

วารสาร ประชากร Thai Population JOURNAL

ปีที่ 4/ฉบับที่ 1 กันยายน 2555-กุมภาพันธ์ 2556	Vol.4/No.1 September 2012-February 2013
---------------------------------------------------	--------------------------------------------

เอกสารทางวิชาการของสมาคมประชากรไทย
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

คณะที่ปรึกษา

รศ.ดร.กุศล สุนทรธาดา
ศ.ดร.เกื้อ วงศ์บุญสิน
รศ.ดร.ชาย โพธิ์ลีตา
รศ.ดร.เนาวรัตน์ พลายน้อย
ศ.เกียรติคุณ ดร.เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ดติกัจ
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 พันพื้ง
ศ.เกียรติคุณ ดร.อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์
ดร.อุษณีย์ พึ่งปาน

บรรณาธิการ

ศ.ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล

กองบรรณาธิการ

ผศ.ดร.กาญจนา ตั้งชลทิพย์
จันทน์ ปณิตจิตต์

ออกแบบ

อัจฉารินี เกษรสุข

พิมพ์ที่

บริษัท โรงพิมพ์เดือนตุลา จำกัด
โทรศัพท์: 0-2996-7392-4

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

EDITORIAL CONSULTANT

Assoc. Prof. Dr.Kusol Soonthornhdhada
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 Punpuing
Emeritus Prof. Dr.Aphichat Chamratrithirong
Dr.Usaneya Perngpam

EDITORIAL-IN-CHIEF

Prof. Dr.Pramote Prasartkul

EDITORIAL STAFF

Assist. Prof. Dr.Kanchana Tangchonlatip
Ms.Juntanee Paneetjit

Design

Atchalinee Kesornsook

PRINTED BY

October Printing Co., Ltd.
Telephone 0-2996-7392-4

“วารสารประชากร” เล่มนี้เป็นวารสารฉบับพิเศษที่จัดทำขึ้น เพื่อนำเสนอบทความวิจัย ด้านสุขภาพจิตหรือความสุขที่มีความเกี่ยวข้องกับประชากรและสังคม โดยได้รับการสนับสนุน จากสำนักงานส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ผ่านโครงการรายงานสถานการณ์สุขภาพจิตประจำปี แผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

การดำเนินการจัดทำวารสารฉบับพิเศษนี้ มีกองบรรณาธิการประจำฉบับ ดังนี้ คือ

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์

รองศาสตราจารย์ ดร. อุไรวรรณ คະนิงสูงเกษม

รองศาสตราจารย์ ดร.รศรินทร์ เกรย์

รองศาสตราจารย์ ดร. อารี จำปากลาย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อุมภรณ์ ภัทรวาณิชย์

ณัฐจีรา ทองเจริญพงษ์

กองบรรณาธิการขอขอบคุณนายแพทย์ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล แพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ผู้จัดการแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต ที่ให้การสนับสนุน “วารสารประชากร” ฉบับพิเศษนี้ และกองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารประชากร ฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจ และต้องการศึกษาในประเด็นต่าง ๆ ทางประชากร และสังคม ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตหรือความสุขได้เป็นอย่างดี

สารบัญ

บทความวิจัย

- ผลของการออกกำลังกายที่มีต่อสุขภาพจิต: การวิเคราะห์
พหุตัวแปรจากข้อมูลการสำรวจอนามัย
และสวัสดิการของประเทศไทย พ.ศ. 2554** 1
กวิสรา พชรเบญจกุล และอภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์
- สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลกับความเสี่ยง
ในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของวัยแรงงานในประเทศไทย** 25
มยุรา จรรย์รักษ์ อุมารณณ์ ภัทรวาณิชย์ และมาลี สันฎวารณณ์
- สภาวะทางจิตของสตรีมุสลิมหลังสิ้นสุดชีวิตคู่** 49
อัลญานันน์ สมุทส์เสนีโต
- ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดและความสุขในการดูแลผู้สูงอายุ** 73
สาสินี เทพสุวรรณณ์ ณัฐจิรา ทองเจริญชูพงศ์ และรศรินทร์ เกรย์

บทความวิชาการ

- บ้านพักสุดท้ายและบริบาลระยะท้าย** 93
วรชัย ทองไทย
- ความสุข: การวัดเชิงอัตวิสัย** 111
รศรินทร์ เกรย์
- ข้อพิจารณาในทัศนคติใหม่ของ “นิยามผู้สูงอายุ”
และ “อายุเกษียณ” ในประเทศไทย** 129
เฉลิมพล แจ่มจันทร์

พลของการออกกำลังกายที่มีต่อสุขภาพจิต: การวิเคราะห์พหุตัวแปรจากข้อมูลการสำรวจอนามัย และสวัสดิการของประเทศไทย พ.ศ. 2554

กวิสรา พชรเบญจกุล และอภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มุ่งเน้นที่จะสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการออกกำลังกายที่มีผลต่อสุขภาพจิตของคนไทย โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป รวมทั้งสิ้น 28,654 คน เป็นผู้ออกกำลังกายร้อยละ 28 ผลการศึกษาคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ยืนยันได้ว่าการออกกำลังกายมีผลต่อสุขภาพจิตอย่างชัดเจนและมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ที่ออกกำลังกายจะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่ไม่ได้ออกกำลังกาย โดยเฉพาะการออกกำลังกายด้วยวิธี Anaerobic สำหรับระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการออกกำลังกาย พบว่าจำนวนวันที่ออกกำลังกายต่อเดือน และจำนวนเดือนที่ออกกำลังติดต่อกันที่ยาวนานขึ้นจะมีผลในทางบวกต่อคะแนนสุขภาพจิต หากพิจารณาร่วมกับวิธีออกกำลังกาย พบว่าผู้ที่ออกกำลังกายแบบ Aerobic การออกกำลังกายติดต่อกันนานหลายวันเป็นระยะเวลาหลายเดือนและมีความสม่ำเสมอในแต่ละครั้ง ขณะที่ผู้ออกกำลังกายโดยวิธี Anaerobic การออกกำลังกายติดต่อกันนานเป็นระยะเวลาหลายวันต่อเดือนจะช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตให้ดีขึ้น การออกกำลังกายดังกล่าวนี้ทั้ง Aerobic และ Anaerobic มีผลดีต่อสุขภาพจิตทั้งในภาพรวมและการวิเคราะห์องค์ประกอบสุขภาพจิตในด้านต่างๆ ด้วยเช่นกัน อย่างไรก็ตาม การออกกำลังกายวิธี Anaerobic ที่ติดต่อกันเป็นระยะเวลาหลายเดือนอาจมีผลเสียต่อสุขภาพจิตในบางองค์ประกอบ การออกกำลังกายจึงควรยึดหลักความพอดีด้วยจึงจะเป็นประโยชน์สูงสุด

คำสำคัญ: สุขภาพจิต, การออกกำลังกาย, แอโรบิค และแอนแอโรบิค

¹ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

The Impact of Exercise on Mental Health: A Multivariate Analysis of the Survey of Health and Welfare in Thailand 2011

Kavisara Pacharabenjakul and Aphichat Chamrathirong¹

Abstract

The objective of this study is to assess the impact of exercise on the mental health of Thais. The source of data is the Survey of Health and Welfare conducted by the National Statistical Office in 2011 among a sample of 28,654 persons age 15 years or over. The survey found that 28% of the sample exercised. The study confirms with statistical significance that those who exercised had better mental health than those who did not. This is especially true for those who practiced anaerobic exercise. The survey also found that the greater number of days in a month, and the greater the number of continuous months with exercise had positive impacts on mental health scores. When analyzed together with type of exercise, this study found that periods of regular, consistent aerobic exercise extending over many months, and anaerobic exercise for many days in the month, have positive impacts on mental health. In general, the positive impacts of both aerobic and anaerobic exercises are found on overall mental health as well as on specific components of mental health. However, anaerobic exercises extending over many months may have negative impact on certain components of mental health. Exercise should be considered with moderation for its highest benefit.

Key words: Mental Health, Exercise, Aerobic, Anaerobic

¹ Institute for Population and Social Research, Mahidol University

พลของการออกกำลังกายที่มีต่อสุขภาพจิต: การวิเคราะห์พหุตัวแปรจากข้อมูลการสำรวจอนามัย และสวัสดิการของประเทศไทย พ.ศ. 2554

กวิสรา พชรเบญจกุล และอภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์

บทนำ

ลักษณะทางกายภาพของมนุษย์และสัตว์ถูกสร้างขึ้นมาเพื่อให้มีการเคลื่อนไหว เพื่อความเจริญเติบโตและรักษาสภาพการทำงานของร่างกายให้คงไว้ (เทเวศร์ และคณะ 2542) ทางเลือกหนึ่งที่เป็นแนวทางเพื่อให้ร่างกายเกิดการเคลื่อนไหวนั้นคือ การออกกำลังกาย เนื่องจากการออกกำลังกายนี้เป็นประโยชน์ต่อสภาพภายนอกและรวมไปถึงระบบอวัยวะภายในต่างๆ ด้วย (Roger 2011) โดยการออกกำลังกายนี้จะช่วยลดความเสี่ยงที่จะเกิดอาการผิดปกติต่างๆ และการบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพร่างกาย เช่น โรคเกี่ยวกับหัวใจ และหลอดเลือดหัวใจ, โรคเบาหวาน และโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก เป็นต้น (Khaw et al. 2008; Ornish et al. 2008)

นอกจากการออกกำลังกายจะมีผลดีต่อร่างกายอย่างที่ทราบกันอยู่แล้ว การออกกำลังกายนี้ยังมีประโยชน์ในแง่ของจิตวิทยาด้วย การออกกำลังกายสามารถเป็นทั้งยาบำรุงป้องกัน และบำบัดสภาพจิตใจได้เช่นเดียวกับที่ส่งผลต่อร่างกาย ในด้านการป้องกันนั้น การศึกษาที่ผ่านมาได้แสดงให้เห็นว่าการออกกำลังกายสามารถลดความเสี่ยงของความผิดปกติอันเกี่ยวเนื่องกับระบบประสาท เช่น ความเสื่อมถอยของความจำที่เกี่ยวข้องกับอายุ (Age-related cognitive decline) โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) และโรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) (Hamer & Chinda 2009; Sui et al. 2009) สำหรับในด้านการบำบัดรักษา จากหลายงานวิจัยพบว่าการออกกำลังกายจะช่วยลดภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความคับข้องภายในจิตใจ รวมทั้งการช่วยปรับสภาพอารมณ์ของตนเองด้วย (Byrne & Byrne 1993; Folkins & Sime 1981; Klein et al. 1985; Cameron & Hudson 1986; Buchman et al. 1991; Fremont & Craighead 1987; Thirlaway & Benton 1992; Tucker 1987) การออกกำลังกายยังมีส่วนสำคัญที่ใช้ควบคู่

กับการบำบัดรักษาด้วยยา และช่วยบำบัดทางด้านจิตใจให้กับคุณแม่หลังคลอด, ผู้สูงอายุ และเด็กได้ด้วย (Hamer & Chida 2008; Larun et al. 2006; Sidhu, Vandana & Balon 2009)

โดยทั่วไป การออกกำลังกายแบ่งออกเป็น 2 ประเภทตามลักษณะการใช้ออกซิเจนในร่างกาย คือ แอโรบิค (Aerobic Exercise) และแอนแอโรบิค (Anaerobic Exercise) (Stress Management for Health Course 2008) ซึ่งแอโรบิคนี้เป็นการออกกำลังกายที่กล้ามเนื้อได้พลังงานจากการใช้ออกซิเจนในการเผาผลาญสารอาหาร ในการออกกำลังกายแบบนี้มักจะมีการหดและคลายตัวของกล้ามเนื้อแขนขาอยู่ตลอดเวลา และพบว่าถ้ามีการออกกำลังกายให้มีความเหนื่อยโดยอัตราการเต้นของหัวใจอยู่ที่ร้อยละ 50-60 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดเป็นเวลานานกว่า 20 นาที ก็จะเป็นผลดีต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดรวมทั้งการควบคุมน้ำหนัก เพราะร่างกายจะใช้สารอาหารไขมันเป็นหลักในการเผาผลาญเพื่อให้ได้พลังงาน การออกกำลังกายประเภทนี้ ได้แก่ การเดิน การว่ายน้ำ การปั่นจักรยาน การวิ่งเหยาะๆ การเล่นฟุตบอล บาสเกตบอล ตระกร้อ เทนนิส วอลเลย์บอล เป็นต้น (สมพล มปป.) โดยการออกกำลังกายแอโรบิคนี้จะกระตุ้นร่างกายให้เกิดการใช้ออกซิเจนปริมาณสูงในเวลาที่เหมาะสม เมื่อร่างกายใช้ออกซิเจน เซลล์ในร่างกายจะมีประสิทธิภาพในการทำงานดีขึ้น ช่วยลดไขมันในเส้นเลือด ลดไขมันใต้ผิวหนัง เนื่องจากใช้พลังงานจากไขมันเป็นหลัก (จัตวา มปป.)

สำหรับการออกกำลังกายประเภทแอนแอโรบิคเป็นการออกกำลังกายที่แตกต่างกับการออกกำลังกายแอโรบิคอย่างสิ้นเชิง กล่าวคือแอนแอโรบิคเป็นการออกกำลังกายชนิดที่กล้ามเนื้อมีการทำงานในรูปแบบของการออกแรงอย่างมากในทันทีและใช้เวลาสั้นๆ (ไม่เกิน 2 นาที) และตามด้วยการหยุดพัก พลังงานที่กล้ามเนื้อใช้ในการทำงานจะเป็นพลังงานที่ได้จากปฏิกิริยาทางเคมีของการสลายกลุ่มฟอสเฟต (Adenosine Triphosphate, Creatine Phosphate) และการสลายไกลโคเจน (Glycogen) ที่สะสมไว้ในเซลล์กล้ามเนื้อเอง ซึ่งกระบวนการเผาผลาญเหล่านี้เป็นกระบวนการที่ไม่ใช้ออกซิเจน และการได้พลังงานจากกระบวนการนี้จะมีผลทำให้เซลล์กล้ามเนื้อมีสภาพเป็นกรด จากกรดแลคติกที่เพิ่มขึ้นจากกระบวนการเผาผลาญของไกลโคเจน การออกกำลังกายประเภทนี้ ได้แก่ การยกน้ำหนัก การวิ่งระยะสั้น 100-200 เมตร การวิดพื้น การโหนบาร์เดี่ยว (สมพล มปป.) โดยการ

ออกกำลังกายแอโรบิคนี้มีประโยชน์ในการช่วยเพิ่มความแข็งแรง ความทนทาน ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ ช่วยเพิ่มความชำนาญ การประสานงานของกล้ามเนื้อ และเพิ่มความเร็วให้กับร่างกาย (เทเวศร์ และคณะ 2542)

นายแพทย์สมยศ ดิรัศมี อธิบดีกรมอนามัย (กลุ่มสื่อสารองค์การ 2555) ได้กล่าวไว้ว่า การออกกำลังกายแต่ละครั้งจำเป็นต้องยึดแนวในการปฏิบัติอย่างเคร่งครัด เพราะหากหักโหมมากเกินไป อาจทำให้เกิดโทษต่อสุขภาพได้เช่นกัน ซึ่งการออกกำลังกายอย่างถูกวิธีนั้นนอกจากจะช่วยให้มีร่างกายที่สมบูรณ์แล้วยังเป็นการผ่อนคลายความตึงเครียดจากการทำงานในแต่ละวัน อันจะส่งผลต่อสุขภาพจิตที่ดีตามมา เช่น การออกกำลังกายด้วยความรุนแรงแต่พอประมาณสามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่มีต่อการเกิดโรคหัวใจได้ และการใช้พลังงานในการออกกำลังกายประมาณ 2,000 แคลอรี ก็เพียงพอสำหรับการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจได้เช่นกัน (มานิตย์ 2555)

อย่างไรก็ตาม การออกกำลังกายไม่ว่าจะเป็นในรูปแบบของแอโรบิคหรือแอนแอโรบิค ล้วนให้ประโยชน์กับผู้ที่เป็โรคซึมเศร้าในระดับอ่อนถึงปานกลาง (Mild to Moderate Depression) ทั้งสิ้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิคและแอนแอโรบิคจะมีผลต่อการป้องกันโรคระยะสั้นและการรักษาสภาพร่างกายในระยะยาว และรูปแบบความสัมพันธ์นี้มีลักษณะเป็น dose-response relation กล่าวคือ หากมีการออกกำลังกายหรือการฝึกฝนทางร่างกายมากก็จะส่งผลต่อสภาพจิตใจสูงขึ้นตามด้วย (Dowd, Vickers & Krahn 2004; Sidhu, Vandana & Balon 2009) นอกจากนี้ หากพิจารณาในด้านของระยะเวลาในการออกกำลังกาย จะพบว่า การออกกำลังกายติดต่อกัน 1-3 เดือนจะมีผลดีต่อการรู้คิด (Cognition) แต่หากออกกำลังกายติดต่อกันนาน 6 เดือนก็จะให้ผลดียิ่งขึ้นกว่าการออกกำลังกายในระยะสั้น (1-3 เดือน) ซึ่งการออกกำลังกายนี้จะต้องทำติดต่อกันนานไม่น้อยกว่า 30 นาที จึงจะมีผลดีต่อสุขภาพทางกายและการรู้คิดของเราด้วย โดยการออกกำลังกายที่ส่งผลดีต่อการรู้คิดจะต้องเป็นการออกกำลังกายที่ผสมผสานระหว่างการออกกำลังกายแบบแอโรบิคและแอนแอโรบิค (Colcombe & Kramer 2003; Hertzog et al. 2008)

การศึกษานี้จึงมุ่งที่จะสะท้อนให้เห็นความสำคัญของการออกกำลังกายที่มีผลดีต่อสภาพจิตใจในความหมายของสุขภาพจิตซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health

Organization: WHO 2005) ได้นิยามว่า “สุขภาพของบุคคลในการสามารถรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความตึงเครียดในชีวิตประจำวัน และดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้” สำหรับการศึกษานี้จะศึกษาผลกระทบของการออกกำลังกายที่มีต่อสุขภาพจิตในภาพรวมที่ได้จากการประเมินตนเองและองค์ประกอบของสุขภาพจิต 5 ด้าน ได้แก่ ความรู้สึกได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว (Family Support) สมรรถภาพของจิตใจ (Mental Capacity) คุณภาพของจิตใจ (Mental Quality) ความรู้สึกทางลบ (Negative Affection) และความรู้สึกทางบวก (Positive Affection) เพื่อที่จะได้ทราบว่า การออกกำลังกายจะช่วยให้บุคคลเป็นผู้ที่มีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความตื่นตัวภายในจิตใจภายใต้สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้หรือไม่

วิธีการศึกษา

ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ที่นำมาจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2554 ของสำนักงานสถิติ ซึ่งดำเนินการเก็บข้อมูลเดือนมีนาคม เป็นการสำรวจที่มีแผนการสุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนของประเทศได้ โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป รวมทั้งสิ้น 28,654 คน

สำหรับตัวแปรที่ศึกษา ในด้านของสุขภาพจิตที่เป็นตัวแปรตามได้ถูกวัดโดยแบบสอบถามวัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ ของ อภิชัย และคณะ (2547) ที่ได้ผ่านการพัฒนาและทดสอบมาแล้วจนเป็นที่ยอมรับในระดับประเทศ แบบสอบถามวัดสุขภาพจิตฉบับนี้เป็นแบบรายงานตนเองโดยให้ผู้ตอบประเมินความรู้สึกของตนเองแต่ละข้อว่าอยู่ในระดับใดจาก 4 ระดับ คือ *ไม่เคย (0 คะแนน) เล็กน้อย (1 คะแนน) มาก (2 คะแนน) และมากที่สุด (3 คะแนน)* เป็นข้อความทางบวก 12 ข้อ และข้อความทางลบ 3 ข้อ เมื่อนำคะแนนจากคำถามทั้ง 15 ข้อมารวมกันแล้ว คะแนนสูงที่สุดคือ 45 คะแนน นั่นคือผู้ที่มีสุขภาพจิตสมบูรณ์ที่สุด ขณะที่คะแนนต่ำที่สุดของแบบสอบถามวัดสุขภาพจิตฉบับนี้เท่ากับ 0 คะแนน นั่นคือผู้ที่มีสุขภาพจิตแย่มากที่สุด ดังเกณฑ์การแบ่งคะแนนสุขภาพจิต ดังนี้ 1) 0-27 คะแนน หมายถึงสุขภาพจิตด้อยกว่าคนทั่วไป

2) 28-34 คะแนน หมายถึงสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน คือเฉลี่ยเท่ากับคนทั่วไป และ 3) 35-45 คะแนน หมายถึงสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป

จากคำถามสุขภาพจิต 15 ข้อ ได้จำแนกออกเป็น 5 องค์ประกอบตามรายงานสุขภาพจิตของ อภิชาติ และคณะ (2553) กล่าวคือ องค์ประกอบที่ 1: ความรู้สึกได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว จากคำถาม 3 ข้อ ได้แก่ “ใน 1 เดือนที่ผ่านมา หากท่านป่วยหนัก ท่านเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลท่านเป็นอย่างดี” “ใน 1 เดือนที่ผ่านมา สมาชิกในครอบครัวมีความรักและผูกพันต่อกัน” และ “ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกมั่นคงปลอดภัย เมื่ออยู่ในครอบครัว” องค์ประกอบที่ 2: สมรรถภาพของจิตใจ จากคำถาม 3 ข้อ ได้แก่ “ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมอารมณ์ได้เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น” “ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต” และ “ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่ยากที่จะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา)” องค์ประกอบที่ 3: คุณภาพจิตใจ จากข้อคำถาม 3 ข้อ ได้แก่ “ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา” “ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์” และ “ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส” องค์ประกอบที่ 4: ความรู้สึกทางลบ จากข้อคำถาม 3 ข้อ ได้แก่ “ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกผิดหวังในตัวเอง” “ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีแต่ความทุกข์” และ “ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้กับการดำเนินชีวิตประจำวัน” และองค์ประกอบที่ 5: ความรู้สึกทางบวก จากข้อคำถาม 3 ข้อ ได้แก่ “ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต” “ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกสบายใจ” และ “ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง โดยคะแนนในแต่ละองค์ประกอบคะแนนสูงสุดคือ 9 คะแนน นั่น ขณะที่คะแนนต่ำที่สุดเท่ากับ 0 คะแนน

การพิจารณาการออกกำลังกายที่เป็นตัวแปรอิสระสำคัญของการศึกษานี้ จะวิเคราะห์ด้วยการใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรง (Multiple linear regression) โดยพิจารณาใน 3 ลักษณะคือ 1) Model ที่ 1 คือการพิจารณาประชากรทั้งประเทศที่มีการออกกำลังกายและไม่ได้ออกกำลังกาย 2) Model ที่ 2 คือการพิจารณาเฉพาะประชากรที่ออกกำลังกายโดยวิเคราะห์ประเภทของการออกกำลังกายร่วมกับระยะเวลา

ในการออกกำลังกาย และ 3) Model ที่ 3 และ 4 คือการพิจารณาประชากรที่ออกกำลังกาย โดยจำแนกเป็น 2 กลุ่มตามประเภทของการออกกำลังกาย ได้แก่ Model ที่ 3 เป็นการวิเคราะห์เฉพาะการออกกำลังกายแบบ Aerobic และ Model ที่ 4 เป็นการวิเคราะห์เฉพาะการออกกำลังกายแบบ anaerobic

ตัวแปรอื่นที่ใช้เป็นตัวแปรควบคุมสำหรับการศึกษานี้ ได้แก่ เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, สถานภาพสมรส, การประกอบอาชีพ, รายได้, พื้นที่อยู่อาศัย, การเจ็บป่วยเรื้อรังในเดือนที่ผ่านมา, ปัญหาในการเคลื่อนไหว, ปัญหาในการดูแลตนเอง, ปัญหาในกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ และการเจ็บป่วยหรือไม่สุขสบาย

ผลการศึกษา

1) ลักษณะทั่วไป

ประมาณครึ่งหนึ่งของตัวอย่างในการศึกษานี้มีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ขณะที่เกือบ 1 ใน 3 ของตัวอย่างที่ใช้การศึกษานี้ มีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ดี และมีเพียงร้อยละ 18 เท่านั้นที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติหรือมีแนวโน้มที่เสี่ยงจะมีปัญหาสุขภาพจิต โดยมีคะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ยเท่ากับ 32.10 คะแนน ซึ่งถือว่ามีความสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน เมื่อพิจารณาคะแนนสุขภาพจิตในแต่ละองค์ประกอบ พบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณเองได้รับความรู้สึกได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมาก และมีความรู้สึกทางบวกมากเช่นเดียวกัน ขณะที่มีความรู้สึกทางลบเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ส่วนการรับรู้สมรรถภาพของจิตใจและคุณภาพของจิตใจมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางเมื่อเทียบกับด้านอื่นๆ

ลักษณะทางประชากรของตัวอย่าง พบว่ากว่าครึ่งหนึ่งเป็นหญิง โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 43.01 ปี เกินกว่ากึ่งหนึ่งมีการศึกษาระดับประถมหรือต่ำกว่า และประมาณ 1 ใน 3 จบระดับมัธยมศึกษา กว่า 2 ใน 3 มีสถานภาพสมรส ตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนไม่ถึง 8,000 บาท และเกือบ 2 ใน 3 ของตัวอย่างอาศัยในชนบท

ด้านสุขภาพร่างกายของตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 70 ประเมินว่าตนเองไม่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง, ปัญหาในการเคลื่อนไหว, ปัญหาในการดูแลตนเอง, ปัญหาในกิจกรรมที่ทำประจำ และการเจ็บป่วยหรือไม่สุขสบาย

สำหรับการออกกำลังกาย พบว่าตัวอย่างเกือบ 3 ใน 4 ไม่ได้ออกกำลังกายซึ่งประเภทของการออกกำลังกายที่ตัวอย่างกว่าร้อยละ 80 ใช้ในการฝึกฝนร่างกายคือการออกกำลังกายแบบ Aerobic โดยตัวอย่างจะใช้เวลาเฉลี่ยในการออกกำลังกายประมาณ 43.48 นาทีต่อวัน ออกกำลังกายเฉลี่ย 16 วันต่อเดือน และเฉลี่ย 7 เดือนติดต่อกัน

2) การวิเคราะห์การออกกำลังกายกับสุขภาพจิต

การวิเคราะห์ผล ใช้วิธีการถดถอยเชิงพหุ (Multiple linear Regression Analysis) หลังจากควบคุมตัวแปรต่างๆ แล้ว ผลปรากฏว่า ใน Model ที่ 1 ตัวแปรอิสระอธิบายตัวแปรตามได้ร้อยละ 6 ($R^2 = 0.063$) โดยที่การออกกำลังกายมีผลในทางบวกต่อคะแนนสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ใน Model ที่ 2 ตัวแปรอิสระอธิบายสุขภาพจิตได้ร้อยละ 6 ($R^2 = 0.063$) โดยที่รูปแบบของการออกกำลังกายมีผลต่อสุขภาพจิตของประชากร กล่าวคือการออกกำลังกายแบบ Anaerobic จะทำให้ประชากรมีสุขภาพจิตดีกว่าการออกกำลังกายแบบ Aerobic อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) สำหรับจำนวนวันที่ออกกำลังกายต่อเดือน และจำนวนเดือนที่ออกกำลังกายติดต่อกัน มีผลในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อคะแนนสุขภาพจิต ($p < .001$ และ $p < .01$ ตามลำดับ) ใน Model ที่ 3 เฉพาะผู้ที่ออกกำลังกายแบบ Aerobic บอกว่า จำนวนวันที่ออกกำลังกายแบบ Aerobic ต่อเดือน ระยะเวลาที่ออกกำลังกายแบบ Aerobic ต่อครั้ง และความสม่ำเสมอของระยะเวลาที่ออกกำลังกายแบบ Aerobic ติดต่อกันหลายเดือนต่างมีผลต่อคะแนนสุขภาพจิตในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยกันทั้งสิ้น ($p < .001$; $p < .001$ และ $p < .01$ ตามลำดับ) และใน Model ที่ 4 ซึ่งวิเคราะห์เฉพาะผู้ออกกำลังกายโดยวิธี Anaerobic พบว่า เฉพาะจำนวนวันที่ออกกำลังกายต่อเดือนนั้น ที่มีผลต่อคะแนนสุขภาพจิตในทางบวก ($p < .001$) สำหรับระยะเวลาที่ออกกำลังกายต่อครั้งและความต่อเนื่องเป็นเวลาหลายเดือนไม่มีผลต่อคะแนนสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่อย่างใด

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไป		ร้อยละ	จำนวน
สุขภาพจิต			
(Mean = 32.10, S.D = 5.445, Min = 3, Max = 45)			
เสียง (ต่ำกว่า 28 คะแนน)		18.0	5,171
ปกติ (28-34 คะแนน)		52.1	14,935
ดี (35 คะแนนขึ้นไป)		29.8	8,548
องค์ประกอบของสุขภาพจิต			
ความรู้สึกรับการสนับสนุนจากครอบครัว			
(Mean = 7.03, S.D = 1.700, Min = 0, Max = 9)			
สมรรถภาพของจิตใจ			
(Mean = 5.30, S.D = 1.844, Min = 0, Max = 9)			
คุณภาพของจิตใจ			
(Mean = 5.72, S.D = 1.656, Min = 0, Max = 9)			
ความรู้สึกลด			
(Mean = 1.97, S.D = 2.929, Min = 0, Max = 9)			
ความรู้สึกลบ			
(Mean = 6.14, S.D = 1.534, Min = 0, Max = 9)			
เพศ			
ชาย		48.6	13,926
หญิง		51.4	14,728
ลักษณะทั่วไป			
อายุ			
(Mean = 43.01, S.D = 16.601, Min = 15, Max = 98)			
ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่าประถมศึกษา		15.1	4,319
ประถมศึกษา		42.6	12,209
มัธยมศึกษา		33.8	9,675
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า		8.5	2,429
สถานภาพสมรส			
โสด		23.0	6,592
สมรส		64.7	18,546
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่		12.3	3,510
การประกอบอาชีพ			
เกษตรกร		29.4	8,417
ผู้ประกอบการ/เจ้าของตัว		17.7	5,061
ลูกจ้างรัฐบาล/รัฐวิสาหกิจ		6.1	1,737
ลูกจ้างเอกชน		19.8	5,682
ไม่ได้ประกอบอาชีพ		27.1	7,749
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่อคน			
(Mean = 7131.55, Median = 4500, S.D = 13492.837, Min = 0, Max = 80000)			

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป		ร้อยละ	จำนวน
พื้นที่อยู่อาศัย			
มี		34.5	9,883
ไม่มี		65.5	18,771
การเจ็บป่วยเรื้อรัง			
มี		21.3	6,112
ไม่มี		78.7	22,542
ปัญหาในการเคลื่อนไหว			
มี		7.8	2,221
ไม่มี		92.2	26,433
ปัญหาในการดูแลตนเอง			
มี		1.5	428
ไม่มี		98.5	28,226
ปัญหาในกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ			
มี		3.7	1,059
ไม่มี		96.3	27,595
ลักษณะทั่วไป			
การเจ็บป่วยหรือไม่ดูแลสุขภาพ			
มี		10.8	3,103
ไม่มี		89.2	25,551
การออกกำลังกาย			
มี		27.5	7,880
ไม่มี		72.5	20,774
ประเภทของการออกกำลังกาย			
	การออกกำลังกายแบบ Anaerobic	15.6	1,191
	การออกกำลังกายแบบ Aerobic	84.4	6,436
จำนวนวันที่ออกกำลังกายในแต่ละครั้ง			
	(Mean = 43.48, S.D = 29.703, Min = 10, Max = 360)		
จำนวนวันที่ออกกำลังกายต่อเดือน			
	(Mean = 16.18, S.D = 9.100, Min = 1, Max = 30)		
	จำนวนเดือนที่ออกกำลังกายติดต่อกัน		
	(Mean = 6.64, S.D = 2.288, Min = 0, Max = 8)		

ตาราง 2 การออกกำลังกายกับสุขภาพจิตของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป

ตัวแปร	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4	
	Coef.	Beta	Coef.	Beta	Coef.	Beta	Coef.	Beta
Constant	31.584***		32.016***		31.594***		31.986***	
ชาย	0.124 [†]	0.011	0.265*	0.025	0.068	0.006	0.899**	0.079
อายุ	0.019***	0.059	0.009	0.031	0.010 [†]	0.037	0.029 [†]	0.085
ประถมศึกษา (อ้างอิง)								
ต่ำกว่าประถมศึกษา	-0.502***	-0.033	-0.656**	-0.038	-0.515*	-0.030	-1.620**	-0.097
มัธยมศึกษา	0.663***	0.082	0.228	0.022	0.174	0.016	0.196	0.019
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1.853***	0.095	1.334***	0.089	1.148***	0.075	1.621**	0.119
สมรส (อ้างอิง)								
โสด	-0.618***	-0.048	-0.423*	-0.039	-0.473*	-0.044	0.175	0.016
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	-1.428***	-0.086	-1.075***	-0.063	-1.151***	-0.067	-0.721	-0.043
เกษตรกร (อ้างอิง)								
ผู้ประกอบการธุรกิจส่วนตัว	-0.285**	-0.020	-0.354 [†]	-0.025	-0.416 [†]	-0.028	-0.020	-0.002
ลูกจ้างรัฐบาล/รัฐวิสาหกิจ	0.872***	0.038	0.558*	0.032	0.523 [†]	0.030	0.573	0.034
ลูกจ้างเอกชน	-1.178***	-0.086	-1.558***	-0.107	-1.632***	-0.112	-1.088*	-0.076
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	-0.190*	-0.016	-0.321 [†]	-0.030	-0.283	-0.026	-0.467	-0.044
รายได้	0.000***	0.000	0.000***	0.052	0.000***	0.059	0.000	0.043
การมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง	-0.482***	-0.036	-0.296*	-0.024	-0.291	-0.023	-0.293	-0.023
การมีปัญหาในการเคลื่อนไหว	-0.644***	-0.032	-0.566*	-0.027	-0.492	-0.023	-1.017	-0.044
การมีปัญหาในการดูแลตนเอง	-1.600***	-0.036	-1.200 [†]	-0.022	-1.133	-0.021	-0.712	-0.014
การมีปัญหาในกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ	-0.056	-0.002	-0.532	-0.016	-0.346	-0.011	-2.411 [†]	-0.065
การมีอาการเจ็บป่วยหรือไม่สุขสบาย	-1.227***	-0.070	-1.431***	-0.081	-1.390***	-0.079	-1.276*	-0.072
เมือง	-0.315***	-0.027	-0.203	-0.019	-0.169	-0.016	-0.975*	-0.093
ออกกำลังกาย	1.059***	0.087						
ออกกำลังกาย Aerobic (อ้างอิง)								
ออกกำลังกาย Anaerobic			0.478**	0.033				
จำนวนวันที่ออกกำลังกาย (วัน/เดือน)			0.036***	0.062	0.029***	0.050	0.067***	0.121
ระยะเวลาที่ออกกำลังกาย (นาที/ครั้ง)					0.010***	0.002	0.002	0.009
ระยะเวลาที่ออกกำลังกายติดต่อกัน (เดือน)			0.073**	0.032	0.090**	0.038	-0.072	-0.036
N	28627		7612		6385		1189	
R ²	0.063		0.063		0.063		0.095	
Adjust R ²	0.062		0.060		0.060		0.079	

