่ได้รับ พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีสวัสดิการ และได้รับสวัสดิการรักษา

พยาบาลจากภาครัฐจะมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่ได้รับสวัสดิการจากภาคเอกชน

เมื่อพิจารณาตามปัจจัยด้านเศรษฐกิจ พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานจะมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่ทำงานเล็กน้อย นอกจากนี้ยังพบว่า เมื่อค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนต่อเดือนของครัวเรือนเพิ่มขึ้นผู้สูงอายุจะมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตลดลง

เมื่อพิจารณาถึงอิทธิพลของปัจจัยด้านประชากรและสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจ ที่มีต่อภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า ภาค เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา ความเป็นผู้นำในครัวเรือน ความพิการ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความสามารถในการเดินทางไปในพื้นที่ ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนต่อเดือนของครัวเรือน และฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนมีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้สูงอายุที่อยู่ในกรุงเทพมหานครมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่อยู่ในภาคอื่น ๆ เนื่องจากกรุงเทพมหานครนอกจากจะเป็นเมืองหลวงแล้ว ยังเป็นเขตเศรษฐกิจที่สำคัญ รวมถึงเป็นศูนย์รวมแหล่งการศึกษา สถานพยาบาล แหล่งงาน และความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลให้สภาพแวดล้อมเปลี่ยนไปโดยสิ้นเชิง เกิดปัญหามลพิษ และปัญหาสังคมมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้เกิดความรำคาญ รบกวนจิตใจ และบั่นทอนสุขภาพจิตทั้งสิ้น (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2549; WHO 2001) ผู้สูงอายุหญิงมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้สูงอายุชาย เนื่องจากสังคมไทยยกย่องให้ผู้ชายเป็นผู้นำ รับผิดชอบในการทำงาน หาเลี้ยงครอบครัว เป็นผู้ตัดสินใจปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในครัวเรือน ชุมชน และสังคม แต่เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุบทบาทหน้าที่เหล่านี้ อาจจะมีน้อยลง หรือสูญเสียไป ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุบางคนทำใจยอมรับได้ยาก และอาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง (อุบลรัตน์ 2543) ขณะที่ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลามมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งอาจเนื่องมาจากหลักคำสอน ความเคร่งครัด และวิธีการปฏิบัติที่แตกต่างกัน สิ่งเหล่านี้น่าจะส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุด้วย (พลากร 2553)

ผู้สูงอายุที่สมรมมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโสด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสอยู่ด้วยย่อมทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย มีกำลังใจ และมีความมั่นคงทางอารมณ์ ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้สุขภาพจิตดี และมีความสุขมากกว่าผู้ที่เป็นโสด หรือหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ (สมจิต 2536; อภิชัย และคณะ 2552) สำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาในระดับที่สูงขึ้นจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตลดน้อยลง และน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ เนื่องจากการศึกษาช่วยเสริมสร้างความรู้ ทักษะการดำเนินชีวิต การรับรู้ข่าวสาร รวมถึงการตัดสินใจที่ดี และสามารถปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม ซึ่งส่งผลดีต่อสุขภาพจิตด้วย (กาญจนา 2543) สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์สุขภาพจิตคนไทย ที่พบว่า เมื่อการศึกษาสูงขึ้นความเสี่ยงที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตจะลดลง (อภิชาติ ปราโมทย์ และปัญญา 2553) นอกจากนี้ การศึกษายังเป็นปัจจัยที่นำไปสู่โอกาสของการเข้าถึงทรัพยากร การทำงาน และอื่นๆ มากมาย หากไม่ได้รับการศึกษา หรือได้รับการศึกษาน้อยจะส่งผลให้โอกาสในการเข้าถึงทรัพยากร ความยากจน การทำงานที่ดีได้ยาก และก่อนให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตในที่สุด (Patel & Kleinman 2003)

เมื่อพิจารณาถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีการมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้สูงอายุที่พิการหลังกำเนิด ซึ่งอาจเนื่องมาจากความผิดปกติของร่างกาย หรือการสูญเสียอวัยวะเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต หรือป่วยเป็นโรคจิตได้ (อัมพร 2540) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน และสามารถเดินทางออกไปนอกเขตที่อยู่อาศัยได้ มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้ที่ไม่สามารถทำกิจกรรมเหล่านี้ได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุที่ลดลงส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้สูงอายุ เกิดความรู้สึกสูญเสียความแข็งแรงของร่างกาย ไม่สามารถพึ่งตนเองได้ และทำให้รู้สึกโกรธ เมื่อไม่สามารถทำอะไรได้ตั้งใจต้องการ (ชัดเจน สุนทรตรา และวันดี 2547)

การศึกษาในครั้งนี้นักพบอีกว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือนที่มีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตลดลง ซึ่งอาจเนื่องมาจากค่าใช้จ่ายเป็นตัวแปรที่สามารถสะท้อนให้เห็นความสามารถในการตอบสนองความต้องการได้ ซึ่งถ้าหากไม่มีเงินมากพอ หรือมีปัญหาด้านการเงิน จะทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล และกลายเป็นปัญหา

สุขภาพจิตในที่สุด (The Royal Bank of Scotland Group 2011) สอดคล้องกับ ผลการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีค่าใช้จ่ายเพียงพอมิแนวโน้มที่จะมีสุขภาพจิตดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอ (ปราโมทย์ 2530; พวงผกา 2538; โมตรี 2536; สุดาวลัย 2536) เมื่อพิจารณาตามฐานะเศรษฐกิจของครัวเรือน พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือน ยากจนมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีปัญหสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือนไม่จน เนื่องจากความยากจน เป็นปัจจัยที่ทำให้โอกาสในการได้รับความต้องการขั้นพื้นฐาน เช่น อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค ลดน้อยลง ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ตามมา (สุรัสวดี 2547)

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาในทุกกระดับจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีปัญหสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้ไม่ได้รับการศึกษา และเมื่อได้รับการศึกษาในระดับที่สูงขึ้นโอกาสเสี่ยงต่อการมีปัญหสุขภาพจิตลดลงอย่างเห็นได้ชัดเจน ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการศึกษา การฝึกอบรม หรือเพิ่มทักษะในการรับรู้ข่าวสารต่างๆ ย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าใจ และปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์นั้นๆ ได้ ส่งผลให้เกิดความเครียดลดน้อยลง

2. การศึกษายังพบว่า เมื่อผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือนที่มีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีปัญหสุขภาพจิตลดลง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ดังนั้น การส่งเสริมให้ประชากรรู้จักเก็บออมเพื่อเตรียมความพร้อมด้านเศรษฐกิจก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุถือเป็นเรื่องสำคัญ เพราะจะทำให้ไม่ต้องประสบกับภาวะยากลำบากในการหาเลี้ยงชีพตนเองเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา ไทยเจริญ. 2543. "ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี" วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2549. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจิต แนวทางการเสริมสร้างพัฒนา ป้องกันและแก้ไขสุขภาพจิตของคนไทย. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชัดเจน จันทรพัฒน์ สุนุตตรา ตะบูนพงค์ และวันดี สุทธรังษี. 2547. "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ของไทย". สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 12 (2): 80-89.
- ปราโมทย์ วัังสะอาด. 2530. "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์" วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (ประชากรศึกษา). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ ธรรณินทร์ กองสุข สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล พันธน์ภา กิตติรัตน์ไพบุลย์ และอัจฉรา จรัสสิงห์. 2547. "ความชุกของโรคจิตในประเทศไทย: การสำรวจระดับชาติ ปี 2546". วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 12 (3): 117-188.
- พลากร ดวงเกตุ. 2553. "ภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานไทย พ.ศ. 2551" วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (ประชากรศาสตร์). วิทยาลัยประชากรศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พวงผกา ขึ้นแสงเนตร. 2538. "ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครัวเรือน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เขตพื้นที่พัฒนาอุตสาหกรรมชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก จังหวัดชลบุรี" วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (อนามัยครอบครัว). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไมตรี ดิยรัตน์กูร. 2536. "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร" วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต (วิจัยประชากรและสังคม). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- เรวดี สุวรรณนพแก้ว และศรีรินทร์ เกรย์. 2554. "คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่
เผ่ากระวังทางประชากรกาญจนบุรี". วารสารประชากร 2: 31-54.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2536. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์. กรุงเทพฯ:
วีเจ. พรินติ้ง.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ และสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. 2554. มิติ
หญิงชาย: แนวโน้มการพัฒนาสู่ความเสมอภาค. กรุงเทพฯ: จริยสนิทวงศ์การพิมพ์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2551. การสำรวจภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต
พ.ศ. 2551. กรุงเทพฯ: กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.
- _____. 2554. สรุปผลที่สำคัญการสำรวจสุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2551-2553.
กรุงเทพฯ: กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.
- สุดาวลัย สุดสายสืบ. 2536. "การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหา
สุขภาพจิต และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต ภาคเหนือของประเทศไทย"
วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล). จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- สุรัสวดี ชี้อตรง. 2547. "ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตตาม
การรับรู้ของผู้สูงอายุในครอบครัวอีสาน: การศึกษาเชิงคุณภาพ" วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช).
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อภิชัย มงคล และคณะ. 2552. "สุขภาพจิตคนไทยปี พ.ศ. 2550". สุขภาพจิตแห่ง
ประเทศไทย 17 (2): 104-117.
- อภิชาติ จำรัสฤทธิ์รงค์ ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัญญา ชูเลิศ. 2553. สถานการณ์
สุขภาพจิตคนไทย: ภาพสะท้อนสังคม. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัมพร โอดระกุล. 2540. สุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- อุบลรัตน์ เพ็งสฤติย์. 2543. จิตวิทยาผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย
รามคำแหง.

- Patel, V. and Kleinman, A. 2003. "Poverty and common mental disorders in developing countries". Bulletin of the World Health Organization 81 (8): 609-615.
- The Royal Bank of Scotland Group. 2011. Money and Mental Health. London: Nation Association for Mental Health.
- World Health Organization. 2001. The World Health Report 2001: Mental Health: new understanding, new hope. France: World Health Organization.

