ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย

วิชาญ ชูรัตน์[1] โยธิน แสวงดี[2] และสุพาพร อรุณรักษ์สมบัติ[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตามลักษณะทางประชากรและสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ และเพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยด้านประชากรและสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจ ที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย โดยใช้ข้อมูลโครงการสำรวจสุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2553 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยคัดเลือกเฉพาะผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมาใช้ในการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต ส่วนใหญ่อยู่ในภาคกลาง และอยู่นอกเขตเทศบาลมากกว่าในเขตเทศบาล เป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย เมื่อผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มขึ้นจะทำให้มีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น และที่สำคัญส่วนใหญ่เป็นหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงขึ้นจะมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตลดลงอย่างเห็นได้ชัด เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านสุขภาพ พบว่า ผู้ที่มีความพิการแต่กำเนิด และหลังกำเนิดเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่ไม่พิการ สำหรับปัจจัยด้านเศรษฐกิจ พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานจะมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่ทำงานเล็กน้อย และเมื่อค่าใช้จ่ายทั้งสิ้นของครัวเรือนเพิ่มขึ้นผู้สูงอายุจะมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตลดลง ผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือนที่มีฐานะยากจนมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ที่อยู่ในครัวเรือนที่ไม่จนเกือบ 2 เท่า จากการวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยทางประชากรและสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย พบว่า ภาค เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา ความเป็นผู้นำในครัวเรือน ความพิการ

1 สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

2 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ความสามารถในการดูแลตนเอง ความสามารถในการเดินทางไปนอกพื้นที่ ค่าใช้จ่ายทั้งสิ้นของครัวเรือน และฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนมีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: สุขภาพจิต/ผู้สูงอายุ

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

Wichan Choorat[1] Yothin Sawangdee[2] and Supaporn Arunraksombat[1]

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

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย

วิชาญ ชูรัตน์ โยธิน แสวงดี และสุพาพร อรุณรักษ์สมบัติ

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมในปัจจุบัน ย่อมส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของมนุษย์เป็นอย่างยิ่ง ในเชิงบวกทำให้มนุษย์มีความเป็นอยู่ที่สะดวกสบายยิ่งขึ้น แต่ในทางตรงกันข้ามทำให้มนุษย์ต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่ยุ่งยากและมีความซับซ้อนมากขึ้น เช่น ปัญหาสิ่งแวดล้อม ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาความขัดแย้งในสังคม เป็นต้น ปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของมนุษย์เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ 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 โดยกลุ่มโรคความผิดปกติจากแอลกอฮอร์มีความชุกมากที่สุด 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 หรือเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2554) ดังนั้น หากประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตไม่ได้รับการดูแล เอาใจใส่ หรือไม่ได้รับการบำบัดเท่าที่ควรอาจ

ทำให้กลายเป็นผู้ป่วยทางจิตได้ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมมากกว่าประชากรกลุ่มอื่น เนื่องจากเป็นวัยที่มีความเปราะบาง และต้องการความพึ่งพิงสูง (เรวดี และรศรินทร์ 2554)

ในปัจจุบันผู้สูงอายุในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากร้อยละ 5.8 ในปี 2530 เป็นร้อยละ 11.9 ในปี 2553 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ และสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ 2554) นอกจากนี้จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติยังพบว่าผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 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 และสิ้นหวังจนอาจกลายเป็นปัญหาสุขภาพจิตในที่สุด

วัตถุประสงค์

การศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) ตามคุณลักษณะทางประชากรและสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจ รวมถึงศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเสี่ยงมีปัญหาสุภาพจิตของผู้สูงอายุ

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) ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้กับการดำเนินชีวิตประจำวัน 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 อภิชัย มงคล และคณะ (2547) ดังนี้

0-27 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป หรือเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต

28-34 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน หรือเฉลี่ยเท่ากับคนทั่วไป

35-45 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ 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) การศึกษาในครั้งนี้ ยังพบอีกว่า 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 จำแนกตามภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต ลักษณะทางประชากรและสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจ พ.ศ. 2553 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคม	ภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต		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)
ความสามารถในการเดินทางไปนอกเขตที่อยู่อาศัย			
ไม่ได้	78.3	21.7	100.0 (856,225)
ได้	88.0	12.0	100.0 (7,153,740)
สวัสดิการรักษาพยาบาล			
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 เขตการปกครอง เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา และความเป็นผู้นำในครัวเรือน) แบบจำลองที่ 2 เพิ่มปัจจัยด้านสุขภาพ (ความพิการ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความสามารถในการเดินทางไปนอกเขตที่อยู่อาศัย และสวัสดิการรักษาพยาบาล) ส่วนแบบจำลองที่ 3 เพิ่มปัจจัยด้านเศรษฐกิจ (การทำงาน ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือน และฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน)