†p < 0.1, *p < 0.05, **p < 0.01, ***p < 0.000

การศึกษาครั้งนี้จึงยืนยันได้ว่า การออกกำลังกายมีผลต่อสุขภาพจิตในทางบวก ช่วยให้สุขภาพจิตดีขึ้น โดยถ้าเป็นการออกกำลังกายแบบ Aerobic ระยะเวลาที่ใช้ออกกำลังกาย จำนวนวันที่ออกกำลังกาย ตลอดจนความต่อเนื่องของการออกกำลังกายหลายเดือนขึ้น ทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น สำหรับการออกกำลังกายที่ไม่เป็นลักษณะ Aerobic จำนวนวันที่ออกกำลังกายต่อเดือนมีผลต่อจิตใจได้เหมือนกัน แต่ระยะเวลาที่ใช้ออกกำลังกายต่อครั้ง และความต่อเนื่องเป็นเดือนๆ ไม่จำเป็นต้องมีผลโดยตรงกับสุขภาพจิต

ผลของการออกกำลังกายที่มีต่อจิตใจ ซึ่งได้จากการศึกษาประชากรของทั่วประเทศครั้งนี้ และไม่ว่าจะเป็นการออกกำลังกายแบบใดก็ตาม มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพของคนไทย การออกกำลังกายไม่เพียงทำให้สุขภาพกายดีขึ้นเท่านั้น แต่สุขภาพจิตก็ดีขึ้นด้วยและก็ยังมีผลวกกลับต่อสุขภาพกายด้วยเช่นกัน จากข้อมูลเบื้องต้นในตารางที่ 1 การออกกำลังกายของคนไทยมีเพียงร้อยละ 28 เท่านั้น การส่งเสริมทั้งทางนโยบาย งบประมาณ และการดำเนินการให้ทั่วถึงทั้งประเทศ จึงสมควรได้รับการพิจารณายิ่งขึ้นไปอีกทั้งจากรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ตาราง 3 ค่าสัมประสิทธิ์ของการออกกำลังกายกับองค์ประกอบของสุขภาพจิต 5 ด้านของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จากการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ

	ความรู้สึกได้รบ การสนับสนุน จากครอบครัว		สมรรถภาพ ของจิตใจ		คุณภาพ ของจิตใจ		ความรู้สึก ทางลบ		ความรู้สึก ทางบวก	
	Coef.	Beta	Coef.	Beta	Coef.	Beta	Coef.	Beta	Coef.	Beta
Model 1										
ออกกำลังกาย	0.251***	0.066	0.065**	0.016	0.173***	0.047	-0.133***	-0.020	0.141***	0.041
N	28627		28627		28627		28627		28627	
R ²	0.044		0.119		0.163		0.089		0.478	
Adjust R ²	0.043		0.118		0.162		0.089		0.478	
Model 2										
ออกกำลังกายแบบ Anaerobic	0.179***	0.040	0.080	0.015	-0.044	-0.010	0.074	0.010	0.027	0.007
จำนวนวันที่ออกกำลังกาย (วัน/เดือน)	0.007***	0.039	0.008***	0.039	0.010***	0.057	0.002	0.008	0.005**	0.028
ระยะเวลาที่ออกกำลังกาย ติดต่อกัน (เดือน)	0.008	0.011	0.011	0.013	0.013+	0.018	-0.044**	-0.037	0.001	0.002

	ความรู้สึกได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว		สมรรถภาพของจิตใจ		คุณภาพของจิตใจ		ความรู้สึกทางลบ		ความรู้สึกทางบวก	
	Coef.	Beta	Coef.	Beta	Coef.	Beta	Coef.	Beta	Coef.	Beta
N	7612		7612		7612		7612		7612	
R ²	0.038		0.107		0.142		0.074		0.458	
Adjust R ²	0.035		0.105		0.139		0.071		0.456	
Model 3										
จำนวนวันที่ออกกำลังกาย (วัน/เดือน)	0.008***	0.045	0.006*	0.029	0.008**	0.042	-0.000	-0.001	0.002	0.010
ระยะเวลาที่ออกกำลังกาย (นาที/ครั้ง)	0.001	0.013	0.002**	0.040	0.005***	0.094	-0.000	-0.005	0.001+	0.020
ระยะเวลาที่ออกกำลังกายติดต่อกัน (เดือน)	0.006	0.007	0.016	0.019	0.022*	0.030	-0.039*	-0.032	0.005	0.008
N	6385		6385		6385		6385		6385	
R ²	0.034		0.118		0.152		0.071		0.467	
Adjust R ²	0.031		0.115		0.149		0.068		0.466	
Model 4										
จำนวนวันที่ออกกำลังกาย (วัน/เดือน)	0.004	0.024	0.012*	0.056	0.026***	0.144	0.015+	0.050	0.016***	0.104
ระยะเวลาที่ออกกำลังกาย (นาที/ครั้ง)	-0.001	-0.011	0.004+	0.051	-0.003	-0.043	-0.001	-0.006	0.001	0.015
ระยะเวลาที่ออกกำลังกายติดต่อกัน (เดือน)	0.018	0.030	-0.052*	-0.068	-0.057**	-0.086	-0.057+	-0.052	-0.027*	-0.047
N	1189		1189		1189		1189		1189	
R ²	0.093		0.106		0.180		0.141		0.431	
Adjust R ²	0.076		0.089		0.164		0.125		0.420	

+p < 0.1, *p < 0.05, **p < 0.01, ***p < 0.000

หากพิจารณาอิทธิพลของการออกกำลังกายที่มีผลต่อองค์ประกอบของสุขภาพจิต 5 ด้าน พบว่าใน Model ที่ 1 การออกกำลังกายมีผลในทางบวกต่อความรู้สึกได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว, สมรรถภาพของจิตใจ, คุณภาพของจิตใจ และความรู้สึกทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีผลในการลดความรู้สึกทางลบเหล่านั้นลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

สำหรับ Model ที่ 2 พบว่าชนิดของการออกกำลังกายมีผลต่อองค์ประกอบของสุขภาพจิตด้านความรู้สึกได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเท่านั้น คือการออกกำลังกายแบบ Anaerobic จะทำให้ความรู้สึกได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเพิ่มขึ้นมากกว่าการออกกำลังกายแบบ Aerobic อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ขณะที่จำนวนวันที่ออกกำลังกายมีผลทางบวกต่อความรู้สึกได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว, สมรรถภาพของจิตใจ, คุณภาพของจิตใจ และความรู้สึกทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$; $p < 0.001$; $p < 0.001$ และ $p < 0.01$ ตามลำดับ) และระยะเวลาที่ออกกำลังกายติดต่อกัน (เดือน) มีผลทางบวกต่อคุณภาพของจิตใจ และผลในทางลบต่อความรู้สึกทางลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.1$ และ $p < 0.01$ ตามลำดับ)

ผลการวิเคราะห์ใน Model ที่ 3 ได้สะท้อนให้เห็นว่าประชากรที่ออกกำลังกายแบบ Aerobic หากออกกำลังกายติดต่อกันเป็นระยะเวลาหลายวันต่อเดือนจะยิ่งทำให้ความรู้สึกได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว, สมรรถภาพของจิตใจ และคุณภาพของจิตใจ เพิ่มสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$; $p < 0.05$ และ $p < 0.01$ ตามลำดับ) โดยแต่ละครั้งที่ออกกำลังกายด้วยวิธี Aerobic ติดต่อกันหลายนาที่ จะช่วยเพิ่มสมรรถภาพของจิตใจ, คุณภาพของจิตใจ และความรู้สึกทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$; $p < 0.001$ และ $p < 0.05$ ตามลำดับ) และการออกกำลังกายด้วยวิธี Aerobic นานติดต่อกันหลายเดือนก็จะช่วยเพิ่มสมรรถภาพของจิตใจและคุณภาพของจิตใจ ขณะเดียวกันก็จะช่วยลดความรู้สึกทางลบด้วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.1$; $p < 0.01$ และ $p < 0.05$ ตามลำดับ)

การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายแบบ Anaerobic หากออกกำลังกายวิธีนี้นานติดต่อกันหลายวันจะมีผลในทางบวกต่อสมรรถภาพของจิตใจ, คุณภาพของจิตใจ, ความรู้สึกทางลบ และความรู้สึกทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.1$; $p < 0.001$; $p < 0.1$ และ $p < 0.001$ ตามลำดับ) และถ้าติดต่อกันหลายนาที่ต่อครั้ง สมรรถภาพของจิตใจก็จะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อย่างไรก็ตาม การออกกำลังกายด้วยวิธีนี้ติดต่อกันนานหลายเดือนจะมีผลทางลบต่อสมรรถภาพของจิตใจ, คุณภาพของจิตใจ, ความรู้สึกทางลบ และความรู้สึกทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$; $p < 0.01$; $p < 0.05$ และ $p < 0.05$ ตามลำดับ)

อภิปรายและสรุปผลการศึกษา

จากผลการศึกษาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าคนไทยที่ออกกำลังกายจะมีสุขภาพจิตสูงกว่าคนไทยที่ไม่ได้ออกกำลังกาย ซึ่งเป็นข้อค้นพบที่พบเช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมาที่มุ่งสะท้อนถึงความสัมพันธ์ระหว่างการออกกำลังกายกับสุขภาพจิตทั้งในผู้ที่มีสุขภาพจิตปกติและผู้ที่มีสุขภาพจิตไม่ปกติ (Georgia et al. 2006) ผู้ที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เหมาะสมอย่างการออกกำลังกายจะมีอาการซึมเศร้าและความเครียดในระดับน้อย รวมทั้งมีความสามารถในการอดกลั้นที่จะแสดงอาการโกรธ ให้ความเคารพและเชื่อใจสังคมในระดับมาก (Peter, Nathalie & Antti 2000) ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากร่างกายที่ออกกำลังกายจะปลดปล่อยสารเอนโดรฟิน (Endorphin) โดยสารนี้จะกระตุ้นสมองและระงับความเจ็บปวด ทำให้ผู้ที่ออกกำลังกายรู้สึกเป็นสุขและพึงพอใจเป็นผลให้ระดับความเครียดลดต่ำลง (Amanda 2002) นอกจากนี้ ทุกครั้งที่เราเกิดความเครียด อาการกลัว หรือรู้สึกสับสน เราก็จะเกิดความวิตกกังวลหรืออาการโกรธ ร่างกายของเราก็จะผลิตสารคอร์ติซอล (Cortisol) ซึ่งสารนี้เป็นฮอร์โมนที่จะทำลายอวัยวะของร่างกาย แต่หากเราออกกำลังกาย เราก็จะสามารถลดคอร์ติซอลที่ร่างกายผลิตออกมาได้ (Sara 2011)

หากพิจารณาผลของการออกกำลังกายที่มีต่อองค์ประกอบของสุขภาพจิตแต่ละด้าน ก็พบว่า การออกกำลังกายช่วยส่งเสริมองค์ประกอบของสุขภาพจิตในทุกด้าน ทั้งความรู้สึกได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว สมรรถภาพของจิตใจ คุณภาพของจิตใจ และความรู้สึกทางบวก และมีผลในการลดความรู้สึกทางลบเหล่านั้นลง ซึ่งประโยชน์ประการแรกที่เราได้รับหลังการออกกำลังกายก็คือการเพิ่มความรู้สึกทางบวกที่เป็นความรู้สึกเป็นสุขที่บุคคลรับรู้จากการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งหากบุคคลเกิดความรู้สึกภูมิใจในตนเองแล้วก็ย่อมที่จะเกิดความรู้สึกทางบวกต่อสิ่งรอบข้างด้วย ขณะเดียวกันการออกกำลังกายก็ช่วยลดความรู้สึกทางลบของบุคคล ซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้สึกสลด หดหู่ ความรู้สึกผิด เศร้า วิตกกังวล และการขาดความรู้สึกยินดีในชีวิต เช่นเดียวกับการศึกษาของ McAuley (1994) พบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างการออกกำลังกายกับความภูมิใจในตนเอง (Self esteem) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self efficacy) สุขภาวะทางจิต (Psychological well being) และความสามารถของสมอง (Cognitive function) และความสัมพันธ์ทางลบระหว่างการออกกำลังกายกับความวิตกกังวล (Anxiety) ความเครียด (Stress) และความซึมเศร้า (Depression)

แม้ว่าปัจจุบันมีการศึกษาเพียงเล็กน้อยที่เปรียบเทียบผลของการออกกำลังกายด้วยวิธี Aerobic และ Anaerobic แต่สำหรับการศึกษาที่พบว่าผู้ที่ออกกำลังกายด้วยวิธี Anaerobic จะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่ออกกำลังกายด้วยวิธี Aerobic ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการลักษณะของการออกกำลังกาย จากลักษณะทั่วไปของการออกกำลังกายทั้งสองวิธีที่ส่งผลต่อร่างกายแตกต่างกัน ซึ่งจากการศึกษาของ Osterberg & Melby (2000) และ Schuenke, Mikat & McBride (2002) พบว่าการออกกำลังกายแบบ Anaerobic ด้วยความหนักมาก เช่น การออกกำลังกายด้วยวิธี Aerobic ประเภทเร็วสลับช้า และการฝึกยกน้ำหนัก จะช่วยกระตุ้นการเผาผลาญให้เพิ่มขึ้นในภายหลังได้มากกว่าการออกกำลังกายด้วยวิธี Aerobic ธรรมดา และการเผาผลาญในภายหลังนี้จะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องได้นานถึง 16-48 ชั่วโมง นอกจากนี้การศึกษาของ Trapp et al. (2008) ยังได้เปรียบเทียบการออกกำลังกายแบบ Aerobic ประเภทเร็วสลับช้า นาน 20 นาที กับ Aerobic แบบธรรมดา นาน 40 นาที เป็นเวลา 15 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ซึ่งพบว่า ประเภทเร็วสลับช้าสามารถลดไขมันลงได้มากกว่าถึง 2.2 กิโลกรัม โดยลักษณะการออกกำลังกายที่ส่งผลต่อร่างกายนี้ก็ส่งผลเช่นเดียวกันกับสภาพจิตใจของบุคคล เพราะเมื่อร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลง สารเคมีภายในร่างกายก็เกิดการเปลี่ยนแปลงด้วย ผู้ที่ออกกำลังกายด้วยวิธี Anaerobic ซึ่งเป็นการออกกำลังกายชนิดที่กล้ามเนื้อมีการทำงานในรูปแบบของการออกแรงอย่างมากในทันทีและใช้เวลาสั้นๆ จึงสามารถเพิ่มระดับอดรีนาลีนในร่างกายได้มากกว่า ทำให้ร่างกายเรามีพลังทั้งกายใจ ทำอะไรรวดเร็วเพื่อให้ทันเวลา เมื่อความกังวลหรือความตึงตัวนั้นลดลง สารนี้จะลดลง ทำให้เกิดอาการสุข (Celine 2012)

นอกจากนี้ สิ่งที่เราควรคำนึงถึงในการออกกำลังกายทุกครั้งนอกจากวิธีการออกกำลังกายแล้ว เราควรคำนึงถึงระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการออกกำลังกายจากการศึกษาที่พบว่าผู้ที่ออกกำลังกายนานติดต่อกันหลายวันและเป็นระยะเวลาหลายเดือน จะมีสุขภาพจิตดีขึ้น โดยผู้ที่ออกกำลังกายแบบ Aerobic จำเป็นที่จะต้องออกกำลังกายติดต่อกันนานหลายวัน เป็นระยะเวลาหลายเดือนและมีความสม่ำเสมอในแต่ละครั้ง ขณะที่ผู้ออกกำลังกายด้วยวิธี Anaerobic ควรออกติดต่อกันนานเป็นระยะเวลาหลายวัน ต่อเดือนจึงจะช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตให้ดีขึ้น ซึ่งการศึกษาในอดีตที่ผ่านมาก็ได้แสดงให้เห็นว่าการออกกำลังกายไม่เพียงแต่จะช่วยลดความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล

ความเจ็บปวดต่างๆ แต่ยังคงสัมพันธ์กับความเข้มข้นของการออกกำลังกายอีกด้วย ซึ่งอย่างน้อยควรออกกำลังกายติดต่อกันมากกว่า 30 นาทีต่อครั้งจะช่วยเพิ่มความสามารถของสมอง (Kramer et al. 2002; Hertzog et al. 2009) การออกกำลังกายในระดับที่เหมาะสมและคงที่ จะมีผลต่อการเพิ่มระดับของเซโรโทนิน (Serotonin) และโดพามีน (Dopamine) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ของคนเรา (Celine 2012) การออกกำลังกายที่ไม่ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าต่อร่างกายมากเกินไปก็ย่อมที่จะส่งผลดีต่อสภาพจิตใจของเราด้วย ขณะที่การออกกำลังกายแบบ Aerobic ติดต่อกันเป็นระยะเวลาหลายเดือนก็ไม่เกิดผลดีต่อร่างกายมากยิ่งขึ้น ดังเช่นการศึกษาของ Doyne et al. (1987) ที่พบว่าผู้หญิงที่มีอาการซึมเศร้าผิดปกติที่ออกกำลังกายด้วยการวิ่งที่อัตราการเต้นของหัวใจร้อยละ 80 ของการเต้นหัวใจที่ความสามารถสูงสุดที่หัวใจจะทำได้ มีสมรรถภาพทางกายเพิ่มขึ้นและมีภาวะซึมเศร้ามลดลง น้อยกว่าผู้หญิงที่มีอาการซึมเศร้าผิดปกติที่ออกกำลังกายด้วยการยกน้ำหนักโดยมีอัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่าร้อยละ 50 ของการเต้นหัวใจที่ความสามารถสูงสุดที่หัวใจจะทำได้ ดังนั้นการออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสมนั้น ควรคำนึงถึงหลักความพอเหมาะพอดีถูกต้องเหมาะสมแก่บุคคลด้วย เพื่อความสมดุลในการสร้างเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิต

การศึกษาการออกกำลังกายของประชากรทั่วประเทศนี้ เป็นการศึกษาหนึ่งที่สามารถยืนยันประโยชน์ที่ได้รับจากการออกกำลังกายที่ไม่เพียงแต่จะก่อให้เกิดผลดีต่อร่างกายเท่านั้น ยังก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพจิตด้วยเพียงแค่ว่าทุกคนได้ขยับร่างกายไม่ว่าจะด้วยรูปแบบใดก็ตาม การออกกำลังกายเป็นกระบวนการหนึ่งที่สำคัญที่จะส่งเสริมสุขภาพของประชากรไทยให้มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น การผนวกเรื่องการออกกำลังกายผ่านการส่งเสริมทั้งทางนโยบายงบประมาณ และการดำเนินการให้ทั่วถึงทั้งประเทศจึงสมควรได้รับการพิจารณาทั้งจากภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มสื่อสารองค์กร สำนักงานเลขานุการกรมอนามัย. 2555. "กรมอนามัย กระตุ้นคนไทย ออกกำลังกายหลังพบเพียงร้อยละ 10 พื้ดพอด้านโรค". ข่าวกรมอนามัย. สืบค้นเมื่อ 25 เมษายน 2555. จาก http://www.anamai.moph.go.th/ewt_news.php?nid=2405&filename=index.
- จิตวา อรจุล. มปป. "วิธีการออกกำลังกาย (Methods of Exercise)". อาจารย์จิตวา: สาขาวิชาพลานามัย. สืบค้นเมื่อ 25 เมษายน 2555 จาก <http://www.mwit.ac.th/~jat/contents/40105/Methods%20of%20Exercise.pdf>.
- เทเวศร์ พิริยะพจน์ วาสนา คุณาอภิสิทธิ์ กำโชค เพ็ญสุวรรณ วินัส ปัทมาภาสพงษ์ วิริยา สุขวงศ์ พริ้มเพรา ผลเจริญสุข ธงชัย เจริญทรัพย์มณี อมรพงศ์ สุธรรมรักษ์ พรสุข หุ่นนิรันดร์ บุญผา ปลื้มสำราญ ธาตุมิ ปลื้มสำราญ และพนมศักดิ์ สวัสดิ์พงษ์. 2542. "การเสริมสร้างคุณภาพชีวิต". โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาหนังสือและโฮมเพจ ชุดพัฒนาสังคมตามแนวพระราชดำริ. สืบค้นเมื่อ 25 เมษายน 2555. จาก <http://www2.swu.ac.th/royal/book6/b6c6t2.html>.
- มานิตย์ วัชรชัยนันท์. 2555. "Exercise 2: ประโยชน์ที่พึงได้จากการออกกำลังกาย". นพ.มานิตย์ วัชรชัยนันท์. สืบค้นเมื่อ 25 เมษายน 2555 จาก <http://vatchainan2.blogspot.com/2012/04/exercise-2.html>.
- สมพล สงวนรังศิริกุล. มปป. "หนังสือชุดข้อเสนอแนะการออกกำลังกายสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข: ข้อเสนอแนะการออกกำลังกายสำหรับเด็ก (อายุ 2-12 ปี)". นนทบุรี: กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- อภิชัย มงคล, ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, ทวี ตั้งเสรี, วัชณี หัตถพนม, ไพรวลัย รมชัย และวรวรรณ จุฑา. 2547. "การพัฒนาและทดสอบดัชนีวัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007)". นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- อภิชาติ จำรัสฤทธิ์รงค์, อุมาภรณ์ ภัทรวานิชย์, ปราโมทย์ ประสาทกุล, รศรินทร์ เกรย์, กวิสรา พชรเบญจกุล, เรวดี สุวรรณนพเก้า และภูวไนย พุ่มไทรทอง. 2554. "สถานการณ์สุขภาพจิตคนไทย: การวิเคราะห์พหุปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และสังคมระดับบุคคลและระดับจังหวัด". โครงการ "รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตประจำปี" ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ภายใต้แผนงาน

สร้างเสริมสุขภาพจิต สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: เอพีพี ปรินทร์ตั้ง กรุ๊ป.

- Amanda, J. D. 2002. "Exercise Therapy and Mental Health in Clinical Populations: Is Exercise Therapy a Worthwhile Intervention?". *Advances in Psychiatric Treatment* 8: 262-270.
- Buchman, B., P., Sallis, J., F., Criqui, M., H., Dimsdale, J., E. & Kaplan, R., M. 1991. "Physical activity, physical fitness, and psychological characteristics of medical students". *Journal of Psychosomatic Research* 35: 197-208.
- Byrne, A., & Byrne, D. G. 1993. "The effect of exercise on depression, anxiety and other mood states: a review". *Journal of Psychosomatic Research* 37: 565-574.
- Cameron, O., G. & Hudson, C., J. 1986. "Influence of exercise on anxiety level in patients with anxiety disorders". *Psychosomatics* 27: 720-723.
- Celine, S. 2012. "An Exercise in Happiness". *The Happy Magazine*. Retrieved April 25, 2012. from <http://thehappymagazine.com/wp-content/uploads/2012/02/WMYH-Exercise-in-Happiness.pdf>.
- Colcombe, S. & Kramer, A. F. 2003. "Fitness effects on the cognitive function of older adults: A meta-analytic study". *Psychological Science* 14: 125-130.
- Dowd, S., Vickers, K. & Krahn, D. 2004. "Exercise for depression: How to get patients moving". *Current Psychiatry* 3: 10-20.
- Doyne, E. J., Ossip-Klein, D. J., Bowman, E. D., Osborn, K. M., McDougall-Willson, I. B. & Neimeyer, R. A. 1987. "Running versus weight-lifting in the treatment of depression". *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 55: 748-754.
- Folkins, C. H. & Sime, W. E. 1981. "Physical fitness training and mental health". *American Psychologist* 36: 373-389.

- Fremont, J. & Craighead, L., W. 1987. "Aerobic exercise and cognitive therapy in the treatment of dysphonic moods". *Cognitive Therapy and Research* 11: 241-251.
- Georgia, S., Mark, B. P., Angela, C. B., Jasper, A. J. S. & Michael W. O. 2006. "Exercise Interventions for Mental Health: A Quantitative and Qualitative Review". *Clinical Psychology: Science and Practice* 13: 179-193.
- Hamer, M. & Chida, Y. 2008. "Exercise and depression: A meta-analysis and critical review". In W. Hansson & E. Olsson (Eds.), *New perspective on women and depression*. New York: Nova Science.
- Hamer, M. & Chida, Y. 2009. "Physical activity and risk of neurodegenerative disease: A systematic review of prospective evidence". *Psychological Medicine* 39: 3-11.
- Hertzog, C., Kramer, A. F., Wilson, R. S. & Lindenberger, U. 2008. "Enrichment effects on adult cognitive development: Can the functional capacity of older adults be preserved and enhanced?". *Psychological Science in the Public Interest* 9: 1-65.
- _____, Kramer, A. F., Wilson, R. S. & Lindenberger, U. 2009. "Fit body, fit mind? Your workout makes you stronger". *Scientific American Mind* 20: 24-31.
- Klein, M. H., Greist, J. H., Gunman, A. S., Neimeyev, R. A., Lesser, D. P., Busuell, N. J. & Smith, R. E. 1985. "A comparative outcome study of group psychotherapy vs. exercise treatments for depression". *International Journal of Mental Health* 13: 148-177.
- Khaw, K. T., Wareham, N., Bingham, S., Welch, A., Luben, R. & Day, N. 2008. "Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: The EPIC-Norfolk Prospective Population Study". *Obstetrical & Gynecological Survey* 63: 376-377.

- Kramer, A. F., Colcombe, S., Erickson, K., et al. 2002. "Effects of aerobic fitness training on human cortical function: a proposal". *Journal of Molecular Neuroscience* 19: 227-231.
- Larun, L., Nordeim, L. V., Ekeland, E., Hagen, K. B. & Heian, F. 2006. "Exercise in prevention and treatment of anxiety and depression among children and young people". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD004591. DOI: 10.1002/14651858.CD004691.pub2.
- McAuley, E. 1994. "Physical activity and psychosocial outcomes". *Physical activity, fitness, and health. IL: Human Kinetics: 551-568.*
- Osterberg, K. L. & Melby, C. L. 2000. "Effect of acute resistance on postexercise oxygen consumption and resting metabolic rate in young women. *International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism* 10: 71-81.
- Ornish, D., Lin, J., Daubenmier, JI, Weidner, G., Epel, E., Kemp., C. & Blackburn, E. H. 2008. "Increased telomerase activity and comprehensive lifestyle changes: A pilot study". *The Lancet Oncology* 9: 1048-1057.
- Peter, H., Natalie, K. & Antti, U. 2000. "Physical Exercise and Psychological Well-Being: A Population Study in Finland". *Preventive Medicine* 30: 17-25.
- Roger, W. 2011. "Lifestyle and mental health". *American Psychologist* 66: 579-592.
- Sara, M. 2011. "Exercise & Cortisol Levels". *Live Strong*. Retrieved April 25, 2012. from <http://www.livestrong.com/article/86687-exercise-cortisol-levels/>.
- Schuenke, M. D., Mikat, R. P. & McBride, J. M. 2002. "Effect of an acute period of resistance exercise on excess post-exercise oxygen consumption: implications for body mass management". *European Journal of Applied Physiology* 86: 411-417.

- Sidhu, K. S., Vandana, P. & Balon, R. 2009. "Exercise prescription: A practical effective therapy for depression". *Current Psychiatry* 8: 39-51.
- Stress Management for Health Course. 2008. "Best Type of Exercise". *Exercise and Stress*. Retrieved April 25, 2011 from <http://stresscourse.tripod.com/id56.html>.
- Sui, X., Laditka, J., Church, T., Hardin, J., Chase, N., Davis, K. & Blair, S. 2009. "Prospective study of cardiorespiratory fitness and depressive symptoms in women and men". *Journal of Psychiatric Research* 43: 546-552.
- Thirlaway, K. & Benton, D. 1992. "Participation in physical activity and cardiovascular fitness have different effects on mental health and mood". *Journal of Psychosomatic Research* 36: 657-665.
- Trapp, E. G., Chisholm, D. J., Freund, J. & Boutcher, S. H. 2008. "The effects of high-intensity intermittent exercise training on fat loss and fasting insulin levels of young women". *International Journal of Obesity* 32: 684-691.
- Tucker, L., A. 1987. "Mental health and physical fitness". *Journal of Human Movement Studies* 13: 267-273.
- World Health Organization. 2005. "Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice: A Report of the World Health and Substance Abuse in Collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne". Geneva: World Health Organization.

สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลกับความเสี่ยง ในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของวัยแรงงานในประเทศไทย

มยุรา จรรยารักษ์¹ อุมาภรณ์ ภัทรวาณิชย์ และมาลี สันภูวรรณ²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลที่มีผลต่อ ความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่มประชากรวัยแรงงาน โดยควบคุมด้วยปัจจัย ระดับบุคคลและปัจจัยระดับชุมชน จากข้อมูลทุติยภูมิของโครงการสำรวจสุขภาพจิตคนไทย ที่ดำเนินการไปพร้อมกับการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2552 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ มีประชากรวัยแรงงานอายุ 15-59 ปี จำนวน 62,229 คน เป็นผู้ให้ข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า ประมาณหนึ่งในสิบของวัยแรงงาน มีความเสี่ยงในการ เกิดปัญหาสุขภาพจิต และสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลส่งผลต่อความเสี่ยงในการเกิด ปัญหาสุขภาพจิตของวัยแรงงานในประเทศไทย โดยที่ผู้ที่ได้รับสวัสดิการข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจน่าจะมีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้ที่ได้รับสวัสดิการจากนายจ้าง จาก หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากระบบประกันสังคม และไม่ได้รับสวัสดิการ อย่างไรก็ตาม ผู้ที่ได้รับสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่า ผู้ที่มีประกันสุขภาพเอกชน นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ประเภทค่าจ้างและรายได้ ปัจจัยระดับชุมชน ได้แก่ ภูมิภาค และเขตที่อยู่อาศัย ส่งผลต่อความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ดังนั้นข้อเสนอแนะจากผลการศึกษาครั้งนี้คือ หนึ่ง รัฐควรเร่งประสานความร่วมมือ ระหว่างกองทุนต่างๆ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำของสิทธิ ประโยชน์ด้านสุขภาพ และ สอง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเพิ่มความรู้อีกเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตไว้ในหลักสูตร การศึกษาระดับประถมศึกษา

คำสำคัญ: สุขภาพจิต สุขภาพจิตวัยแรงงาน สวัสดิการกับสุขภาพจิต

1 งานพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล, โรงพยาบาลศิริราช

2 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

Medical Benefits and Risk of Mental Health Problems among the Working-Age Population in Thailand.

Mayura Junyaruk,¹ Umaporn Pattaravanich and Malee Sunpuwan²

Abstract

This study aimed to compare the mental health of individuals with different medical benefits of the working-age population in Thailand. The research was based on survey data from the Thai Mental Health Project. The data was collected by the National Statistical Office in the 2009 Household Socio-Economic Survey. The sample group included 62,229 respondents aged 15-59 years old. The data was analyzed by Logistic Regression. The results showed that about one-tenth of the working-age population have a risk for mental health. From the Logistic Regression analysis, medical benefits statistically significant affect the risk for mental health of the working-age population. Moreover, individual factors such as gender, marital status, education, occupation, wage, and income as well as community factors such as area, and region, affect the risk for mental health of the working-age population. From the results of this research, it is suggested that 1) the government should enhance to cooperate with the health fund agencies in order to decrease the gap of health inequality rights. 2) The government should add a course for mental health promotion in the curriculum of primary school education.