การขับเคลื่อนงานสร้างสุข: บทเรียนก้าวแรกจากพื้นที่

นายแพทย์ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล¹

ความรู้เรื่องความสุขมีอยู่มากมายเพียงพอที่หน่วยงานต่าง ๆ ทุกระดับจะร่วมกันกำหนดนโยบายและดำเนินการเพื่อให้คนไทยมีความสุขเพิ่มมากขึ้น แต่การขับเคลื่อนงานสร้างสุขต้องอาศัยปัจจัยความสำเร็จที่หลากหลาย และเป็นงานต่อเนื่องระยะยาวที่จะต้องพัฒนามาตรการต่าง ๆ อย่างเหมาะสมกับสภาพพื้นที่และสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป การสรุปบทเรียนที่ได้ในแต่ละจังหวัดจะก้าวจึงเป็นสิ่งสำคัญ บทความนี้เป็นการสรุปบทเรียนเบื้องต้น เพื่อการก้าวต่อไปในงานสร้างสุขให้มีพลังมากยิ่งขึ้น

ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเสริมเติมความสุข

ข้อมูลจากโครงการรายงานสถานการณ์สุขภาพจิตประจำปีดำเนินการโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลซึ่งผนวกแบบประเมินความสุขคนไทยฉบับสั้น โดย นพ.อภิรักษ์ และคณะ (2547) เข้าในการสำรวจต่างๆ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ช่วยให้เราได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ว่า อะไรคือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้คนไทยมีความสุขน้อยลง และอะไรคือปัจจัยเสริมให้คนไทยมีความสุขเพิ่มมากขึ้น (ตารางที่ 1)

1 นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ ผู้จัดการแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 1 สรุปปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเสริม

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้คนไทยมีความสุขน้อยลง	ปัจจัยเสริมที่ทำให้คนไทยมีความสุขมากขึ้น
เพศหญิง	มีเวลาให้แก่งานอย่างเพียงพอในครอบครัว
สูงอายุ	ทำกิจกรรมกันภายในครอบครัวเป็นประจำ
หม้าย หย่า แยก	ปฏิบัติตามหลักคำสอนทางศาสนา
การศึกษิต่ำ	รายได้ดี
รายได้น้อย	การงานมั่นคง
การงานไม่มั่นคง	เกษตรกรรมที่ตนทำกินเป็นของตนเอง
มีหนี้สินนอกระบบ	เข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ในชุมชน
ไม่สามารถพึ่งตัวเองได้	ช่วยเหลือผู้อื่นที่ไม่ใช่ญาติตน
เป็นหัวหน้าครอบครัว	ให้อภัยผู้อื่นอย่างจริงใจ
อยู่ในจังหวัดที่มีรายได้ครัวเรือนเฉลี่ยในระดับสูง	ออกกำลังกายเป็นประจำ

ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงช่วยให้การระบุกลุ่มเสี่ยงในชุมชนมีความชัดเจน อีกทั้งข้อมูลปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้เป็นที่รับรู้กันภายในชุมชนอยู่แล้ว บุคคลที่มีปัจจัยเสี่ยงมาก ก็ยิ่งต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนจากชุมชนและหน่วยงานภาครัฐมากขึ้น มาตรการสำหรับกลุ่มนี้เป็นการเติมสุขและลดความทุกข์ให้กับกลุ่มที่มีความต้องการมากที่สุด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มด้อยโอกาสทางสังคม

ปัจจัยเสริมที่เติมความสุขให้กับประชาชนเป็นสิ่งที่ชุมชนและสังคมสามารถร่วมกันกำหนดเป็นมาตรการและจัดกิจกรรมเพื่อเติมความสุขให้กับคนในพื้นที่ได้ ซึ่งผู้เขียนได้สรุปแนวทางสร้างสุขในระดับบุคคลและชุมชนออกเป็นบัญญัติสุข 10 ประการ (ประเวช 2554; สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ 2555) เพื่อให้ง่ายต่อความเข้าใจและการนำไปประยุกต์ใช้

สมมติฐานความสุขคนไทย

ข้อมูลเปรียบเทียบความสุขคนไทยรายจังหวัด (ประเวช และเอกอนงค์ 2554) ก่อให้เกิดสมมติฐานเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ของจังหวัดและความสุขของประชากรในจังหวัด โดยมีกรณีศึกษาที่น่าสนใจ ได้แก่

1. จังหวัดภูเก็ตและพังงา ทั้งสองมีรายได้ครัวเรือนเฉลี่ยในระดับสูง เป็นจังหวัดท่องเที่ยวดีดขยายทะเลที่มีชื่อเสียง แต่ภูเก็ตมีคะแนนความสุขในระดับต่ำของประเทศ ขณะที่พังงามีคะแนนความสุขสูงเป็นอันดับหนึ่งของประเทศติดต่อกันสองปีในปี 2552 และ 2553 ความแตกต่างนี้ก่อให้เกิดสมมติฐานจากข้อสังเกตของผู้ที่รู้จักจังหวัดทั้งสอง และเป็นสมมติฐานที่อาจนำไปพิจารณาเปรียบเทียบในจังหวัดอื่นๆ

อดีตผู้ว่าราชการจังหวัดภูเก็ต “จังหวัดภูเก็ตมีคนท้องถิ่น 2 แสนคน มีแรงงานอพยพเข้ามาทำงาน 1 ล้านคน”

อดีตผู้อำนวยการโรงเรียนในจังหวัดภูเก็ต “คนในภูเก็ตหากเดินเข้าร้านอาหารผิด จะต้องจ่ายเงินค่าน้ำชาวดละร่อยบาทจากที่ปกติจ่ายชาวดละ 10 บาท”

จิตแพทย์เด็กซึ่งเป็นคนภูเก็ต “คนภูเก็ตจริงๆ ย้ายไปอยู่ที่จังหวัดอื่นหมดแล้ว ที่อยู่ในภูเก็ต ไม่ใช่คนพื้นที่”

ผู้เขียนมีโอกาสท่องเที่ยวในพื้นที่ทั้งสองจังหวัด พบว่าธุรกิจท่องเที่ยวของพังงา ดำเนินการโดยคนท้องถิ่น เป็นธุรกิจขนาดเล็ก ผู้ประกอบการอยู่ในชุมชนของตนเองและรู้จักคุ้นเคยกัน ขณะที่ในจังหวัดภูเก็ตจะเป็นธุรกิจขนาดใหญ่ มีการบริหารจัดการที่เป็นระบบ

2. จังหวัดในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน มีคะแนนองค์ประกอบความสุขด้านการสนับสนุนของครอบครัวและด้านคุณภาพจิตใจอยู่ในเกณฑ์ต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับพื้นที่อื่น (ประเวช และคณะ 2553) ก่อให้เกิดสมมติฐานถึงความสัมพันธ์กับอัตราการฆ่าตัวตายที่สูงในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข 2555) อย่างไรก็ตาม เมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนองค์ประกอบความสุขในแต่ละด้านของปี 2553 กับอัตราการฆ่าตัวตายในปีเดียวกัน พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับอัตราการฆ่าตัวตาย คือ คะแนนความสุขด้านคุณภาพจิตใจกับอัตราการฆ่าตัวตายของเพศชาย (ประเวช และกวิสรา 2555) กล่าวอีกนัยหนึ่ง การช่วยเหลือเกื้อกูลกันในพื้นที่ช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายในเพศชาย

ไม่ว่าข้อสังเกตและการวิเคราะห์นั้นจะถูกต้องและครอบคลุมเพียงใด แต่คะแนนความสุขในภาพรวมของแต่ละจังหวัด และคะแนนความสุขในแต่ละองค์ประกอบได้ก่อให้เกิดคำถามและสมมติฐานเพิ่มเติม ที่ผู้สนใจจะได้ศึกษาหาคำตอบให้กว้างขวางรอบด้านยิ่งขึ้น อันจะนำมาซึ่งความชัดเจนในแนวทางการพัฒนาจังหวัดและการสร้างสุขให้กับคนในชุมชนต่อไป

บทเรียนจากการขับเคลื่อนงานสร้างสุขในสามพื้นที่

ตรัง ประกาศนโยบายเป็นจังหวัดแห่งความสุข

รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (นพ.ไพศาล เกื้ออรุณ) ซึ่งมีความสนใจเรื่องความสุขของชุมชนได้ใช้ประโยชน์จากข้อมูลความสุขรายจังหวัดและแนวทางที่เขียนไว้ในคู่มือสร้างสุขระดับจังหวัด (ประเวช และเอกอนงค์ 2554) เป็นแกนนำเชื่อมโยงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรภาคประชาชน เครือข่ายสมัชชาสุขภาพ สถาบันวิชาการในจังหวัด เปิดเวทีแลกเปลี่ยนข้อคิดเรื่องการสร้างสุขภายในจังหวัด และนำมาซึ่งการประกาศเป็นนโยบายจังหวัดโดยผู้ว่าราชการจังหวัด (นายธีระยุทธ เอี่ยมตระกูล) เมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2555 โดยได้จัดทำโครงการต่างๆ เพื่อเติมความสุขให้กับประชากรทุกวัย ตั้งแต่เกิดจนตาย ทั้งผู้ที่เจ็บป่วยและผู้มีสุขภาพดี รวมถึงนักท่องเที่ยวที่ผ่านมาเยือนจังหวัดตรัง

ความสุขคือธงนำในการฟื้นฟูจิตใจประชาชนจังหวัดนครปฐมหลังน้ำท่วมใหญ่ ปี 2554

ภายหลังเหตุการณ์น้ำท่วมใหญ่ปี 2554 ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตจังหวัดนครปฐม (นางกุนตี โตโพธิ์ไทย) ประธานขอการสนับสนุนเพื่อฟื้นฟูสุขภาพจิต จากการประชุมร่วมกันระหว่างผู้ปฏิบัติงานจากอำเภอและตำบลกับผู้เขียน ได้ข้อสรุปว่าทุกอำเภอในจังหวัดนครปฐมจะดำเนินการสร้างสุขในกลุ่มประชากรสองกลุ่มหลัก คือเยาวชน ในประเด็นป้องกันปัญหาพฤติกรรม โดยเฉพาะการตั้งครกในวัยรุ่น ผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังเน้นการเติมความสุขและปรับพฤติกรรมสุขภาพ งานสร้างสุขในพื้นที่ได้กลายเป็นแนวทางการฟื้นฟูสุขภาพจิตใจและชุมชนของคนในจังหวัดนครปฐม