แบบจำลองที่ 1 เป็นแบบจำลองที่นำเฉพาะปัจจัยด้านประชากรและสังคมเข้าทดสอบอิทธิพลที่มีต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหาสุขภาพจิต โดยควบคุมตัวแปรอื่นๆ แล้ว พบว่า 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 และความสามารถในการเดินทางไปนอกพื้นที่มีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่ไม่พิการ และพิการแต่กำเนิด มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้สูงอายุที่พิการภายหลังกำเนิด (ร้อยละ 55.3 และร้อยละ 40.0 ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตนเอง และสามารถเดินทางไปนอกพื้นที่อยู่อาศัยได้จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำกิจกรรมเหล่านี้ได้ (ร้อยละ 54.3 และร้อยละ 20.0 ตามลำดับ)

แบบจำลองที่ 3 เป็นแบบจำลองที่รวมปัจจัยทั้งด้านประชากรและสังคม ด้านสุขภาพ และด้านเศรษฐกิจเข้าไปด้วย พบว่า ตัวแปรเขตที่อยู่อาศัย และความเป็นผู้นำในครัวเรือนที่มีอิทธิพลในแบบจำลองที่ 1 และ 2 เมื่อใส่ตัวแปรด้านเศรษฐกิจเข้า พบว่า ตัวแปรเหล่านี้กลับไม่มีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในแบบจำลองนี้ สำหรับตัวแปรค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน พบว่า เมื่อค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือนเพิ่มขึ้นจะทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุลดน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้สูงอายุที่ยากจนจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ยากจนถึง 1.5 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการทำงานไม่พบว่ามีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ 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: พิการหลังกำเนิด)			
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**
สวัสดิการรักษาพยาบาล (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/แยกกันอยู่จะมีภาวะเสี่ยงต่อมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่สมรส หรือเป็นโสด นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาในระดับที่สูงขึ้นจะมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตลดลงอย่างเห็นได้ชัด ผู้ที่นับถือศาสนาคริสต์จะมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตสูงสุด

เมื่อพิจารณาจากปัจจัยด้านสุขภาพ พบว่า ผู้ที่พิการแต่กำเนิด และพิการหลังกำเนิดจะมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ที่ไม่พิการ นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเอง และสามารถเดินทางไปนอกเขตที่อยู่อาศัยได้จะมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้ที่ไม่สามารถทำกิจกรรมเหล่านี้ได้ เมื่อพิจารณาจากสวัสดิการรักษาพยาบาลที่ได้รับ พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีสวัสดิการ และได้รับสวัสดิการรักษา

พยาบาลจากภาครัฐจะมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่ได้รับสวัสดิการจากภาคเอกชน

เมื่อพิจารณาตามปัจจัยด้านเศรษฐกิจ พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานจะมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่ทำงานเล็กน้อย นอกจากนี้ยังพบว่า เมื่อค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนต่อเดือนของครัวเรือนเพิ่มขึ้นผู้สูงอายุจะมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตลดลง

เมื่อพิจารณาถึงอิทธิพลของปัจจัยด้านประชากรและสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจที่มีต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า ภาค เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา ความเป็นผู้นำในครัวเรือน ความพิการ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความสามารถในการเดินทางไปนอกพื้นที่ ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนต่อเดือนของครัวเรือน และฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนมีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

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

ผู้สูงอายุที่สมรสมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโสด 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 ผู้สูงอายุที่ไม่พิการมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้สูงอายุที่พิการหลังกำเนิด ซึ่งอาจเนื่องมาจากความผิดปกติของร่างกาย หรือการสูญเสียอวัยวะเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต หรือป่วยเป็นโรคจิตได้ (อัมพร 2540) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน และสามารถเดินทางออกไปนอกเขตที่อยู่อาศัยได้ มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้ที่ไม่สามารถทำกิจกรรมเหล่านี้ได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุที่ลดลงส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้สูงอายุ เกิดความรู้สึกสูญเสียความแข็งแรงของร่างกาย ไม่สามารถพึ่งตนเองได้ และทำให้รู้สึกโกรธ เมื่อไม่สามารถทำอะไรได้ดังใจต้องการ (ขัดเจน สุนุตตรา และวันดี 2547)

การศึกษาในครั้งนี้ยังพบอีกว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือนที่มีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตลดลง ซึ่งอาจเนื่องมาจากค่าใช้จ่ายเป็นตัวแปรที่สามารถสะท้อนให้เห็นความสามารถในการตอบสนองความต้องการได้ ซึ่งถ้าหากไม่มีเงินมากพอ หรือมีปัญหาด้านการเงิน จะทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล และกลายเป็นปัญหา