Keywords: Mental health, Mental health of working-age population, Medical Benefits and mental health

1 Nursing Department, Siriraj Hospital

2 Institute for Population and Social Research, Mahidol University

สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลกับความเสี่ยง ในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของวัยแรงงานในประเทศไทย

มยุรา จรรยาธิษั อุมารณณ์ ภัทรวานิชย์ และมาลี สันภูวรรณ

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคมและเทคโนโลยี ผู้คนในสังคมต้องต่อสู้ ปรับตัวให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น แต่ด้วยข้อจำกัดของบุคคลที่มีความสามารถในการปรับตัวแตกต่างกัน ทำให้บางคนเกิดความขัดแย้งในจิตใจ มีความวิตกกังวล กอดตัน ซึมเศร้าและอาจนำไปสู่ปัญหาการฆ่าตัวตายในที่สุด (วีระ 2539) แต่ละปีประชากรในประเทศไทยที่มีแนวโน้มเกิดปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มสูงขึ้นกว่า 5 ล้านคนต่อปี โดยเฉพาะประชากรวัยแรงงานซึ่งมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุด (สำนักไทยดราม่าก่อนนิวส์ 2555) ขณะเดียวกันสัดส่วนของวัยแรงงานก็เริ่มลดต่ำลงจากการเปลี่ยนผ่านทางโครงสร้างประชากรไปสู่สังคมผู้สูงอายุ ปัญหาสุขภาพจิตจึงเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้วัยแรงงานสูญเสียสุขภาพและลดทอนประสิทธิภาพการทำงาน ทั้งยังเพิ่มภาระให้กับครอบครัวและสังคม

ดังนั้น การส่งเสริมให้วัยแรงงานมีสุขภาพที่ดีจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อเติมเต็มให้วัยแรงงานสามารถดำรงบทบาททางเศรษฐกิจและสังคมได้อย่างมีคุณภาพ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม 2553) สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลเป็นนโยบายทางสังคมที่ภาครัฐจัดสรรไว้เพื่อคุ้มครองสุขภาพของคนในรัฐ แม้ว่าสวัสดิการฯ จะเพิ่มโอกาสให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง แต่พบว่าสิทธิประโยชน์ในการใช้บริการยังขาดความเท่าเทียมกัน จึงก่อให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันทางด้านสุขภาพขึ้น และสำหรับความไม่เท่าเทียมกันทางด้านสุขภาพจิตนั้นยังไม่มีกรวัดด้วยแบบประเมินทางสุขภาพจิตโดยตรง โดยเฉพาะประชากรวัยแรงงานที่กำลังประสบปัญหาดังกล่าว ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของวัยแรงงาน โดยเฉพาะปัจจัยสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล เพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมสุขภาพจิตและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับวัยแรงงาน ทั้งยังนำไปปรับปรุงนโยบายทางสังคมเกี่ยวกับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล อันเป็นรากฐานสำคัญในการนำพาประเทศไทยไปสู่การพัฒนาอย่างมั่นคงต่อไป

แนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

เมื่อมองทางสุขภาพขยายกว้างสู่ความเป็นองค์รวมที่ไม่สามารถแยกออกจากได้ สุขภาพจิตจึงเชื่อมโยงอยู่กับองค์ประกอบอื่นๆ เพื่อประกอบรวมเป็นสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคมและปัญญาหรือจิตวิญญาณ (อภิรักษ์ และคณะ 2552)

สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล เป็นความคุ้มครองทางสุขภาพที่ครอบคลุมร่างกายและจิตใจรวมถึงสุขภาพสังคมในระดับมหภาค ทำให้ประชากรทุกช่วงวัยสามารถใช้บริการทางสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างทั่วถึง โดยไม่ต้องวิตกกังวลกับปัญหาค่ารักษาพยาบาลที่จะตามมา (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม 2552) แต่ประเทศไทยมีสวัสดิการฯ ที่หลากหลาย จึงเกิดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของการใช้บริการทางสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล การใช้จ่ายใหม่ที่อยู่นอกบัญชียาหลัก รวมถึงการได้รับสิทธิการพิเศษบางอย่าง โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีสวัสดิการฯ ข้าราชการมีโอกาสได้รับสิทธิประโยชน์ดังกล่าวมากกว่าผู้ป่วยที่ใช้สวัสดิการฯ จากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบประกันสังคมอย่างเห็นได้ชัด ที่อาจทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพร่างกายที่ต่างกัน ทั้งยังส่งผลต่อความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและการถูกเลือกปฏิบัติจากผู้ให้บริการ (สุพล จุฬารัตน์ และศุภสิทธิ์ 2547; สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ 2554)

แนวคิดวงแหวนสุขภาพของ Byrne (1998) เป็นแนวคิดหนึ่งที่เกี่ยวข้องของสุขภาพของบุคคลกับปัจจัยระดับต่างๆ ตั้งแต่ระดับขั้นในสุดของวงแหวน คือ ปัจจัยระดับบุคคล ระดับถัดมาคือ ปัจจัยระดับชุมชนและปัจจัยระดับสังคม ตามลำดับ ซึ่งผู้วิจัยนำมาใช้เป็นแนวคิดพื้นฐานในการศึกษาครั้งนี้ โดยอธิบายถึงวงแหวนที่ประกอบด้วย วงแหวน 3 ชั้น คือ **วงแหวนขั้นในสุด** เป็นส่วนของปัจเจกบุคคลเกี่ยวกับเชื้อชาติ พันธุกรรม เพศ และอายุ ซึ่งเป็นลักษณะทางชีววิทยาเฉพาะตัวรวมไปถึงพฤติกรรมและความเชื่อส่วนบุคคลที่ทำให้สุขภาพของแต่ละคนแตกต่างกัน โดยที่บุคคลจะได้รับอิทธิพลโดยตรงจากสิ่งแวดล้อมในระดับครอบครัวและชุมชนที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคล (สุวิทย์และพินิจ 2554) **วงแหวนขั้นที่ 2** เป็นความสัมพันธ์ในระดับชุมชนหรือพื้นที่อยู่อาศัยที่ล้อมรอบตัวบุคคลและส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคล การศึกษาของ Shinn and Toohey (2003)

ที่พบว่า พื้นที่หรือบริเวณละแวกบ้านมีผลต่อความกลัวในการเกิดอาชญากรรม ความวิตกกังวล ความซึมเศร้าและความรู้สึกของชุมชนของผู้ใหญ่ ในขณะที่เดียวกันก็เกี่ยวข้องกับสุขภาพของเด็ก โอกาสในการจ้างงาน ปัญหาพฤติกรรม การกระทำผิดของวัยรุ่นและปัญหาความรุนแรงต่างๆ ในบริเวณนั้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเชิงปฏิบัติการในชนกลุ่มน้อยของฟิลิปปินส์ ที่พบว่าชนกลุ่มน้อยสุขภาพแย่กว่าประชาชนทั่วไปนั้นมิสาเหตุมาจากการถูกกีดกันและการปฏิบัติที่ไม่เท่าเทียมกันของคนในชุมชน (Estacio and Marks 2007) และ **วงแหวนชั้นนอกสุด** เป็นความสัมพันธ์เกี่ยวกับปัจจัยทางสังคมในระดับมหภาค เช่น กลไกทางการเมืองที่ส่งผลต่อนโยบายทางสังคมและเศรษฐกิจ หรือนโยบายสาธารณะต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพส่วนบุคคล ตลอดจนเงื่อนไขทางสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพทั้งในเชิงลบและเชิงบวก (Campbell and Murray 2004) เช่น ในการศึกษาของ Conger, Matthews and Elder (1999) พบว่าวิกฤตเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อครอบครัวนำไปสู่ความวิตกกังวลของหนุ่มสาวที่เพิ่มขึ้น และคนที่ยากจนที่สุดในโลกจะมีสุขภาพแย่ที่สุดซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียมกันในเชิงเศรษฐกิจที่นำไปสู่สุขภาพของคนในสังคม (Campbell and Murray 2004)

จากแนวคิดของ Byrne สรุปได้ว่าสุขภาพของบุคคลเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ ตั้งแต่ลักษณะส่วนบุคคลที่เกิดจากปัจจัยทางชีววิทยาตลอดจนพฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคล และสิ่งแวดล้อมที่ล้อมรอบตัวบุคคล ตลอดจนสังคมซึ่งเป็นระบบใหญ่ที่ล้วนแล้วแต่มีปฏิสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อสุขภาพของบุคคลทั้งทางตรงและทางอ้อม ที่เชื่อมโยงถึงกันระหว่างปัจจัยต่างๆ ของวงแหวนสุขภาพแต่ละชั้น และบางครั้งปัจจัยทางสังคมที่อยู่วงแหวนชั้นนอกสุด ก็มีอิทธิพลโดยตรงต่อสุขภาพของบุคคลซึ่งเป็นวงแหวนชั้นใน โดยไม่ผ่านปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมหรือพื้นที่อยู่อาศัยของบุคคลนั้น (วงแหวนชั้นกลาง) ในขณะที่เดียวกันสุขภาพของบุคคลยังสามารถส่งผลกระทบต่อทั้งชุมชนและสังคม

วัตถุประสงค์

เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นปัจจัยระดับสังคมส่งผลต่อความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของวัยแรงงานในประเทศไทย

แหล่งข้อมูล เครื่องมือ และสถิติที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ ในโครงการสำรวจสุขภาพจิตคนไทยที่ดำเนินการโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่รวมอยู่กับการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2552 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในเดือนมกราคม-ธันวาคม พ.ศ. 2552 โดยมีตัวอย่างอายุ 15-59 ปีจำนวน 62,229 คน เป็นผู้ให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถามสุขภาพจิตด้วยตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถามในการสำรวจสภาวะทางสังคม วัฒนธรรมและสุขภาพจิต พ.ศ. 2552 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติร่วมกับกรมสุขภาพจิต สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย แบบสอบถามเกี่ยวกับสภาวะทางสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม และแบบสอบถามสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อของอภิชัย และคณะ (2547) ที่รวมอยู่ในชุดเดียวกันขณะสอบถาม

สำหรับตัวแปรตามที่ใช้ คือ ความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยปรับการแบ่งคะแนนรวมที่ได้จากคำตอบทั้ง 15 ข้อ ของแบบสอบถามวัดสุขภาพจิตฉบับสั้นของอภิชัย และคณะ (2547) จากเกณฑ์เดิมแบ่งคะแนนสุขภาพจิตเป็น 3 กลุ่มได้แก่ 1) 0-27 คะแนน หมายถึงสุขภาพจิตด้อยกว่าคนทั่วไป หรือน่าที่จะมีปัญหาสุขภาพจิต 2) 28-34 คะแนน หมายถึงสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน คือเฉลี่ยเท่ากับคนทั่วไป และ 3) 35-45 คะแนน หมายถึงสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ปรับเปลี่ยนเป็นระดับสุขภาพจิต 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 มีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 0-27 คะแนน และกลุ่มที่ 2 ไม่มีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิต มีคะแนนอยู่ระหว่าง 28-45 คะแนน

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 1 เมื่อพิจารณาตามปัจจัยระดับบุคคล ชุมชนและสังคม พบว่า วัยแรงงานตัวอย่างทั้งหมด 62,229 คน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อย เกือบครึ่งหนึ่งมีอายุอยู่ระหว่าง 40-59 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยที่ 36 ปี สองในสามมีสถานภาพสมรสคู่ ครึ่งหนึ่งจบการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ เป็นเจ้าของกิจการเกือบครึ่งหนึ่ง สามในห้าได้รับค่าจ้างแบบไม่เป็นตัวเงินและไม่แน่นอน รองลงมาได้รับค่าจ้างแบบรายเดือน มีรายได้เฉลี่ย 6,978 บาทต่อเดือน และร้อยละ 68 มีหนี้สินครัวเรือน ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและนอกเขตเทศบาล สองในสามของวัยแรงงานได้รับสวัสดิการจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รองลงมาคือระบบประกันสังคม และสวัสดิการฯ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ตามลำดับ

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยระดับบุคคล ระดับชุมชน และระดับสังคม

(n = 62,229)

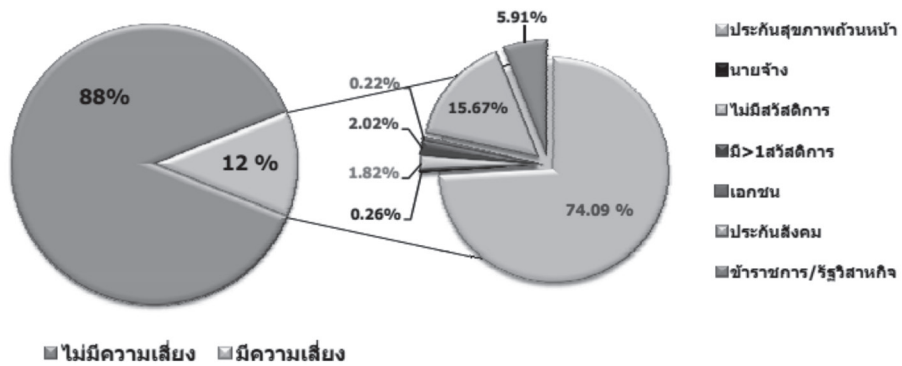
ปัจจัย		จำนวน ร้อยละ		ปัจจัย		จำนวน ร้อยละ	
ปัจจัยระดับบุคคล							
เพศ				หนี้สินครัวเรือน			
-หญิง		31,255	50.2	-ไม่มี		19,914	32.0
-ชาย		30,974	49.8	-มี		42,315	68.0
อายุ อายุเฉลี่ย 35.69 ปี (S.D. = 12.365)				รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,978 บาท (S.D. =10,009.13)			
-อายุ 15-24 ปี		14,709	23.6	ปัจจัยระดับชุมชน			
-อายุ 25-39 ปี		22,435	36.1	เขตที่อยู่อาศัย			
-อายุ 40-59 ปี		25,085	40.3	ในเขตเทศบาล			
สถานภาพสมรส				-นอกเขตเทศบาล			
-โสด		16,989	27.3	ภูมิภาค			
-คู่		41,153	66.1	-กรุงเทพมหานคร			
-หม้าย หย่า แยก		4,087	6.6	-ภาคกลาง			
ระดับการศึกษา				-ภาคเหนือ			
-ประถมศึกษา/น้อยกว่า		28,600	46.0	-ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ			
-มัธยมศึกษาและเทียบเท่า		26,523	42.6	-ภาคใต้			
-อุดมศึกษา		7,106	11.4	ปัจจัยระดับสังคม			
ศาสนา				สวัสดิการการรักษายาบาล			
-นับถือศาสนาพุทธ		59,029	94.9	-ไม่มีสวัสดิการใดๆ			
-ไม่ได้นับถือศาสนาพุทธ		3,200	5.1	-ข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ			
อาชีพ				-หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า			
-ไม่ได้ประกอบอาชีพ		11,652	18.7	-ประกันสังคม			
-ข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ*		4,888	7.9	-ประกันสุขภาพเอกชน			
-เจ้าของกิจการ		26,630	42.8	-สวัสดิการจากนายจ้าง			
-พนักงานเอกชน		17,106	27.5	-มีสวัสดิการ > 1 ประเภท			
-เกษตรกร		1,953	3.1				
ประเภทของค่าจ้าง							
-ค่าจ้างรายชิ้น/รายชั่วโมง		1,608	2.6				
-ค่าจ้างรายวัน/รายสัปดาห์		9,346	15.0				
-ค่าจ้างรายเดือน		13,388	21.5				
-ไม่เป็นตัวเงิน/ไม่แน่นอน		37,887	60.9				

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2552

หมายเหตุ* ข้าราชการ พนักงาน ลูกจ้างในหน่วยงานราชการ และพนักงาน ลูกจ้างในหน่วยงานรัฐวิสาหกิจ

รูปที่ 1 แสดงร้อยละของวัยแรงงานจำแนกตามความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและการกระจายร้อยละของวัยแรงงานที่มีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตจำแนกตามสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2552 พบว่า ร้อยละ 12 ของวัยแรงงานในประเทศไทยมีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิต และวัยแรงงานที่มีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตส่วนใหญ่ได้รับสวัสดิการฯ จากภาครัฐ ได้แก่ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการและพนักงานวิสาหกิจ ร้อยละ 74 ร้อยละ 16 และร้อยละ 6 ตามลำดับ

รูปที่ 1 การกระจายร้อยละของวัยแรงงานที่มีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตจำแนกตามสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2552



ที่มา: คำนวณจากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2552

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของวัยแรงงาน

ก่อนที่จะนำตัวแปรอิสระทั้งหมดไปวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของวัยแรงงาน จะต้องทำการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาเรื่องสหสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรอิสระ (Multicollinearity) ซึ่งผลการทดสอบแสดงอยู่ในภาคผนวก ก. นอกจากนี้ตัวแปรตาม นั่นคือ สวัสดิการการรักษาพยาบาล อาจมีความสัมพันธ์อย่างสูงกับตัวแปรอาชีพบางกลุ่ม เช่น อาชีพ

ข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานภาคราชการ/รัฐวิสาหกิจกับสวัสดิการข้าราชการ ดังนั้น นอกจากผลการแสดงสหสัมพันธ์ในภาคผนวก ก. ที่ค่าสัมประสิทธิ์แสดงสหสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับสวัสดิการรักษายาบาลค่อนข้างต่ำแล้ว ตารางภาคผนวก ข. ได้แสดงสิทธิการรักษายาบาลของเฉพาะกลุ่มอาชีพข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานภาคราชการและรัฐวิสาหกิจ ซึ่งก็แสดงให้เห็นว่ามีเพียงร้อยละ 56 เท่านั้นที่ใช้สิทธิการรักษายาบาลของข้าราชการ

ตารางที่ 2 แสดงค่า Odds-ratios ของปัจจัยที่ส่งผลต่อความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของวัยแรงงานในประเทศไทย ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบทวิภาค และเพื่อให้เห็นอิทธิพลของปัจจัยในแต่ละระดับที่ต้องการศึกษา ผู้วิจัยจึงแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 แบบจำลอง

แบบจำลองที่ 1 เป็นการศึกษาอิทธิพลของปัจจัยสวัสดิการการรักษายาบาล (ปัจจัยระดับสังคม) ที่มีต่อความเสี่ยงของการเกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยไม่ได้นำแปรอื่น ๆ มาพิจารณาร่วมด้วย ซึ่งพบว่า ปัจจัยสวัสดิการการรักษายาบาลมีอิทธิพลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุแบบทวิภาคของปัจจัยที่ส่งผลต่อความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของวัยแรงงาน

ปัจจัย	แบบจำลองที่ 1	แบบจำลองที่ 2
	Odds	Odds ratio
ปัจจัยระดับสังคม (สวัสดิการรักษายาบาล)		
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	2.5881***	1.7399***
ระบบประกันสังคม	2.8162***	1.7200***
ประกันสุขภาพเอกชน	0.7228	0.4991*
สวัสดิการจากนายจ้าง	2.5537*	2.1807*
มีสวัสดิการ > 1 ประเภท	1.2075	0.9828
ไม่มีสวัสดิการใดๆ	3.7170***	1.9425***
ข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ (อ้างอิง)		
ปัจจัยระดับบุคคล		
ชาย (อ้างอิง: หญิง)		0.8767*

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ปัจจัย	แบบจำลองที่ 1	แบบจำลองที่ 2
	Odds	Odds ratio
อายุ		0.9946
โสด		0.5265***
สมรส		0.4608***
หม้าย หย่า แยก (อ้างอิง)		
มัธยมศึกษา และเทียบเท่า		0.7254***
อุดมศึกษา		0.4688***
ประถมศึกษา หรือ น้อยกว่า (อ้างอิง)		
นับถือศาสนาพุทธ (อ้างอิง: ไม่นับถือพุทธ)		0.8934
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ		0.9062
เจ้าของกิจการ		0.7686*
พนักงานเอกชน		0.9753
ไม่ได้ประกอบอาชีพ		0.9235
เกษตรกร (อ้างอิง)		
ค่าจ้างรายเดือน		0.6508***
ค่าจ้างรายชิ้น/รายชั่วโมง		0.9050
ไม่เป็นตัวแทน/ไม่แน่นอน		0.8757
ค่าจ้างรายวัน/รายสัปดาห์ (อ้างอิง)		
รายได้ต่อเดือน		0.9999***
ไม่มีหนี้สิน (อ้างอิง: มีหนี้สิน)		1.0037
ปัจจัยระดับชุมชน		
ภาคกลาง		0.7338***
ภาคเหนือ		0.5045***
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		0.4366***
ภาคใต้		0.3539***
กทม. (อ้างอิง)		
นอกเขตเทศบาล (อ้างอิง: ในเขตเทศบาล)		1.2374***
-Log pseudolikelihood	22,854.068	21,994.666
N	62,229	62,229

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 *** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2552

แบบจำลองที่ 2 ได้นำตัวแปรอื่นๆ เข้ามาพิจารณาร่วมด้วย ซึ่งพบว่า อิทธิพลของปัจจัยสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลยังคงมีผลต่อความเสี่ยงของการเกิดปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ว่างแรงงานที่ได้รับสวัสดิการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ สวัสดิการในระบบประกันสังคม มีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่า ว่างแรงงานที่ได้รับสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ 1.7 เท่า ส่วนว่างแรงงานที่ได้รับสวัสดิการจากนายจ้างและว่างแรงงานที่ไม่ได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลใดเลย มีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าว่างแรงงานที่ได้รับสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจมากถึง 2 เท่า ขณะที่ว่างแรงงานที่ได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลจากประกันสุขภาพเอกชนจะมีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้ที่มีสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจเกือบครึ่งหนึ่ง นอกจากนี้ แบบจำลองที่ 2 ได้แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ประเภทค่าจ้าง รายได้ต่อเดือน และปัจจัยระดับชุมชน ได้แก่ เขตที่อยู่อาศัย และภูมิภาค ส่งผลต่อความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของว่างแรงงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ว่างแรงงานชายจะมีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่าว่างแรงงานหญิง ว่างแรงงานที่เป็นโสด หรือสมรสจะมีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่าว่างแรงงานที่เป็นหม้าย หย่าหรือแยก ว่างแรงงานที่จบการศึกษาในระดับสูงจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตลดลง โดยพบว่าว่างแรงงานที่จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา/อนุปริญญาหรือเทียบเท่า จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่าว่างแรงงานที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือน้อยกว่า ขณะที่ว่างแรงงานที่จบการศึกษาในระดับอุดมศึกษาจะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่าว่างแรงงานที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือน้อยกว่า

ว่างแรงงานที่เป็นเจ้าของกิจการมีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่า เกษตรกร ว่างแรงงานที่ได้รับค่าจ้างเป็นรายเดือนจะมีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่าว่างแรงงานที่ได้รับค่าจ้างเป็นรายวันหรือรายสัปดาห์ เมื่อพิจารณาที่ปัจจัยระดับชุมชน โดยเปรียบเทียบความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตระหว่างว่างแรงงานที่อยู่ภูมิภาคต่างๆ ของประเทศ ได้แก่ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้กับกรุงเทพมหานคร พบว่า ว่างแรงงานที่อยู่ภาคกลาง เหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และได้มีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่าว่างแรงงานที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร

และเป็นที่น่าสังเกตว่าวัยแรงงานที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล 1.2 เท่า

สรุปและอภิปรายผล

จากข้อมูลทั่วไป พบว่ามีวัยแรงงานของไทยประมาณหนึ่งในสิบที่มีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิต และจากการวิเคราะห์ข้อมูล ค้นพบประเด็นที่น่าสนใจ คือ สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลส่งผลต่อความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของวัยแรงงาน ทั้งที่สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลเป็นนโยบายระดับสังคมที่รัฐมีหน้าที่ให้ความคุ้มครองด้านสุขภาพแก่ประชาชนในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ตามกฎหมายของประเทศไทย (ยุพิน และพูลสุข 2554) ซึ่งโดยภาพรวมการที่วัยแรงงานได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล ย่อมทำให้วัยแรงงานที่เจ็บป่วยด้วยอาการทางร่างกาย หรืออาการเจ็บป่วยทางจิตใจมีสุขภาพดีขึ้น เพราะสามารถเข้าถึงยารักษาโรคได้ โดยไม่ต้องวิตกกังวลเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้น (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม 2554) ทั้งยังอาจลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว แต่จากประเทของสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลที่มีความหลากหลายในประเทศไทย โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบระหว่างสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของภาครัฐ ได้แก่ สวัสดิการฯ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ สวัสดิการฯ จากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสวัสดิการฯ จากระบบประกันสังคม พบว่า วัยแรงงานที่ได้รับสวัสดิการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือสวัสดิการในระบบประกันสังคม มีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าวัยแรงงานที่ได้รับสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจถึงกว่า 1.7 เท่า ทั้งนี้ น่าจะมีสาเหตุจากความแตกต่างขององค์กรที่รับผิดชอบการดำเนินงานของแต่ละกองทุน ตลอดจนงบประมาณในการให้ความสนับสนุน ทำให้สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลแต่ละประเภท มีรูปแบบ กฎเกณฑ์ วิธีการ และอัตราการจ่ายเงินแตกต่างกัน จนก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์ในการรับบริการด้านการรักษาพยาบาล (สัมฤทธิ์ 2554; สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย 2554) สะท้อนให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำของนโยบายทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของบุคคลในวัยแรงงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และส่วนหนึ่งอาจเป็นผลมาจากการจัดลำดับขั้นทางสังคมที่เกี่ยวข้อง

กับรัฐ ระบบเศรษฐกิจและความไม่เท่าเทียมกันทางสังคม ที่เบียดขับและแบ่งแยก
 ้วยแรงงานออกจากกัน ตามลำดับขั้นทางอาชีพด้วยเหตุผลเกี่ยวกับความมีเกียรติ ความมั่นคง
 และความมั่งอานาจ ตลอดจนความสามารถในการเป็นที่พึ่งพิง และฐานะทางเศรษฐกิจ
 ของคนในสังคม (Turner 1995; สุภางค์ 2534; จำนง และคณะ 2547) เห็นได้จาก
 กลุ่มคนยากจนและยากจนที่สุดจะมีสวัสดิการฯ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นส่วนใหญ่
 ขณะที่กลุ่มคนร่ำรวยถึงร่ำรวยที่สุดจะมีสวัสดิการฯ อยู่ในระบบประกันสังคมและสวัสดิการฯ
 ข้าราชการ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ 2554)

ทั้งนี้ยังพบอีกว่า้วยแรงงานที่มีสวัสดิการฯ จากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และ
 สวัสดิการฯ ในระบบประกันสังคม มีข้อจำกัดเกี่ยวกับการใช้ยาในครอบครัวหลัก
 แห่งชาติ การทำหัตถการบางประเภท และระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลแตกต่างจาก
 สวัสดิการฯ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ (สุพล จุฬารณณ์ และศุภสิทธิ์ 2547; สำนักนโยบาย
 และยุทธศาสตร์ 2554) อาจทำให้วยแรงงานที่มีสวัสดิการฯ จากหลักประกันสุขภาพถ้วน
 หน้าและสวัสดิการฯ ในระบบประกันสังคมได้รับการตอบสนองด้านสุขภาพร่างกายและ
 จิตใจน้อยกว่า้วยแรงงานที่ได้รับสวัสดิการฯ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ สอดคล้องกับการ
 ศึกษาความแตกต่างในจำนวนวันนอนและการเข้ารับรักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยเบาหวาน
 ระหว่างระบบประกันสุขภาพ ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ใช้สวัสดิการฯ ข้าราชการ
 มีระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาลนานกว่าสวัสดิการฯ จากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 และสวัสดิการฯ จากระบบประกันสังคม โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ใช้สวัสดิการฯ จากหลัก
 ประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีอัตราเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 30 วันหลังกลับบ้านสูงกว่าผู้ป่วย
 สวัสดิการฯ ข้าราชการ (เจเต็จ 2553) และข้อมูลปี 2552 ชี้ให้เห็นว่ารัฐบาลจ่ายเงิน
 สนับสนุนให้ผู้ที่มีสวัสดิการฯ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในอัตราเฉลี่ย 2,393 บาท
 ต่อคนต่อปี ส่วนระบบประกันสังคมได้รับเงินอุดหนุนในเรื่องสุขภาพเฉลี่ย 3,133 บาท
 ต่อคนต่อปี ขณะที่ผู้ที่อยู่ภายใต้สวัสดิการฯ ข้าราชการได้รับการอุดหนุนสูงถึง 12,365
 บาทต่อคนต่อปี (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย 2554) ซึ่งมีความแตกต่างกัน
 อย่างเห็นได้ชัด จนอาจทำให้วยแรงงานเกิดความรู้สึกคับข้องใจเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์
 ด้านการรักษาพยาบาลที่ไม่เท่าเทียมกัน เพราะความแตกต่างของจำนวนเงินอุดหนุน กอปร
 กับสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพของสวัสดิการฯ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และระบบ
 ประกันสังคมเป็นสิทธิเฉพาะตัวไม่ครอบคลุมถึงบุคคลในครอบครัว และเป็นสวัสดิการฯ

ที่มีรูปแบบการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวรวมกับการจ่ายตามรายกิจกรรม จึงอาจทำให้วัยแรงงานรู้สึกขาดความมั่นคงปลอดภัยในการได้รับการตอบสนองความต้องการทางสุขภาพ ทั้งของตนเองและคนในครอบครัว ตลอดจนการได้รับบริการที่ขาดคุณภาพ เพราะผู้ให้บริการไม่มีแรงจูงใจในการให้บริการ (สัมฤทธิ์ 2554) นอกจากนี้วัยแรงงานที่เป็นผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมจะต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนร่วมกับนายจ้างและรัฐบาล ทุกๆ เดือน เพื่อให้ได้รับความคุ้มครองอย่างต่อเนื่อง (สัมฤทธิ์ 2554) จึงอาจทำให้วัยแรงงานมีความกังวลเกี่ยวกับความเพียงพอของรายได้ที่เหลืออยู่ในแต่ละเดือน ด้วยเหตุผลข้างต้นวัยแรงงานที่ได้รับสวัสดิการฯ จากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และระบบประกันสังคม จึงอาจเกิดความวิตกกังวลเมื่อตนเอง หรือคนในครอบครัวเจ็บป่วย ส่งผลให้วัยแรงงานที่มีสวัสดิการฯ ดังกล่าวมีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าวัยแรงงานที่ได้รับสวัสดิการฯ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับวัยแรงงานที่ได้รับสวัสดิการฯ จากนายจ้าง และวัยแรงงานที่ไม่มีสวัสดิการฯ ใดๆ พบว่า มีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าวัยแรงงานที่ได้รับสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจถึง 2 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเพราะสิทธิประโยชน์ของสวัสดิการฯ ที่นายจ้างจัดสรรให้ลูกจ้างนั้น เป็นสวัสดิการฯ ที่อยู่นอกเหนือข้อกำหนดของกฎหมาย สิทธิประโยชน์ดังกล่าวจึงขึ้นอยู่กับนายจ้างว่าจะจัดสรรค่าใช้จ่ายในการขดเขยค่ารักษาพยาบาลหรือเพิ่มเติมความคุ้มครองทางสุขภาพให้กับลูกจ้างอย่างไร โดยนายจ้างสามารถแก้ไข เปลี่ยนแปลง เพิ่มเติมหรือยกเลิกสวัสดิการฯ นั้นได้ตลอดเวลา (วรเศรษฐ์ 2552) ดังนั้นเมื่อนายจ้างยกเลิกสวัสดิการฯ ที่ให้กับลูกจ้าง หรือลดทอนสิทธิประโยชน์บางอย่างลง วัยแรงงานที่อยู่ในฐานะลูกจ้างอาจไม่ได้รับความคุ้มครองทางสุขภาพตามที่ต้องการ เช่นเดียวกับวัยแรงงานที่ไม่ได้รับสวัสดิการฯ ใดๆ นั่นเอง

วัยแรงงานที่ได้รับสวัสดิการฯ ประกันสุขภาพเอกชนมีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่าวัยแรงงานที่ได้รับสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ อาจเนื่องมาจากสิทธิประโยชน์ของสวัสดิการฯ ประกันสุขภาพเอกชน ขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ซื้อประกันเป็นหลักว่าต้องการความคุ้มครองและครอบคลุมมากน้อยเพียงใด ทำให้วัยแรงงานที่มีสวัสดิการฯ ประเภทนี้ได้รับการตอบสนองด้านสุขภาพตามความต้องการมากกว่าสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ แต่อย่างไรก็ตามการซื้อความคุ้มครองทางสุขภาพ

จากภาคเอกชนนี้ ควรต้องคำนึงถึงความสามารถในการจ่ายเบี้ยประกัน และข้อสัญญาที่ตกลงร่วมกันระหว่างผู้ซื้อกับบริษัทประกันด้วยเนื่องจากเป็นค่าใช้จ่ายที่วัยแรงงานต้องจ่ายเงินล่วงหน้าเพื่อเป็นหลักประกันทางสุขภาพในเวลาเจ็บป่วย ซึ่งจากข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มีวัยแรงงานเพียงร้อยละ 1 เท่านั้นที่มีประกันสุขภาพเอกชนเพียงอย่างเดียว ส่วนวัยแรงงานที่มีสวัสดิการมากกว่า 1 ประเภทนั้น ผู้วิจัยคาดว่าวัยแรงงานอาจมีสวัสดิการฯ หลักที่ได้รับจากภาครัฐประเภทใดประเภทหนึ่งอยู่ก่อนแล้ว และอาจได้รับสวัสดิการฯ จากนายจ้างอีกอย่างหนึ่ง หรือวัยแรงงานอาจซื้อประกันสุขภาพเอกชนเพิ่มเพื่อเสริมสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น ดังนั้นวัยแรงงานจึงได้รับการแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการเจ็บป่วย ซึ่งเพิ่มความมั่นคงทางสุขภาพให้กับวัยแรงงานมากขึ้นตามลำดับ (สุวณี 2547) ทำให้วัยแรงงานที่ได้รับสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจและวัยแรงงานที่มีสวัสดิการมากกว่า 1 ประเภทมีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

นอกจากสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลจะมีผลต่อความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของวัยแรงงานแล้ว ปัจจัยระดับบุคคล และปัจจัยระดับชุมชน ยังมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยวัยแรงงานชายมีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่าวัยแรงงานหญิง วัยแรงงานที่เป็นโสดหรือมีคู่สมรสน่าจะมีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่าวัยแรงงานที่เป็นหม้าย หย่าหรือแยกวัยแรงงานที่จบการศึกษาในระดับสูงจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตลดลง วัยแรงงานที่เป็นเจ้าของกิจการมีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่าเกษตรกร วัยแรงงานที่ได้รับค่าจ้างเป็นรายเดือนมีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่าวัยแรงงานที่ได้รับค่าจ้างเป็นรายวันหรือรายสัปดาห์ และเมื่อรายได้ต่อเดือนเพิ่มขึ้นวัยแรงงานจะมีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตลดลง วัยแรงงานที่อยู่ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้มีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่าวัยแรงงานที่อยู่กรุงเทพมหานคร แต่วัยแรงงานที่อยู่นอกเขตเทศบาลกลับมีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล

สุขภาพเป็นองค์ประกอบรวมของทุกมิติในชีวิต ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและปัญญา ดังนั้นสุขภาพของบุคคลในวัยแรงงานจึงยึดโยงอยู่กับปัจจัยระดับต่างๆ ทั้งลักษณะ

เฉพาะตัวที่แตกต่างกันของปัจเจกบุคคล ตลอดจนความสัมพันธ์กับครอบครัว ภายใต้อุปสรรค โรงเรียนและสถานที่ทำงาน ล้วนส่งผลต่อพฤติกรรมส่วนบุคคล ซึ่งเป็นวงแหวนชั้นใน ทำให้สุขภาพของแต่ละคนแตกต่างกัน ทั้งยังเชื่อมโยงอยู่กับความสัมพันธ์ในระดับชุมชนตามภูมิภาคและเขตที่อยู่อาศัยของวงแหวนชั้นกลาง ภายใต้นโยบายทางสังคมเกี่ยวกับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลที่ห้อมล้อมอยู่ชั้นนอกสุด จนนำไปสู่ความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่แตกต่างกันของวัยแรงงาน อันเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างชั้นของวงแหวนที่มีผลต่อสุขภาพบุคคลทั้งทางตรงและทางอ้อม ตามแนวคิดวงแหวนสุขภาพของ Byrne เพราะนอกจากปัจจัยส่วนบุคคลจะส่งผลต่อสุขภาพจิตแล้ว ปัจจัยสนับสนุนทางครอบครัว ชุมชน การทำงาน ตลอดจนสิ่งแวดล้อมยังส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดีได้ (อภิชาติ และคณะ 2552) และอีกนัยหนึ่งสุขภาพจิตก็มีอิทธิพลต่อสุขภาพโดยรวมของบุคคล ตลอดจนครอบครัวที่อยู่ใต้อุปสรรค ชุมชนและสังคมเดียวกัน เพราะเมื่อบุคคลมีปัญหาทางสุขภาพ ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้คนในครอบครัว องค์กร ชุมชนและสังคมที่ห้อมล้อมตัวบุคคล (Dalton et al. 2007) อันเป็นปฏิสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงระหว่างบุคคลและสังคมตลอดเวลา (Byrne 1998)

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. รัฐบาลควรประสานความร่วมมือระหว่างกองทุนเพื่อลดความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ
2. การผลการศึกษาพบว่าผู้ที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาที่มีความเสี่ยงกับปัญหาสุขภาพจิต ดังนั้น หากเป็นไปได้ รัฐบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิต หรือการสร้างเสริมความเข้มแข็งด้านจิตใจไว้ตั้งแต่ในหลักสูตรของการศึกษาระดับประถมศึกษา

เอกสารอ้างอิง

- จเด็จ ธรรมรัชชอารี. 2553. ความแตกต่างในจำนวนวันนอนและการเข้ารักษาซ้ำแบบผู้ป่วย
ในของผู้ป่วยเบาหวานระหว่างระบบประกันสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข.
- จำนง อติวัฒน์สิทธิ และคณะ. 2547. สังคมวิทยา. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัย
เกษตรศาสตร์.
- ยุพิน อังสุโรจน์และพูลสุข หิงคานนท์. 2554. การกำหนดนโยบายและการวางแผนด้าน
สุขภาพ. ประมวลสาระชุดวิชา ระบบสุขภาพและการบริการหน่วยที่ 10. นนทบุรี:
โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- วรเศรษฐ์ เผือกสกนธ์. 2552. "สวัสดิการ...ให้แล้วห้ามเปลี่ยนจริงหรือ???". ธรรมนิติ.
สืบค้นเมื่อ 25 กันยายน 2554 จาก (<http://www.dlo.co.th/node/220>)
- วีระ ไชยศรีสุข. 2539. สุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: แสงศิลป์การพิมพ์.
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2552. สุขภาพคนไทย 2552.
กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์พรินติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.
- _____. 2553. สุขภาพคนไทย 2553. กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์พรินติ้งแอนด์
พับลิชชิ่ง.
- _____. 2554. สุขภาพคนไทย 2554. กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์พรินติ้งแอนด์
พับลิชชิ่ง.
- สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. 2554. ผู้ระบบสวัสดิการสังคมถ้วนหน้าในปี
พ.ศ. 2560. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนา
ประเทศไทย.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และพินิจ ฟ้าอำนวยผล. 2554. ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ.
ประมวลสาระชุดวิชา ระบบสุขภาพและการบริการ หน่วยที่ 2. นนทบุรี: โรงพิมพ์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. 2554. การบริหารจัดการการคลังระบบบริการสาธารณสุข.
ประมวลสาระชุดวิชา ระบบสุขภาพและการบริการ หน่วยที่ 11. นนทบุรี: โรงพิมพ์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

- สำนักข่าวไทยดราม่าออนไลน์. 2555. "สธ.เผยคนไทยมีปัญหาสุขภาพจิตกว่า-5-ล้านคน-โรค-จิตเภท-มาอันดับ-1" เว็บไซต์มีสาระสำนักข่าวไทยดราม่าออนไลน์. สืบค้นเมื่อ 11 ตุลาคม 2555 จาก http://www.thaidragonnews.com/index.php?option=com_content&view=article&id=331:-5-qg-1-&catid=30:2010-06-23-04-23-17&Itemid=76)
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. 2554. การสาธารณสุขไทย 2551-2553. กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, จุฬารัตน์ ลิ้มวัฒนานนท์, ศุภสิทธิ์ พรธนนารุโณทัย. 2547. รายงานการวิจัยค่าใช้จ่ายและการใช้ยาของผู้ป่วยที่รับการรักษาจากโรงพยาบาล: ผลกระทบของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สุภางค์ จันทวานิช. 2534. การจัดช่วงชั้นทางสังคม: เกียรติภูมิของอาชีพต่างๆ ในสังคมไทย. รายงานผลการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวณี สุรเสียงสังข์. 2547. การประกันสุขภาพภาคเอกชนในประเทศไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- อภิรักษ์ มงคลและคณะ. 2552. รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007). กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสมรรถนะการเกษตรแห่งประเทศไทย.
- Byrne, D. 1998. Complexity theory and the social sciences: an introduction. London: Routledge.
- Campbell, C. and Murray, M. 2004. "Community health Psychology: Promoting analysis and action for social change". Journal of health psychology 9 (2): 187-195 .
- Conger, R., Conger, K., Matthews, L., & Elder, G. 1999. "Pathways of economic influence on adolescent adjustment". American Journal of Community Psychology 27: 519-541.
- Dalton, James, H., Elias, Maurice, J. and Wandersman, A. 2007. Community Psychology Linking Individuals and Communities. USA: Thomson.