เติมความเข้มแข็งทางใจให้กับเยาวชนอำเภอแกลง จังหวัดระยอง

กุมารแพทย์ประจำโรงพยาบาลแกลง จังหวัดระยอง (นพ.สมบูรณ์ โทระวารีกาญจน) มีโอกาสชมสื่อเรียนรู้สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษา ชุดเติมเติมความเข้มแข็งทางใจ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ 2552) ซึ่งพัฒนาโดยแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต และได้เปิดให้ลูกวัยรุ่นทั้งสองคนของตนชม เขาเกิดความคิดว่าทำอะไรดีเล็กๆ ในอำเภอแกลงจึงจะมีโอกาสได้เรียนรู้จากสื่อพัฒนาเยาวชนเช่นนี้

จึงประสานกับผู้อำนวยการโรงเรียนในพื้นที่ ภายหลังจากการประชุมร่วมกันหลายฝ่าย เครือข่ายโรงเรียนในอำเภอแก่งและพื้นที่ข้างเคียงและโรงพยาบาลชุมชนได้ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง จัดซื้อสื่อการเรียนรู้ชุดนี้สำหรับนักเรียนทุกชั้นปี และโรงเรียน 4 แห่งกำหนดให้ครูใช้สื่อการเรียนรู้ชุดนี้กับนักเรียนทุกชั้น ให้ครบทุกตอน (จำนวน 16 ตอน) ภายในปีการศึกษา 2555

ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญในก้าวแรก

ก้าวแรกของการดำเนินงานที่ผ่านมา พบปัจจัยความสำเร็จที่ควรบันทึกไว้ดังนี้

พลังข้อมูลเชิงพื้นที่

การแจ้งข้อมูลความสุขระดับจังหวัด และจำแนกองค์ประกอบความสุขของแต่ละจังหวัด ช่วยให้หน่วยงานต่างๆ และประชาชนภายในจังหวัดมีความรู้สึกเป็นเจ้าของข้อมูลมากยิ่งขึ้น แตกต่างจากข้อมูลระดับประเทศหรือภาคซึ่งมักไม่สร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของ จึงมีแนวโน้มที่หน่วยงานและประชาชนในจังหวัดจะดำเนินงานเพื่อตอบสนองปัญหาและโอกาสจากข้อมูลนั้น ตัวอย่างเช่น

จังหวัดสมุทรปราการ เมื่อได้รับทราบว่ามีคะแนนต่ำสุดในปี 2552 และต่ำสุดเป็นลำดับสองในปี 2553 ส่งผลให้หน่วยราชการและองค์กรปกครองท้องถิ่นจัดสร้างสนามฟุตบอลสำหรับเยาวชนจำนวน 72 แห่งกระจายทุกอำเภอในปี 2553

กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีคะแนนความสุขต่ำลงอย่างต่อเนื่องในปี 2551-2553 และมีการแถลงข่าวข้อมูลนี้ พบว่า ความสนใจในการดำเนินงานสุขภาพจิตร่วมกับฝ่ายต่างๆ มีความเข้มแข็งยิ่งขึ้น

อาจดูเหมือนว่า ข้อมูลเชิงพื้นที่อาจมีผลกระทบในพื้นที่ที่มีลำดับความสุขอยู่ในกลุ่มที่มีปัญหา มากกว่ากลุ่มที่อยู่ในระดับกลางๆ หรือลำดับต้น นอกเสียจากจะมีปัจจัยอื่นที่จะสนับสนุนการขับเคลื่อน เช่น เจ้าภาพในพื้นที่ วิธีการนำเสนอข้อมูลที่เชื่อมโยงกับมุมมองภาคประชาชน เป็นต้น

พลังเจ้าภาพในพื้นที่

การดำเนินงานทั้งสามพื้นที่ โดยเฉพาะในจังหวัดตรัง เป็นตัวอย่างของการขับเคลื่อนงานที่ริเริ่มจากเจ้าภาพในพื้นที่ ซึ่งทุกคนเป็นคนในพื้นที่ มีความรู้สึกผูกพันกับชุมชน มองเห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในจังหวัด ทุกคนเป็นผู้ที่ได้รับการยอมรับและมีสายสัมพันธ์ที่ดีในการขับเคลื่อนงาน การมีผู้ลุกขึ้นมาเป็นแกนนำในการชูประเด็นเพื่อขับเคลื่อนจึงเป็นหัวใจสำคัญที่จะขับเคลื่อนสร้างสุขภายในจังหวัด ไม่ว่าจังหวัดนั้นจะมีคะแนนความสุขอยู่ในระดับใดก็ตาม

พลังภาคีเครือข่าย

การขับเคลื่อนงานสร้างสุขเป็นเรื่องของทุกฝ่ายในสังคม ความสำเร็จของการสร้างสุขจะเกิดขึ้นได้เมื่อมีการประสานเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายต่างๆ ทั้งภาคีที่มีทรัพยากร เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานการที่รับผิดชอบ ภาคีวิชาการ และภาคีภาคประชาชน บทเรียนที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า เมื่อมีบุคคลหรือองค์กรที่สนใจจะสร้างความสุขให้กับชุมชน เขาจำเป็นจะต้องพิจารณาแนวทางการขับเคลื่อนงานผ่านการค้นหาภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนงานอย่างเป็นระบบ กรณีจังหวัดตรังเป็นความร่วมมือทั้งจากภาครัฐ คือ ผู้ว่าราชการจังหวัดและหน่วยงานราชการ โดยเฉพาะสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเป็นหน่วยที่มีทรัพยากรอยู่ในมือ ภาคประชาชน ได้แก่ แกนนำชุมชน สมัชชาพื้นที่ และฝ่ายวิชาการ นำโดยรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สถาบันทางวิชาการ และนักวิชาการจากส่วนกลาง คือ ผู้เขียนจะเป็นส่วนผสมสำคัญที่จะช่วยเสริมการขับเคลื่อนงานสร้างสุขให้มีผลกระทบในทางที่ดีต่อประชาชนได้กว้างขวางและยั่งยืน

พลังเครื่องมือในการทำงาน

ในการขับเคลื่อนภาคสังคม คนส่วนใหญ่มักไม่คิดถึงเครื่องมือสนับสนุนการทำงานหรืออาจมองข้ามความสำคัญของเครื่องมือไป เพราะเชื่อว่าความร่วมมือร่วมใจของทุกฝ่ายคือสิ่งสำคัญที่สุด แต่จากการติดตามประเมินผลการใช้สื่อการเรียนรู้สำหรับเยาวชนและครอบครัวในชุมชนของแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต (วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา 2555) พบว่า เครื่องมือหรือสื่อการเรียนรู้สำหรับเยาวชนและ

ครอบครัวที่พัฒนาให้ง่ายต่อการใช้งาน โดยไม่ต้องอาศัยวิทยากรผู้รู้ในการใช้งาน เป็นส่วนสำคัญในการสร้างความร่วมมือของฝ่ายต่างๆ ในชุมชน ช่วยให้งานมีความเป็นรูปธรรม การสื่อสารและทำความเข้าใจร่วมกันเป็นไปได้ง่ายขึ้น และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นยังก่อให้เกิดกำลังใจในการทำงานมากยิ่งขึ้น

บทสรุปและก้าวต่อไป

งานความสุขเป็นเรื่องที่เชื่อมโยงกับหน่วยงานต่างๆ ได้ง่าย เพราะเป็นเป้าหมายการทำงานของทุกหน่วยงานอยู่แล้ว แต่จะต้องแปลงโจทย์การดำเนินงานให้สัมพันธ์กับสภาพปัญหาของพื้นที่ เชื่อมโยงกับภารกิจของหน่วยงานต่างๆ ซึ่งพบว่าประเด็นที่ได้รับความสนใจจากหลายหน่วยงานคือปัญหาเยาวชน และปัญหาของผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม การขับเคลื่อนงานสร้างสุขยังมีมิติอื่นๆ ที่ควรพิจารณา เช่น การสร้างความเป็นชุมชน สร้างความเอื้ออาทรและช่วยเหลือกัน จัดระบบจิตอาสาเพื่อให้สมาชิกในชุมชนได้เข้าร่วมช่วยเหลือกันหรือทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนตามความพร้อม

พลังในการขับเคลื่อนงานที่สำคัญ คือ พลังข้อมูลเชิงพื้นที่ พลังเจ้าภาพ พลังภาคีเครือข่าย และพลังเครื่องมือในการทำงาน ซึ่งเมื่อพิจารณางบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงาน จะพบว่า งบประมาณจากส่วนกลางหรือจากภายนอกนับเป็นสัดส่วนที่น้อย เมื่อเทียบกับงบประมาณที่มีอยู่ในท้องถิ่น หัวใจของงานสร้างสุขจึงเป็นการนำใช้ทรัพยากรและทุนที่มีอยู่ในชุมชนมาดูแลความสุขให้กับคนในชุมชน

ก้าวต่อไป คือ การพัฒนาคุณภาพข้อมูลเชิงพื้นที่ ให้มีความครอบคลุมในแง่มุมที่เชื่อมกับชุมชนได้มากยิ่งขึ้น ซึ่งสำนักงานสถิติแห่งชาติที่อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในข้อคำถามที่จะช่วยสะท้อนความรู้สึกรักของประชาชนในแต่ละจังหวัดต่อการรับรู้การสนับสนุนกันภายในชุมชน นอกจากนี้ การวิเคราะห์ข้อมูลความสุขออกเป็นองค์ประกอบย่อย ช่วยให้เห็นแง่มุมที่ควรให้น้ำหนักในแต่ละชุมชน กรณีตัวอย่างของพื้นที่ภาคเหนือตอนบน แสดงให้เห็นถึงจุดเน้นในเรื่องความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและการพัฒนาคุณภาพจิตใจเพื่อช่วยเหลือเกื้อกูลกัน