สุขภาพจิตในที่สุด (The Royal Bank of Scotland Group 2011) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีค่าใช้จ่ายเพียงพอมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอ (ปราโมทย์ 2530; พวงผกา 2538; ไมตรี 2536; สุดาวัลย์ 2536) เมื่อพิจารณาตามฐานะเศรษฐกิจของครัวเรือน พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือนยากจนมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือนไม่จน เนื่องจากความยากจน เป็นปัจจัยที่ทำให้โอกาสในการได้รับความต้องการขั้นพื้นฐาน เช่น อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค ลดน้อยลง ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา (สุรัสวดี 2547)

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาในทุกระดับจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้ไม่ได้รับการศึกษา และเมื่อได้รับการศึกษาในระดับที่สูงขึ้นโอกาสเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตลดลงอย่างเห็นได้ชัดเจน ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการศึกษา การฝึกอบรม หรือเพิ่มทักษะในการรับรู้ข่าวสารต่างๆ ย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าใจ และปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์นั้นๆ ได้ ส่งผลให้เกิดความเครียดลดน้อยลง

2. การศึกษายังพบว่า เมื่อผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือนที่มีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตลดลง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ดังนั้น การส่งเสริมให้ประชากรรู้จักเก็บออมเพื่อเตรียมความพร้อมด้านเศรษฐกิจก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุถือเป็นเรื่องสำคัญ เพราะจะทำให้ไม่ต้องประสบกับภาวะยากลำบากในการหาเลี้ยงชีพตนเองเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

กาญจนา ไทยเจริญ. 2543. "ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี" วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2549. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจิต แนวทางการเสริมสร้างพัฒนา ป้องกันและแก้ไขสุขภาพจิตของคนไทย. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชัดเจน จันทรพัฒน์ สุนุตตรา ตะบูนพงศ์ และวันดี สุทธรังษี. 2547. "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ของไทย". สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 12 (2): 80-89.

ปราโมทย์ วังสะอาด. 2530. "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์" วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (ประชากรศึกษา). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ ธรณินทร์ กองสุข สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล พันธ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และอัจฉรา จรัสสิงห์. 2547. "ความชุกของโรคจิตในประเทศไทย: การสำรวจระดับชาติ ปี 2546". วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย12 (3): 117-188.

พลากร ดวงเกตุ. 2553. "ภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานไทย พ.ศ. 2551" วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (ประชากรศาสตร์). วิทยาลัยประชากรศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พวงผกา ชื่นแสงเนตร. 2538. "ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครัวเรือน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความพึงพอใจในชวิตผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เขตพื้นที่พัฒนาอุตสาหกรรมชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก จังหวัดชลบุรี" วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (อนามัยครอบครัว). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ไมตรี ติยะรัตนกูร. 2536. "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร" วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต (วิจัยประชากรและสังคม). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

เรวดี สุวรรณนพเก้า และรศรินทร์ เกรย์. 2554. "คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่เฝ้าระวังทางประชากรกาญจนบุรี". วารสารประชากร 2: 31-54.

สมจิต หนุเจริญกุล. 2536. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. กรุงเทพ: วีเจ. พริ้นติ้ง.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ และสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. 2554. มิติหญิงชาย: แนวโน้มการพัฒนาสู่ความเสมอภาค. กรุงเทพฯ: จรัญสนิทวงศ์การพิมพ์.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2551. การสำรวจภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต พ.ศ. 2551. กรุงเทพฯ: กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.

_________. 2554. สรุปผลที่สำคัญการสำรวจสุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2551-2553. กรุงเทพฯ: กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.

สุดาวัลย์ สุดสายสืบ. 2536. "การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต ภาคเหนือของประเทศไทย" วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุรัสวดี ซื่อตรง. 2547. "ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามการรับรู้ของผู้สูงอายุในครอบครัวอีสาน: การศึกษาเชิงคุณภาพ" วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อภิชัย มงคล และคณะ. 2552. "สุขภาพจิตคนไทยปี พ.ศ. 2550". สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 17 (2): 104-117.

อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์ ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัญญา ชูเลิศ. 2553. สถานการณ์สุขภาพจิตคนไทย: ภาพสะท้อนสังคม. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

อัมพร โอตระกูล. 2540. สุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.

อุบลรัตน์ เพ็งสถิตย์. 2543. จิตวิทยาผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

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.