Estacio, E.,V. and Marks,D., F. 2007. "Health Inequity and Social Injustice for the Aytas in the Philippines: Critical Psychology in Action". Journal for Social Action in Counseling and Psychology 1: 40-57.

Shinn, M.and Toohey, S. 2003. "Community contexts of human welfare". Annual Review of Psychology 54: 427-459.

Turner, B.S. 1995. Medical Power and Social Knowledge. London: Sage.

**ภาคผนวก
ภาคผนวก ก.**

ตารางแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม

ตัวแปร	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	X10	X11	X12	X13	X14	Y	
เพศ	X 1	1														
อายุ	X 2	-0.17**	1													
สถานภาพสมรส	X 3	.056**	.171**	1												
ระดับการศึกษา	X 4	.029**	-.328**	-.099**	1											
ศาสนา	X 5	.001	.056**	-.005	.017**	1										
อาชีพ	X 6	.121**	.101**	.074**	-.199**	.008*	1									
ประเภทค่าจ้าง	X 7	-.109**	.064**	.007	-.060**	.011**	-.456**	1								
จำนวนวันทำงานต่อเดือน	X 8	-.126**	.003	-.002	-.251**	-.004	-.288**	.769**	1							
จำนวนชั่วโมงทำงานต่อวัน	X 9	-.129**	.052**	.009*	-.251**	-.013**	-.396**	.838**	.892**	1						
รายได้คน/เดือน	X 10	.001	.076**	-.014**	.311**	.044**	-.071**	-.012**	-.126**	-.118**	1					
การมีหนี้สินในครัวเรือน	X 11	.002	-.036**	-.137**	.017**	-.061**	.011**	-.022**	.018**	-.008*	-.003	1				
ภาคที่อยู่อาศัย	X 12	-.005	.023**	.046**	-.042**	-.205**	-.052**	.067**	.039**	.103**	-.070**	-.074**	1			
เขตที่อยู่อาศัย	X 13	-.010*	-.010*	-.071**	.227**	.046**	-.082**	.011**	-.045**	-.065**	.151**	.123**	-.060**	1		
สวัสดิการรักษายาบาล	X 14	.015**	-.111**	-.021**	.055**	.009*	.194**	-.090**	-.038**	-.116**	.031**	-.115**	.015**	1		
ความเสี่ยง	Y	-.025**	-.004	-.080**	-.086**	.011**	.026**	-.031**	.005	.000	-.056**	.037**	-.079**	.010*	.003	1
ในการเกิดปัญหาสุขภาพจิต																

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางข้างต้นเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม พบว่า มีความสัมพันธ์กันทั้งในทางบวกและทางลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง -0.086 ถึง 0.037 และเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกัน พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง -0.456 ถึง 0.892 ซึ่งมีตัวแปรอิสระบางตัวที่มีความสัมพันธ์กันเกิน 0.65 (Damondar Gujarati 1995) ทำให้มีปัญหา Multicollinearity ได้จึงนำตัวแปรอิสระออกบางตัว ได้แก่ ตัวแปรจำนวนวันทำงานต่อเดือน X8 และ จำนวนชั่วโมงทำงานต่อวัน X9

ภาคผนวก ข.

สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล (เฉพาะอาชีพ ข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานภาคราชการ/
รัฐวิสาหกิจ)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0-ไม่มีสวัสดิการใดๆ	24	.5	.5	.5
1-ข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ	2710	55.5	55.5	55.9
2-หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	691	14.1	14.1	70.1
3-ประกันสังคม	1182	24.2	24.2	94.3
4-ประกันสุขภาพเอกชน	10	.2	.2	94.5
5-สวัสดิการจากนายจ้าง	9	.2	.2	94.7
6-มีสวัสดิการ > 1 ประเภท	261	5.3	5.3	100.0
Total	4888	100.0	100.0	

สุขภาพทางจิตของสตรีมุสลิมหลังสิ้นสุดชีวิตคู่

อัลญานัน สมุห์เสนีโต¹

บทคัดย่อ

บทความนี้ นำเสนอในประเด็น 1) การหย่าร้างในศาสนาอิสลามเป็นอย่างไร 2) สุขภาวะทางจิตของผู้หญิงมุสลิมหลังสิ้นสุดชีวิตคู่เป็นอย่างไร จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นสตรีมุสลิมที่สิ้นสุดชีวิตคู่ตามหลักศาสนาอิสลาม อาศัยอยู่ในจังหวัดปัตตานี ผลจากการสัมภาษณ์รายงานว่ ส่วนใหญ่ผู้ชายมุสลิมไม่ได้ปฏิบัติตามหลักการหย่าร้างในศาสนาอิสลามในการเลี้ยงดูและจ่ายค่าอุปการะแก่ภรรยาเดิมและบุตร ในด้านสุขภาพทางจิตของสตรีมุสลิมหลังการสิ้นสุดชีวิตคู่ พบว่า แม้ว่าช่วงแรกจะมีอาการเศร้าซึมและไม่สามารถยอมรับตนเองในสถานภาพที่เปลี่ยนไปได้ แต่เมื่อทำใจยอมรับได้ในระยะเวลาต่อมา ทำให้มีสุขภาพจิตดีขึ้นและส่งผลต่อด้านเศรษฐกิจดีขึ้นตามลำดับ ทั้งนี้ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ตนเองมีกำลังใจเข้มแข็งมากขึ้น เพราะมีบุตรเป็นกำลังใจ สำหรับผู้ที่ไม่มียุตรสุขภาพจิตดีขึ้น เพราะการยอมรับในสิ่งที่ตนเองเป็นอยู่และไม่มองตนเองตามบรรทัดฐานทางสังคม แต่เลือกที่จะให้สังคมมองตนเองตามที่ตนเองเป็น

คำสำคัญ: การสิ้นสุดชีวิตคู่, สุขภาพจิต

1 หน่วยวิจัยอนามัยเจริญพันธุ์ของชาวไทยมุสลิมในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

Mental health of Thai-Muslim women after termination of marriage

Anlaya Smuseneto¹

Abstract

This paper aims to present the general overview of Muslim divorce, with a particular emphasis on the mental health of Muslim females due to their marriage termination. This study was carried out by intensive interviews with Thai-Muslim women in Pattani Province, all of whom were divorced or separated from their husbands by the Muslim rules. It has revealed that most Thai-Muslim males did not abide by the Muslim rules of divorce, especially concerning maintenance given to their former wives and, if any, children. Regarding mental health of wives after marriage termination, depression and self-denial occurred in the first instance. However, when they were able to accept their changing marital status, their mental health gradually improved and this also contributed to their better economy. A major factor leading to such improvements was their children's emotional support. For those without children, self-acceptance, self-esteem, and spiritual independence from social injustice are the keys to their well-being.

Keywords: Marriage termination, Mental health

¹ Reproductive Health of Thai-Muslims in the Southernmost Border of Thailand Research Unit, Faculty of Humanities and Social Sciences Prince of Songkla University, Pattani Campus

สภาวะทางจิตของสตรีมุสลิมหลังสิ้นสุดชีวิตคู่

อัลญานน์ สมุห์เสนีโต

บทนำ

ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานในการผลิตสมาชิกให้กับสังคม รวมทั้งการสร้างให้สมาชิกเหล่านี้เป็นพลเมืองที่มีคุณภาพต่อการพัฒนาประเทศชาติ ยิ่งไปกว่านั้นครอบครัวยังเป็นสถาบันที่ช่วยเหลือเกื้อกูล ดูแล และช่วยกันสนับสนุน สมาชิกในครอบครัวซึ่งกันและกัน ดังนั้นสมาชิกครอบครัวควรรู้หน้าที่ของตนและปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของแต่ละคนเพื่อธำรงไว้ซึ่งครอบครัวที่มีความสุข แต่การอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวอย่างมีความสุขนั้นไม่ได้เกิดขึ้นได้กับทุกครอบครัว เมื่อใดก็ตามที่คู่สมรสไม่สามารถอยู่ร่วมกันได้จึงเกิดปัญหาการหย่าร้างตามมา (พรรณทิพย์ 2551: 25) ยิ่งไปกว่านั้นครอบครัวที่มีศาสนาเป็นตัวกำหนดในการดำเนินชีวิตอย่างเคร่งครัด อย่างเช่นศาสนาอิสลาม ที่ถือว่าการมีครอบครัวและการธำรงไว้ซึ่งครอบครัวนั้นมีความสำคัญมาก และยังสนับสนุนให้บรรดามุสลิมทั้งหลายมีการสมรส เพราะการสมรสถือเป็นการประกอบศาสนกิจประการหนึ่ง ดังนั้นการสมรสในศาสนาอิสลามมิใช่การใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันเพียงชั่วคราว แต่เป็นการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันไปจนชั่วชีวิต ซึ่งบทบัญญัติตามหลักศาสนาอิสลามประสงค์ให้ความผูกพันระหว่างสามีภรรยาเต็มไปด้วยความรัก ความเห็นอกเห็นใจ และให้ต่างฝ่ายต่างพยายามปรับตัวเข้าหากันเพื่อให้ชีวิตสมรสมีความราบรื่นตลอดไปและไม่ปรารถนาที่จะให้เกิดการหย่าร้าง แต่การใช้ชีวิตคู่กันไม่ได้ราบรื่นเสมอไป บางครอบครัวอาจอยู่ได้เพียงชั่วคราว บางคู่อพยพอยู่ด้วยกันนาน ซึ่งคู่สมรสใดที่อยู่ด้วยกันนานนั้นก็ถือเป็นการโชคดียิ่งของคู่นั้น นอกจากนั้นศาสนาอิสลามยังให้คู่อที่มีความขัดแย้งกันนั้นพยายามปรับความเข้าใจกันให้ได้ เมื่อไม่สำเร็จจึงต้องอาศัยผู้ไกล่เกลี่ย เพราะหลักการในศาสนาอิสลามไม่ต้องการให้ชีวิตคู่แยกกันโดยการหย่า แต่ถ้าหากว่าทั้งคู่ไม่มีทางเลือกอื่นแล้วนอกจากการหย่า หลักการในศาสนาอิสลามก็อนุญาตให้ทั้งคู่หย่าขาดจากกันได้ เพราะถ้าฝืนอยู่ต่อไปเป็นการทรมานจิตใจของทั้งสองฝ่าย (Zaidan 1976:108 อ้างถึงใน อับดุลเราะมาน 2547:3)

ตามหลักบัญญัติของศาสนาอิสลามในอัลกุรอาน กล่าวไว้ว่า “ศาสนาอิสลามไม่ประสงค์ที่จะให้ชีวิตของคุณ์สมรสอยู่ในสภาพที่ขัดแย้งกัน ทะเลาะกันตลอดเวลา โดยปราศจากความรัก ความอบอุ่นและความเมตตาปรานีต่อกัน หรือใช้ชีวิตด้วยการแยกกันอยู่ โดยไม่มีการหย่า” ตามหลักศาสนาอิสลามได้กำหนดทางเลือกที่มีผลกระทบน้อยที่สุด เพื่อหลีกเลี่ยงผลกระทบที่รุนแรงกว่า กล่าวคือ มีการเปิดโอกาสให้ทั้งสองหย่ากันได้ เพราะการบังคับให้ทั้งสองอยู่ด้วยกันถือเป็นการทรมานจิตใจของทั้งสองฝ่ายเป็นอย่างมาก และนำไปสู่ปัญหาที่สลับซับซ้อนอย่างไม่สิ้นสุด สามิที่แสดงกิริยามารยาทหยาบคายต่อภรรยาแสดงให้เห็นว่าความสัมพันธ์ที่ดีถูกบั่นทอน และส่งผลให้เกิดความเลวร้ายแก่ครอบครัวตามมา โดยเฉพาะกรณีที่สามิไม่ได้ทำร้ายภรรยาผู้เดียว หากแต่ทำร้ายบุตรธิดาของตนอีกด้วย จนมีคำกล่าวว่า “การจดทะเบียนสมรสยังเป็นใบอนุญาตอย่างถูกต้องกฎหมายให้สามิทำร้ายภรรยาได้อีกด้วย” (อิสระ 2540: 2) จากบทบัญญัติดังกล่าว การตีความประเด็นการหย่าร้างในศาสนาอิสลามมีหลากหลายความหมายและคำอธิบาย แต่ก็มีความคล้ายคลึงกัน ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส ซึ่งอ้างอิงจากอับดุลเราะมัน (2547: 45) กล่าวว่า โดยหลักการศาสนาอิสลามหากชีวิตคู่ล้มเหลวก็มีทางออกคือ การเปิดประตูการหย่าไว้เป็นอาวุธสำหรับผู้ชายในการใช้แก้ปัญหาชีวิตคู่ ในกรณีที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาและหมดหนทางในการไกล่เกลี่ยภายหลังจากการใช้กระบวนการที่หลักบัญญัติศาสนาอิสลามได้กำหนดไว้ทั้งหลายแล้ว และไม่ประสบผล แต่ก็ไม่ได้เปิดโอกาสสำหรับผู้หญิง เพื่อไว้เป็นทางเลือกในการแก้ปัญหาความไม่ลงรอยที่ไม่สามารถใช้ชีวิตร่วมกับสามิของตนเอง โดยวิธีเสนอค่าตอบแทนในการหย่าของสามิ หรือวิธีฟ้องศาลให้หย่า เมื่อภรรยาได้รับความเดือดร้อนที่มาจากกรกระทำของสามิตนเองอย่างโหดร้ายทารุณ หรือเมื่อผู้หญิงเหล่านี้ไม่ได้รับการอุปการะเลี้ยงดูจากสามิ หรือเมื่อสามิมีความบกพร่องทางสมรรถภาพทางเพศ ร่างกาย สติปัญญา และอื่น ๆ ที่บทบัญญัติศาสนาอิสลามอนุญาตสิทธิให้แก่ผู้หญิงตามกฎหมายโองการจากอัลกุรอาน มาตราที่ 95, 114 และ 115 ของกฎหมายอิสลามว่าด้วยกฎหมายครอบครัวและมรดก (จรัญ 2554: 45-46)

นอกจากนี้ในการหย่าร้างตามกฎหมายอิสลาม กล่าวว่า ผู้ชายมีสิทธิในการหย่า เพราะถือว่าผู้ชายเป็นผู้จัดหาค่าใช้จ่ายสำหรับสมาชิกคนในครอบครัวและเป็นผู้ที่ออกค่าใช้จ่ายในการแต่งงาน จึงเป็นสิทธิที่ผู้ชายจะบอกหย่าเมื่อไรก็ได้ตามที่ต้องการ ถ้าหาก

ผู้ชายพร้อมที่จะสูญเสียทรัพย์สินที่ได้จ่ายไปในการจัดการแต่งงาน ในอีกทางหนึ่งคือผู้ชายส่วนใหญ่เป็นผู้ที่จะระงับความโกรธไว้ได้ และสามารถควบคุมพฤติกรรมมากกว่าผู้หญิง เมื่อเกิดปัญหาต่างๆ ถึงแม้ว่าผู้ชายจะเป็นฝ่ายบอกหย่าภรรยาได้ แต่หลังการหย่านั้นผู้ชายต้องให้การเลี้ยงดูภรรยาจนครบระยะเวลาที่กำหนด 3 เดือน เรียกว่า "อิดตะฮฺ" ซึ่งระยะเวลาที่สามีภรรยาสามารถที่จะกลับมาคืนดีกันได้ (จรัญ 2554: 46-53) ซึ่งในอดีตเมื่อก้าวถึงการหย่าร้างถือว่าเป็นเรื่องที่ทุกคนอับอายและกลัวคนรอบข้างจะนินทา และอาจจะไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม เนื่องจากสมัยก่อนผู้หญิงมีหน้าที่ภายในบ้านเท่านั้น ดังนั้นปัญหาการหย่าร้างจึงไม่ค่อยเกิดขึ้น แต่ปัจจุบันสังคมมีการเปลี่ยนแปลง ผู้หญิงมีความสามารถออกไปทำงานนอกบ้านมากขึ้น ด้วยระดับการศึกษาที่สูงกว่าในอดีต รวมถึงมีโอกาสในอาชีพที่ดีโดยไม่ต้องพึ่งพิงสามี ดังนั้นจึงทำให้โอกาสของการหย่าร้างเพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของนางลักษณ์ (2530: 76-81) ได้ศึกษาการหย่าในสังคมไทยในช่วงปี พ.ศ. 2478-2523 พบว่า สังคมในสมัยก่อน โดยเฉพาะในสังคมแถบเอเชีย ผู้เป็นสามีภรรยาต้องอยู่ด้วยกันตลอดไป อย่างไรก็ตามในสภาวะการณ์ที่เกิดขึ้นได้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในสังคม มุมมองการหย่าร้างได้เปลี่ยนแปลงไป ความสุขของสามีภรรยาเป็นเรื่องสำคัญ ดังนั้นการหย่าร้างไม่ได้แสดงถึงความบกพร่องในการใช้ชีวิตคู่ แต่เป็นเพียงสถานภาพหนึ่งของสถานภาพสมรส (นางลักษณ์ 2530: 56-59)

สำหรับประเทศไทยจากข้อมูลการจดทะเบียนสมรสและหย่าร้างรายงานว่าการหย่าร้างมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นในขณะเดียวกันจำนวนการสมรสลดลงทุกขณะ ในปี พ.ศ. 2545 มีผู้จดทะเบียนหย่าเพียงร้อยละ 26.65 (77,735 คู่) จากจำนวนผู้ที่จดทะเบียนสมรส 301,737 คู่ในปีเดียวกัน แต่หลังจากปี พ.ศ. 2545 เป็นต้นมาทั้งจำนวนและสัดส่วนของผู้ที่จดทะเบียนหย่าเพิ่มสูงขึ้นมาโดยตลอดจนถึงร้อยละ 37.9 (108,482 คู่) ในขณะที่จำนวนผู้ที่จดทะเบียนสมรส 285,944 คู่ ในปี พ.ศ. 2553 ซึ่งสถิติการหย่าร้างในแต่ละภาคในปัจจุบันนั้นปรากฏว่าในทุกปีตั้งแต่ พ.ศ. 2545-2554 ภาคกลาง มีการหย่าร้างสูงกว่าภาคอื่นๆ รองลงมาได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคใต้ แม้ว่าภาคใต้มีสัดส่วนการหย่าร้างต่ำกว่าทุกๆ ภาคในประเทศไทยก็ตาม แต่ก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคตอย่างรวดเร็ว ดังจะเห็นว่าในแต่ละปีมีจำนวนการหย่าร้างของภาคใต้เพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ เช่นเดียวกันในปี 2546 จำนวนการหย่าร้างมีการเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2545 ที่มีจำนวนการหย่า 7,337 คู่ จากจำนวนที่หย่าในปี พ.ศ. 2545 คือ 7,081 คู่ เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในพื้นที่ชายแดนใต้ ในจังหวัดปัตตานี พบสถิติการหย่าร้างเพิ่มขึ้นกล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2545 มีการหย่าร้าง 157 ครั้ง เพิ่มขึ้นมาเป็น 241 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2551 และในปี พ.ศ. 2554 มีการหย่าร้างถึง 263 ครั้ง (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย 2555) แม้ว่าจังหวัดปัตตานีมีจำนวนประชากรมากกว่าร้อยละ 80 นับถือศาสนาอิสลาม รูปแบบการดำเนินชีวิตของคนส่วนใหญ่ในพื้นที่ดังกล่าวขึ้นอยู่กับความศรัทธา ความเชื่อถือ และค่านิยมของตามบทบัญญัติของศาสนาอิสลามในการดำเนินชีวิต จึงทำให้รูปแบบการใช้ชีวิตเต็มไปด้วยความเคร่งครัดในกฎ ระเบียบ และข้อกำหนดทางศาสนา แต่ทว่าจำนวนการหย่าร้างในแต่ละปีนั้นมีแนวโน้มสูงขึ้น ทั้งนี้อาจกล่าวได้ว่าเป็นปรากฏการณ์ที่สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาครอบครัว ทำให้การดำเนินชีวิตภายในครอบครัว ประสบความล้มเหลวและมีปัญหาครอบครัวเกิดขึ้น และอาจเกิดจากความไม่มั่นคงของสถาบันทางสังคมพื้นฐานดังกล่าวนี้ ทั้งนี้พบว่า การหย่าร้างส่งผลต่อสภาพจิตใจของคู่หย่าร้างด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะผู้หญิงหม้ายมุสลิม อย่างไรก็ตาม ผู้หญิงมุสลิมในจังหวัดปัตตานีจบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 เพิ่มมากขึ้น ทั้งทางศาสนาและการศึกษาสายสามัญ สืบมาจากโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาควบคู่สามัญ จากร้อยละ 25 ในปี พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 67 ในปี พ.ศ. 2550 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2551) และข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551) เพิ่มเติมว่า นอกจากนี้ สตรีมุสลิมที่ศึกษาเฉพาะสายสามัญก็มีระดับการศึกษาสูงขึ้นเช่นเดียวกัน กล่าวคือสำเร็จการศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 50 ในปี พ.ศ. 2549 เปรียบเทียบกับในปี พ.ศ. 2541 ร้อยละ 25 แต่ถ้าเปรียบเทียบกับผู้หญิงมุสลิมในภาคอื่น ๆ แล้วยังอยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำ โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับการใช้ชีวิตคู่และกฎหมายครอบครัว ผู้หญิงมุสลิมในจังหวัดปัตตานีมีการศึกษาสูงขึ้นและมีการติดต่อกับสังคมภายนอกเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีอิสระในเรียกร้องสิทธิของตนเองและหน้าที่ จึงทำให้โอกาสของการหย่าร้างเพิ่มสูงขึ้น (อับดุลเราะมัน 2547: 85) ยิ่งไปกว่านั้นภายหลังจากการหย่าร้างแล้ว ผู้หญิงจำนวนมากไม่รู้ว่าตนเองมีสิทธิในเรื่องที่อยู่อาศัย ค่าอุปการะเลี้ยงดูหรือที่เรียกว่า “ค่ามูตะฮะฮ์” อย่างไรก็ตามนอกจากนี้ยังพบผู้หญิงมุสลิมในจังหวัดปัตตานีจำนวนไม่น้อยที่ถูกทอดทิ้งและไม่ได้รับการเลี้ยงดูภายหลังจากการหย่าร้าง ทำให้บุตรที่กำลังอยู่วัยเรียนไม่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้เป็นบิดา ดังนั้นการหย่าร้างที่มักเกิดจากความขัดแย้งในครอบครัวที่รุนแรงอาจส่งผลต่อสภาพจิตใจ

ของทั้งสามี ภรรยาและบุตรทำให้กลายเป็นบุคคลที่ด้อยค่าในสังคมด้วยความรู้สึกลดตนเอง สอดคล้องกับการนำเสนอข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวัดความสุขของอิซีย และคณะ (2547) ซึ่งรวบรวมผลการสำรวจต่าง ๆ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในประเด็นเกี่ยวกับความสุข พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้คนไทยมีความสุขน้อยลง ได้แก่ เพศหญิง สูงอายุ สถานภาพสมรสหม้าย หย่า แยก มีการศึกษาต่ำ รายได้น้อย การงานไม่มั่นคง มีหนี้สินนอกระบบ ไม่สามารถพึ่งตนเองได้ เป็นหัวหน้าครอบครัว และอยู่ในจังหวัดที่มีรายได้ครัวเรือนเฉลี่ยในระดับสูง (อิซีย และคณะ 2547: 68-78)

จากข้อมูลดังกล่าว รายงานว่า เพศหญิงมีความเสี่ยงในการมีความสุขน้อยลง หากได้รับบทบาทดูแลครอบครัวเพียงลำพัง โดยเฉพาะผู้หญิงมุสลิมในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ ทั้งนี้ อาจจะเป็นเพราะบทบาทและสถานภาพของผู้หญิงต้องมีชีวิตอยู่ท่ามกลางความคาดหวังของสังคมและครอบครัว มีหน้าที่ดูแลบุคคลในครอบครัว ดูแลสมาชิกที่ยังพึ่งพาตนเองไม่ได้ และดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย ไม่ว่าในฐานะที่เป็นผู้หญิง เป็นภรรยา เป็นแม่ เป็นลูกสาว เป็นพี่สาว หรือเป็นน้องสาว ภาระเหล่านี้ส่งผลต่ออารมณ์และจิตใจของผู้หญิงอย่างมาก ซึ่งกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2552) รายงานว่า โดยเฉลี่ยแล้วผู้หญิงในสังคมไทยในทุกช่วงวัยมีอัตราการเจ็บป่วยทางอารมณ์ เช่น เกิดความเครียด อารมณ์แปรปรวน หดหู่ เศร้า เสียใจ และวิตกกังวลในขั้นรุนแรงถึงขั้นรุนแรงมากกว่าผู้ชาย และมีแนวโน้มการเจ็บป่วยด้านจิตใจเพิ่มสูงขึ้นตามช่วงวัยของผู้หญิงอีกด้วย ดังข้อมูลการสำรวจสุขภาพจิตของคนไทยชี้ชัดเจนว่าผู้หญิงมีสุขภาพจิตด้อยลงเรื่อย ๆ เมื่ออายุมากขึ้น หรือเมื่อเข้าสู่วัยกลางคนถึงวัยสูงอายุ นอกจากนี้พบว่าผู้หญิงที่เป็นหัวหน้าครัวเรือนมีความเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้หญิงที่ไม่ได้เป็นหัวหน้าครัวเรือนในทุกกลุ่มอายุ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2551) นอกจากนี้ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข แสดงให้เห็นว่า ผู้หญิงเป็นผู้ป่วยทางจิตเวช รวมทั้งพยายามฆ่าตัวตายในอัตราที่สูงกว่าผู้ชาย ดังนั้นในการศึกษานี้จึงสนใจที่จะศึกษาการหย่าร้างในศาสนาอิสลามและสุขภาพจิตของผู้หญิงมุสลิมหลังการหย่าร้าง โดยรูปแบบการหย่าร้างในศาสนาอิสลามและผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้หญิงมุสลิมภายหลังการหย่าร้างในจังหวัดปัตตานีเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

- การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สนใจศึกษาในประเด็น 1) การหย่าร้างในศาสนาอิสลามเป็นอย่างไร
2) สุขภาวะทางจิตของผู้หญิงมุสลิมหลังสิ้นสุดชีวิตคู่เป็นอย่างไร

ขอบเขตการศึกษา

ศึกษาเฉพาะสตรีมุสลิมที่มีสถานภาพสมรสหย่าและแยก ที่จดทะเบียนหย่าและไม่ได้จดทะเบียนหย่า แต่แยกกันอยู่อย่างถาวรและอาศัยอยู่ในจังหวัดปัตตานี

นิยามศัพท์เฉพาะ

การหย่าร้างตามหลักศาสนาอิสลาม หมายถึง การสิ้นสุดของชีวิตคู่โดยผ่านขั้นตอนตามหลักศาสนาอิสลาม

อิดตะฮฺ คือ ระยะเวลาที่ฝ่ายหญิงต้องรอคอยและไม่สามารถแต่งงานใหม่หลังจากสามีเสียชีวิตหรือมีการหย่าร้างเพื่อจะารู้ถึงความบริสุทธิ์ของครรภ์ฝ่ายหญิงและการปฏิบัติศาสนกิจ การกักตุน ซึ่งจะทำให้ฝ่ายหญิงสามารถสมรสใหม่ได้ โดยวิหยาบัญญัติของการบัญญัติให้มีช่วงอิดตะฮฺ คือ

1. เพื่อความมั่นใจว่ามดลูกสะอาดปราศจากการตั้งครรภ์ เพื่อไม่ให้เชื้อสายปะปนกัน
2. เปิดโอกาสให้ผู้หย่าได้กลับคืนดีกันเมื่อเกิดความสำนึกถึงกัน ในกรณีที่เป็นการหย่าที่มีโอกาสคืนดีกัน
3. ให้ความสำคัญกับเรื่องการแต่งงาน ซึ่งการแต่งงานจะไม่สมบูรณ์ เพราะมีเงื่อนไขของระยะเวลาและการแต่งงานจะไม่ถูกยกเลิก นอกจากต้องรอคอยและใช้เวลา
4. ให้เกียรติกับชีวิตคู่สามีภรรยา ซึ่งฝ่ายหญิงจะไม่ถูกย้ายไปอยู่กับคนอื่นเว้นแต่จะต้องรอให้ช่วงเวลาหนึ่งผ่านไป
5. รักษาสิทธิของการตั้งครรภ์ หากการหย่าเกิดขึ้นขณะที่ฝ่ายหญิงกำลังตั้งครรภ์

ประเภทของอิดตะฮฺ ตามสำนักงานคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัดปัตตานี (2552, 27-28) กำหนดไว้สองประเภท 1.สามีเสียชีวิต ช่วงเวลา อิดตะฮฺ สำหรับสามีเสียชีวิตมีสองลักษณะ คือ

1.1 สามีเสียชีวิตในขณะที่ภรรยาของตนตั้งครรภ์ สำหรับกรณีนี้ช่วงอิดตะฮฺ คือ ช่วงเวลาหลังจากคลอดบุตรแล้ว

1.2 ภรรยาไม่ได้ตั้งครรภ์ในขณะที่สามีเสียชีวิต ช่วงอิดตะฮฺ คือ ระยะเวลา 4 เดือนกับอีก 10 วัน ซึ่งเป็นระยะเวลาตามบทบัญญัติศาสนาอิสลามที่กำหนดขึ้น

2. สามียังมีชีวิต ช่วงเวลา อิดตะฮฺ คือ

2.1 ถ้าหากผู้หญิงตั้งครรภ์ ช่วงอิดตะฮฺ คือ เมื่อคลอดบุตรแล้ว

2.2 ถ้าหากผู้หญิงไม่ตั้งครรภ์และยังอยู่ในวัยที่มีประจำเดือนเป็นปกติ ช่วงอิดตะฮฺ คือ ระยะเวลาหลังจากการมีประจำเดือนสามารถรอบ

2.3 ถ้าหากสตรีนั้นไม่มีประจำเดือนแล้ว ช่วงอิดตะฮฺ คือ ระยะเวลาสามเดือน

ที่พักอาศัยของฝ่ายหญิงในช่วงเวลาแห่งการรอคอยของฝ่ายหญิงก่อนการหย่าร้าง (อิดตะฮฺ)

1. หญิงที่สามีตายจำเป็นต้องพักอาศัยในช่วงอิดตะฮฺที่บ้านที่เคยอยู่กับสามีมาก่อน หากต้องการจะย้ายที่อยู่อันเนื่องจากเกรงกลัวหรือถูกขับไล่หรือด้วยสิทธิของการเป็นภรรยา ฝ่ายหญิงสามารถย้ายได้ตามที่ความต้องการ และอนุญาตให้ออกจากบ้านได้หากมีความจำเป็น และระยะเวลาของการรอการหย่าจะสิ้นสุดลงเมื่อครบกำหนดไม่ว่าจะอยู่ที่ใดก็ตาม