ผู้เขียนและเพื่อนร่วมงานในฐานะนักวิชาการ กำหนดจุดเน้นงานในก้าวต่อไปคือ การพัฒนาข้อมูลเชิงพื้นที่ให้มีคุณภาพ การสนับสนุนเจ้าภาพในพื้นที่ และการทำหน้าที่ สรุบบทเรียนจากพื้นที่ต่างๆ และเชื่อมโยงการเรียนรู้ต่อกัน เพื่อการขับเคลื่อนงานสร้างสุข ในก้าวต่อไปอย่างมีพลัง

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2555. อัตราการฆ่าตัวตายของไทย. ค้นเมื่อวันที่ 15 สิงหาคม 2555, จาก www.suicidethai.com
- ประเวศ ดันติพิวัฒน์สกุล และเอกอนงค์ สิตลาภินันท์. 2554. คู่มือสร้างสุขระดับจังหวัด. นนทบุรี: แผนงานสร้างเสริม สุขภาพจิต สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- ประเวศ ดันติพิวัฒน์สกุล. 2554. บัญญัติสุข 10 ประการ. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ประเวศ ดันติพิวัฒน์สกุล และคณะ. 2555. การวิเคราะห์ผลองค์ประกอบความสุขเพิ่มเติม ปี 2553. (เอกสารยังไม่ตีพิมพ์)
- ประเวศ ดันติพิวัฒน์สกุล และกวิสรา พชรเบญจกุล 2555. ความสุขกับการฆ่าตัวตาย. (เอกสารยังไม่ตีพิมพ์)
- วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา. 2555. ร่างรายงานการประเมินผลโครงการ การดำเนินงานสื่อการเรียนรู้สำหรับเยาวชนและผู้ปกครอง ชุดเติมเต็มความเข้มแข็งทางใจ ชุดเทคนิคการคุยกับลูกวัยรุ่น และชุดพ่อแม่เลี้ยงบวก. ชลบุรี: วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. 2552. สื่อการเรียนรู้เติมเต็มความเข้มแข็งทางใจชุดที่ 1-2. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. 2555. แผ่นพับชุมชนทรัพยากรความสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- อภิรักษ์ มงคล ทวี ตั้งเสรี พิเชฐ อุดมรัตน์ วัชณี หัตถพนม ภัสรา เขษรัชโชติศักดิ์ วรวรรณ จุฑา และระพีพร แก้วคอนไทย. 2547. การพัฒนาและทดสอบดัชนีวัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

การอนามัยครอบครัวกับสุขภาพจิต¹

ฝน แสงสิงแก้ว

เรื่องของสุขภาพจิต คือ เรื่องสภาพของชีวิตที่เป็นสุข การศึกษาวิชาการสุขภาพจิต ก็คือการศึกษาเรื่องชีวิต และมีข้อคิดทางจิตวิทยาของชีวิตประกอบ เพื่อส่งเสริมให้มนุษย์มีชีวิตที่เป็นสุข ปราศจากโรคจิต โรคประสาท โดยหลักทั่วไป สุขภาพจิตของมนุษย์จะดีหรือเลือนั้น ย่อมขึ้นกับปัจจัยสองประการ

1. จากตนเอง คือปัจจัยภายในร่างกายและจิตใจของตนเอง
2. จากสิ่งแวดล้อม อันเกิดจากสภาวะเศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม และอื่นๆ ซึ่งกระทบต่อจิตใจ

ในการจะศึกษาว่าการอนามัยครอบครัว หรือเรื่องประชากรมีผลหรือกระทบเทือนต่อสุขภาพจิตประการใดบ้างนั้น ก็อาศัยหลักพิจารณาจากปัจจัยสองประการคือ เรื่องของตนเองและสิ่งแวดล้อมดังกล่าวแล้ว อาจจะถูกกล่าวแยกหรือกล่าวรวมกันไปได้ เพราะเรื่องของชีวิตย่อมเกี่ยวพันใกล้ชิดผสมผสานกันอยู่เสมอ จะแยกกายแยกจิตออกจากกันเด็ดขาดนั้นหาได้ไม่

ในการที่กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการ มีโครงการอนามัยครอบครัว หรือวางแผนครอบครัว หรือโครงการประชากร หรือชลอการเกิดขึ้นนั้น นับเป็นโครงการหนึ่งของการสงเคราะห์แม่และเด็ก แต่ที่ต้องสงเคราะห์เป็นโครงการพิเศษก็เพราะมีอัตราเกิดของทารกมากเป็นพิเศษ มีผลเมืองของประเทศเพิ่มสูงมากขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่นเดียวกับประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ ก่อให้เกิดความยุ่งยากต่อสุขภาพของแม่และเด็ก ต่อการสาธารณสุข รวมทั้งมีปัญหสุขภาพจิต หรือการกระทบเทือนต่อสุขภาพจิตด้วย จึงสมควรที่จะได้ศึกษาว่าการกระทบเทือนต่อสุขภาพจิตของประชากรที่เพิ่มเรื่อนั้นเป็นในรูปใดบ้าง

1 บรรยายในการสัมมนาทางวิชาการแห่งชาติ เรื่องประชากรของประเทศไทย ครั้งที่ 3 ในวันที่ 2-5 เมษายน พ.ศ. 2511 ณ ศาลาสันติธรรม พระนคร

ในขั้นต้น ถ้าสุขภาพของร่างกายเสื่อมสุขภาพจิตก็จะเสื่อมด้วย วงการสาธารณสุขยอมรับแล้วว่า สถิติการตายของมารดาผู้มีบุตรมากกว่ามารดาผู้มีบุตรน้อย โรคอันทำให้เกิดความเสื่อมทั้งร่างกายและจิตใจก็มากกว่า เช่น มะเร็งในปากมดลูก เป็นต้น เมื่อกล่าวถึงด้านเศรษฐกิจสังคมแล้วจะยิ่งกว้างมากขึ้น การมีครอบครัวใหญ่ มีบุตรมากย่อมกระเทือนทางเศรษฐกิจยิ่งกว่าผู้ที่มีบุตรน้อย สุภาชิตไทยโบราณยังใช้ได้อยู่จนบัดนี้ว่า “มีลูกหนึ่งคนจนไปเจ็ดปี” พ่อแม่ที่มีรายได้เฉลี่ยต้องอดออมมากที่สุด เพื่อลูกจะได้พอกินและจะได้รับการศึกษาดีในเมื่อโตขึ้น ความอดออมชักหน้าไม่ถึงหลังทำให้ชีวิตคร่ำเคร่งตึงเครียด เป็นโรคประสาทได้ง่าย เมื่อครั้งเริ่มโครงการอนามัยครอบครัวที่อำเภอโพธารามในปีแรก ผมได้สัมภาษณ์หญิงมีครอบครัวแล้วผู้หนึ่ง ซึ่งมาขอรับการบริการใช้ชุดพลาสติกเพื่อขอลูกแรกเกิด ผมได้ถามว่า “ทำไมจึงมา?” ผู้หญิงผู้นั้นได้ตอบทันทีว่า “หมอ ฉันทำนามีเพียงพอได้กินเท่านั้น ถ้าฝนแล้ง แล้วถ้าฉันมีลูกมาก ฉันจะมีอะไรให้ลูกกิน จะมีอะไรให้แกไปเรียนหนังสือ” นี่เข้าใจว่าเป็นคำตอบอันแรกของหลายๆ คน ในเรื่องสุขภาพจิตเกี่ยวกับความวิตกกังวลในเรื่องนี้ วิชาการแพทย์ได้ยืนยันด้วยว่าถ้าเด็กมีอาหารไม่เพียงพอถึงขนาดเป็นโรคขาดธาตุอาหาร หรือทุโภชนาการนั้น ย่อมกระเทือนเสื่อมถึงสมองและประสาทด้วย

การที่มีบุตรมาก หรือการที่ประเทศชาติมีพลเมืองมากเกินไปนั้น ย่อมจะเป็นลักษณะที่เรียกว่ามี “จำนวน” จึงย่อมขาด “คุณภาพ” ได้ บิดามารดาที่มีบุตรหลานหลายคน ถึงแม้จะมีความรักในลูกเป็นปกติวิสัย แต่การจะให้ความรักความเอาใจใส่ทั่วถึงและสม่ำเสมอ นั้น ย่อมทำได้ยาก ลูกจะไม่ได้ได้รับความรักของพ่อแม่เท่าที่ควร และครั้นเมื่อยามสถานะเศรษฐกิจและสังคมบีบคั้นยังไม่อยากมีบุตร แต่ถ้าบังเอิญมีขึ้นมาโดยช่วยไม่ได้ ก็จะเป็นบุตรชนิดที่เรียกว่า “ลูกที่ไม่ต้องการ” อาจจะไม่ค่อยดีไปอย่างเสียไม่ได้ หรืออาจจะทอดทิ้งเป็นแบบเด็กกำพร้า ซึ่งจากผลการศึกษาปรากฏว่าเด็กพวกนี้เมื่อโตขึ้นจะโตด้วยอารมณ์จิตใจที่ไม่อบอุ่น มีโอกาสเป็นโรคจิตและประกอบอาชีพกรรมได้สูงกว่า “ลูกที่มีพ่อแม่ต้องการ” มีหลายเปอร์เซ็นต์ที่ตายแม้อายุยังน้อยด้วยความทุกข์หอยเหงาและแยกตัวเอง นักจิตวิทยาเรียกสาเหตุของการตายของเด็กประเภทนี้ว่า “ตายเพราะขาดรัก”