2. หญิงที่อยู่ช่วงอิดตะฮฺจากการหย่าที่มีสิทธิ์คืนดีได้ ต้องพักที่บ้านของสามี และจะต้องได้รับค่าเลี้ยงดูและที่พักอาศัย เพราะยังมีสภาพเป็นภรรยาอยู่ และไม่อนุญาตให้ขับไล่ออกจากบ้านของสามี เว้นแต่ฝ่ายหญิงได้ประพฤตินิสัยที่หยาบโลนอย่างชัดแจ้ง จากคำพูด หรือการกระทำ ที่จะสร้างความเสียหายให้กับสมาชิกในครอบครัว

3. หญิงที่มีช่วงอิดตะฮฺ จากการหย่าขาด (บาอีน) จะต้องได้รับค่าเลี้ยงดู หากกำลังตั้งครรภ์จนกว่าจะคลอดทารกที่อยู่ในครรภ์ หากฝ่ายหญิงไม่ได้ตั้งครรภ์ก็ไม่มีสิทธิ์

ที่จะได้รับค่าเลี้ยงดูและที่พักอาศัย ฝ่ายหญิงที่มีช่วงอดตะสุจากการหย่าขาดหรือยกเลิก การแต่งงานต้องพักอาศัยในช่วงอดตะสุที่บ้านของญาติพี่น้องของฝ่ายหญิงเอง

สิทธิที่พึงได้รับในช่วงอดตะสุหรือหลังการหย่าร้าง หมายถึง การที่สามีจะต้องดูแล สตรีหลังการหย่าตามกฎหมายอิสลาม ซึ่งประกอบด้วย ค่าอุปการะเลี้ยงดู (มุตอะฮฺ) (หากภรรยาตั้งครรภ์) ที่อยู่อาศัย และค่าอุปการะเลี้ยงดูบุตร

มุตอะฮฺ หมายถึง ทรัพย์สินที่สามีมีหน้าที่ชำระให้แก่ภรรยาที่ขาดจากสมรสในขณะที่ มีชีวิตโดยการหย่า

กฎหมายอิสลาม หรือ ชะรีอะฮฺอิสลาม หมายถึง ทุกสิ่งทุกอย่างที่พระองค์อัลลอฮฺ ทรงบัญญัติไว้สำหรับมวลมุสลิมในเรื่องเกี่ยวกับศาสนา ไม่ว่าจะข้อบัญญัตินั้นมาจากอัลกุรอาน หรือจากซุนนะฮฺ (หมายถึง วิธีหรือกฎเกณฑ์ศาสนาที่วางอยู่บนหลักการ สิ่งใดควรทำ หรือ ไม่ควรทำ หรือถ้าไม่กระทำจะไม่มีโทษ หรือข้อตำหนิใดๆ) ของท่านศาสดามุฮัมมัด ชะรีอะฮฺยังครอบคลุมบทบัญญัติต่างๆ ของอัลลอฮฺที่เกี่ยวกับการปฏิบัติของมนุษย์ ซึ่งมี ลักษณะเป็นการสั่งให้กระทำและสั่งไม่ให้กระทำ การสนับสนุนให้กระทำ รวมถึงการอนุมัติ และไม่อนุมัติให้ประพฤติปฏิบัติ

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยเก็บข้อมูล ด้วยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 20 คน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลมีเกณฑ์ดังนี้เป็นสตรีมุสลิม ที่สิ้นสุดชีวิตคู่ กำลังอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15-49 ปี) มีระดับการศึกษาตั้งแต่ประถมศึกษา เป็นต้นไป และสูงสุดคือระดับปริญญาตรี ประกอบอาชีพรับจ้าง ลูกจ้างประจำ และ เกษตรกร แต่ก็มีผู้ให้ข้อมูลบางคนยังไม่มียานประจำ ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลทุกคนเป็นผู้ที่สิ้นสุด ชีวิตคู่และอาศัยในจังหวัดปัตตานี ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์ระดับเชิงลึก และเก็บข้อมูลโดยใช้ วิธีการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant Observation) สังเกตพฤติกรรม การอยู่อาศัย และการดำเนินชีวิตประจำวัน และสัมภาษณ์ (Interview) ซึ่งผู้วิจัยเข้าไป สังเกตการณ์และเก็บข้อมูลในพื้นที่นานเป็นระยะเวลาประมาณ 2 ปี เพื่อซักถามประเด็น ที่นอกเหนือจากคำถามแบบเป็นทางการ เพื่อให้ได้ข้อมูลระดับลึก หลังจากได้ข้อมูล

ครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้บันทึกไว้อย่างละเอียดนั้นมาจัดหมวดหมู่ของข้อมูล โดยนำมาจัดระบบและตรวจสอบความถูกต้อง และจัดข้อมูลตามลำดับเหตุการณ์และเรียบเรียงเนื้อหาสาระให้เป็นระบบ และนำข้อมูลมาตรวจสอบจนสามารถอธิบายได้และรายงานผล

พลการศึกษา

การหย่าร้างในหลักศาสนาอิสลาม

การมีครอบครัวและการรักษาชีวิตครอบครัวให้ยาวนานเป็นความปรารถนาสำหรับคู่สมรสทั้งคู่ แต่หากเมื่อคู่สมรสไม่สามารถจะประคับประคองชีวิตคู่ให้ยืนยาวต่อไปได้ การหย่าร้างจึงเกิดขึ้นเพื่อยุติชีวิตสมรส อย่างไรก็ตาม ถึงแม้หลักบัญญัติในศาสนาอิสลามจะไม่สนับสนุนให้มีการหย่าร้าง แต่ก็อนุญาตเพื่อเปิดทางให้แก่การสมรสที่ล้มเหลว ซึ่งไม่มีทางที่จะพัฒนาให้ดีขึ้นได้อีกในสามีภรรยาที่ต้องอยู่ในความทุกข์ทรมานและทนอยู่กับความเสียหายทางอารมณ์ ร่างกาย และการเงิน แต่ท้ายที่สุดแล้วหลักศาสนาอิสลามสนับสนุนให้มีการกลับมาคืนดีกันระหว่างคู่ครอง และสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนของทั้งสองฝ่าย มีหน้าที่รับผิดชอบในการช่วยเหลือในการกลับมาคืนดีกันอย่างสุดความสามารถ แต่เมื่อไม่มีทางจะอยู่ด้วยกันได้อีกอย่างแน่นอน ท้ายที่สุดจึงค่อยมีการหย่าร้าง โดยศาสนาอิสลามมีบทบัญญัติเกี่ยวกับเรื่องการหย่าร้าง และภายหลังการหย่าร้างแล้วนั้นยังต้องมีระยะเวลาในการรอคอยสำหรับผู้หญิงที่เรียกว่า “ช่วงอิดตะฮฺ” เพื่อพิจารณาตัดสินใจในเรื่องชีวิตคู่และการดูแลบุตร สามีภรรยาที่หย่าร้างกันส่วนใหญ่จะกลับมาคืนดีกันในระหว่างระยะเวลาในการรอคอยนี้ แต่ถ้าทั้งสองฝ่ายต่างแสดงออกว่าไม่ต้องการจะกลับมาคืนดีกันในระยะเวลารอคอย “ช่วงอิดตะฮฺ” นั้นก็ให้ถือว่าการหย่าร้างสมบูรณ์ (จรัญ 2554: 59)

การหย่าตามกฎหมายอิสลาม หมายถึง การขาดจากการเป็นสามีภรรยาตามวิธีการที่กฎหมายได้บัญญัติไว้ ไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใดก็ตามและจะส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ที่หย่าร้างและบุตร และถือเป็นการสิ้นสุดชีวิตการสมรส โดยที่ จรัญ (2554) กล่าวถึง รูปแบบการหย่าร้างว่า การหย่าร้างนั้นอาจเป็นการหย่าที่มีผลทันที หรือเป็นการหย่าที่พาดพิงอิงกับอนาคต และในบางครั้งก็เป็นการหย่าที่มีข้อแม้และเงื่อนไข ดังต่อไปนี้ **1. การหย่าที่มีผลบังคับใช้ทันที** เมื่อสามีได้กล่าวแก่ภรรยาของเขา ว่า “เธอได้หย่าแล้ว หรือ

ฉันได้หย่าเธอแล้ว” หรือกล่าวอื่น ๆ ในทำนองนี้ การกล่าวคำหย่ารูปแบบนี้ จะมีผลทันทีเนื่องจากผู้กล่าวคำหย่ามิได้พาดพิงถึงสิ่งอื่น **2. การหย่าที่พาดพิงเกี่ยวกับอนาคต** อย่างเช่น สามีได้กล่าวแก่ภรรยาของเขาว่า “เธอได้หย่าแล้ววันพรุ่งนี้ หรือ เธอได้หย่าเมื่อขึ้นเดือนใหม่” การกล่าวคำหย่าแบบนี้จะมีผลเมื่อเวลาที่มีการพาดพิงมาถึง และ **3. การหย่าที่มีข้อแม้และเงื่อนไข** คือ การกล่าวด้วยคำที่ใช้เพื่อการหย่าที่มีข้อแม้และเงื่อนไข ซึ่งมีสองประเภท คือ 1) เป้าหมายในการกล่าวคำหย่านั้น เพื่อการเตือนให้กระทำ หรือให้เลิกการกระทำ หรือให้ระวัง หรือหักห้าม หรือเน้นในการแจ้งให้ทราบ หรืออื่น ๆ ในทำนองนี้ อย่างเช่น สามีเป็นผู้กล่าวว่า “ถ้าหากเธอไปตลาด เธอได้หย่าขาดจากฉัน” โดยมีเป้าหมายเพื่อหักห้ามมิให้ภรรยาของตนเองไปตลาด การกล่าวคำหย่าเช่นนี้จะไม่เป็นผล แต่จะเป็นการสาบาน ซึ่งสามีจำเป็นต้องได้ถอนสาบาน เมื่อภรรยาละเมิด และการได้ถอนการสาบานนั้น คือ เลี้ยงอาหารหรือให้เครื่องนุ่งห่มแก่ผู้ยากจน 10 คน หรือปล่อยทาส ถ้าไม่มีความสามารถ ก็ให้ถือศีลอด เป็นเวลา 3 วัน และ 2) หากการกล่าวคำหย่านั้นมีเป้าหมายเพื่อการหย่าจริง เมื่อมีข้อแม้หรือเงื่อนไขที่อ้างถึงเกิดขึ้น อย่างเช่น สามีเป็นผู้กล่าวว่า “ถ้าหากเธอยกทรัพย์สินจำนวนเท่านั้นให้ฉัน เธอก็ได้หย่า” การหย่าเช่นนี้ จะมีผลบังคับใช้เมื่อข้อแม้หรือเงื่อนไขที่อ้างถึงเกิดขึ้น (จรัญ 2554: 52-56) นอกจากนี้คุณสมบัติของการหย่าที่มีผลบังคับใช้กับผู้กล่าวคำหย่า ดังนี้ **1. ต้องเป็นผู้บรรลุนิติภาวะ 2. ต้องเป็นผู้มีสติสัมปชัญญะ และ 3. ต้องเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเองได้** และสำหรับการหย่าที่ไม่มีผล (การหย่าที่เป็นโมฆะ) ได้แก่ **1. ถูกบังคับ 2. เสพสิ่งมีนเมา โดยเจ้าตัวไม่รู้ว่าตัวเองพูดอะไร 3. มีอาการโกรธและไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ 4. เป็นผู้วิกลจริต 5. กำลังนอนหลับ 6. พลังปาก และ 7. มีอาการหลงลืมหรือบ้า**

สำหรับรูปแบบการหย่าที่มีสิทธิคืนดีและการหย่าขาด คือ

1) การหย่าที่มีสิทธิคืนดี คือ การที่สามีได้หย่าภรรยาของตนเองที่ได้มีเพศสัมพันธ์แล้ว หย่าหนึ่งครั้ง สามียังมีสิทธิที่จะกลับคืนดีกับภรรยาได้ ระหว่างที่ภรรยาอยู่ในช่วงอิดตะสุ (ช่วงระยะเวลาแห่งการรอคอย ที่จะกลับมาคืนดีกับสามีคนเดิม) ถ้าหากสามีคืนดีกับภรรยาแล้ว หลังจากนั้นได้หย่าอีกเป็นครั้งที่สอง สามีก็ยังมีสิทธิที่จะกลับคืนดีกับภรรยาอีกตราบใดที่ภร่ายังอยู่ในช่วงระยะแห่งการรอคอยที่จะกลับมาคืนดีกับสามีคนเดิม (อิดตะสุ) และผู้หญิงที่ถูกหย่าในสองกรณีดังกล่าว ถ้ายังอยู่ในช่วงอิดตะสุ ก็ยังถือว่า

ยังเป็นภรรยาของสามีคนนี้อยู่ และยังมีสิทธิ์ได้รับมรดกซึ่งกันและกัน สามียังคงต้องรับผิดชอบเรื่องค่าใช้จ่ายเลี้ยงดู และที่พักอาศัย ในกรณีผู้หญิงที่ถูกหย่าที่มีสิทธิ์คืนดี กล่าวคือ ผู้หญิงที่ถูกหย่า หนึ่งครั้งหรือสองครั้งหลังจากที่ได้มีเพศสัมพันธ์แล้ว หรือได้เข้าหอกันอีกครั้ง จำเป็นต้องพักอาศัยและใช้ชีวิตในช่วงอิดตะฮุที่บ้านของสามี เพื่อว่าอาจจะกลับคืนดีกันได้อีก และส่งเสริมให้มีการแต่งงานแต่งงานเพื่อดึงดูดให้สามีเปลี่ยนใจกลับมาคืนดีอีกครั้ง และห้ามมิให้สามีไล่ออกจากบ้านจนกว่าฝ่ายหญิงจะพ้นช่วงอิดตะฮุ

2) **การหย่าขาด** คือ การหย่าที่ความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยาสิ้นสุดลงอย่างสมบูรณ์ ซึ่งมี 2 ประเภท คือ 2.1 **การหย่าขาดเล็ก** คือ การหย่าที่ไม่ถึง 3 ครั้ง เมื่อสามีได้หย่าภรรยาของตนเองแล้ว ดังที่ได้กล่าวมาแล้วก่อนหน้านี้ หย่า 1 ครั้ง แล้วช่วงเวลาอิดตะฮุได้สิ้นสุดลง ขณะที่สามียังไม่ได้คืนดีกับภรรยา การหย่ากรณีนี้เรียกว่า “การหย่าขาดเล็ก” และสิทธิ์ของสามีเหมือนกับชายอื่นทั่วไป เขามีสิทธิ์ที่จะแต่งงานกับผู้หญิงคนใหม่ ด้วยสัญญาและสินสอดใหม่ แม้ว่าผู้หญิงคนนั้นจะยังไม่ได้แต่งงานกับชายอื่นก็ตาม และเช่นเดียวกัน ถ้าสามีได้หย่าจากภรรยาเดิมเป็นครั้งที่ 2 และไม่ได้กลับคืนดีในช่วงอิดตะฮุ ก็สามารถหย่าขาดจากกันได้ และอาจจะยังมีสิทธิ์ที่จะแต่งงานกันได้อีก ด้วยสัญญาและสินสอดใหม่ ถึงแม้ว่าฝ่ายผู้หญิงจะยังไม่ได้แต่งงานกับชายอื่นก็ตาม 2.2 **การหย่าขาดใหญ่** คือ การหย่าที่ครบสามครั้ง เมื่อสามีได้หย่าภรรยาของตนเองเป็นครั้งที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยาจะสิ้นสุดลงอย่างสมบูรณ์ และฝ่ายหญิงจะไม่ใช่ที่ต้องการแก่ฝ่ายชายจนกว่าฝ่ายหญิงจะได้แต่งงานกับชายอื่นที่ถูกต้องตามหลักการของศาสนา โดยมีความตั้งใจใช้ชีวิตคู่กับชายคนใหม่จนที่สามีภรรยาตลอดไป รวมถึงมีการเข้าหอและมีเพศสัมพันธ์กับสามีใหม่ หลังจากที่ได้พ้นช่วงอิดตะฮุ และหากสามีคนที่ 2 ได้หย่าขาดจากฝ่ายหญิงแล้ว และฝ่ายหญิงได้พ้นจากช่วงอิดตะฮุ ฝ่ายหญิงสามารถกลับไปแต่งงานกับสามีคนแรกได้อีกครั้ง ด้วยสัญญาแต่งงานและสินสอดใหม่ เหมือนกับชายอื่นทั่วไป ภรรยาที่ถูกหย่าสามครั้งให้ใช้ชีวิตในช่วงอิดตะฮุที่บ้านของญาติพี่น้องของตนเอง เนื่องจากผู้หญิงคนนั้นไม่ใช่ที่ต้องการสำหรับสามีแล้ว และสามีไม่ต้องรับผิดชอบเรื่องค่าใช้จ่ายเลี้ยงดูและที่พักอาศัย และไม่อนุญาตให้ฝ่ายหญิงออกจากบ้านญาติพี่น้องของฝ่ายหญิง นอกจากมีความจำเป็น (ครุซิด 2540)

ในหลักการศาสนาอิสลาม การหย่าอาจเกิดขึ้นด้วยการใช้ถ้อยคำ โดย “ถ้อยคำที่ใช้ในการหย่า” จำแนกประเภทการหย่าเกี่ยวกับถ้อยคำได้ 2 ประเภท คือ 1. **การหย่าด้วยถ้อยคำที่ชัดเจน** เป็นการหย่าด้วยถ้อยคำที่มีได้ให้หมายความเป็นอย่างอื่นนอกจากการหย่า อย่างเช่น “ฉันได้หย่าเธอแล้ว” หรือ “เธอได้หย่าแล้ว” หรือ “เธอถูกหย่าแล้ว” หรือ “สำหรับฉันได้หย่าแล้ว” หรือถ้อยคำอื่นๆ ในทำนองเดียวกันนี้ และ 2. **การหย่าด้วยถ้อยคำที่เป็นนัย** เป็นการหย่าด้วยถ้อยคำที่อาจจะหมายถึง การหย่าและอย่างอื่นด้วย เช่น กล่าวว่ “เธอได้ขาดจากฉันแล้ว” หรือ “เธอจงไปอยู่กับญาติพี่น้องของเธอเถิด” หรือถ้อยคำอื่นๆ ในทำนองเดียวกันนี้ ซึ่งการหย่าจะมีผลบังคับใช้ทันที ถ้าใช้ถ้อยคำที่ชัดเจน อันเนื่องจากถ้อยคำที่ใช้ นั้นมีความหมายที่เด่นชัด แต่การหย่าด้วยถ้อยคำที่เป็นนัยนั้น จะไม่มีผลบังคับใช้ นอกจากต้องมีเจตนาและตั้งใจที่จะหย่าพร้อมกับกล่าวคำหย่า ทั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การหย่าจะมีผลทั้งกับผู้จริงจังและล้อเล่น ทั้งวาระสามประการ เช่น การแต่งงาน การหย่าร้าง และการกลับมาคืนดีกัน (มุหัมมัด อิบรอฮีม อัด-ตุวัยญีรีย ม.ป.ป.)

วิธีการหย่า

การหย่าแบ่งออกได้เป็น 3 ประการ (มุไนร 2551:131) คือ 1. **การหย่าแบบคืนดีได้ (หรือจญูอ)** คือถ้าหากว่าการหย่าและคืนดีกันขณะยังคงอยู่ในระยะฮิดตะฮุ (ช่วงเวลาภายหลังการหย่าและการขาดกัน) ซึ่งในระยะนี้สามีและภรรยาสามารถคืนดีกันได้ โดยไม่ต้องทำการแต่งงานใหม่และไม่ต้องจ่ายมะฮัร (ของหมั้น) ใหม่ 2. **การหย่าที่เรียกว่า “บาอินเล็ก”** คือ การหย่าที่พ้นกำหนดช่วงฮิดตะฮุแล้ว ถ้าหากว่าสามีภรรยาต้องการที่จะคืนดีกันก็จำเป็นจะต้องทำวิธีการแต่งงานใหม่ (นิกาฮ์ใหม่) และจะต้องจ่ายสินสอดใหม่ (มะฮัรใหม่) ในเมื่อการหย่านั้นไม่ใช่การหย่าครั้งที่ 3 และ 3. **การหย่าที่เรียกว่า “บาอินใหญ่”** คือ การหย่าที่ครบ 3 ครั้งแล้ว ถ้าหากว่าสามีภรรยาต้องการที่จะคืนดีกัน ก็จำเป็นที่ภรรยาจะต้องไปแต่งงานกับบุคคลอื่นและอยู่กินกันจนที่สามีภรรยาเสียก่อน ถ้าได้หย่ากับสามีคนใหม่แล้ว ก็มีสิทธิ์ที่จะแต่งงานกับสามีคนแรกได้อีกครั้ง

ข้อปฏิบัติก่อนและหลังการหย่า

การหย่าเป็นวิธีสุดท้ายที่จะใช้ในการแก้ปัญหาความไม่เข้าใจในชีวิตคู่หรือในการครองเรือน ดังนั้นก่อนที่จะใช้มาตรการดังกล่าว หลักการในศาสนาอิสลามได้เสนอแนวทาง

ที่ทั้งสองฝ่ายควรปฏิบัติดังนี้ คือ เมื่อเกิดความไม่เข้าใจขึ้นระหว่างสามีภรรยาให้ทั้งสองคำนึงถึงความดีงามของแต่ละฝ่ายก่อน ทั้งนี้คู่สมรสจะต้องพยายามหาทางแก้ไขข้อขัดแย้งหรือหาทางแก้ปัญหที่เกิดขึ้นระหว่างกัน และหากการตกลงแก้ไขไม่ประสบผลสำเร็จก็จะต้องตั้งตัวแทนมาจาก 2 ฝ่าย ประกอบด้วย ญาติทางฝ่ายสามีและญาติทางฝ่ายภรรยา เพื่อประนีประนอมหรือหาทางแก้ปัญห อย่างไรก็ตาม ถ้าหากความพยายามดังกล่าวประสบความล้มเหลว ในหลักการของศาสนาอิสลามจึงยอมให้มีการหย่าขาดจากกัน และเมื่อตัดสินใจหย่าแล้ว หลักการของศาสนาอิสลามได้กำหนดให้ฝ่ายสามีปฏิบัติดังนี้ ให้ฝ่ายหญิงอาศัยอยู่ในบ้านตลอดจนให้การเลี้ยงดูในช่วงระยะหนึ่ง คือ ช่วงฮิดดะฮฺซึ่งปกติแล้วประมาณ 3-12 เดือน หลังจากการหย่าฝ่ายหญิงจะสมรสใหม่ได้ก็ต่อเมื่อพ้นระยะฮิดดะฮฺ และให้สามีจ่ายค่ามุดอะฮฺให้แก่ภรรยา (อิสมาแอ 2547:46)

อย่างไรก็ตาม สำหรับสาเหตุการหย่าร้าง อาจเกิดจากสาเหตุด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การใช้จ่ายฟุ่มเฟือย รายได้ไม่พอกับรายจ่าย ชอบทำลายหรือผลาญทรัพย์สิน หลีกเลียงความรับผิดชอบเกี่ยวกับหนี้สินและไม่คิดทำมาหากิน หรือจากสาเหตุด้านความประพฤติ ได้แก่ การไม่รับฟังความคิดเห็น มักจะแสดงความก้าวร้าวหยาบคาย ไม่ให้เกียรติพุดดูหมิ่นเหยียดหยาม พุดล่วงเกินผู้ใหญ่ของฝ่ายหญิงและทำร้ายร่างกายฝ่ายหญิง หรือสาเหตุด้านสุขภาพอนามัย ติดสุราหรือติดยาเสพติด เจ็บป่วยเรื้อรัง มีโรคประจำตัวและไม่รักษาความสะอาด มีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ เช่น การไม่ยอมร่วมหลับนอนด้วย ความจำเจในบทบาทและพฤติกรรมทางเพศ ความเบี่ยงเบนทางเพศ เป็นต้น หรือสาเหตุด้านอารมณ์และจิตใจ เป็นคนเจ้าอารมณ์เอาแต่ใจตนเองและเป็นคนจิตใจโหดร้ายทารุณ สาเหตุด้านอาชีพ เช่น สามีมีอาชีพที่ต้องทำงานที่อื่นและต้องจากภรรยาเสมอๆ และเป็นระยะเวลานานๆ หรือเวลาในการทำงานไม่ตรงกัน หรือการมีรายได้ที่มั่นคงของสตรี และการที่สามีมีรายได้เพียงคนเดียว หรือสาเหตุด้านการศึกษา เช่น การมีระดับการศึกษาแตกต่างกันมากทำให้ทัศนคติต่างกันมากด้วย สามีมีการศึกษาต่ำกว่าภรรยาทำให้รู้สึกเป็นปมด้อยและหากมีการศึกษาระดับเดียวกันก็ไม่ยอมรับฟังความคิดเห็นของกันและกัน นอกจากนี้พบว่า การหย่าร้างที่เกิดขึ้นมีเพียงส่วนน้อยที่มีสาเหตุด้านอายุ เช่น อายุแตกต่างกันมากจนทำให้มีความคิดเห็นไม่ตรงกัน หรือการแต่งงานตั้งแต่อายุน้อยยังน้อยทำให้ขาดความอดทนอดกลั้น นอกจากนี้ พบว่า การหย่าร้างอาจเกิดจากสาเหตุด้านผู้ร่วมอาศัย เช่น ทะเลาะวิวาทหรือมีความเห็นขัดแย้งกับบิดามารดาและญาติพี่น้อง

ของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง หรือถูกเหยียดหยามบิดามารดาหรือญาติพี่น้องของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง หรือเป็นขี้กับผู้ที่อาศัยอยู่ด้วย และสาเหตุด้านสังคม จัดเป็นสาเหตุการหย่าร้างที่ทำให้เกิดการหย่าร้างสูงสุด โดยส่วนมากเกิดจากการที่สามีชอบดื่มสุรากับเพื่อนประจำ ชอบเที่ยวกลางคืน ไม่เอาใจใส่ดูแลครอบครัวและหมกมุ่นอยู่กับการพนัน และสอดคล้องกับการศึกษาของสุภร (2536) และการศึกษาของศิริรัตน์ (2545) และการศึกษาของชยาภรณ์ (2552) พบว่า ปัจจัยข้างต้นเป็นสาเหตุที่ทำให้ชีวิตคู่ของคุณสมรสต้องยุติลง

อย่างไรก็ตาม การหย่าร้างที่เกิดขึ้น แม้ว่าจะเป็นการออกสำหรับการยุติความขัดแย้งของชีวิตคู่ ที่คู่สมรสไม่สามารถจะใช้ชีวิตร่วมต่อไปได้อีก แต่ทว่าอีกมุมหนึ่งการหย่าร้างมักมีผลกระทบต่อคู่หย่าร้างและครอบครัวในด้านต่างๆ ตามมาเช่นกัน ด้านเศรษฐกิจ สังคม และจิตใจ โดยเฉพาะผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากจิตใจที่อ่อนแออาจจะส่งผลกระทบต่อด้านอื่นๆ ตามมา ดังคำกล่าวที่ว่า “ใจเป็นนาย กายเป็นบ่าว” โดยเฉพาะจิตใจที่เปราะบางของเพศหญิง ซึ่งเป็นเพศที่อยู่ท่ามกลางความคาดหวังทางสังคมและครอบครัว และด้วยการแบกรับภาระอันหนักหน่วงในการดูแลคนอื่น ดูแลสมาชิกที่ยังพึ่งตนเองไม่ได้ และดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย ในฐานะผู้หญิงที่ต้องแบกรับความรับผิดชอบดังกล่าวอาจจะส่งผลกระทบต่อความแปรปรวนทางอารมณ์ และจิตใจของผู้หญิงอย่างมาก ดังนั้นการหย่าร้างที่เกิดขึ้นอาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางจิต ดังรายละเอียดต่อไปนี้

สุขภาพทางจิตของผู้หญิงมุสลิมหลังการหย่าร้าง

จากหลักการของการหย่าร้างในศาสนาอิสลามข้างต้น เมื่อสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล (ผู้หญิงหม้ายมุสลิม) จำนวน 20 คน ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดปัตตานี พบว่า ค่าอุปการะเลี้ยงดูในช่วงเวลารอคอยการหย่า (อิตตะฮฺ) ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ (18 คน) ไม่ได้รับอุปการะเลี้ยงดูจากสามี อีกทั้งสตรีทุกรายที่สิ้นสุดชีวิตคู่กับสามีนั้น ก็ไม่ได้อยู่ในช่วงเวลาแห่งการตั้งครรภ์ และกลับไปอาศัยอยู่ที่บ้านพ่อแม่ของตนเอง แต่ในด้านค่าอุปการะเลี้ยงดูบุตร ปรากฏว่าหลังการหย่าร้างทุกราย บุตรจะอยู่กับฝ่ายมารดาและเมื่อได้หย่าร้างกันแล้วสามีส่วนใหญ่ไม่ได้จ่ายค่าอุปการะเลี้ยงดูลูกในช่วงอิตตะฮฺ ทำให้ฝ่ายหญิงต้องเลี้ยงบุตรด้วยตนเอง และยังมีบางส่วนที่สามีส่งเสียค่าอุปการะเลี้ยงดูบุตร แต่ก็ไม่ได้ให้ทุกเดือน

จึงทำให้ฝ่ายหญิงต้องจ่ายค่าเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง ด้านที่พักอาศัย ทั้งในช่วงอิดตะฮฺ และ หลังการหย่าร้าง ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ก็ไม่ได้รับการจัดการที่อยู่อาศัยจากสามี ทำให้ตนเอง ต้องกลับไปอยู่บ้านบิดามารดาของตนเอง และบางส่วนต้องเช่าบ้านและต้องออกไปทำงาน เพียงลำพัง เพราะต้องเลี้ยงชีพด้วยตนเอง ยิ่งไปกว่านั้น หลังการหย่าร้างผู้ให้ข้อมูล ทุกรายไม่ได้รับทรัพย์สินที่สามีมีหน้าที่ชำระให้แก่ภรรยาที่ขาดจากสมรสในขณะที่มีชีวิต โดยการหย่า (ค่ามุตอะฮฺ) ทั้งนี้ตั้งแต่ก่อนหย่าขาดจากกันสามีก็เป็นคนที่ไม่รับผิดชอบ ค่าอุปการะเลี้ยงดูอยู่แล้ว

ผลจากการสัมภาษณ์เบื้องต้น พบว่ายังคงมีประเด็นที่น่าสนใจอีกประเด็นหนึ่งคือ ภายหลังจากการหย่าร้างของผู้หญิงมุสลิมเหล่านี้มีสุขภาวะทางจิตเป็นอย่างไรกล่าวคือ จาก จำนวนผู้ให้ข้อมูล (ผู้หญิงหม้ายที่นับถือศาสนาอิสลามอาศัยอยู่ในจังหวัดปัตตานี 20 คน) รายงานว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งให้ข้อมูลว่า ภายหลังจากการหย่าร้าง มักมีปัญหากระทบ กระทบจิตใจ จากการถูกชู้ชิบในแง่ร้ายต่างๆ โดยผู้ให้ข้อมูล 3 ใน 20 คน ตั้งคำถาม ว่า **ทำไมเรื่องนี้จึงเกิดแก่พวกตนที่เป็นฝ่ายหญิง** เสียงชู้ชิบนินทาดังกล่าวทำให้มี ความรู้สึกว่าคุณเป็นคนไม่ดี ถูกทอดทิ้ง จนบางครั้งไม่สามารถทนต่อความอับอายได้ถึงกับ คิดสั้น กลายเป็นคนเก็บตัว หรือเป็นโรคประสาทไป นอกจากนี้พบว่า มีผู้ให้ข้อมูลจำนวน หนึ่งที่สามีเป็นฝ่ายหารายได้เลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัวก่อนหน้าสิ้นชีวิตคู่ กล่าวว่าการ ภายหลังจากการหย่าร้างก็ต้องดิ้นรนหาเลี้ยงตัวเอง บางครั้งรายได้ก็ไม่เพียงพอ รู้สึกลำบาก มาก ทั้งนี้ยังพบปัญหาเรื่องการปรับตัวในเรื่องเพศสัมพันธ์ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่ง ที่คู่หย่าร้างต้องเผชิญ แต่ตนเองก็หาสิ่งชดเชยหรือทางออกที่คิดว่าน่าจะเหมาะสม นั่นคือ การเล่นกีฬา ดนตรีและสันทนาการอื่นๆ และพวกเขาให้ความคิดเห็นเพิ่มเติมว่า ในกรณี ที่ไม่สามารถปรับตัวได้อาจจะมีความสัมพันธ์ทางเพศอย่างผิดทำนองคลองธรรม ทำให้ เสื่อมเสียชื่อเสียงมากขึ้น นอกจากนี้ภายหลังจากการหย่าร้างมักพบว่า คู่หย่าร้างต้องปรับตัว และเปลี่ยนนิสัยบางอย่างให้เหมาะสมกับสภาพการหย่าร้าง เช่น อาจจะมีคู่อคิดในการ ตัดสินใจ ก็ต้องตัดสินใจด้วยตัวเอง หรือการดำรงชีวิตในด้านต่างๆ ต้องพยายามปรับและ ช่วยเหลือตัวเองมากขึ้น รวมถึงสถานภาพและบทบาททางสังคมเปลี่ยนไป เช่น ฝ่ายภรรยา ต้องกลับไปใช้นามสกุลเดิมของตน แต่ก็มีคู่หย่าร้างบางคู่เมื่อหย่าแล้วฝ่ายหญิงทำความ ตกลงกับฝ่ายชายขอใช้นามสกุลของอดีตสามีต่อไป เพื่อป้องกันการกระทบกระเทือน กับชื่อเสียงทางด้านสังคมของตน นอกจากนี้ในด้านความสัมพันธ์กับญาติพี่น้องก็อาจ