ประชากรของประเทศไทยนั้นมีอัตราเพิ่มสูงกว่ารายเฉลี่ยของโลกทั่วไป และถ้าปล่อยให้สูงขึ้นเรื่อยดังปัจจุบันนี้ ตามรายงานของกิลล์ร่วมกับรัฐบาลไทยแจ้งว่า เพียงใน พ.ศ. 2523 เท่านั้น จะมีพลเมืองเพิ่มขึ้นเป็นถึง 50 ล้านคน สำหรับในพระนครและเขตเทศบาลจะเพิ่มมากกว่าส่วนเทียบที่เพิ่มทั่วประเทศ เพราะพลเมืองอพยพเข้ามา ข้อคิดเห็นประกอบต่อไปว่า ในการเกษตรกรรมนั้นอัตราส่วนพลเมืองเพิ่ม แต่ที่ดินใช้ในการเกษตรคงที่ และยังคงแบ่งเป็นแปลงเล็กๆ ให้แก่ทายาทที่เพิ่มขึ้นเข้าครอง ที่ดินไม่พอทำมาหากิน เกิดเป็นแรงกระตุ้นให้อพยพไปยังท้องที่อื่น สำหรับประเทศไทยนั้น ในระหว่างปี พ.ศ. 2498 ถึง พ.ศ. 2503 ปรากฏว่ามี 3% ของพลเมืองทั่วประเทศ ซึ่งอพยพจากภาคหนึ่งไปยังภาคหนึ่งส่วนใหญ่คือ 60% จากภาคตะวันออกเฉียงเหนือไปยังภาคเหนือและภาคกลาง และจากจำนวนนี้มี 48% เข้าไปอยู่ในพระนครและธนบุรี การอพยพไปเช่นนี้จิตใจจะหวั่นไหว และหวาดหวั่น เขาไม่ทราบว่าจะไปอยู่อย่างไร จะทำมาหากินอย่างไร จะพบคนแปลกหน้าและแปลกวัฒนธรรม จะรู้สึกเหี่ยวเฉาเหมือนต้นไม้ที่ถูกถอนราก ซึ่งต้นไม้ถอนรากนั้นถ้าหากรู้จักเลี้ยงรักษาดีจริงๆ ก็รอดตัวไป ถ้าเลี้ยงรักษาไม่ดีก็ตายง่าย ๆ หรือแห้งแกรนอมโรค

การอพยพเข้าไปอยู่ในเมืองหลวงนั้น มีปัจจัยชักจูงหลายอย่าง แต่ปัจจัยสำคัญสิ่งหนึ่งคือ **การอุตสาหกรรม** ซึ่งคนไม่มีความรู้ความชำนาญก็เข้าไปทำได้ โดยมีรายได้ดีกว่าชนบทและนายจ้างก็ชอบ เพราะแรงงานถูกกว่า **แต่เพราะความไม่มีความรู้ความชำนาญนั่นเอง เป็นสิ่งขัดแย้งทางจิตใจเข้ากับคนอื่นได้ยาก และทำงานได้ไม่ถาวร** โรคประสาทจึงมีจำนวนสูงในคนงานของโรงงานอุตสาหกรรม ซึ่งอพยพมาจากต่างจังหวัด การเข้ามาอยู่ในกรุงนั้นถ้ามาก ๆ เข้าก็จะขาดความสะดวกไปทุกอย่าง เช่น ไม่มีที่อาศัยพอ ไม่มีโรงเรียนพอสำหรับลูก ไม่มีสนามเด็กเล่น ไม่มีความสะดวกทางสาธารณสุขและการขาดการสุขภาพที่ดี ทั้งนี้จะเปิดโอกาสให้อยู่ในลักษณะที่เรียกว่าอยู่ในสลัม หรือ **แหล่งเสื่อมโทรม** ทุกแห่งที่เป็นแหล่งเสื่อมโทรมจะเป็นศูนย์ของโรคติดต่อ เช่น อหิวาตกโรค โรคบิด วัณโรค กามโรค และโรคเรื้อน เป็นต้น รวมทั้งมีอัตราของโรคพิษสุราเรื้อรัง สูงด้วย แม้แต่ปัจจุบันนี้ที่ตำบลอาจณรงค์ คลองเตยก็มีอัตราโรคบิดและวัณโรคสูงอยู่เสมอ สุขภาพจิตของผู้อยู่อาศัยก็หาไม่ดีไม่ มีอัตราโรคประสาทสูง มีการทำร้ายและประกอบอาชญากรรมกันอยู่เป็นประจำ เมื่อสองเดือนที่แล้วมานี้ ดร.เดล คาเมรอน และคณะ จากองค์การอนามัยโรคมาร่วมศึกษางานในประเทศไทย ให้ความรู้ว่าอหิวาตกโรคมีระบาดบ่อย

ในเขตสลัม เพราะอาหารการกินไม่ถูกลักษณะรับเชื้อโรคเข้ามาง่าย และความต้านทานโรคน้อย เป็นโอกาสให้เชื้อโรคอยู่ในร่างกายได้นาน ได้ศึกษาต่อไปว่า ผู้ที่เคยเป็นโรคดังกล่าวนี้จะเป็นเหยื่อของการติดยาเสพติดมาก เป็นผลให้เกิดความเสื่อมของสุขภาพจิต และนำไปสู่โรคจิตที่มีอาการมากได้

เรื่องการอพยพเข้ากรุงและแหล่งสลัมนี้ มีมากทุกแห่งที่มีพลเมืองมากเกินที่จะมีอาชีพจัดได้เพียงพอ ในประเทศเตอร์กีกฎหมายออกฉบับหนึ่ง ไม่ให้อพยพเข้ากรุงโดยไม่ได้รับอนุญาต แต่ถ้ามาอยู่ในกรุงเกินหนึ่งคืนไปแล้วปล่อยเลยตามเลย เลยมีนิคมเกิดขึ้น เรียก “เกชาคอนดู” แปลว่าที่อยู่ข้ามคืน คือเขาเข้ามาในเวลากลางคืน และรีบสร้างกระท่อมที่พักหยาบๆ ให้เสร็จในหนึ่งคืนนั้น ประเภทนี้มีจำนวนเกือบสองแสนคน ซึ่งมีปัญหาสุขภาพจิต โรคจิตและโรคประสาทมาก จึงเป็นเรื่องที่ต้องมีแผนการณ์ล่วงหน้าในการจัดผังเมืองใหญ่

ปัญหาสุขภาพจิตสิ่งหนึ่ง คือเด็กเกเรและยวอาชญากร มีมากในครอบครัวที่แตกแตกและในสังคมของแหล่งเสื่อมโทรม และที่พลเมืองเพิ่มมากและแออัด ในครอบครัวที่มีบุตรมากแม้แต่ไม่อยู่ในแหล่งสลัม เมื่อมีความลำบากขึ้น พ่อแม่ก็จะทะเลาะกัน และต่างก็โทษกัน ชีวิตไม่มีความสุข แม่หลายคนกลัวพ่อจะรักตนน้อยลง เพราะต้องไปยุ่งสาละวนอยู่กับลูกมากกว่า ก็ทะเลาะกันอีก ถ้าบุตรหรือคนในครอบครัวได้ป่วย ก็ยิ่งยุ่งยากขึ้น ต่างก็โทษซึ่งกันและกัน บางครั้งลงเอยด้วยการหย่าร้าง ความแตกแตกเหล่านี้จะขาดมนุษยสัมพันธ์ที่ดี เด็กขาดความอบอุ่นในบ้าน ก็จะไขว่คว้าหาความอบอุ่นนอกบ้านคบเพื่อนที่เสเพล ประกอบอบายมุขและเป็นโรคจิต โรคประสาท พร้อมกับอัตราสูงขึ้นของการฆ่าตัวตาย

ปัญหาเด็กมาก เพราะพลเมืองเพิ่มขึ้นมากนั้น เกี่ยวพันใกล้ชิดกับปัญหาสุขภาพจิตเสื่อมมาก ตามสถิติในประเทศไทยขณะนี้ปรากฏว่าเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี มี 43% ซึ่งเป็นจำนวนสูง นายแพทย์ลัมโบ จิตแพทย์ชาวไนจีเรีย ผู้ชำนาญการสุขภาพจิตของสหประชาชาติ กล่าวว่า “เด็กจำนวนมากนั้นเพิ่มภาระการหาเงินให้แก่หัวหน้าครอบครัวหาเท่าไรก็ไม่พอ ทำให้รายได้ต่อหัวลดลงไป เด็กจะไม่ได้รับการเลี้ยงดูพอ เป็นช่องทางทำให้เด็กเกิดการประท้วงสังคม ประท้วงความรักและความใจใส่ นี่เป็นอีกปัจจัยหนึ่งของเหตุที่เป็นเด็กเกเรและประกอบอาชญากรรม”

เรื่องปัญหาลูกที่ไม่ต้องการ ซึ่งเกี่ยวกับสุขภาพจิตนั้น ดร. อลัน กูตมาเกอร์ ผู้สันตติปัญหาประชากร และการแพทย์เขียนในหนังสือสุขภาพจิต 1967 ว่า ลูกที่ไม่ต้องการและการตั้งครรภ์ซึ่งมีขึ้นโดยไม่ต้องการนั้น ก่อให้เกิดการทำลาย โดยมาทำแท้ง ซึ่งกระเทือนจิตใจเป็นที่สุด เพราะในทุกวัฒนธรรม ทุกศาสนา ถือเป็นบาป การทำแท้งไปแล้ว จิตใจจะทุกข์ทรมาน และไม่มีความสุขเลย กูตมาเกอร์กล่าวต่อไปว่า สุขภาพจิตของมนุษย์นั้นจะเสื่อมในภาวะสังคมสามประการคือ ความยากจน ความบีบคั้นทางการเมือง และความไม่รู้เท่าไม่ถึงการณ์ ก็ความต้องการร่วมสัมพันธ์ทางเพศ แต่ไม่มีความรู้-ความรับผิดชอบในการมีครรภ์ นั้นแหละคือความโง่เขลาไม่รู้เท่าไม่ถึงการณ์ประการหนึ่ง กว่าจจะรู้เข้าก็สายเสียแล้ว จึงหาทางลัดออกด้วยการทำแท้ง การทำแท้งนั้นจะไม่เกิดขึ้น สุขภาพจิตจะไม่เสื่อม ถ้ามนุษย์จะรู้จักศึกษาวิธีการของการเกิดที่ถูกต้องและไม่ไขว่เรื่องผิดศีลธรรม