ไม่เหมือนเดิม และส่วนใหญ่พบว่า ภายหลังจากหย่าร้าง สภาพจิตใจของพวกเขาไม่ปกติ กล่าวคือ มีความรู้สึกขมขื่น ทุกข์ทรมาน และท้อแท้ใจ บางครั้งรู้สึกหมดหวังในชีวิต มองเห็นชีวิตการแต่งงานเป็นเรื่องไม่น่าเกี่ยวข้อง ไม่สนใจจะหาความก้าวหน้าให้แก่ชีวิต เพราะคิดว่าไม่รู้จะทำไปเพราะอะไร หรือเพื่อใคร ทำให้กลายเป็นคนอ่อนแอและขาดความมั่นใจในตัวเอง รู้สึกว่าตนเองหมดคุณค่า ล้มเหลว ไม่มีใครมารักและต้องการตน จึงอาจกลายเป็นคนหลบหนีจากสังคม วิดกกังวล ไร้ความสามารถ สอดคล้องกับการศึกษาของ ญัฐนารี (2544: 3-4) รวบรวมคำอธิบายของนักวิชาการต่าง ๆ เกี่ยวกับผลกระทบของการหย่าร้างที่อาจเกิดขึ้นกับผู้หย่าร้าง ดังนี้ ผู้ที่หย่าร้างมักเกิดโรคภัยไข้เจ็บ ทั้งด้านสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ที่สมรสหรือเป็นโสด การหย่าร้างนำมาซึ่งความเศร้าและบาดแผลภายในใจของผู้หย่าร้าง ทำให้ผู้หย่าร้างต้องเผชิญกับความรู้สึกโดดเดี่ยว ไม่มีความสุข มีความเครียด ซึ่งทำให้มีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนและก่อให้เกิดความผิดปกติทางจิตได้ ยิ่งไปกว่านั้น กรณีที่มีบุตร คู่หย่าร้างอาจมีความลำบากใจที่จะอธิบายให้บุตรเข้าใจถึงสภาพการหย่าร้างได้

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูล 12 ใน 20 คน ให้ข้อมูลว่า หลังการหย่าร้าง ตนเองมีฐานะทางเศรษฐกิจดีและรู้สึกว่า ตนเองมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดีขึ้น แม้ว่าบางครั้งจะเกิดความเหงาและว้าเหว่ แต่ก็มีความเป็นอิสระในการดำรงชีวิต สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองและมีความมั่นใจในตัวเองมากขึ้น ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูล 5 ใน 20 คน ให้ข้อมูลว่า ตนเองต้องทำงานหนักมากขึ้น เพื่อให้มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายที่ต้องรับผิดชอบเพียงผู้เดียว และที่เหลืออีก 3 คน ให้ข้อมูลว่า ตอนนี้ตนเองยังไม่มีกะจิตกะใจทำอะไร ยังไม่มีงาน และยังรอความช่วยเหลือจากครอบครัวสามี สอดคล้องกับการศึกษาของ ญัฐนารี (2544) พบว่า ฝ่ายหญิงมักได้รับผลกระทบด้านเศรษฐกิจมากกว่าฝ่ายชาย และมีหญิงจำนวนไม่น้อยที่ไม่ได้รับการส่งเสียจากสามีเก่าและถ้าตนเองไม่สามารถทำงานได้หรือมีรายได้ไม่เพียงพอ ก็จะส่งผลให้ครอบครัวเผชิญกับความลำบาก สิ่งเหล่านี้อาจเป็นสถานการณ์บีบบังคับให้ต้องทำสิ่งผิดกฎหมายเช่น อาชญากรรม หรือโสเภณี เป็นต้น (ญัฐนารี 2544: 3-4)

แม้ว่าข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ผู้หญิงหม้ายมุสลิมจำนวนหนึ่งจะตอบว่า มีความพึงพอใจกับการหย่าร้างที่เกิดขึ้นโดยให้เหตุผลว่าทำให้มีความสุขในชีวิตมากขึ้น

มีความเป็นอิสระในการตัดสินใจมากขึ้น และมีความมั่นใจในตัวเองมากขึ้น และช่วยให้มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นซึ่งเป็นไปตามที่ได้คาดหวังไว้ก่อนมีการหย่าร้าง แต่ก็ยังมีความกังวลต่อผลกระทบต่อบุตร และผู้ให้ข้อมูลบางส่วนกล่าวว่า บุตรไม่ได้รับผลกระทบจากการหย่าร้าง เนื่องจากบุตรส่วนมากยังมีอายุน้อยและไม่เข้าใจเรื่องการหย่าร้าง แต่นี้ก็ไม่ได้เป็นเครื่องยืนยันว่าเมื่อเด็กเจริญเติบโตขึ้นแล้วจะไม่ได้รับผลกระทบจากการหย่าร้างตลอดไป สอดคล้องกับการศึกษาของสุกร (2536) และธัญภา (2550) เห็นสอดคล้องกันว่า ผลกระทบต่อจิตใจของบุตร ขึ้นอยู่กับการดูแลของมารดา ถ้ามารดาเป็นคนเข้มแข็งและกล้าตัดสินใจ จะทำให้ดูแลบุตรได้ดีกว่าการอยู่ร่วมกับครอบครัวที่มีแต่ความขัดแย้งกัน ในขณะที่ผลด้านลบจากการหย่าร้างจากการให้ข้อมูลบางส่วน ยังคงพบปัญหาที่มีผลต่อสภาพจิตใจ คือ การอยู่ท่ามกลางความตึงเครียดต่อปัญหาที่ต้องเผชิญ การขาดความอบอุ่นและคุณภาพชีวิตลดต่ำกว่าเดิม และถูกซุบซิบนินทาจากบุคคลรอบข้าง นอกจากนี้ ภายหลังจากการหย่าร้าง ผู้หญิงต้องมีการปรับบทบาททั้งทางด้านสังคม คือ การปรับบทบาทเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างญาติฝ่ายสามีที่ต้องห่างเหินไป รวมทั้งต้องรู้จักปรับบทบาทให้เหมาะสมกับสถานภาพหย่าร้างเมื่อพบปะผู้คน โดยเฉพาะเพศชาย ทางด้านเศรษฐกิจผู้หญิงสามารถปรับบทบาทได้ดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่พวกเขามีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจในครอบครัวค่อนข้างสูงทั้งยังสามารถทำงานต่าง ๆ ในภาคเกษตรกรรมได้ไม่แตกต่างจากชายเท่าใดนัก จึงทำให้สามารถพึ่งตนเองทางเศรษฐกิจและสังคมได้ดี แต่การที่ต้องทำงานหนักมากขึ้นเพื่อหาเลี้ยงครอบครัวเพียงผู้เดียว ทำให้การปรับบทบาททางด้านการเลี้ยงดูบุตรเป็นไปได้ไม่ดีเท่าที่ควร โดยเฉพาะในเรื่องของเวลาที่มีให้แก่บุตรน้อยลงก่อให้เกิดช่องว่างระหว่างความสัมพันธ์ของมารดากับบุตร

ในประเด็นการปรับตัวภายหลังการหย่าร้าง พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า มีการดูแลเอาใจใส่ตนเองมากขึ้นจากเดิมก่อนการหย่าร้าง สนใจดูแลสุขภาพและความงามในการปรับตัวด้านจิตใจหรืออารมณ์ กล่าวคือ มีการทำจิตใจให้ยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รศรินทร์ และคณะ (2555) ที่พบว่ายิ่งคนเราสามารถทำใจยอมรับกับปัญหาได้ดี ยิ่งมีความสุขมาก ส่วนใหญ่ของสตรีมุสลิมที่หย่าร้าง ความรู้สึกเศร้าโศกเสียใจจะอยู่ในช่วงปีแรก ต่อมาในช่วงปีที่สอง อารมณ์ความรู้สึกจะเริ่มคงที่มากขึ้น และเมื่อเข้าสู่ปีที่สามก็จะเข้าสู่สภาพปกติ มีจิตใจเข้มแข็งขึ้นเปลี่ยนแปลงจากคนอารมณ์ร้อนขาดความสุขุมรอบคอบ มาเป็นใจเย็น มีเหตุผล การศึกษานี้คล้ายคลึงกับการศึกษา

ในต่างประเทศที่พบว่า ปีแรกของการหย่าจะเป็นปีที่มีสภาพแย่ที่สุด และจะดีขึ้นเรื่อยๆ จนเข้าสู่สภาพปกติในปีต่อๆ มา (Brooks 2008)

สำหรับประเด็นการปรับตัวด้านเศรษฐกิจ ผู้ให้ข้อมูล กล่าวว่า มีการปรับตัวในเรื่อง การประกอบอาชีพ การวางแผนทางการเงิน มีการออมเงินเพื่ออนาคตมากขึ้น มีการรับรู้ ถึงบทบาทหน้าที่หลักในการสร้างรายได้แก่ครอบครัว สามารถวางแผนการใช้จ่ายในครอบครัว และหากมีปัญหาทางการเงินสามารถแก้ไขได้ และการปรับตัวด้านสังคม มีการปรับในเรื่อง ของความคิด การมองตัวเองในเชิงบวก เพราะการดำเนินชีวิตประจำวันต้องมีการ ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม ระยะเวลาส่วนใหญ่มีความคิดเชิงลบต่อปรากฏการณ์ การหย่าร้างที่เกิดขึ้น รู้สึกอับอาย แต่ได้รับกำลังใจจากบุคคลในสังคม ทำให้สามารถ ดำเนินชีวิตตามปกติได้ ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการปรับตัวของผู้หญิงภายหลังการหย่าร้าง ได้แก่ การมีบุตร บุตรมีอิทธิพลในการปรับตัวของผู้หญิงภายหลังการหย่าร้าง เนื่องจาก บุตรเป็นแรงบันดาลใจทำให้ผู้หญิงกลับมามีกำลังใจในการดำเนินชีวิตอีกครั้ง ผู้หญิงจะรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าในความรู้สึกของบุตร ประเด็นความสามารถในการปรับตัวส่วนบุคคล มีการปรับตัวเองให้ยอมรับในสถานภาพของตนเองได้มากขึ้น มีการปรับตนเองให้เข้ากับ สังคม ทำให้สังคมยอมรับในบทบาทและความเป็นตัวตนของตนเอง สอดคล้องกับการ ศึกษาของสุชาติ (2552: 58-63) ศึกษาการปรับตัวของผู้หญิงภายหลังการหย่าร้าง ในอำเภอเมือง จังหวัดปทุม พบว่า ผู้หญิงภายหลังการหย่าร้างมีการปรับตัวด้านร่างกาย คือมีการดูแลเอาใจใส่ตนเองมากขึ้นพยายามทำจิตใจให้ยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น แม้ว่า ระยะเวลาจะอยู่ในช่วงซึมเศร้าก็ตาม และสิ่งสำคัญพยายามปรับความคิด การมองตัวเอง ในเชิงบวกเพื่อสร้างกำลังใจให้ตนเอง และบุตรเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่า เมื่อมีความมั่นใจดังกล่าวก็กล้าที่จะเผชิญอยู่ในสังคม และสามารถทำให้สังคมยอมรับ ในบทบาทและตัวตนของตนเองได้ (สุชาติ 2552: 58-63)

ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ในการสนับสนุนและเสริมสร้างกำลังใจให้แก่สตรีที่มีสภาพจิตใจแย่หลังสิ้นสุดชีวิตคู่ และ ไม่มีความมั่นคงทางอาชีพ ในขณะที่สตรีมุสลิมที่มีสภาพจิตใจเข้มแข็งพบว่า การสิ้นสุด ชีวิตคู่ไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตและกำลังใจในการเลี้ยงดูบุตร อย่างไรก็ตาม การสนับสนุนของครอบครัวทั้งของตนเองและของอดีตสามีสำหรับสตรีมุสลิม บางส่วน

ที่ได้รับการสนับสนุน แต่บางส่วนอาจจะได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวตนเองเท่านั้น และบางส่วนอาจจะไม่ได้รับการสนับสนุนจากทั้งครอบครัวตนเองและครอบครัวอดีตสามี ทั้งนี้ชีวิตภายหลังสิ้นสุดชีวิตคู่ของสตรีมุสลิมที่ให้ข้อมูลพบว่า ตนเองจำเป็นต้องมีการปรับตัวทั้งด้านจิตใจและเศรษฐกิจสังคม เพื่อครอบครัวและบุตรที่ตนเองต้องรับบทบาทเป็นหัวหน้าครัวเรือน

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัด กล่าวคือเป็นการศึกษาสภาวะทางจิตของสตรีมุสลิมหลังสิ้นสุดชีวิตคู่โดยสัมภาษณ์สตรีมุสลิมที่สิ้นสุดชีวิตคู่ตามหลักศาสนาอิสลามจำนวน 20 คน ซึ่งข้อมูลที่ได้ไม่สามารถนำไปอ้างอิงสตรีมุสลิมในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ได้ทั้งหมด

ข้อเสนอแนะในการเก็บข้อมูล

ในการศึกษาศาสตร์บางรายไม่ได้ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์และพยายามหลีกเลี่ยงการให้ข้อมูล ทำให้ผู้วิจัยต้องหาผู้ให้ข้อมูลรายใหม่ เพื่อที่จะเก็บข้อมูลให้ครบจากกลุ่มสตรีตามที่ได้กำหนด ดังนั้นก่อนการสัมภาษณ์นักวิจัยต้องเข้าไปในพื้นที่ระยะเวลาหนึ่ง จนผู้ให้ข้อมูลเกิดความวางใจและเต็มใจให้ข้อมูล และสำหรับการทำวิจัยในครั้งต่อไปในประเด็นดังกล่าว 1) ควรมีการศึกษาเรื่องการหย่าร้างตามหลักศาสนาในครอบครัวมุสลิมที่ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศชาย เพื่อศึกษาสาเหตุที่ผู้ชายไม่ยอมคืนสิทธิหลังการหย่าร้างให้กับสตรีและบุตรของตนเอง และ 2) ควรมีการศึกษาถึงผลกระทบต่อจิตใจของบุตรของผู้หย่าร้างโดยตรง เพื่อหาแนวทางสร้างกำลังใจให้แก่พวกเขาต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ควรมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่ให้ความรู้และให้คำปรึกษาแก่ทุกคู่สมรส เพื่อสามารถทำความเข้าใจถึงการหย่าร้าง และควรให้การอบรมในเรื่องการได้รับสิทธิหลังการหย่าร้างของสตรีตลอดจนผลกระทบหลังการหย่าร้างของสตรี เพื่อนำไปใช้ประโยชน์สำหรับการเผยแพร่การให้คำแนะนำแก่สตรีที่กำลังประสบปัญหาครอบครัว ให้เข้าใจบทบาทและหน้าที่เพื่อเป็นการสนับสนุนให้ทุกคู่สมรสให้ความสำคัญในการใช้ชีวิตคู่

เอกสารอ้างอิง

- กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. 2555. ข้อมูลประชากรจังหวัดปัตตานี. ปัตตานี: กระทรวงมหาดไทย.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2552. รายงานผลสุขภาพจิตประจำปี 2551. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- คุรุชาติ อะหมัด. 2540. ชีวิตครอบครัวในอิสลาม. พิมพ์ครั้งที่ 3. มปท.
- จรัญ มะลูลีม. 2554. อิสลามกับเรื่องเพศ. สืบค้นเมื่อ 21 เมษายน 2555 จาก <http://www.piwdee.net/kab6/sanha04.htm>
- ชยาภรณ์ ชื่นรุ่งโรจน์. 2552. กรอบความคิดการพัฒนาชุมชนมุสลิมแบบบูรณาการ. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- ณัฐนารี เอมยงค์. 2544. "หญิงหม้าย: การปรับตัวเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตให้มีความมั่นคง กรณีศึกษาจังหวัดกาฬสินธุ์"
- วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ธัญภา พรหมรักษ์. 2550. ผู้หญิง ความรุนแรงในครอบครัว การหย่าร้างในฐานะทางเลือก. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นงลักษณ์ เทพสวัสดิ์. 2530. "ครอบครัว การหย่าร้างที่สร้างปัญหาในสังคม". วารสารธรรมศาสตร์ ฉบับที่ 1 ปีที่ 16: 76-81..
- รศรินทร์ เกรย์ อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์ ปราโมทย์ ประสาทกุล และอุมาภรณ์ ภัทรวาณิชย์. 2555. "รายได้ หนี้สิน ความสามารถทำใจยอมรับปัญหา และความสุข". วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2555; 57(3): 347-356.
- พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์. 2551. จิตวิทยาครอบครัว. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มูนีร มุหะหมัด. 2551. กฎหมายอิสลามเบื้องต้น. บริษัท นัตวิดดา การพิมพ์จำกัด.
- มุฮัมมัด อิบรอฮีม อัต-ตุวัยญีรีย ,แปลโดย ริซัลย์ สะอะ, มุคตะศ็อร และอัล ฟิกฮิล อิสลามีย์. 2009. มุฮัมมัด บากิร อิสมาอิล, *علاوة على كتابنا من حضرة ابو الحسن*. พิมพ์ครั้งที่ 2. ไคโร: ดารุลอัลมานาร ไคโร.
- ศิริรัตน์ ศิลอาภรณ์. 2545 .รูปแบบการหย่าร้าง. กรุงเทพฯ: บริษัทเท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัลพับลิเคชั่นจำกัด.

- สุชาดา บุญเปรม. 2552. "การปรับตัวของผู้หญิงภายหลังการหย่าร้างในอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม" วิทยานิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการจัดการ ภาครัฐและภาคเอกชน). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- สุภร ลิ้มอารีย์. 2536. สตรีและการหย่าร้าง. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการการวิจัย แห่งชาติ.
- สำนักงานคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัดปัตตานี. 2552. หลักการครอบครัวในอิสลาม. ปัตตานี: สำนักงานคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัดปัตตานี.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2551. โครงการสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2551. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- อภิชัย มงคล ทวี ตั้งเสรี พิเชฐ อุดมรัตน์ วัชณี หัตถพนม และวรวรรณ จุฑา. 2547. การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต.
- อับดุลเราะมัน เจาะอารง. 2547. "สิทธิของภริยาในการหย่าและสิทธิที่พึงได้รับตามกฎหมาย อิสลาม: กรณีศึกษาจังหวัดปัตตานี". วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. วิทยาลัยอิสลามศึกษา คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อิสระ ทองสามสี. 2540. "ตัวแปรเชิงสาเหตุเกี่ยวกับโครงสร้างอำนาจครอบครัว". วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อิสมาแอ อาลี. 2547. กฎหมายครอบครัวอิสลาม. ปัตตานี: ภาควิชาอิสลามศึกษา วิทยาลัยอิสลามศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- Brooks,A.C. 2008. Gross National Happiness: Why Happiness Matters for America-and How We Can Get More of It. New York: Basic Books.
- Zaidan, M.H. 1976. Islamic Family Law in the Islamic Tradition. Chicago: Kazi.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดและความสุขในการดูแลผู้สูงอายุ

สาลิณี เทพสุวรรณ¹ ณัฐจิรา ทองเจริญพงษ์ และรศรินทร์ เกรย์¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความเครียดและความสุขของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นคนในครอบครัว (Family Caregivers) โดยศึกษาจากปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล (Personal Characteristics) ปัจจัยสาเหตุของความเครียด (Stressors) ปัจจัยแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม (Family and Social support) และปัจจัยการจัดการกับความเครียด (Coping Strategies) จากข้อมูลของผู้ดูแลที่เป็นคนในครอบครัวจำนวน 284 คนในจังหวัดกาญจนบุรี ปี พ.ศ. 2554 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีความสัมพันธ์เป็นบุตร จากการวิเคราะห์ผลโดยวิธีวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) พบว่า การดูแลผู้สูงอายุเป็นเวลานานจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสุขเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการปรับจิตใจรับในบทบาทของผู้ดูแล นอกจากนี้ บรรทัดฐานของความกตัญญูต่อบิดามารดาอาจช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการยอมรับภาระที่เกิดขึ้นจากการดูแลได้ การมีผู้ช่วยดูแลส่งผลให้ความเครียดลดลงและมีความสุขเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมที่ส่งผลให้ความเครียดลดลงและมีความสุขเพิ่มขึ้น ในส่วนของการจัดการกับความเครียด พบว่าการจัดการกับความเครียดโดยมุ่งอารมณ์ เช่น การระบายอารมณ์ ยิ่งทำให้สถานการณ์สุขภาพจิตแย่ลง

คำสำคัญ: ผู้ดูแลในครอบครัว, ความสุข, ความทุกข์

¹ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

Determinants of stress and happiness among family caregivers to older persons

Sasinee Thapsuwan, Natjerach Thongcharoenchupong and Rossarin Gray¹

Abstract

This study aims at exploring factors affecting stress and happiness among family caregivers to older persons. The factors include personal characteristics, stressors, family and social support and coping strategies. The data were collected in 2011 from 284 family caregivers in Kanchanaburi. The results revealed that the majority of them were adult females and children. Based on multiple regression analyses, it was found that the longer duration of caregiving was, the happier they were. This may be due to the adjustment to their caregiving role. In addition, the norm of filial piety may help caregivers accept the burden from caregiving. The availability of helpers reduced stress and increased happiness. Similarly, family and social support also reduced stress and increased happiness. For coping strategies, it was found that emotional focus such as venting worsen the mental health.

Key words: family caregivers, happiness, stress

¹ Institute for Population and Social Research, Mahidol University

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดและความสุขของการดูแลผู้สูงอายุ

สาลินี เทพสุวรรณ ณิชวีรา ทองเจริญพงศ์ และรศรินทร์ เกรย์

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุแล้ว เนื่องมาจากการที่ภาวะเจริญพันธุ์ลดลง และประชากรไทยมีอายุที่ยืนยาวขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อถึงระยะหนึ่งของชีวิต ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาทางด้านสุขภาพ และต้องได้รับการดูแลจากผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ เรียกว่า ผู้ดูแล เป็นผู้ที่มิบทบาทในการให้ความช่วยเหลือและดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาในด้านสุขภาพจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนหรือทั้งหมด ในประเทศไทย ผู้ดูแลมักเป็นบุคคลที่อยู่ภายในครอบครัวเดียวกัน หรือ ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคนในครอบครัว (Family caregiver) เป็นเพศหญิง เช่น ลูกสาว ภรรยา หรือลูกสะใภ้ (Knodel & Chayovan 2008)

การที่ผู้สูงอายุเริ่มมีปัญหาด้านสุขภาพมากขึ้นกลายเป็นบุคคลที่ต้องได้รับการพึ่งพาจากครอบครัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวที่กลายมาเป็นผู้ดูแลต้องมีการเปลี่ยนบทบาทและวิถีชีวิตไปอย่างมาก (Enterlante & Kern 1995) ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า (Matthis 1991) มีความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลีย (McLean; Roper-Hall, Mayer & Main 1991) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลยังถูกจำกัดทางสังคม มีเวลาที่เป็นอิสระส่วนตัว และออกไปติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง (Robinson-Smith & Mahoney 1995) และยังได้รับผลกระทบจากปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ร่วมด้วย (พรชัย และยุพิน 2544) ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด (Matson 1994) ทั้งยังกระทบต่อความผาสุกและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลด้วย (Lazarus & Folkman 1984)

โดยทั่วไปแล้วเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับความเครียดก็มักจะแสดงพฤติกรรมต่างๆ ออกมาเพื่อรับมือกับสิ่งที่เกิดขึ้น และพยายามทำให้ความเครียดนั้นทุเลาลง แต่อย่างไรก็ตามหากผู้ดูแลเลือกใช้วิธีการจัดการกับความเครียดที่ไม่เหมาะสมและไม่มีประสิทธิภาพ ก็อาจก่อให้เกิดปัญหาจากความเครียดมากขึ้นได้ และส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล (Quality of care) ผู้สูงอายุด้วย (ดุสิต และคณะ 2554; Kramer 1997)

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

ค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความเครียดและความสุขของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นคนในครอบครัว โดยศึกษาจากปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล (Personal characteristics) ปัจจัยสาเหตุของความเครียด (Stressors) ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม (Social support) ได้แก่ การมีเพื่อนหรือคนในสังคมคอยช่วยเหลือในยามที่ต้องการ และการมีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว และปัจจัยการจัดการกับความเครียด (Coping strategies)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดและความสุขของผู้ดูแล

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดและความสุขของผู้ดูแลย่อมแตกต่างกันไปตามคุณลักษณะต่างๆ ของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ระยะเวลาในการดูแล และสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและความสุขอื่นๆ เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การมีผู้ช่วยดูแล ครอบครัว เพื่อน และชุมชน ตลอดจนการจัดการกับความเครียด

อายุเป็นปัจจัยประการหนึ่งที่มีผลต่อความเครียดและความสุขของผู้ดูแล เนื่องจากอายุบ่งบอกถึงวุฒิภาวะทางด้านจิตใจ (สุชา 2536) แต่หากว่าผู้ดูแลมีอายุมากขึ้นย่อมส่งผลให้สุขภาพเสื่อมลงไปตามวัยทำให้การดูแลเริ่มเป็นภาระเมื่อต้องดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว (Pinquart & Sorensen 2007) และต้องการผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (วิมลรัตน์ 2537)

บทบาทในการดูแลงานบ้านและดูแลสมาชิกในครอบครัวมักเป็นของผู้หญิง เนื่องจากเพศหญิงแสดงถึงความอ่อนโยนเอาใจใส่ต่อบุคคลอื่น ดังนั้นผู้หญิงมักจะถูกคาดหวังจากสังคมให้มีบทบาทในการดูแล (รุจา 2541; เสาวลักษณ์ 2545) นอกจากนี้ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสมักมีความเสี่ยงต่อการเกิดความเครียดได้มากกว่าผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์อื่น (Hazan & Shaver 1987) เนื่องจากคู่สมรสมีระดับความใกล้ชิดมากกว่าผู้ดูแลอื่น (Cantor 1983) นอกจากนี้คู่สมรสยังต้องเป็นผู้ที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้ต้องมีระยะเวลาในการดูแลมากกว่าผู้ดูแลอื่น (Tennstedt, Crawford & McKinlay 1993) แต่ในสังคมไทย หน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุมักจะเป็นบุตร โดยเฉพาะบุตรหญิงที่มีหน้าที่

รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าบุตรชาย (Merrill 1993) ซึ่งตรงกับบรรทัดฐานทางสังคมที่สอนให้บุตรมีความกตัญญูต่อบุพการี และทดแทนบุญคุณบิดามารดา (คมสัน 2540) และผู้ดูแลหญิงมักจะมี ความเครียดสูงกว่าผู้ดูแลชาย (Pinquart & Sorensen 2006) อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลที่เป็นบุตรจะมีความรู้สึกทั้งเชิงบวกและลบต่อการเป็นผู้ดูแล เนื่องจากความรับผิดชอบและบทบาทของการเป็นผู้ดูแลเป็นภาระที่หนัก อาจทำให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า และเครียด แต่ในทางตรงกันข้ามก็ทำให้รู้สึกมีความสุข เพราะได้ตอบแทนพระคุณของบิดามารดา ได้รับการยกย่องชมเชย และได้รับประสบการณ์ที่ดี (จิราพร 2548)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลนอกเหนือจากคุณลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลแล้ว ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) จากทั้งครอบครัวและเพื่อน เพื่อนบ้าน ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองมีคนรัก เอาใจใส่ เห็นคุณค่า ยกย่อง และยอมรับนับถือ ซึ่งการได้รับแรงสนับสนุนนี้ส่งผลให้บุคคลมีความเครียดลดลง (บุญเยี่ยม 2528) ในสังคมพุทธศาสนามีความเชื่อว่าลูกหลานถูกคาดหวังให้ดูแลพ่อแม่ในยามแก่ชรา ทำให้ไม่ได้รับความสนใจหรือขาดการช่วยเหลือ และสนับสนุนการดูแลในชุมชนจากภาครัฐ จึงทำให้ครอบครัวและผู้ดูแลต้องรับภาระหนักในการดูแล และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งของผู้สูงอายุและผู้ดูแล (วิไลวรรณ ลีวรรณ และสมจินต์ 2545)

การดูแลผู้สูงอายุย่อมก่อให้เกิดความเครียด ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีการจัดการกับความเครียดของตนเองอยู่ตลอดเวลา หากผู้ดูแลใช้วิธีการจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสมก็จะทำให้ปัญหาและความเครียดหมดไป แต่ถ้าหากใช้วิธีการแก้ไขปัญหายังไม่เหมาะสมก็อาจจะทำให้ปัญหาที่มีอยู่ร้ายแรงขึ้น (จิราพร 2551) การจัดการกับความเครียดทั้งทางด้านความคิดและการกระทำเป็นความพยายามที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (พรชัย และยุพิน 2544) การจัดการกับความเครียดตามแนวคิดของแมคคานิค (อ้างใน อังคินันท์ 2551) กล่าวถึงการเผชิญความเครียดแบบด้อยประสิทธิภาพ คือ วิธีการเผชิญปัญหาด้วยการปฏิเสธและการระบายอารมณ์ ซึ่งการจัดการกับความเครียดที่มุ่งเน้นอารมณ์นั้นไม่ส่งผลต่อการแก้ไขปัญหานอกจากนี้ยังพบว่า การเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นอารมณ์มีความสัมพันธ์เชิงบวกสูงกับความทุกข์ เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการเผชิญปัญหาด้วยวิธีการอื่นๆ (Hasida 2005)

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในเชิงปริมาณ (Quantitative Research) จากข้อมูลโครงการ “การเฝ้าระวังทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และการดูแลระยะยาว เพื่อเสริมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ในจังหวัดกาญจนบุรี ปีพ.ศ. 2553” ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified systematic) เพื่อเลือกหมู่บ้านในพื้นที่ชนบทและบล็อกการสำมะโนประชากรในพื้นที่เมือง ซึ่งมีจำนวนครัวเรือนที่ถูกเลือกทั้งหมด 10,837 ครัวเรือน โดยมีจำนวนประชากรอายุ 50 ปีขึ้นไป 11,673 คน แบ่งเป็นประชากรในเขตเมืองร้อยละ 20 และในชนบทร้อยละ 80

ผู้ดูแลถูกคัดเลือกมาจากคำถามเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุคนใดไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐาน (Activity of daily living: ADL) (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson, & Jaffe 1963) ได้อย่างน้อย 1 กิจกรรม หรือไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันอื่นๆ (instrumental activities of daily living: IADL) (Lawton & Brody 1969) ได้อย่างน้อย 2 กิจกรรม จะถือว่าต้องมีผู้ดูแล และหากผู้สูงอายุมีผู้ดูแลมากกว่า 1 คน จะเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลหลัก หรือผู้ที่ใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าคนอื่นๆ ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 439 คน (ทั้งผู้ดูแลที่เป็นครอบครัว ไม่ใช่ครอบครัว และถูกจ้างมา) ในจำนวนนี้ เป็นผู้ดูแลที่เป็นคนในครอบครัว 348 คน และอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุในครัวเรือนเดียวกัน และมีจำนวน 64 ตัวอย่าง ที่ไม่ได้ถูกนำมาวิเคราะห์เพราะไม่ตอบคำถามจำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวัน ดังนั้น จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลทั้งสิ้น 284 คน ซึ่งประมาณร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป นอกจากนี้จะมีอายุ 50-59 ปี

การวัดระดับความเครียด ได้จากข้อมูลแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (กรมสุขภาพจิต 2555) ซึ่งให้ผู้ดูแลประเมินตนเองว่า ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการ พฤติกรรม หรือมีความรู้สึกต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด โดยมีข้อคำถาม 20 ข้อ ดังนี้ 1) นอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ 2) รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ 3) ทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด 4) มีความวุ่นวายใจ 5) ไม่อยากพบปะผู้คน 6) ปวดศีรษะข้างเดียว หรือปวดบริเวณขมับทั้งสองข้าง 7) รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง 8) รู้สึกหมดหวังในชีวิต 9) รู้สึกว่าชีวิต

ตนเองไม่มีค่า 10) ภาวะวุ่นวายอยู่ตลอดเวลา 11) รู้สึกว่าตนเองไม่มีสมาธิ 12) รู้สึกเพื่อยจนไม่มีแรงจะทำอะไร 13) รู้สึกเหนื่อยหน่ายไม่ยอมทำอะไร 14) มีอาการหัวใจเต้นแรง 15) เสียงสั้น ปากสั้น หรือมือสั้นเวลาไม่พอใจ 16) รู้สึกกลัวผิดพลาดในการทำสิ่งต่าง ๆ 17) ปวดหรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย หลังหรือไหล่ 18) ตื่นตื่นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย 19) มึนงง หรือเวียนศีรษะ และ 20) ความสุขทางเพศลดลง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ตอบว่า “ไม่เคยเลย” เท่ากับ 0 คะแนน ตอบว่า “เป็นครั้งคราว” เท่ากับ 1 คะแนน ตอบว่า “เป็นบ่อย” เท่ากับ 2 คะแนน และตอบว่า “เป็นประจำ” เท่ากับ 3 คะแนน ซึ่งจะมีคะแนนเต็มทั้งหมด 60 คะแนน โดยผู้ที่มีคะแนนสูงขึ้นเท่าไรหมายถึงว่ามีระดับความเครียดมากขึ้นเท่านั้น

การวัดระดับความสุข ได้จากการถามคำถามเดียวซึ่งเป็นคำถามสากล (George 2010) ว่า “ในภาพรวมแล้ว ท่านรู้สึกมีความสุขอยู่ในระดับใด” มีคำตอบเป็นคะแนนตั้งแต่ 0-10 โดยคะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความสุขเลย และคะแนน 10 หมายถึง มีความสุขที่สุด

ปัจจัยที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อระดับความเครียดและความสุขของผู้ดูแล แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล (Personal characteristics) ได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ การทำงาน และการประเมินสุขภาพร่างกายของตนเอง 2) ปัจจัยสาเหตุของความเครียด (Stressors) ได้แก่ การมีผู้ช่วยดูแล ระยะเวลาในการดูแล ระยะเวลาในการดูแลต่อวัน และปัญหาในการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุที่ดูแล 3) ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม (Social support) ได้แก่ การมีเพื่อนหรือคนในสังคมคอยช่วยเหลือในยามที่ต้องการ และการมีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว และ 4) ปัจจัยการจัดการกับความเครียด (Coping strategies) ได้แก่ ร้องไห้ กรีดร้อง/ตะโกน ออกมาดังๆ และระบายอารมณ์กับสิ่งของ/ทูบข้าวของ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ และตารางไขว้ (Crosstab) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยคุณลักษณะของผู้ดูแล ปัจจัยการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแล ระดับความเครียด และระดับความสุขของผู้ดูแล

2. ใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) เพื่อวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยที่มีผลต่อระดับความเครียดและความสุขของผู้ดูแล

ผลการศึกษา

ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.1) ผู้ดูแลชายมีอายุเฉลี่ยสูงกว่าผู้ดูแลหญิง (55.59 ปี และ 49.20 ปี ตามลำดับ) ประมาณร้อยละ 60 ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เป็นลูกของผู้สูงอายุ โดยผู้ดูแลชายมีความสัมพันธ์เป็นคู่สมรสมากกว่า (ร้อยละ 46.4 และ 27.5) ในขณะที่ผู้ดูแลหญิงมีความสัมพันธ์เป็นลูกมากกว่า (ร้อยละ 63.5 และ 50.0) ส่วนใหญ่ยังคงทำงานอยู่ และเห็นว่าสุขภาพร่างกายของตนเองยังอยู่ในระดับดี แต่ผู้ดูแลหญิงจะประเมินสุขภาพร่างกายของตนเองว่าไม่ดีมากกว่าผู้ดูแลชาย (ร้อยละ 24.2 และ 10.7)

ตาราง 1 ร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล จำแนกตามเพศ

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล	ร้อยละ		
	รวม	ชาย	หญิง
กลุ่มอายุ (ปี)			
ต่ำกว่า 40 ปี	21.8	17.9	23.0
40-49 ปี	30.4	25.0	32.0
50-59 ปี	22.2	17.9	23.6
60 ปีขึ้นไป	25.6	39.3	21.4
อายุเฉลี่ย	50.73	55.59	49.20
ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ			
คู่สมรส	32.0	46.4	27.5
ลูก	60.3	50.0	63.5
ลูกเขย/ลูกสะใภ้	7.7	3.6	9.0
การทำงาน			
ทำ	72.2	76.8	70.8
ไม่ทำ	27.8	23.2	29.2

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล	ร้อยละ		
	รวม	ชาย	หญิง
การประเมินสุขภาพร่างกายของตนเอง			
ไม่ดี	21.0	10.7	24.2
ดี	67.5	75.0	65.2
ดีมาก	11.5	14.3	10.6
รวม	100.0	100.0	100.0
จำนวน	234	56	178

กว่าร้อยละ 40 ของผู้ดูแลหญิงไม่มีผู้ช่วยดูแล ส่วนผู้ดูแลชายประมาณร้อยละ 45 มีผู้ช่วยดูแล 1 คน ระยะเวลาในดูแลเฉลี่ยของผู้ดูแลชายดูแลนานกว่าผู้ดูแลหญิง (4.48 ปี และ 4.20 ปี ตามลำดับ) ในขณะที่ระยะเวลาในดูแลเฉลี่ยต่อวัน ผู้ดูแลหญิงดูแลนานกว่าผู้ดูแลชาย (6.60 ชั่วโมง และ 4.86 ชั่วโมง ตามลำดับ) และผู้ดูแลชายที่ได้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการเคลื่อนไหวรุนแรง/รุนแรงมาก สูงกว่าผู้ดูแลหญิง (ร้อยละ 28.6 และ 22.5)

ตาราง 2 ร้อยละของปัจจัยสาเหตุของความเครียดของผู้ดูแล จำแนกตามเพศ

ปัจจัยสาเหตุของความเครียด	ร้อยละ		
	รวม	ชาย	หญิง
จำนวนผู้ช่วยดูแล			
ไม่มีเลย	39.8	33.9	41.6
1 คน	37.6	44.7	35.4
2 คนขึ้นไป	22.6	21.4	23.0
ระยะเวลาในการดูแล (ปี)			
ไม่เกิน 2 ปี	43.2	39.2	44.4
3-4 ปี	23.9	30.4	21.9
ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป	32.9	30.4	33.7
ระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย (ปี)	4.26	4.48	4.20

ปัจจัยสาเหตุของความเครียด	ร้อยละ		
	รวม	ชาย	หญิง
ระยะเวลาในการดูแลต่อวัน (ชั่วโมง)			
1-4 ชั่วโมง	56.5	60.7	55.1
5-9 ชั่วโมง	17.9	21.4	16.8
10 ชั่วโมงขึ้นไป	25.6	17.9	28.1
<i>ระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ยต่อวัน (ชั่วโมง)</i>	<i>6.18</i>	<i>4.86</i>	<i>6.60</i>
ปัญหาในการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ			
น้อย	44.4	39.3	46.1
ปานกลาง	31.6	32.1	31.4
รุนแรง	17.5	25.0	15.2
รุนแรงมาก	6.5	3.6	7.3
รวม	100.0	100.0	100.0
จำนวน	234	56	178

กว่าครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลทั้งชายและหญิงได้รับปัจจัยสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและคนอื่นในยามที่ต้องการในระดับมากและมากที่สุด โดยผู้ดูแลชายได้รับมากกว่าผู้ดูแลหญิงเล็กน้อย (ร้อยละ 59.0 และ 57.9 ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยสนับสนุนทางสังคมจากรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนในระดับมากและมากที่สุดทั้งผู้ดูแลชายและผู้ดูแลหญิง (ร้อยละ 91.1 และ 92.7)

ตาราง 3 ร้อยละของปัจจัยสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล จำแนกตามเพศ

ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม	ร้อยละ		
	รวม	ชาย	หญิง
ท่านมีเพื่อนหรือคนอื่นในสังคมคอยช่วยเหลือท่าน			
ในยามที่ท่านต้องการ			
ไม่เลย	11.1	8.9	11.8
เล็กน้อย	30.8	32.1	30.3
มาก	46.6	42.9	47.8
มากที่สุด	11.5	16.1	10.1

ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม	ร้อยละ		
	รวม	ชาย	หญิง
ท่านรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว			
ไม่เลย	0.4	0.0	0.6
เล็กน้อย	7.3	8.9	6.7
มาก	57.3	51.8	59.0
มากที่สุด	35.0	39.3	33.7
รวม	100.0	100.0	100.0
จำนวน	234	56	178

การจัดการกับความเครียดในทางลบของผู้ดูแลโดยใช้วิธีร้องไห้ พบว่า ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ดูแลทำเมื่อตนเองรู้สึกเครียด โดยผู้ดูแลหญิงเลือกใช้วิธีนี้มากกว่าผู้ดูแลชาย อย่างชัดเจน (ร้อยละ 39.9 และ 5.4) ผู้ดูแลร้อยละ 9 เลือกใช้วิธีการกรีดร้อง/ตะโกน ดังๆ เมื่อผู้ดูแลรู้สึกเครียด โดยผู้ดูแลหญิงเลือกใช้มากกว่าผู้ดูแลชาย (ร้อยละ 9.6 และ 7.1 ตามลำดับ) และผู้ดูแลประมาณร้อยละ 5 เลือกใช้วิธีการระบายอารมณ์กับสิ่งของ/ ทุบข้าวของ โดยผู้ดูแลหญิงเลือกทำมากกว่าผู้ดูแลชาย (ร้อยละ 5.6 และ 1.8 ตามลำดับ)

ตาราง 4 ร้อยละของการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแล จำแนกตามเพศ

การจัดการกับความเครียด	ร้อยละ		
	รวม	ชาย	หญิง
ร้องไห้			
ทำ	31.6	5.4	39.9
ไม่ทำ	68.4	94.6	60.1
กรีดร้อง/ตะโกนดังๆ			
ทำ	9.0	7.1	9.6
ไม่ทำ	91.0	92.9	90.4
ระบายอารมณ์กับสิ่งของ/ทุบข้าวของ			
ทำ	4.7	1.8	5.6
ไม่ทำ	95.3	98.2	94.4
รวม	100.0	100.0	100.0
จำนวน	234	56	178

ระดับความเครียดเฉลี่ยของผู้ดูแลหญิงสูงกว่าผู้ดูแลชาย (11.39 และ 6.21 ตามลำดับ) ประมาณร้อยละ 8 ของผู้ดูแลหญิงมีระดับความเครียดมาก สำหรับระดับความสุขของผู้ดูแลทั้งชายและหญิงใกล้เคียงกัน โดยผู้ดูแลชายมีความสุขมากกว่าผู้ดูแลหญิง (7.79 และ 7.49 ตามลำดับ)

ตาราง 5 ระดับความเครียดและความสุขของผู้ดูแล จำแนกตามเพศ

ระดับความเครียด	ร้อยละ		
	รวม	ชาย	หญิง
ผู้ตอบไม่จริงใจ ไม่แน่ใจในคำถาม (0-5 คะแนน)	40.6	58.9	34.8
ปกติ/ไม่เครียด (6-17 คะแนน)	41.5	35.7	43.3
เครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย (18-25 คะแนน)	9.4	3.6	11.2
เครียดปานกลาง (26-29 คะแนน)	2.6	1.8	2.8
เครียดมาก (30 คะแนน)	6.0	0.0	7.9
คะแนนเฉลี่ยความเครียด (เต็ม 60 คะแนน)	10.15	6.21	11.39
ระดับความสุข	ร้อยละ		
	รวม	ชาย	หญิง
0 คะแนน (ไม่มีความสุขเลย)	0.4	0.0	0.6
1-4 คะแนน	2.6	1.8	2.8
5 คะแนน	19.2	12.5	21.3
6-9 คะแนน	49.6	57.1	47.2
10 คะแนน (มีความสุขที่สุด)	28.2	28.6	28.1
คะแนนเฉลี่ยความสุข (เต็ม 10 คะแนน)	7.56	7.79	7.49
รวม	100.0	100.0	100.0
จำนวน	234	56	178

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ปัจจัยสาเหตุของความเครียด ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยการจัดการความเครียด ที่มีต่อระดับความเครียดและความสุขของผู้ดูแล

จากตาราง 6 ได้แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 สมการ คือ 1) ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแล และ 2) ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขของผู้ดูแล พบว่า สมการที่ 1 สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับระดับความเครียดของผู้ดูแลได้

ประมาณร้อยละ 44 ($R^2 = 0.441$) โดยปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การประเมินสุขภาพตนเองดี/ดีมาก ซึ่งส่งผลให้มีโอกาสที่จะมีความเครียดน้อยกว่าผู้ที่ประเมินสุขภาพตนเองว่าไม่ดี/ไม่ดีมาก ๆ การมีผู้ช่วยดูแล 2 คนขึ้นไปส่งผลให้มีระดับความเครียดลดลงกว่าผู้ที่ไม่ได้มีผู้ช่วยดูแล การมีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัวมาก ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกลดระดับความเครียดลงไปได้ ในทางตรงกันข้าม ปัจจัยการจัดการความเครียดของผู้ดูแล โดยแบ่งออกเป็น 3 ตัวแปร ได้แก่ ร้องไห้ กรีดร้อง/ตะโกนดังๆ และระบายอารมณ์กับสิ่งของ/ทิวทัศน์ของ ซึ่งเป็นการจัดการที่ไม่เหมาะสม กลับส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น สำหรับปัจจัยที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ การทำงาน ระยะเวลาในการดูแล(ปี) ระยะเวลาในการดูแลต่อวัน (ชั่วโมง) การมีเพื่อนหรือคนอื่นในสังคมคอยช่วยเหลือ และปัญหาในการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ

จากสมการที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขของผู้ดูแล พบว่า สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับระดับความสุขของผู้ดูแลได้ประมาณร้อยละ 22 ($R^2 = 0.223$) โดยปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ซึ่งเมื่อผู้ดูแลมีอายุเพิ่มขึ้นส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสุขมากขึ้นตามไปด้วย การมีผู้ช่วยดูแล 1 คน ก็ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีความสุขมากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีผู้ช่วยดูแลเลย ระยะเวลาในการดูแล (ปี) พบว่า หากผู้ดูแลได้ดูแลผู้สูงอายุนานขึ้นก็มีโอกาสที่ผู้ดูแลจะมีความสุขมากขึ้น การมีเพื่อนหรือคนอื่นในสังคมคอยช่วยเหลือมาก ทำให้ผู้ดูแลมีความสุขมากกว่าผู้ดูแลที่ไม่มีเพื่อนหรือคนอื่นในสังคมคอยช่วยเหลือเลย เช่นเดียวกับความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัวมาก/มากที่สุด ก็ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสุขมากกว่า ในทางตรงกันข้าม การจัดการกับความเครียดที่ไม่เหมาะสม โดยการใช้วิธีการร้องไห้ ก็ส่งผลต่อการลดความสุขของผู้ดูแลด้วย สำหรับปัจจัยที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ การทำงาน การประเมินสุขภาพตนเอง ระยะเวลาในการดูแลต่อวัน (ชั่วโมง) และปัญหาในการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ

ตาราง 6 วิเคราะห์ผลของระดับความเครียดและความสุขของผู้ดูแลด้วย Multiple Regression

ปัจจัยผู้ดูแล สาเหตุความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการความเครียด	ความเครียด		ความสุข	
	b	Beta	b	Beta
ผู้ดูแลหญิง (กลุ่มอ้างอิง: ผู้ดูแลชาย)	1.301	0.056	0.225	0.047
อายุ	-0.013	-0.018	0.025	0.163 +
ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ (กลุ่มอ้างอิง: ลูกเขย/ลูกสะใภ้)				
- คู่สมรส	-0.506	-0.024	0.035	0.008
- ลูก	-0.921	-0.045	0.322	0.077
ทำงาน (กลุ่มอ้างอิง: ไม่ได้ทำงาน)	-0.598	-0.027	0.158	0.034
ประเมินสุขภาพตนเอง (กลุ่มอ้างอิง: ไม่ดี, ไม่ดีมาก ๆ)				
- ดี	-4.423	-0.207 **	0.093	0.021
- ดีมาก	-3.861	-0.124 *	0.212	0.033
มีผู้ช่วยดูแล (กลุ่มอ้างอิง: ไม่มี)				
- 1 คน	-1.598	-0.078	0.600	0.141 *
- 2 คนขึ้นไป	-2.579	-0.108 +	0.510	0.104
ระยะเวลาในการดูแล (ปี)	-0.046	-0.022	0.044	0.104 +
ระยะเวลาในการดูแลต่อวัน (ชั่วโมง)	-0.045	-0.027	0.017	0.049
ปัญหาในการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ (กลุ่มอ้างอิง: น้อย, ปานกลาง)				
- รุนแรง	0.611	0.023	-0.353	-0.065
- รุนแรงมาก	2.077	0.051	-0.191	-0.023
มีเพื่อนหรือคนอื่นในสังคมคอยช่วยเหลือในยามที่ต้องการ (กลุ่มอ้างอิง: ไม่เลย, เล็กน้อย)				
- มาก	1.628	0.081	0.202	0.049
- มากที่สุด	2.054	0.066	0.978	0.152 *
มีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว (กลุ่มอ้างอิง: ไม่เลย, เล็กน้อย)				
- มาก	-6.424	-0.171 **	1.442	0.187 **
- มากที่สุด	-0.494	-0.024	1.187	0.275 **
การจัดการกับความเครียด (กลุ่มอ้างอิง: ไม่ทำ)				
- ร้องไห้	8.188	0.381 ***	-0.759	-0.172 *
- กรีดร้อง/ตะโกนดังๆ	7.841	0.224 ***	-0.442	-0.061
- ระบายอารมณ์กับสิ่งของ/ทูปข้าวของ	6.595	0.140 *	-0.202	-0.021
Constant	17.318		3.508	
Adjust R ²	0.441		0.223	

+p<0.1, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.1) มีอายุเฉลี่ย 50.73 ปี และมีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 4.26 ปี ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตร (ร้อยละ 60.3) รองลงมาเป็นคู่สมรส (ร้อยละ 32.0) ซึ่งสอดคล้องกับสังคมไทยว่าหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุมักจะเป็นบุตร โดยเฉพาะบุตรหญิงที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าบุตรชาย (Merrill 1993) ผู้ดูแลประมาณร้อยละ 60 มีผู้ช่วยดูแล ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังทำงานอยู่ (ร้อยละ 72.2) และมีการประเมินสุขภาพร่างกายของตนเองในระดับดี (ร้อยละ 67.5)

จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) พบว่า เมื่อผู้ดูแลมีอายุมากขึ้นจะส่งผลให้มีความสุขเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกันเมื่อควบคุมด้วยตัวแปรด้านสุขภาพแล้ว ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Pinguart และ Sorensen (2007) ที่พบว่าผู้ดูแลมีอายุมากขึ้นย่อมส่งผลให้สุขภาพเสื่อมลงและทำให้รู้สึกว่าการดูแลเริ่มเป็นภาระ แต่ข้อค้นพบจากการศึกษานี้อาจเนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในบริบทสังคมไทยมักเป็นผู้ดูแลที่เป็นคนในครอบครัว เช่น บุตร และบรรพบุรุษทางสังคมไทยที่สอนให้บุตรมีความกตัญญูต่อบุพการีและทดแทนบุญคุณบิดามารดา (คมสัน 2540) ทำให้เกิดความรู้สึกยอมรับในภาระที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นสถานการณ์ในแง่ลบหรือกระทบกับจิตใจเมื่อมีอายุมากขึ้นย่อมมีวุฒิภาวะทางอารมณ์สูงขึ้น และถ้าทำใจยอมรับในสถานการณ์ของตนเองได้ก็ทำให้มีความสุข (จครินทร์ และคณะ 2555)

นอกจากนี้ยังพบว่า และการมีผู้ช่วยดูแล 1 คนขึ้นไป ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสุขเพิ่มขึ้น และในทางตรงกันข้ามก็ทำให้ความเครียดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่สาเหตุของความเครียดเกิดจากการดูแลที่ไม่มีผู้ช่วยเหลือทำให้รู้สึกเป็นภาระหนัก เนื่องจากผู้ดูแลต้องทุ่มเทเสียสละพลังงานทั้งกายและใจที่สูงมาก ทำให้ผู้ดูแลเหล่านี้มีความรู้สึกเหนื่อยล้า เครียด รู้สึกว่าตนเองต้องมีภาระรับผิดชอบ (Matthis 1991; McLean, Roper-Hall, Meyer & Main 1991; Matson 1994) โดยเฉพาะในกรณีที่ไม่ได้รับความช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง (ชรัตน์ 2550)

แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การมีเพื่อนหรือคนในสังคมคอยช่วยเหลือในยามที่ต้องการ และการมีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับความ สุขและความเครียด โดยพบว่า หากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะยิ่งส่งผล ต่อระดับความสุขที่เพิ่มขึ้น และทำให้ความเครียดลดลง สอดคล้องกับงานของ บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ (2528) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) จากทั้งครอบครัว และเพื่อน เพื่อนบ้าน ทำให้ผู้ดูแลเชื่อว่ามีคนรัก เอาใจใส่ เห็นคุณค่า และยอมรับนับถือ ซึ่งการได้รับแรงสนับสนุนนี้ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสำคัญมากสำหรับสังคมไทย (Thanakwang et al. 2012) ในทางกลับกันหากผู้ดูแลขาดการช่วยเหลือและสนับสนุนจากในชุมชนและจากภาครัฐ จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแล (วิไลวรรณ ลีวรรณ และสมจินต์ 2545)

การจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลในการศึกษานี้ วัดจากวิธีในการแก้ปัญหา เมื่อรู้สึกเครียด ได้แก่ การร้องไห้ การกรีดร้อง/ตะโกนดังๆ และการระบายอารมณ์ กับสิ่งของ/ทพู่ข้าวของ พบว่า การจัดการความเครียดโดยวิธีมุ่งเน้นอารมณ์ในทางลบ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดเพิ่มขึ้น และมีความสุขลดลง สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ทั้งในต่างประเทศ (Lopez et al 2005) และการศึกษาในประเทศที่พบว่า หากใช้วิธีการแก้ไขปัญหอย่างไม่เหมาะสมอาจทำให้ปัญหาที่มีอยู่ร้ายแรงขึ้น (จิราพร 2551) และ การจัดการกับความเครียดที่มุ่งเน้นอารมณ์นั้นไม่ส่งผลต่อการแก้ไขปัญหาแล้ว ยังพบว่า การเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นอารมณ์ในทางลบมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกสูงกับความ ทุกข์ เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการเผชิญปัญหาด้วยวิธีการอื่นๆ (Hasida 2005)

ข้อเสนอแนะของการศึกษานี้ จะเห็นว่าสิ่งที่สามารถเพิ่มความสุขและลดความเครียด ให้แก่ผู้ดูแลได้ คือการที่ผู้ดูแลได้รับความรักความอบอุ่นจากครอบครัว ไม่ให้การดูแล ตกอยู่กับผู้ใดผู้หนึ่ง แต่ควรมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างบุคคลในครอบครัวในการ ดูแลผู้สูงอายุ และผู้ดูแลควรรักษาสุขภาพร่างกายของตนเองให้ดี นอกจากนี้ เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุไม่อาจจะหลีกเลี่ยงความเครียดได้ ดังนั้น ผู้ดูแลควรมีวิธีการจัดการ กับความเครียดอย่างเหมาะสมด้วย

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. 2555. แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง. สืบค้นเมื่อ 22 พฤศจิกายน 2555, สืบค้นจาก <http://www.dmh.go.th/ebook/view.asp?id=134>.
- คมสัน แก้วระยะ. 2540." ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ กับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เขตเทศบาลเมือง จังหวัดเพชรบุรี". วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา. 2548. ความกตัญญูทเวทและการดูแลบิดามารดาที่เจ็บป่วยสูงอายุในครอบครัวไทยในเขตกรุงเทพมหานคร. สืบค้นเมื่อ 11 มกราคม 2555, สืบค้นจาก http://www.research.chula.ac.th/Prize_Research/rsPaper/example/ex43_1.htm.
- จิราพร หินทอง. 2551. การจัดการกับความเครียด. สำนักบริหารและรับรองห้องปฏิบัติการกรมวิทยาศาสตร์บริการ.
- ขรัตน์ ตันติอำนาจ. 2550. "ประสบการณ์และความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า". วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล เวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ดุสิต จันทยานนท์ และคณะ. 2554. "ทัศนคติและผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลในอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา". วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 1 (1), 58-65.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์. 2528. จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข: การใช้แรงสนับสนุนทางสังคมแก้ปัญหาสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สามดีการพิมพ์.
- รุจา ภูไพบูลย์. 2541. การพยาบาลครอบครัว: แนวคิด ทฤษฎีและการนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ: วี เจพริ้นติ้ง.
- รศรินทร์ เกรย์ และคณะ. 2555. ความสุขที่สร้างได้. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

- พรชัย จุลเมตต์ และยุพิน ถนัดวนิชย์. 2544. "ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง". วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 9 (1), 32-46.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒนิพานิช. 2537. "การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล". วารสารพยาบาลศาสตร์, 12 (4), 33-38.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ ลิวรรณ อุนาภิรักษ์ และสมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี. 2545. ประชุมประจำปี พ.ศ. 2545 สมาคมพุดชาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุชา จันทร์อม. 2536. จิตวิทยาทั่วไป (ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม). กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- เสาวลักษณ์ เนตรขัง. 2545. "การศึกษาอิทธิพลของความเครียดในบทบาทผู้ดูแลความวิตกกังวลจากการดูแลและปัจจัยด้านผู้ดูแลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง". วิทยาศาสตร์ปริญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อังศินันท์ อินทรกำแหง. 2549. "การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและดัชนีวัดภาวะวิกฤตชีวิตสตรีไทยสมรสวัยกลางคนที่ทำงานนอกร้านในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล". วารสารพฤติกรรมศาสตร์, 12 (1), 70-89.
- Cantor, M. 1983. "Strain among caregivers: A study of experience in the United States". *The Gerontologist*, 23, 597-604.
- Enterlante, T. M., & Kern, J. M. 1995. "Wives reported role changes following a husbands stroke: A pilot study". *Rehabilitation Nursing*, 20, 155-160.
- Hasida, B. Z. 2005. "Coping distress and life events in a community sample". *International Journal of Stress Management*, 12 (2), 188-196.
- Hazan, C. & Shaver, P. 1987. "Romantic love conceptualized as an attachment process". *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (3), 511-524.

- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of adl: A standardized measure of biological and psychosocial function. *The Journal of the American Medical Association*, 185, 914-919. doi:10.1001/jama.1963.03060120024016
- Knodel, J. & Chayovan, N. 2008. Population Ageing and the Well-Being of Older Persons in Thailand: Past Trends, Current Situation and Future Challenges. UNFPA Thailand and Asia and the Pacific Regional Office, Bangkok, Thailand.
- Kramer, B. J. 1997. "Gain in the Caregiving Experience: Where are We?". *Gerontologist*. 37, 218-232.
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3 Part 1), 179-186. 10.1093/geront/9.3_Part_1.179
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. 1984. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing.
- Lopez, J., Lopez-Arrieta, J. & Crespo, M. 2005. Factors associated with the positive impact of caring for elderly and dependent relatives. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41: 81-94.
- Matthis, E. J. 1991. "Top 20 educational wants of current family caregivers of disabled adults". *Home Healthcare Nursing*, 9 (3), 23-25.
- Matson, N. 1994. "Coping caring and stress: A study of stroke carers and carers of older confused people". *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 333-344.
- McLean, J., Roper-Hall, A., Mayer, P., Main, A. 1991. "Service needs of stroke survivors and their informal carers: A pilot study". *Journal of Advanced Nursing*, 16, 559-564.

- Merrill, D. M. 1993. "Daughter-in-Law as caregivers to the elderly: Defining the in-law relationship". *Research on Aging*, 15 (1), 70-91.
- Robinson-Smith, G., & Mahoney, C. 1995. "Coping and marital equilibrium after stroke". *Journal of Neuroscience Nursing*, 27, 83-89.
- Pinguart, M. & Sorensen, S. 2006. "Gender Differences in Caregiver Stressors, Social Resources, and Health: An Updated Meta-analysis". *Journal of Gerontology, Series B. Psychosocial Sciences and Social Sciences*, 61 (1), 33-45.
- Pinguart, M. & Sorensen, S. 2007. "Correlates of Physical Health of Informal Caregivers: A Meta-analysis". *Journal of Gerontology, Series B. Psychosocial Sciences and Social Sciences*, 62 (2), 126-137.
- Tennstedt, S. L., Crawford, S., & McKinlay, J. B. 1993. "Determining the pattern of community care: is coresidence more important than caregiver relationship?". *Journal of Gerontology*, 48 (2), 74-83.
- Thanakwang, K., Ingersoll-Dayton, B. & Soonthorndhada, K. 2012. The relationships among family, friends, and psychological well-being for Thai elderly, *Aging & Mental Health*, 16(8), 993-1003.

บ้านพักสุดท้ายและบริการระยะท้าย

วรรษัย ทองไทย¹

บทคัดย่อ

บ้านพักสุดท้ายแห่งแรกในโลกเพิ่งเกิดขึ้นมาไม่ถึงครึ่งศตวรรษนี้เอง ส่วนในเมืองไทยก็เริ่มเมื่อสองทศวรรษก่อน ซึ่งก็ยังไม่เป็นที่แพร่หลายนัก ทั้งนี้เพราะพื้นฐานแนวคิดที่แตกต่างไปจากสังคมไทยในเรื่อง ความตาย ครอบครัว ความต้องการ ความสุข และความทุกข์ รวมถึงค่านิยมและวิถีชีวิตที่แตกต่างกันด้วย ยิ่งกว่านั้น วิกฤตในสังคมไทยปัจจุบัน ส่วนหนึ่งเกิดจากการนำความรู้และวัฒนธรรมจากต่างประเทศเข้ามาใช้ โดยไม่ประยุกต์ให้เหมาะสมกับสังคมไทยเสียก่อน สำหรับบ้านพักสุดท้ายและบริการระยะท้าย ซึ่งเป็นวิวัฒนาการจากต่างประเทศ จึงควรต้องมีการวิจัยศึกษาเสียก่อน เพื่อป้องกันปัญหาที่จะเกิดตามมา

การที่มหาวิทยาลัยมหิดลประกาศจัดตั้ง ศูนย์พัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบวงจรและบริการผู้ป่วยระยะท้าย เมื่อปลายปีที่ผ่านมา โดยจะศึกษาวิจัยเกี่ยวกับบ้านพักสุดท้ายและบริการระยะท้ายด้วย อันนับว่าเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสม เพราะบริการบ้านสุดท้ายในประเทศไทย ยังอยู่คงในระยะเริ่มต้น จึงพร้อมที่จะปรับให้เข้ากับความต้องการของสังคมได้ ไม่ใช่ให้สังคมปรับให้เข้ากับบริการที่มีอยู่ โดยสิ่งที่จะต้องคำนึงถึงก็คือ การบริการควรเป็นไปเพื่อความสุขของสังคมและคนหนุ่มมาก ไม่ใช่เพื่อผลกำไรของคนกลุ่มน้อย

1 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

Hospice and Hospice Care

Varachai Thongthai¹

Abstract

Although hospice was created less than half a century ago, the first hospice in Thailand is only two decades old. It is not popular in Thai society due to the fundamental differences in perspectives on death, family, want, happiness, and suffering as well as value and lifestyle. Moreover, the acceptance of foreign knowledge and culture without reservation is a cause of crisis in Thai society. Hence, the hospice and hospice care should be studied first in order to find suitable model for Thai society.

Last year, Mahidol University announced the establishment of the Center for Integrated Elderly Health and Hospice Care, and the study of hospice and hospice care is one of its objectives. This is very timely because the hospice in Thailand is still in early stage. Therefore, it can be adjusted to the needs of the society, not for the society to adjust to the service availability. A great concern is that the services provided by the hospice should be only for benefit and happiness of people and society at large, not for profit of a few.

1 Institute for Population and Social Research, Mahidol University

บ้านพักสุดท้ายและบริการระยะท้าย

วรรษัย ทองไทย

บทนำ

บ้านพักสุดท้าย (hospice) แห่งแรกในประเทศไทยเกิดขึ้นเมื่อ 20 กว่าปีนี่เอง คือเมื่อปี พ.ศ. 2535 ที่วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดสระบุรี โดยทางวัดได้จัดสถานที่เฉพาะไว้สำหรับรักษาผู้ป่วยเอดส์ขั้นสุดท้าย (Matchim and Aud 2009) เพราะขณะนั้นเป็นช่วงที่โรคเอดส์ระบาดใหม่ๆ ยังไม่มีความรู้ชัดเจนในเรื่องการติดต่อของโรค ทำให้เกิดความกลัวที่จะให้ผู้ป่วยเอดส์อยู่ร่วมด้วย ความต้องการบ้านพักสุดท้ายจึงเกิดขึ้น ต่อมาเมื่อความรู้เรื่องโรคเอดส์ที่ถูกต้องแพร่หลายมากขึ้น ทำให้ความหวาดกลัวหายไป ผู้ป่วยเอดส์จึงได้กลับเข้าอยู่ร่วมกับครอบครัวตามเดิม ทำให้ความต้องการบ้านพักสุดท้ายไม่ได้เพิ่มมากขึ้นตามที่คาด

ในขณะที่เดียวกัน อัตราส่วนของครอบครัวเดี่ยวที่เพิ่มมากขึ้น ขนาดของครอบครัวที่เล็กลง และการย้ายถิ่นออกเพื่อทำงานของวัยแรงงานที่เพิ่มขึ้น ได้ทำให้ชนบทหลายแห่งอยู่ในสภาพที่มีแต่เด็กและผู้สูงอายุ เป็นผลให้เกิดความขาดแคลนคนดูแลผู้ป่วยระยะท้าย¹ จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บ้านพักสุดท้ายเพิ่มขึ้น เช่น วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร เป็นต้น ด้วยเหตุนี้ การดำเนินงานบ้านพักสุดท้ายในประเทศไทย จึงถูกจัดอยู่ในกลุ่มประเภทเฉพาะกิจ คือ ดูแลเฉพาะผู้ป่วยระยะท้ายเฉพาะกลุ่ม ตั้งขึ้นเป็นเอกเทศตามความต้องการของท้องถิ่น เงินสนับสนุนส่วนใหญ่มาจากเงินบริจาค โดยยังไม่มีส่วนกลางรับผิดชอบและประสานงาน (Worldwide Palliative Care Alliance 2011) ส่วนบ้านพักสุดท้ายที่ตั้งขึ้น เพื่อดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายก็ยังมีอยู่น้อย ทั้งๆ ที่ประชากรไทยได้เริ่มเข้าสู่ประชากรสูงอายุแล้ว ซึ่งนอกจากจะแสดงถึงความต้องการที่มีอยู่น้อยแล้ว ยังแสดงถึงพื้นฐานแนวคิดพื้นฐานที่แตกต่างกัน ระหว่างสังคมไทยและสังคมตะวันตกด้วย

1 ผู้ป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หาย และรู้กำหนดเวลาที่จะเสียชีวิตแล้ว เช่น มะเร็ง และเอดส์

สังคมไทยเป็นสังคมที่เปิดกว้าง ประกอบกับการติดต่อสื่อสารที่รวดเร็วในปัจจุบัน ทำให้ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม ตลอดจนวิถีชีวิตของคนในสังคมเปลี่ยนแปลงไป ที่เห็นได้ชัดคือ จากเดิมที่งานเฉลิมฉลองเทศกาลที่สำคัญต่างๆ จะขึ้นกับวันสำคัญทางศาสนา ก็เปลี่ยนไปฉลองตามลัทธิบริโภคนิยม เช่น วันวาเลนไทน์ วันคริสต์มาส และวันขึ้นปีใหม่ เป็นต้น โดยเฉพาะวันวาเลนไทน์ที่วัยรุ่นมักจะรู้จักมากกว่าวันมาฆบูชา

การนำเอาความรู้ เทคโนโลยี ระบบเศรษฐกิจ การปกครอง การศึกษา และวิถีชีวิต จากต่างประเทศมาใช้ โดยไม่ประยุกต์ให้เหมาะสมกับสังคมไทย ย่อมก่อให้เกิดปัญหา ขึ้นได้ ตัวชี้วัดที่แสดงถึงปัญหาคือ การยอมรับว่าการโกงกินของนักการเมือง เป็นเรื่องธรรมดาที่ยอมรับได้ ดังผลสำรวจที่ว่า นักการเมืองจะโกงก็ไม่ใช่ไร ถ้าทำให้ประเทศ พัฒนา ความคิดเห็นเช่นนี้ ถือว่าเป็นอันตรายอย่างยิ่ง เพราะว่าตามหลักกรรมแล้ว ความคิดความเห็นหรือทิวทัศน์นั้น เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เพราะความคิดความเห็นเป็นตัวนำ การพูดการกระทำ การประพฤติปฏิบัติ และการดำเนินชีวิตทั้งหมด ถ้าบุคคลคิดเห็นอย่างไร เขาก็จะดำเนินชีวิตของเขาไปอย่างนั้น ถ้าสังคมยอมรับยึดถือตามทิวทัศน์อย่างใด สังคมก็ สร้างสรรค์สภาพของสังคมให้เป็นตามทิวทัศน์อย่างนั้น ดังนั้น ถ้าความคิดความเห็นคือทิวทัศน์ ตั้งไว้ผิด วิถีชีวิต วิถีของสังคมก็ผิดไปตาม แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าความคิดความเห็น คือทิวทัศน์ ตั้งไว้ถูกต้อง วิถีชีวิต วิถีของสังคมก็ดำเนินไปอย่างถูกต้อง (พระราชวรมนู 2528)