สำหรับจำนวนของโรคจิตและโรคประสาทนั้น การศึกษายืนยันว่ามีสูงขนานไปกับจำนวนพลเมืองที่มากขึ้น สำหรับโรคประสาท (Psychoneurosis) ปรากฏว่าสูงในจังหวัดที่พลเมืองเพิ่มมากและกำลังพัฒนา ส่วนโรคจิตประเภทจิตเภท (Schizophrenia) นั้นสูงในชุมชนที่ฐานะเศรษฐกิจต่ำมากกว่าในฐานะชุมชนที่เศรษฐกิจสูง รายงานวิชาการระบาดวิทยาขององค์การอนามัยโลกให้ความรู้ว่า คนทั่วไปนั้นมีโอกาสเป็นโรคจิตประเภทจิตเภทได้ 1% แต่ถ้ามีพี่น้องในครอบครัวเป็นโรคจิตเภท เขาก็มีโอกาสเป็นโรคจิตประเภทจิตเภทได้ 10% ถ้าบิดามารดาเป็นจิตเภท บุตรมีโอกาสเป็นได้ 50% และในมุขกลับถ้าบุตรเป็นจิตเภท บิดามารดาจะมีโอกาสเป็นได้ 8% และศึกษาต่อไปว่า เมื่อมีลูกเป็นจิตเภทนั้น พ่อแม่มีอาการรุนแรง หงุดหงิด และหัวนโหว และมีอายุสั้นกว่ารายเฉลี่ย ส่วนการศึกษาของนายแพทย์วาล ซึ่งรายงานองค์การอนามัยโลก พบอีกว่า ลูกกำพร้าและลูกที่พ่อแม่ไม่ต้องการนั้น มีโอกาสเป็นโรคจิตเภทได้มากกว่าบุคคลธรรมดาถึงหกเท่า

ตัวเลขที่ศึกษานี้เพียงพอเพื่อประกอบว่า การดำเนินการอนามัยครอบครัวให้มีบุตรเพียงเท่าที่ต้องการพอจะเลี้ยงดูด้วยดี ด้วยความรักใคร่ และมีคุณภาพที่ดีนั้น เป็นสิ่งที่มนุษย์ปรารถนา การที่บิดามารดาจะมีโอกาสให้ความรัก ความสนใจต่อบุตรเท่าที่จะพอให้ได้สบายๆ ไม่ฝืน ไม่ทรมาน ไม่บีบคั้นตนเองจนเกินควร โดยใช้สิทธิมนุษยชนเลือกมีบุตรเท่าที่ต้องการ นั่นคือส่วนหนึ่งของการสร้างสรรค์สุขภาพจิตที่ดี

เพื่อประกอบการศึกษา ขอนำข้อคิดเห็นของนักศึกษาอื่นมาประกอบอีกในเรื่องของสุขภาพจิต อันเกี่ยวกับการเพิ่มมากของพลเมือง

มอริส คาสแตร์ ประธานสหพันธ์สุขภาพจิตโลก ปี 1968 ได้กล่าวไว้ในเรื่องความกระเทือนของสุขภาพจิตจากการเพิ่มพลเมืองมากกว่า ในการที่พลเมืองอยู่กันหนาแน่นนั้น ย่อมมีอัตราโรคจิตประสาท (Psychoneurosis) สูง แต่เรื่องคนนั้นถ้ามีโรคประสาท ทวาดกังวลอะไรอยู่บ้างก็ตีเหมือนกัน จะได้ข้มักเข้มนทำงานเพิ่มผลผลิตมากขึ้น เพื่อให้ได้มีชีวิตคงอยู่กับโลกที่เปลี่ยนแปลงนี้ได้ แต่ถ้าเลยออกไปมากถึงขนาดที่มีคนอยู่อัดเยียดกันมากเกินไป ขาดอิสระและคุณภาพของชีวิตแล้ว สุขภาพจิตต่อไปจะเป็นอย่างไรนั้น ยังพิสูจน์จากการทดลองในคนให้แน่นอนตายตัวนักไม่ได้ แต่จะศึกษาทดลองได้ในสัตว์ ซึ่งจากสัตว์อาจจะสะท้อนให้เข้าใจในชีวิตของคนได้

นักวิทยาศาสตร์ได้ศึกษาในสัตว์ ทั้งในสภาพปกติที่อยู่อิสระ และในสภาพที่อยู่หนาแน่นในชุมชนและขังกรงไว้ ได้ศึกษาขนาดของต่อมอดเรณัลของสัตว์ พบว่าต่อมอดเรณัลจะขยายขนาดโตขึ้นเมื่อมีอารมณ์ตึงเครียดสู้หรือหนี และพบว่าสำหรับหนูป่าที่มีชีวิตอิสระนั้น โดยปกติมีต่อมอดเรณัลโตกว่าหนูบ้าน แต่เมื่อจับหนูป่ามาขังกรง และเลี้ยงให้สืบพันธุ์ในกรง จะพบว่าลูกหนูรุ่นหลังๆ มีต่อมอดเรณัลเล็กลงกว่าเดิม และชีวิตการต่อสู้ก็ดูเดือดน้อยกว่าเดิม

คาสแตร์กล่าวถึงการทดลองในหนูต่อไปว่า หนูที่ต่อสู้และขณะนั้น จะยิ่งแข็งแรงขึ้น ซึ่งตรงกันข้ามกับหนูที่แพ้และอับอายขายหน้าด้วยสู้ไม่ได้ ซึ่งจะยิ่งอ่อนแอลง และไม่ชื่นชมต่อการเพศ ทั้งนี้เพราะปฏิกิริยาต่อความแพ้และอับอายนั้น มีผลให้เกิดความไม่สมบูรณ์ของต่อมอดเรณัล เช่นเดียวกันกับปฏิกิริยาต่ออันตรายภายนอกต่างๆ การศึกษาแจ้งอีกว่า ถ้าฉีดแอมเฟตามีนเพียงเล็กน้อยให้หนูซึ่งอยู่อัดเยียดในกรง หนูจะมีอันตรายถึงชีวิต แต่ถ้าฉีดให้หนูที่มีชีวิตอิสระจะสู้ได้อย่างเดียวกันได้มากกว่าถึง 4 เท่า การสังเกตความประพฤติของหนูจำนวนมากในกรงขังอีกข้อหนึ่ง ปรากฏว่าหนูจะทำงานประจำวัน เพียงแต่ประเภทงานพื้นฐานเท่านั้น เช่น กินอาหาร และเลี้ยงลูก ไม่เล่นหัวใดๆ หนึ่งโดยปกติแล้วถ้าหนูเลี้ยงลูกในที่บางแห่งซึ่งคิดว่าไม่ปลอดภัย หนูจะคาบลูกไปซ่อนไว้ในที่อื่น แต่กรณีที่อยู่กันมากในที่บังคับคาบลูกไปที่อื่นไม่ได้ หนูจะเลี้ยงลูกผิดๆ แล้วก็ตายกว่า 80% ก่อนที่จะโตถึงวัยรุ่น นอกจากนี้ผู้ศึกษาได้สังเกตเรื่องหนูตัวผู้ ซึ่งถูกกักขัง

ด้วยกันมาก ปรากฏว่าจะดูเดือด จะกะกะบังคับร่วมเพศกับผู้อื่น แม้แต่ตัวผู้ด้วยกัน และจะดูร้ายขนาดกัดกินลูกของตนเอง

นักวิทยาศาสตร์อีกผู้หนึ่ง ชื่อ วอชเบิร์น ได้ศึกษาถึงสัตว์ประเภทลิงในเรื่อง ความประพฤติต่อสิ่งแวดล้อมของลิง พบว่าลิงที่อยู่ใกล้บ้านคนซึ่งมีที่ไปมาแคบ ขาดน้ำ และอาหารนั้นมีอาการหงุดหงิดไม่ปกติ ไข้เจ็บมาก ตรงข้ามกับลิงซึ่งอยู่ป่า ห่างบ้านคน ซึ่งมีที่อยู่กว้างขวางเหลือเฟือ จะมีร่างกายแข็งแรง จะวิวาทกันเป็นบางครั้งคราวเฉพาะ เพื่อให้คณะอยู่รอดเท่านั้น บาดแผลน้อยกว่า และไข้เจ็บต่างๆ ก็น้อยกว่ามาก

ศาสตราจารย์กล่าวในตอนหนึ่งอีกว่า คงไม่มีใครค้านว่า ถ้าคนมากเกินไปจนอาหาร และมาตรฐานชีวิตปกติแล้ว ความตึงเครียดของจิตเพื่อการอยู่รอดจะสูงขึ้น ถ้าถึงขนาด หนาไม่ไหว ชีวิตก็จะคืนกลับไปสู่ระดับของความป่าเถื่อนอีกครั้งได้ และนั่นคือภัยแห่งสังคม และภัยของความไม่ปกติแห่งสุขภาพจิต

ถึงอย่างไรก็ตาม สภาพของเศรษฐกิจสังคม และวัฒนธรรม โดยปกติทั่วไปย่อมมี ผลต่อการเพิ่มขึ้นของพลเมือง และการไม่เพิ่มของพลเมืองได้ เช่น พลเมืองสูงขึ้นจะมี ในชนบทมากกว่าในกรุง สูงขึ้นในท้องถิ่นที่ไม่ใช่ท้องถิ่นอุตสาหกรรม สูงขึ้นในท้องถิ่นที่มี นโยบายเพิ่ม เพื่อต้องการกำลังคน เป็นต้น และในทางตรงกันข้าม พลเมืองหรือจำนวน บุตรไม่เพิ่มมากในผู้รับการศึกษาสูงและมีความรู้ และไม่เพิ่มมากในสังคมซึ่งสตรีทำงาน นอกบ้าน ไม่ต้องการมีบุตรให้เป็นกังวล เป็นต้น สภาพของการแต่งงานเมื่ออายุมาก และสภาพของพระ และนักบวชทางศาสนาบางลัทธิ ก็ช่วยบรรเทาความเพิ่มสูงขึ้นของ ประชากรเหมือนกัน ดังนั้น การศึกษาก็ต้องพึงพิจารณาสภาพแท้จริงของท้องถิ่นที่มี เป็นทุนเดิมอยู่ก่อนเหมือนกัน ก่อนที่จะดำเนินการสร้างสรรค์ผังอนามัยครอบครัวประเภท ต่างๆ เพื่อความผาสุกและมีสุขภาพจิตที่ดี ผู้ที่พอใจในสภาพชีวิตของตน อยากมีบุตรและ มีความสุขอยู่แล้ว ก็หาควรที่จะยุ่งุ่นวายสร้างความวิตกกังวลให้เสียสุขภาพจิตไปเปล่าๆ คงให้ความช่วยเหลือเฉพาะแก่ผู้เดือดร้อน และด้วยความสมัครใจของหญิงและสามีของ หญิงนั้นเท่านั้น

สำหรับความต้องการของชาวบ้าน ว่ามีความต้องการให้ช่วยเหลือประการใดนั้น การศึกษาสำรวจทดลองครั้งแรกที่อำเภอโพธาราม น่าจะนำมาพิจารณาประกอบได้ และ คงมีผู้อื่นนำมาแสดงประกอบด้วยแล้ว เช่น 70% ของหญิงที่มีครอบครัวแล้ว ไม่ต้องการ

บุตรมากขึ้นกว่าที่มีอยู่ จำนวนบุตรที่ต้องการจะมีเฉลี่ยแล้วคือ 3.8 คน ทุกคนไม่ต้องการทำแท้ง 68% ต้องการศึกษาวางชะลอการเกิดอย่างไร โดยไม่เคยทราบมาก่อนเลยทั้งๆ ที่อยากทราบและขอให้รัฐบาลจัดทำ และอื่นๆ อีก ซึ่งแสดงว่าชาวบ้านส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือ

ในคำบรรยายนี้ขอสรุปความคิดเห็นสั้นๆ 4 ประการว่า

1) ถ้าประชากรเพิ่มมากและเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วขึ้น สุขภาพจิตย่อมเสื่อมเป็นธรรมดา

2) งานส่วนหนึ่งของสุขภาพจิต คืองานสาธารณสุขด้านป้องกัน สำหรับปัญหาประชากรขณะนี้ยังไม่เดือดร้อนนัก ถ้าเทียบกับอินเดีย ได้หวั่น หรือเกาหลี่ แต่อีกเพียง 20 ปี จำนวนพลเมืองจะสูงถึงกว่า 60 ล้านคน ถ้าถึงตอนนั้นแล้วยังมิได้ทำอะไรจะเสียใจ จึงควรวางแผนส่งเสริมสุขภาพจิต วางผังอนามัยครอบครัว ป้องกันสุขภาพจิตเสื่อมพร้อมทั้งผังผลิตแพทย์และฝึกอบรมแพทย์ให้มากขึ้นแต่บัดนี้

3) ในงานอนามัยครอบครัวหรือโครงการประชารชนั้น น่าจะไม่ใช่คำว่า “คุมกำเนิด” ซึ่งคนมักจะเข้าใจผิดไปถึงการควบคุมหรือการตอน แต่ให้ใช้คำว่า “ชะลอการเกิด” แทน ซึ่งใช้ได้สำหรับผู้ยังไม่อยากมีบุตรเพิ่มขึ้นก็ได้ และใช้ได้สำหรับผู้ที่ยังไม่มีบุตร อยากมีบุตรก็ได้เมื่อมีความรู้มีความเข้าใจวิธีที่ดีที่สุดแล้ว เขาจะมีความสุข คลายกังวล มีสุขภาพจิตดีไม่เป็นโรคประสาท

4) ผังอนามัยครอบครัวหรือผังประชากรหรือผังครอบครัวนี้ เข้าใจว่าจะทำได้ โดยเป็นผลดีตามสมควร เพราะทำขึ้นมาจากความต้องการ และขอร้องจากชาวบ้าน ไม่ใช่สั่งลงไปด้วยอำนาจ เป็นการกระทำดำเนินการที่เรียกว่า “จากข้างในมาข้างนอก” แต่ปัญหาว่าจะสำเร็จเป็นผลดีประการใดนั้นอยู่ที่คนปฏิบัติงาน และคุณสมบัติของผู้ปฏิบัติงาน คือมีความรู้หนึ่ง ความเข้าใจหนึ่ง ความซื่อสัตย์หนึ่ง และความปรารถนาแท้จริงให้ผู้อื่นมีความสุขหนึ่ง

เอกสารอ้างอิง

ฝน แสงสิงแก้ว. 2522. เรื่องของสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: ขวนพิมพ์.

วารสารประชากร

“วารสารประชากร” เป็นวารสารทางวิชาการของสมาคมนักประชากรไทย พิมพ์เผยแพร่ปีละ 2 ฉบับ คือ ฉบับเดือนมีนาคม-สิงหาคม และฉบับเดือนกันยายน-กุมภาพันธ์

“วารสารประชากร” ฉบับปฐมฤกษ์กำหนดออกเดือนกันยายน 2552 (ฉบับที่ 1 ปีที่ 1 กันยายน 2552-กุมภาพันธ์ 2553)

“วารสารประชากร” พิมพ์บทความงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประชากรและการพัฒนาเทคนิควิจัยใหม่ๆ ที่ไม่ได้พิมพ์ที่ใดมาก่อน ผลงานวิจัยทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพที่จะทำให้ความเข้าใจของเราเกี่ยวกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงประชากรดีขึ้น ความคิดริเริ่มด้านระเบียบวิจัยทางสังคมศาสตร์ วารสารฯ ยินดีรับบทความงานวิจัยทางสังคมศาสตร์ สาขาต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นสังคมวิทยา มานุษยวิทยา เศรษฐศาสตร์ รัฐศาสตร์ ฯลฯ ที่เกี่ยวกับประชากร โดยจุดเน้นของวารสารอยู่ที่คุณภาพและความน่าสนใจของบทความนั้น

บทความที่จะส่งตีพิมพ์ในวารสารประชากร

จรรยาบรรณ

การส่งต้นฉบับไปเพื่อพิมพ์ที่อื่นในขณะที่ต้นฉบับนั้นอยู่ในกระบวนการพิจารณาของวารสารประชากร ถือว่าไม่ถูกต้องตามหลักจรรยาบรรณของวารสารประชากร ข้อค้นพบสำคัญหรือข้อความต่างๆ ที่เคยปรากฏ (หรือจะปรากฏ) ที่อื่นต้องมีคำอธิบายและเหตุผลที่ชัดเจน วารสารประชากรเน้นเรื่องจรรยาบรรณของนักวิจัย โดยเฉพาะการไม่ขโมยหรือคัดลอกข้อความ หรือความคิดเห็นของคนอื่นมาเป็นของตน

การเตรียมต้นฉบับ

- ชื่อบทความต้องให้กระชับ มีความยาวไม่เกิน 20 คำ
- เนื้อความพิมพ์ด้วยโปรแกรม Word โดยภาษาไทยใช้ตัวอักษรแบบคอร์เดียนิว (Cordia New) ขนาด 14 จุด และภาษาอังกฤษใช้ times news roman ขนาด 12 จุด ในหน้ากระดาษขนาด A4 (8½ x 11 นิ้ว) มีพื้นที่ว่างไม่น้อยกว่า 1 นิ้วจากขอบทุกด้าน พิมพ์ระยะห่างบรรทัด 1.5

- ข้อความและตัวเลขที่เป็นส่วนประกอบของตารางและรูป พิมพ์ระยะห่างบรรทัด 1.0
- มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์แยกต่างหากจากเนื้อความใน 1 หน้ากระดาษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรทั้งแบบและขนาดเช่นเดียวกับเนื้อความ แต่ระยะห่างบรรทัด 1.0
- เอกสารอ้างอิง พิมพ์แยกต่างหากจากเนื้อความด้วยตัวอักษรทั้งแบบและขนาดเช่นเดียวกับเนื้อความ แต่ระยะห่างบรรทัด 1.0
- ความยาวของบทความทั้งหมด รวมบทคัดย่อภาษาไทยและอังกฤษ 1 หน้า และเอกสารอ้างอิงแล้ว ต้องไม่เกิน 15 หน้า
- ข้อมูลเกี่ยวกับผู้เขียนบทความ พิมพ์แยกต่างหาก โดยระบุสถาบันที่สังกัดและที่อยู่ e-mail ของผู้เขียนบทความนั้นทุกคน
- ส่งต้นฉบับทางระบบอิเล็กทรอนิกส์ ที่ ThaiPopulationAsst@ymail.com

รูปแบบการอ้างอิง

การอ้างอิงในเนื้อความ

เมื่อจะอ้างถึงงานของผู้ใดให้ยึดหลักดังนี้

อ้างบทความหรือสิ่งพิมพ์ภาษาไทย ให้อ้างเฉพาะชื่อแรก ตามด้วยปีที่พิมพ์ ใส่เลขหน้าหลังเครื่องหมาย: เพื่ออ้างข้อความหรือคำพูดเป็นการเฉพาะ

ภาษาอังกฤษ ให้อ้างชื่อสกุลของผู้เขียนตามด้วยปีที่พิมพ์ ใส่เลขหน้าหลังเครื่องหมาย: เพื่ออ้างข้อความหรือคำพูดเป็นการเฉพาะ

ดังตัวอย่าง

- เมื่อชื่อผู้เขียนอยู่ในเนื้อความให้ใส่ปีที่พิมพ์ในวงเล็บหลังชื่อ เช่น ปราโมทย์ (2550) ถ้าชื่อผู้เขียนเป็นชาวต่างประเทศ และเอกสารที่อ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษ เมื่อชื่อผู้เขียนอยู่ในเนื้อความให้เขียนชื่อผู้เขียนเป็นภาษาไทยก่อน แล้วจึงอ้างชื่อผู้เขียนเป็นภาษาอังกฤษในวงเล็บ ตามหลังข้อความที่อ้าง เช่น สมิท เห็นว่า... (Smith 1990)

- เมื่อชื่อผู้เขียนไม่ได้อยู่ในเนื้อความให้ใส่ทั้งชื่อและปีที่พิมพ์ไว้ในวงเล็บ เช่น (ปราโมทย์ 2543) หรือ (Smith 1990)
- ใส่เลขหน้าของข้อความหรือคำพูดที่อ้างถึงต่อจากปีที่พิมพ์ หลังเครื่องหมาย: เช่น (ปราโมทย์ 2543: 250-8) หรือ (Smith 1990:215)
- ใส่ชื่อผู้เขียนร่วมดังนี้
 - ผู้เขียน 2 คน (ปราโมทย์ และปัทมา 2544) หรือ (Duncan & Smith 1990)
 - ผู้เขียน 3 คน (ปราโมทย์ ปัทมา และสุภาณี 2550) หรือ (Carr, Smith/ Jones 1995)
 - ผู้เขียนมากกว่า 3 คน (ปราโมทย์ และคณะ 2550) หรือ (Carr et al. 1996)
- สำหรับผู้เขียนที่เป็นสถาบัน เลือกใช้คำสั้นๆ จากชื่อเต็มที่อ้างถึง เช่น (ส.วิจัย ประชากร 2551)
- เมื่ออ้างหลายแหล่ง เรียงชื่อผู้เขียนตามลำดับอักษร งานของผู้เขียนคนเดียวกัน เรียงตามลำดับปีที่พิมพ์ โดยใส่เครื่องหมาย; คั่นระหว่างอ้างอิง
- ตรงปี พ.ศ. หรือ ค.ศ. ที่พิมพ์ ใช้คำว่า “กำลังพิมพ์” หรือ “forthcoming” ของแหล่งอ้างอิงที่ได้รับการตอบรับว่าจะได้ตีพิมพ์แล้ว ตามด้วยชื่อวารสารหรือ สำนักพิมพ์ที่ตอบรับ สำหรับวิทยานิพนธ์หรือเอกสารที่ไม่ได้พิมพ์เผยแพร่ให้ระบุ วันเดือนปีที่พิมพ์ ในกรณีที่ไม่มีวันเดือนปีที่พิมพ์ให้ใช้คำว่า “ม.ป.ป.” หรือ “n.d.” แทนวันเดือนปีที่พิมพ์

การเขียนเอกสารอ้างอิง

- การอ้างอิงที่เขียนไว้ในเนื้อความต้องนำมาเขียนรายละเอียดใน “เอกสารอ้างอิง” ที่พิมพ์แยกต่างหากจากเนื้อความ ให้ใส่เอกสารอ้างอิงภาษาไทยก่อน แล้วจึงใส่เอกสารอ้างอิงภาษาอังกฤษ
- เรียงเอกสารอ้างอิงตามลำดับอักษรของชื่อผู้เขียน
- ถ้าผู้เขียนชื่อเดียวกัน เรียงลำดับตามปีที่พิมพ์ จากอดีตมาสู่ปัจจุบัน
- ในกรณีที่เอกสารมากกว่า 1 ชิ้น โดยผู้เขียนชื่อเดียวกัน (ทั้งหมด) ใส่เครื่องหมาย _____ (underscore 9 ครั้ง) สำหรับเอกสารลำดับถัดลงมา เพื่อให้รู้ว่าเป็นผู้เขียนชื่อเดียวกัน

- ถ้าทั้งผู้เขียนชื่อเดียวกัน พิมพ์ปีเดียวกัน ให้เรียงตามลำดับอักษรของชื่อบทความหรือสิ่งพิมพ์
- ข้อมูลเกี่ยวกับเอกสารอ้างอิงแต่ละชิ้นต้องสมบูรณ์และถูกต้อง
- ในเอกสารอ้างอิง จะใส่ชื่อผู้เขียนทุกคน โดยไม่ใช้คำว่า “และคณะ” หรือ et al. ในกรณีที่มีผู้เขียนเกิน 3 คน เหมือนอย่างการอ้างในเนื้อความ
- สำหรับเอกสารอ้างอิงภาษาไทย ใส่ชื่อผู้เขียน โดยใส่ชื่อตามด้วยนามสกุล โดยไม่ใส่นามสกุลขึ้นก่อนแล้วตามด้วยชื่อตัวอย่างการอ้างอิงเอกสารภาษาอังกฤษ
- การเรียงลำดับข้อมูลเอกสารอ้างอิงเป็นดังตัวอย่าง
 - หนังสือ
 - ชื่อผู้เขียน. ปีที่พิมพ์. ชื่อบทความหรือหนังสือ. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์ (ไม่ใช่โรงพิมพ์) .
 - บทความในวารสาร
 - ชื่อผู้เขียน. ปีที่พิมพ์. “ชื่อบทความ”. ชื่อวารสาร ฉบับที่: เลขหน้า-เลขหน้า
 - หนังสือรวมเรื่อง/บทความ.
 - ชื่อผู้เขียน. ปีที่พิมพ์. “ชื่อเรื่อง/บทความ”. หน้า (เลขหน้า-เลขหน้า). ใน (in) ชื่อหนังสือ, บรรณาธิการโดย (edited by) ชื่อบรรณาธิการ. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์.
(ให้ใส่เครื่องหมาย. และ, ในการอ้างอิงทั้งภาษาไทย และอังกฤษ ในตำแหน่งต่างๆ ตามตัวอย่าง)
 - สำหรับเอกสารอ้างอิงภาษาอังกฤษ ผู้เขียนชื่อแรกให้ใส่นามสกุลก่อนใส่เครื่องหมาย, ตามด้วยชื่อแรก และอักษรย่อของชื่อกลาง (ถ้ามี) เช่น Smith, John A. ส่วนผู้เขียนชื่อต่อๆ ไป ให้ใส่ชื่อตัวก่อนตามด้วยอักษรย่อของชื่อกลาง และตามด้วยชื่อสกุล เช่น John A. Smith แต่ละชื่อแยกจากกันด้วยเครื่องหมาย, ก่อนจะถึงชื่อผู้เขียนคนสุดท้ายใส่คำว่า “and” ไว้เพื่อให้รู้ว่าหลังจากนั้นจะเป็นชื่อผู้เขียนคนสุดท้ายแล้ว

- วิทยานิพนธ์
 - ชื่อผู้เขียน. ปีที่พิมพ์. “ชื่อวิทยานิพนธ์” วิทยานิพนธ์ดุซงญอ (มหา) บัณฑิต (PhD. (MA.) Dissertation). คณะ/สถาบัน, มหาวิทยาลัย
- เว็บไซต์
 - ชื่อผู้เขียน. ปีที่พิมพ์ (เผยแพร่). “ชื่อเรื่อง/บทความ”. ชื่อเว็บไซต์. วันเดือนปีที่นำข้อมูลออกมาใช้ (Retrieved M,D,Y) (<http://ข้อมูลที่อยู่ของเว็บไซต์นั้น>)

ตารางและรูป

ตารางที่จะใส่ไว้ในบทความจะต้องมีหมายเลขกำกับเรียงตามลำดับตั้งแต่ 1 ขึ้นไป และต้องมีชื่อตารางที่กระชับและสื่อความหมาย ใส่ชื่อตารางไว้เหนือตารางในทุกแถว และสดมภ์ต้องมีหัวข้อหรือคำอธิบายสั้นๆ ว่าหมายถึงอะไร ข้อสังเกตต่างๆ เกี่ยวกับข้อความหรือตัวเลขในตารางให้ใส่ไว้ในหมายเหตุ ข้างล่างตาราง ใช้อักษรย่อ ก ข ค ในตาราง เพื่อนำมาอธิบายในเชิงอรรถของตาราง

รูปที่จะใส่ไว้ในบทความจะต้องมีหมายเลขกำกับเรียงตามลำดับตั้งแต่ 1 ขึ้นไป และต้องมีชื่อรูปที่กระชับและสื่อความหมาย ใส่ชื่อรูปไว้ข้างล่างรูป ข้อสังเกตต่างๆ เกี่ยวกับข้อความหรือเครื่องหมายที่ปรากฏอยู่ในรูปให้ใส่ไว้ใน หมายเหตุข้างล่างรูป

สมาคมประชากรไทย

THAI POPULATION ASSOCIATION

สมาคมประชากรไทย เป็นองค์กรซึ่งก่อตั้งขึ้นโดยกลุ่มนักวิชาการและผู้สนใจปัญหาที่เกี่ยวข้องกับปริมาณ คุณภาพ การกระจายตัวของประชากร ทั้งชุมชนในเมืองและในชนบท สมาคมจดทะเบียนก่อตั้ง เมื่อวันที่ 5 พฤศจิกายน พ.ศ. 2524 (หมายเลขจดทะเบียน จ.1791) ปัจจุบันประกอบไปด้วยสมาชิกจากสถาบันทางวิชาการ และหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ที่ทำงานด้านประชากรและสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง นอกจากสมาคมประชากรไทยจะเป็นแหล่งกลางสำหรับการติดต่อของบุคคลในวงการประชากรแล้ว ยังเป็นแหล่งเผยแพร่ข่าวสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประชากร เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานของสมาชิกและตอบสนองต่อนโยบายของรัฐ

สมาคมมีวัตถุประสงค์ในการก่อตั้ง ดังนี้

1. เพื่อส่งเสริม และเผยแพร่ความเจริญก้าวหน้าในวิชาประชากรศาสตร์ โดยร่วมมือกับสถาบันทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง ในรูปของการวิจัยที่สมาชิกของสมาคมมีส่วนร่วม
2. เพื่อเสนอแนวทางการวางแผนและการพัฒนาประเทศโดยสมาคมได้สนับสนุนให้มีการศึกษาและวิจัยด้านประชากร รวมทั้งการใช้ข้อมูลที่มีอยู่อย่างกว้างขวาง
3. เพื่อเป็นศูนย์กลางการติดต่อประสานงานในกิจกรรมทางวิชาการระหว่างผู้ที่อยู่ในสถาบันทางวิชาการและหน่วยงานต่างๆ ในรูปของการสัมมนา การปรึกษาทางวิชาการ และกิจกรรมต่างๆ เพื่อเสริมสร้างความร่วมมือในกลุ่มสมาชิก

คณะกรรมการสมาคมประชากรไทย (พ.ศ. 2554-2557)

รศ.ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ นายกสมาคม
นางปรีญา มิตรานนท์ อุปนายกคนที่ 1
รศ.ดร.กุลศล สุนทรธาดา อุปนายกคนที่ 2
รศ.ดร.สุธรรม นันทมงคลชัย เลขาธิการ
ดร.อุษณีย์ พึ่งปาน เภรัญญิก
รศ.ดร.ชาย โพธิ์สิตา สาราณียกร
รศ.ดร.นิ่มอนงค์ งามประภาสม ประชาสัมพันธ์
รศ.ดร.โยธิน แสงวงดี นายทะเบียน

ศ.ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล กรรมการ
ศ.ดร.อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์ กรรมการ
ศ.ดร.พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ กรรมการ
ศ.ดร.เกื้อ วงศ์บุญสิน กรรมการ
ศ.ดร.ภัสสร ลิมานนท์ กรรมการ
รศ.ดร.เนาวรัตน์ พลายน้อย กรรมการ
รศ.ดร.สุรียพร พันธุ์ กรรมการ