มหาวิทยาลัยมหิดลได้ประกาศที่จะสร้างศูนย์พัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุแบบครบวงจร และบริหารโดยผู้ปวยระยะท้าย เมื่อวันที่ 26 พฤศจิกายน พ.ศ. 2555 ที่ในบริเวณของ มหาวิทยาลัยมหิดล จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เพื่อเป็นต้นแบบทางความคิด ในการดูแล ผู้สูงอายุและผู้ปวยระยะท้าย โดยเป็นความร่วมมือกับชุมชนและท้องถิ่น ทั้งภาครัฐและ เอกชน ซึ่งศูนย์นี้ประกอบด้วยศูนย์ย่อย 7 แห่ง คือ 1. ศูนย์การดูแลผู้สูงอายุ 2. ศูนย์ ฟื้นฟูและพัฒนาคุณภาพของผู้สูงอายุ 3. ศูนย์สร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 4. สถานะบริหาร ผู้ปวยระยะท้าย 5. ศูนย์การฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากร 6. ศูนย์การศึกษาและวิจัย 7. หน่วยสนับสนุนอื่นๆ (“ไทยไร้ระบบดูแลผู้สูงอายุ” หนังสือพิมพ์คม ชัด ลึก 27 พฤศจิกายน 2555) การดำเนินการดังกล่าวนับเป็นสิ่งที่ดี เพราะการที่ได้มีการศึกษาวิจัย ล่วงหน้า เพื่อประยุกต์ให้สอดคล้องกับสังคมไทย ก่อนที่จะมีการนำมาใช้อย่างแพร่หลาย ย่อมจะมีผลดีต่อสังคม ก่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชนหมู่่มากและยั่งยืน

บทความนี้จะกล่าวถึงแนวคิด การดำเนินการและการให้บริการของบ้านพักสุดท้ายในสังคมอเมริกัน โดยจะชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างในแนวคิดพื้นฐานระหว่างสังคมไทยกับสังคมอเมริกัน รวมทั้งเสนอแนวทางศึกษาวิจัย

กำเนิดและแนวคิดของบ้านพักสุดท้าย

บ้านพักสุดท้ายหมายถึง สถานที่พำนักและพยาบาลผู้ป่วยระยะท้าย ไม่ว่าจะที่บ้านของผู้ป่วยเอง หรือเป็นสถานที่ที่จัดขึ้นไว้โดยเฉพาะ เช่น แผนกหนึ่งในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล บ้านพักสุดท้ายของรัฐหรือของเอกชน เป็นต้น ดังนั้นบ้านพักสุดท้ายจึงเป็นที่อยู่สุดท้ายของผู้ป่วยก่อนสิ้นชีวิต

กำเนิดของบ้านพักสุดท้ายเกิดขึ้นในคริสต์วรรษที่ 5 โดยจัดขึ้นในสถานที่ที่ตั้งตามเส้นทางไปสู่ดินแดนศักดิ์สิทธิ์ เพื่อให้การดูแลและรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ที่ใกล้ตาย หรือผู้แสวงบุญที่อ่อนล้า แต่บ้านพักสุดท้ายแห่งแรกในโลก ที่สร้างขึ้นเป็นการเฉพาะสำหรับผู้ป่วยและผู้สูงอายุดระยะท้าย² เพิ่งเกิดขึ้นมาไม่ถึงครึ่งศตวรรษนี้เองคือเมื่อปี พ.ศ. 2510 ในประเทศอังกฤษ โดยผู้จัดตั้งคือ Cicely Saunders³ บ้านพักสุดท้ายแห่งแรกนี้ มีหลักการที่สำคัญคือ เป็นการรวมการเรียนการสอนเข้ากับกรวิจัยทางคลินิก การให้ความสำคัญของบริรักษ์ (palliative care) หรือรักษาบรรเทาที่เน้นการจัดความเจ็บปวด และดูแลอาการของโรคแบบองค์รวม ทั้งนี้เพื่อสนองความต้องการทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคมของผู้ป่วย ซึ่งรวมถึงครอบครัวและญาติมิตรของผู้ป่วยด้วย ปัจจุบันบ้านพักสุดท้ายมีอยู่ในทุกรัฐของสหรัฐอเมริกา และมีอยู่ในทุกทวีปทั่วโลก อย่างไรก็ตาม ความหมายของคำว่าบ้านพักสุดท้ายในปัจจุบัน ไม่ได้หมายถึงแต่เพียงสถานที่ที่ให้บริการเท่านั้น แต่ยังใช้เรียกบริการที่ให้ได้ กล่าวคือ คำว่าบ้านพักสุดท้ายหมายถึง สถานที่ก็ได้ หรือบริการก็ได้ (ดูรายละเอียดใน วรรษัย 2553)

2 จากนั้นไปจะใช้เพียงคำว่า ผู้ป่วย โดยมีความหมายรวมถึงผู้ป่วยระยะท้ายและผู้สูงอายุดระยะท้าย

3 นอกจากศึกษาด้านพยาบาลแล้ว ยังได้ปริญญาสังคมสงเคราะห์ และแพทยศาสตร์ รวมทั้งได้รับพระราชทานตำแหน่งคุณหญิง (Dame) ด้วย จึงมีชื่อเรียกหลายชื่อ ได้แก่ Miss Cicely Saunders หรือ Dr Cicely Saunders หรือ Dame Cicely Saunders

สำหรับแนวคิดของบ้านพักสุดท้ายถือว่า ความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต เมื่อคนเรารู้ว่า จะต้องตายหรือสิ้นอายุขัย เช่น เป็นมะเร็งหรือเอดส์ขั้นสุดท้าย หรือสูงอายุมาก ๆ เป็นต้น ก็ไม่ควรยึดความตายออกไปด้วยการนอนป่วยอยู่ในโรงพยาบาลที่ร่างกายมีสายระโยงระยางของเครื่องช่วยชีวิตเต็มไปหมด แต่ควรใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพ ท่ามกลางครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนฝูง ดังนั้นการดูแลผู้ป่วย จึงเน้นที่การรักษาบรรเทา โดยการควบคุมความเจ็บปวดและอาการของโรคเพื่อไม่ให้เป็นการอุปสรรคในการดำเนินชีวิตตามปกติของผู้ป่วย

แนวคิดเช่นนี้จะแตกต่างจากแนวคิดของการรักษาพยาบาลกระแสหลัก ที่มีฐานคิดมาจากวิทยาศาสตร์ที่ต้องการเอาชนะธรรมชาติ ประกอบกับความกลัวตายในสังคมตะวันตก ทำให้การรักษาพยาบาลถือว่า เป็นการต่อสู้กับความตายที่ต้องเอาชนะ ด้วยความรู้ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ โดยความสำเร็จอยู่ที่การยืดชีวิตของผู้ป่วยให้ยืนยาวออกไป โดยไม่ได้คำนึงถึงวัยของผู้ป่วย หรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

อีกข้อหนึ่งกลับคิดตรงข้ามว่า เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพได้ ก็ควรเร่งความตายให้เร็วขึ้นด้วยการฉีดยา ซึ่งแนวคิดนี้ยังไม่เป็นที่ยอมรับในแง่ของกฎหมาย⁴ ส่วนแนวคิดของบ้านพักสุดท้ายเป็นทางสายกลาง คือ สนับสนุนการมีชีวิตอย่างมีคุณภาพของผู้ป่วย และไม่ต้องการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้นหรือช้าลง

บริบาลระยะท้าย

บริบาลระยะท้าย (hospice care) หมายถึง การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ไม่ได้เน้นการรักษาให้หาย แต่จะเน้นที่การการดำรงรักษาคุณภาพชีวิตที่ยังเหลืออยู่ของผู้ป่วย ด้วยการทำให้ทุกๆ วันเป็นวันที่ดีที่สุด จนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต กล่าวคือ ต้องการให้ผู้ป่วยได้ดำเนินชีวิตก่อนตายอย่างเต็มที่ การให้บริการจึงเน้นที่การดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ

4 มีรัฐในสหรัฐอเมริกาเพียง 2 แห่ง ที่ออกกฎหมายการช่วยให้เสียชีวิต คือ รัฐออริกอน และรัฐวอชิงตัน (Wikipedia 2013)

ผู้ป่วยระยะท้ายมักจะเผชิญกับความเจ็บปวด อันส่งผลให้การดำเนินชีวิตต้องเป็นไปอย่างทรมาน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ การควบคุมความเจ็บปวด จึงเป็นหลักสำคัญประการหนึ่งของการดูแล กล่าวคือ ยาบรรเทาปวดที่ให้แก่ผู้ป่วย จะต้องไม่ขัดขวางกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย เช่น ให้นาน้อยจนผู้ป่วยเจ็บปวด ทำอะไรไม่ได้ หรือให้ยามากจนผู้ป่วยสลึมสลือ ทำอะไรไม่ได้ เป็นต้น

ความกลัวตายก็เป็นอุปสรรคอีกประการหนึ่ง ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายได้อย่างมีความสุข การทำให้ผู้ป่วยหายกลัวจึงเป็นหลักการสำคัญเช่นกัน บริบาลระยะท้ายจึงเป็นองค์รวมที่ดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ โดยรวมเอาการรักษาด้วยการใช้ยา การพยาบาล และการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเข้าด้วยกัน

นอกจากนี้ การที่ถือว่าทั้งผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการบริบาล ทำให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและเลือกวิธีการบริบาลด้วย ซึ่งหลักการทั้ง 3 ประการนี้ จะตรงกันข้ามกับการรักษากระแสหลัก ที่สนับสนุนให้ใช้ยาบรรเทาปวด เช่น มอร์ฟีน เป็นต้น ส่วนการรักษาก็จะดูแลแต่เพียงร่างกายเท่านั้น และท้ายสุดแพทย์เท่านั้นที่เป็นผู้ตัดสินใจและเลือกวิธีการรักษา

บริการของบ้านพักสุดท้าย

วัตถุประสงค์ของบ้านพักสุดท้ายคือ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้เวลาในช่วงสุดท้ายอย่างมีคุณภาพ ด้วยการให้บริการที่รอบด้าน โดยจัดให้มี “ทีมดูแล” อันประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญหลายสาขาวิชา ได้แก่ หมอ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ชำนาญพิเศษ ผู้ช่วยพยาบาลในบ้าน นักบวช นักบำบัดโรค และอาสาสมัคร ซึ่ง “ทีมดูแล” นี้ จะเป็นผู้ประสานการใช้ข้อมูลข่าวสาร และการให้บริการทั้งหมดเข้าด้วยกัน รวมทั้งตรวจตราดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยและครอบครัว ก็สามารถขอความช่วยเหลือจาก “ทีมดูแล” ได้ทุกเรื่อง ตลอด 24 ชั่วโมงเช่นกัน

การให้บริการที่หลากหลายนี้ แยกออกเป็นรูปธรรมได้ถึง 14 ด้าน คือ 1. งานบริการทางการแพทย์ 2. งานพยาบาล 3. งานสังคมสงเคราะห์การแพทย์ 4. งานบริการของผู้ช่วยพยาบาล 5. งานควบคุมความเจ็บปวดและอาการของโรค 6. งานบำบัดโรค

7. งานดูแลผู้ป่วยใน 8. งานด้านยา อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ 9. งานดูแลชั่วคราว
10. งานดูแลต่อเนื่อง 11. งานบริการให้คำปรึกษาและดูแลด้านจิตวิญญาณ 12. การ
สัมมนาของครอบครัว 13. งานบริการหลังเสียชีวิต 14. งานอาสาสมัคร (ดูรายละเอียด
ใน วรชัย 2553)

ถึงแม้ว่าการดูแลผู้ป่วยของในบ้านพักสุดท้าย จะแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วย
ในโรงพยาบาลก็ตาม แต่แนวคิดทั้งสองต่างก็มาจากพื้นฐานสังคมอเมริกันคือ
เป็นปัจเจกบุคคลนิยม ศรัทธาในวิทยาศาสตร์ เชื่อว่ามนุษย์สามารถเอาชนะธรรมชาติได้
แยกศาสนาออกจากการปกครอง ปกครองด้วยกฎหมายที่เป็นลายลักษณ์อักษร ระบบ
ประชาธิปไตยแบบประธานาธิบดี ระบบเศรษฐกิจทุนนิยมเสรี และบริโภคนิยม ซึ่งย่อมมี
ผลต่อการจัดรูปแบบบริการ ได้แก่

- 1) เน้นปัจเจกบุคคล โดยจัดบริการเพื่อสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
- 2) ศรัทธาในวิทยาศาสตร์ จึงเชื่อว่ายาเท่านั้น ที่ช่วยบรรเทาปวดได้ รวมทั้งถนัด
วิเคราะห์แยกส่วนและศึกษาเชิงลึก มีผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขาวิชา จนต้องจัดตั้ง
“ทีมดูแล” ขึ้น
- 3) แยกศาสนาจากการปกครอง จึงต้องระวังไม่ใช้คำว่า “ศาสนา” โดยตรง ทำให้
ต้องเลี่ยงไปใช้ว่า “ให้บริการคำปรึกษาและดูแลด้านจิตวิญญาณแทน”
- 4) ปกครองด้วยกฎหมาย ทำให้มีการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายอย่างพร่ำเพรื่อ
โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เป็นเหตุให้ต้องจัด “ทีมดูแล” ที่ประกอบด้วย
ผู้เชี่ยวชาญครบทุกด้าน เพื่อป้องกันการฟ้องร้อง
- 5) เศรษฐกิจทุนนิยม ที่วัดค่าทุกสิ่งทุกอย่างเป็น “ตัวเงิน” และวัดความสำเร็จด้วย
“กำไร” มักจะส่งเสริมนวัตกรรมที่ได้กำไร มากกว่านวัตกรรมที่เป็นประโยชน์ ทำให้อาจ
จัด “ทีมดูแล” ที่ใหญ่โตเกินความจำเป็น เพียงเพราะต้องการให้ได้กำไรมากขึ้นจากค่า
บริการ
- 6) บริโภคนิยม ที่เชื่อว่ามากดีกว่าน้อย บริโภคมากมีความสุขมาก และไม่รู้จัก
ความพอเพียง อันทำให้เกิดการสิ้นเปลืองโดยเปล่าประโยชน์

การให้บริการบ้านพักสุดท้ายแบบอเมริกันนี้ ถ้าเรานำเข้ามาใช้โดยไม่ประยุกต์ให้เหมาะสมกับสังคมไทย ย่อมจะทำให้เกิดปัญหาเพิ่มขึ้น เหมือนกับที่เกิดขึ้นมาแล้วจากการนำเข้าระบอบอื่นๆ เช่น ระบอบการปกครองประชาธิปไตย ที่ให้ความสำคัญแค่การเลือกตั้ง จนทำให้เกิดการฉ้อราษฎร์บังหลวงอย่างขนานใหญ่ หรือระบอบเศรษฐกิจทุนนิยมที่ปล่อยให้เกิดการผูกขาด จนกลายเป็นระบอบทุนสามัญ หรือลัทธิบริโภคนิยมที่ทำให้เชื่อว่า ความสุขขึ้นอยู่กับบริโภคนิยม จนทำให้เกิดภาวะหนี้ล้นพ้นตัว เป็นต้น

แนวคิดของสังคมไทย

ขนบธรรมเนียมประเพณีของไทยได้รับอิทธิพลมาจากพุทธศาสนา ที่ไม่ได้สอนว่ามีพระเจ้าเป็นเจ้า ซึ่งเป็นผู้สร้างทุกสิ่งทุกอย่าง แต่สอนว่าสิ่งทั้งหลายเกิดขึ้นตามเหตุปัจจัย อันเป็นกฎธรรมชาติ⁵ ทำให้คนไทยเชื่อในกรรมและผลของกรรม ใครทำอะไรไว้ก็จะได้รับผลตามนั้น เชื่อว่ามนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ จึงควรปรับตนเพื่อให้อยู่ร่วมกับธรรมชาติได้ ไม่คิดที่จะเอาชนะธรรมชาติ เชื่อในวัฏฏะสงสารคือ เกิด แก่ เจ็บ ตาย และเวียนว่ายตายเกิด จึงไม่กลัวต่อความตาย ยินดีให้ทานและช่วยเหลือเกื้อกูลผู้อื่น เห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ส่วนตน ไม่กอบโกยจับจองทรัพยากรธรรมชาติมาเป็นของตน ใช้ทรัพยากรธรรมชาติอย่างประหยัดและนำกลับมาใช้ใหม่ บริโภคพอประมาณ แบ่งกันกินแบ่งกันใช้ มีความเคารพในผู้อาวุโส เชื่อในการปกครองแบบธรรมาธิปไตย และเชื่อว่าความสุขต้องมีพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ

สาเหตุที่บ้านพักสุดท้ายไม่เป็นที่แพร่หลายในสังคมไทย ก็เพราะแนวคิดที่แตกต่างกันนี้เอง โดยเฉพาะในเรื่องที่สำคัญๆ ได้แก่ ความตาย ครอบครั้ว ความต้องการ ความสุข และความทุกข์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ความตาย คนไทยไม่กลัวตาย เพราะถือว่าความตายเป็นเรื่องปกติตามธรรมชาติ เพราะเกิดมาแล้วก็ต้องแก่ ต้องเจ็บ และต้องตายในที่สุด ประกอบกับความที่เชื่อว่าตายแล้วเกิดใหม่ ก็ทำให้คนไม่กลัวความตาย และพร้อมที่จะเผชิญหน้ากับความตาย

5 มีชื่อเรียกอีกว่า ธรรมนิยาม หรืออัมปิปัจจัยตา หรือปฏิจลสมุปบาท (พระพรหมคุณาภรณ์ 2548ก)

เมื่อถึงอายุขัย⁶ แต่ถ้ายังไม่ตายในเวลานั้น ก็ถือว่าแต่ละปีหลังจากนั้น เป็นกำไรของชีวิตไป ส่วนคนอเมริกันกลัวตาย เพราะเชื่อว่าตายแล้วก็แล้วกัน ไม่กลับมาเกิดอีก ทำให้ไม่อยากตาย ประกอบกับความต้องการเอาชนะธรรมชาติ จึงพยายามต่อสู้กับความตาย เพื่อจะได้มีชีวิตอยู่ให้นานที่สุด

ครอบครัว ครอบครัวไทยเป็นครอบครัวขยาย ที่ประกอบด้วยคน 3 รุ่น ได้แก่ 1. พ่อ-แม่ 2. ลูก 3. ปู่-ย่า ตา-ยาย บางครอบครัวอาจมีถึง 4 รุ่นคือ เพิ่มหลานขึ้นมา บางครอบครัวอาจมีลุง-ป้า น้า-อา อาศัยอยู่ด้วยเป็นครั้งคราว สำหรับครอบครัวที่เป็นครอบครัวเดี่ยวคือ มีเพียงพ่อ แม่ และลูกเท่านั้นก็ตาม ก็ยังคงมีญาติพี่น้องที่ยังเป็นครอบครัวขยายอยู่ และจะไปมาหาสู่กันเป็นประจำ ทำให้เด็กได้เห็นภาพของการเกิด แก่ เจ็บ และตาย ตั้งแต่เล็ก จนเห็นเป็นของธรรมดาและไม่กลัวตาย

สำหรับผู้สูงอายุก็นั่งคงอาศัยอยู่กับลูก ก็จะมีหน้าที่ช่วยเลี้ยงหลานหรือดูแลบ้าน โดยผู้สูงอายุนิดีก็จะทำหน้าที่ดังกล่าวด้วยความเต็มใจ เพราะได้รับความเคารพเชื่อฟัง จากลูกหลานอยู่ ส่วนลูกหลานก็ยินดีดูแลผู้สูงอายุตอบแทน ในยามที่ท่านเจ็บไข้ได้ป่วย รวมทั้งเต็มใจที่จะเลี้ยงดูจนสิ้นอายุ ทำให้ไม่ต้องพึ่งบริการบ้านพักคนชราหรือบ้านพักสุดท้าย

ในทางตรงกันข้าม ครอบครัวอเมริกันเป็นครอบครัวเดี่ยว ที่ประกอบด้วยพ่อ แม่ และลูกเท่านั้น เมื่อลูกถึงวัยทำงานหรือได้แต่งงาน ก็จะแยกครอบครัวออกไปทันที และไม่ค่อยได้กลับมาเยี่ยมเยียนพ่อแม่บ่อยนัก ทำให้ครอบครัวเหลือแค่เพียงสามีและภรรยา เท่านั้น แต่ถ้าลูกย้ายไปอยู่ต่างเมือง โอกาสที่ลูกจะกลับมาเยี่ยมพ่อแม่ก็น้อยลงไปอีก อาจเป็นเพียงปีละครั้งหรือสองครั้งเท่านั้นคือ ในวันขอบคุณพระเจ้าและวันคริสต์มาส ทำให้หลานไม่ค่อยมีโอกาสได้พบเห็นปู่ย่าตายาย เด็กบางคนอาจมีโอกาสเห็นการเกิดบ้าง แต่ส่วนมากจะไม่เคยได้เห็นคนแก่ คนเจ็บ และคนตายเลย เมื่อไม่เคยเห็นคนตายจึงกลัวตาย

6 ในปี พ.ศ. 2556 อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของเพศชายเท่ากับ 71.1 ปี และเพศหญิงเท่ากับ 78.1 ปี (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม 2556)

นอกจากนี้ สังคมอเมริกันยังถือว่าผู้สูงอายุเป็นเพียงบุคคลคนหนึ่งเท่านั้น จึงไม่ได้ให้ความเคารพนับถือผู้อาวุโสเหมือนบ้านเรา อันส่งผลให้พ่อแม่ไม่อยากเลี้ยงหลานที่ไม่เคารพเชื่อฟัง ในขณะที่เดียวกัน ลูกก็ไม่อยากให้พ่อแม่เข้ามาทักทายการเลี้ยงดูลูกของตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่กันลำพังเพียงสองสามีภรรยาเท่านั้น ต่อเมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้นและไม่สามารถดูแลตนเองได้ ก็จะย้ายออกจากบ้านไปอยู่บ้านพักคนชรา เนื่องจากไม่มีลูกหลานคอยดูแล และเมื่อใกล้เสียชีวิตก็ต้องไปใช้บริการบ้านพักสุดท้าย ซึ่งอาจเป็นบ้านพักคนชรา ที่เดียวกันกับที่เคยอยู่นั่นเอง

ความต้องการ ความต้องการมี 2 ประเภทคือ ความต้องการที่เป็นต้นเหตุ⁷ (เรียกสั้นๆ ว่า ต้นเหตุ) อันเป็นความต้องการที่จะบำรุงบำเรอตนเอง และความต้องการที่เป็นฉันทะ (เรียกสั้นๆ ว่า ฉันทะ) อันเป็นความอยากที่จะทำกิจหน้าที่และสิ่งทั้งหลายที่เกี่ยวข้องให้ดีงามและสำเร็จ โดยต้นเหตุ นั้น เป็นความต้องการเพื่อประโยชน์ของตนเท่านั้น ส่วนฉันทะเป็นความต้องการที่ไม่ได้ทำเพื่อประโยชน์ของตนเองแต่เพียงผู้เดียว แต่ยังก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้อื่นและสังคมอีกด้วย

คุณสมบัติอีกอย่างหนึ่งของต้นเหตุคือ ไม่พอเพียง อยากรได้เพิ่มขึ้นไปเรื่อยๆ⁸ มีความกระวนกระวายกระหายที่จะได้มากขึ้นๆ เพราะไม่มีความแน่นอนหรือมั่นใจว่าตนเองจะได้ตามความต้องการหรือไม่ ทั้งนี้เพราะต้นเหตุจะขึ้นอยู่กับปัจจัยภายนอกมากกว่าปัจจัยภายใน ส่วนคุณสมบัติของฉันทะคือ พอเพียง เพราะเป็นความต้องการที่มีสติปัญญากำกับอยู่ จึงรู้ว่าตนเองมีความสามารถแค่ไหนก็จะได้ผลแค่นั้น ทั้งนี้เพราะผลลัพธ์ที่จะเกิดจากปัจจัยภายในมากกว่าปัจจัยภายนอก เมื่อเรารู้แล้วก็จะไม่กระวนกระวาย

7 ต้นเหตุ คือ ความทะยานอยาก ความปรารถนาที่จะบำรุงบำเรอปรนเปรอตน ความอยากได้อะไรได้แก่ ต้นเหตุ 3 ประกอบด้วย กามต้นเหตุ (ความอยากในกามคุณ) ภวต้นเหตุ (ความอยากมี อยากเป็น) และวิภวต้นเหตุ (ความไม่อยากมี ไม่อยากเป็น) และต้นเหตุ 6 ประกอบด้วย ความอยากได้ใน รูป เสียง กลิ่น รส โผฏฐัพพะ (สัมผัสทางกาย) และธรรมารมณ์ (อารมณ์ที่เกิดกับใจ) (พระพรหมคุณาภรณ์ 2548ก: 86, 190)

8 “นัตติ ตันทาสมา นที-แม่น้ำเสมอด้วยต้นเหตุไม่มี เพราะว่าแม่น้ำนั้น บางโอกาส บางเวลา มันยังมีเวลาเต็มได้ แต่ความต้องการของมนุษย์ไม่มีวันเต็ม” (พระพรหมคุณาภรณ์ 2548ข: 27)

คนไทยรู้จักฉันทะเป็นอย่างดี เพราะเป็นหนึ่งในอิทธิบาท 4 อันเป็นคุณธรรมที่นำไปสู่ความสำเร็จ ประกอบด้วย 1. ฉันทะ (ความพอใจ คือ ความต้องการที่จะทำใฝ่ใจรักจะทำสิ่งนั้นอยู่เสมอ และปรารถนาจะทำให้ได้ผลดียิ่งๆ ขึ้นไป) 2. วิริยะ (ความเพียร คือ ขยันหมั่นประกอบสิ่งนั้นด้วยความพยายาม เข้มแข็ง อดทน เอาธุระไม่ทอดทิ้ง) 3. จิตตะ (ความคิดมุ่งมั่น คือ ตั้งจิตรับรู้ในสิ่งที่ทำและทำสิ่งนั้นด้วยความคิดเอาใจตีฝักใฝ่ไม่ปล่อยใจให้ฟุ้งซ่านเลือนลอย) 4. วิมังสา (ความไตร่ตรอง หรือทดลอง คือ หมั่นใช้ปัญญาพิจารณาใคร่ครวญตรวจตราหาเหตุผล และตรวจสอบข้อยิ่งหย่อนในสิ่งที่ทำนั้น มีการวางแผน วัตถุประสงค์ คัดค้นวิธีแก้ไขปรับปรุง เป็นต้น) (พระพรหมคุณาภรณ์ 2548: 213) แต่เพราะอิทธิพลตะวันตก ทำให้เรื่องคนไทยสมัยนี้มักจะรู้จักแค่ตัณหา โดยลืมนึกถึงฉันทะไป อันเป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้คนไทยมีความสุขน้อยลงกว่าแต่ก่อน

ส่วนสังคมอเมริกันจะรู้จักแต่ตัณหา เพราะตัณหาเป็นฐานความคิดของเศรษฐศาสตร์กระแสหลัก ที่กล่าวว่า เศรษฐศาสตร์คือ ศาสตร์ที่ว่าด้วยการจัดสรรทรัพยากรธรรมชาติที่มีอยู่อย่างจำกัด ให้มีประสิทธิภาพสูงสุด เพื่อสนองความต้องการของมนุษย์ ซึ่งก็คือตัณหาตนเอง

ความสุข ความสุขคือ การได้รับในสิ่งที่ตนต้องการ เมื่อตนได้สิ่งที่ต้องการแล้ว ตนก็มีความสุข โดยความต้องการในที่นี้ จะเป็นได้ทั้งตัณหาและฉันทะ แต่ความสุขที่ได้จากตัณหาจะไม่เหมือนกับความสุขที่ได้จากฉันทะ ดังที่กล่าวแล้วข้างต้นว่า ตัณหาเป็นความต้องการที่ไม่มีที่สิ้นสุด อยากรู้ได้มากไปเรื่อยๆ และขึ้นกับปัจจัยภายนอก จึงมีผลทำให้ความสุขที่ได้จากการสนองตัณหา เป็นความสุขที่ต้องรอ พอได้มาแล้วก็ไม่ยั่งยืน เพราะเมื่อได้สมใจแล้ว ก็อยากรู้ได้มากขึ้นไปอีก ความสุขที่ได้จึงเป็นเพียงชั่วคราว ประเดี๋ยวประด๋าว และในขณะที่ยังรออยู่ ก็จะกระวนกระวายไม่มีความสุข

สำหรับฉันทะกลับตรงกันข้าม เพราะฉันทะเป็นความต้องการที่พอเพียง และขึ้นกับปัจจัยภายใน ทำให้ความสุขที่ได้จากการสนองฉันทะ เป็นความสุขที่เกิดในปัจจุบัน ไม่ต้องรอ เป็นความสุขที่ยั่งยืน และเป็นความสุขพอเพียง (ดูรายละเอียดใน วรชัย 2555)

อย่างไรก็ตาม ความสุขที่เกิดจากการได้รับนี้ เป็นเพียงความสุขเบื้องต้นเท่านั้น มนุษย์เรายังสามารถพัฒนาความสุขให้สูงยิ่งๆ ขึ้นไปได้อีก⁹ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสุขขั้นที่ 2 คือ ความสุขจากการให้ด้วยความยินดีเต็มใจ ซึ่งแต่ก่อนคนไทยทั่วไปก็ปฏิบัติเป็นประจำอยู่แล้ว คือ การให้ทานหรือบริจาค นั่นเอง แต่ปัจจุบัน การบริจาคกลับถูกใช้เพื่อหวังผลตอบแทน ดังนั้น การให้อย่างไม่เต็มใจ หรือเพียงเพื่อหวังสิ่งตอบแทน ย่อมไม่นำความสุขที่แท้จริงมาให้

ในสังคมอเมริกัน การบริจาคมีน้อย การบริจาคส่วนใหญ่มักถูกโยงเข้ากับการเสียภาษี โดยผู้บริจาคสามารถนำไปหักภาษีได้ ซึ่งการบริจาคเพราะหวังผลตอบแทน ย่อมไม่สามารถทำให้ผู้บริจาคมีความสุขขั้นที่ 2 ได้ แต่จะได้เพียงความสุขขั้นต้นเท่านั้น เนื่องจากหวังจะได้ประโยชน์จากการบริจาค อย่างไรก็ตาม งานอาสาสมัครก็ถือว่าการให้ด้วยความเต็มใจ โดยไม่หวังผลตอบแทนอย่างแท้จริง ซึ่งผู้อาสาสมัครก็มีความสุขในขั้นที่ 2 นี้ แต่เพราะความที่ไม่รู้จักจังหวะ ความสุขที่เกิดจากจังหวะนี้จึงถูกเรียกชื่ออย่างอื่นคือ ความภาคภูมิใจ

ความทุกข์ มนุษย์เราเมื่อมีสิ่งมากกระทบทวารทั้ง 5 ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น กาย และใจ ก็เกิดอารมณ์ความรู้สึก 3 อย่าง คือ สุข ทุกข์ และเฉยๆ และอารมณ์ความรู้สึกนี้จะเกิดในที่ 2 แห่ง คือ กาย และใจ โดยจะเกิดขึ้นอย่างปุปปับรวดเร็วพร้อมกัน จนไม่อาจแยกออกได้ว่าอะไรเกิดก่อนหรือหลัง อย่างไรก็ตาม เราสามารถแยกแยะอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดกับกาย และที่เกิดกับใจได้ ถ้าเรามีสติที่ได้พัฒนาแล้ว ซึ่งการพัฒนาสติสามารถทำได้ด้วยสมาธิภาวนา

การทำสมาธิภาวนาจะทำให้เรารู้ว่า ความทุกข์ที่เกิดทางกายนั้น ไม่จำเป็นที่ใจจะต้องรู้สึกตามไปด้วย เพราะโดยธรรมชาติแล้วเราสามารถแยกอารมณ์ความรู้สึกทางกาย ออกจากอารมณ์ความรู้สึกทางใจได้ กล่าวคือในขณะที่กายเป็นทุกข์ ใจก็ไม่จำเป็นต้องเป็นทุกข์ตามไปด้วย คือ ใจอาจรู้สึกเป็นสุข หรือรู้สึกเฉยๆ ก็ได้ ดังนั้น เราจึงสามารถนำเอาสมาธิมาใช้แทนยาบรรเทาปวดได้ ซึ่งความรู้นี้จะมียุทธวิธีไปถึงการบริหารระยะท้ายด้วย

9 ความสุขมี 5 ขั้นคือ 1. ความสุขจากการเสพวัตถุ 2. ความสุขจากการให้ด้วยศรัทธา 3. ความสุขอันเกิดจากการดำรงชีวิตที่ถูกต้อง 4. ความสุขจากความสามารถปรุงแต่ง โดยใช้ ธรรมสมาธิ 5 ได้แก่ ปราโมทย์ ปิติ บัลลัทธิ สุข และสมาธิ 5. ความสุขเหนือการปรุงแต่ง (พระพรหมคุณาภรณ์ 2550: 141-150)

หัวใจของการบริหารระยะท้ายคือ การใช้มอร์ฟิน หรือยาบรรเทาปวด เพื่อป้องกันความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยระยะท้ายต้องเผชิญ ซึ่งการใช้มอร์ฟินนั้นจะต้องให้ในขนาดที่เหมาะสม ผู้ป่วยจึงจะสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ เพราะถ้าให้ยาน้อย ผู้ป่วยก็ยังคงรู้สึกเจ็บปวดทรมาน แต่ถ้าให้ยามาก ผู้ป่วยก็จะระลึมระลือทำอะไรไม่ได้ จึงจำเป็นต้องใช้บริการของผู้เชี่ยวชาญ อันส่งผลให้ค่าใช้จ่ายสูง ยิ่งกว่านั้นยาบรรเทาปวดก็มีราคาแพง ทำให้ค่าใช้จ่ายยิ่งสูงขึ้นไปอีก

ส่วนสังคมอเมริกันนั้น มีศรัทธาในวิทยาศาสตร์ ที่สนใจศึกษาแต่เพียงร่างกายของมนุษย์ เพราะเป็นรูปธรรม โดยละเลยไม่สนใจศึกษาจิตใจ เพราะเป็นนามธรรม¹⁰ จึงเชื่อว่าอารมณ์ความรู้สึกเกิดจากสมองเป็นผู้สั่งการ รวมทั้งความสุขและความทุกข์ด้วย ทำให้มีการพัฒนาตัวยาที่จะไปกระตุ้นสมอง เพื่อให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกตามที่ต้องการ ผลที่ได้คือยากล่อมประสาทประเภทต่างๆ เช่น ยาบรรเทาปวด ยานอนหลับ ยาเลิกบุหรี่ ยาขยัน และยาเพิ่มความสุข (Prozac) เป็นต้น ซึ่งยาเหล่านี้ย่อมมีผลข้างเคียงต่อร่างกายในระยะยาวทั้งสิ้น

นอกจากนี้ ยังมีความแตกต่างอื่นๆ ระหว่างสังคมไทยกับสังคมอเมริกันอีก ได้แก่

1. การคำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ส่วนตน กับการเป็นปัจเจกบุคคล
2. การบริโภคที่พอประมาณ กับการบริโภคมากจะได้มีความสุขมาก (ลัทธิบริโภคนิยม)
3. กระบวนการตัดสินใจ ที่ใช้ความถูกต้องตามศีลธรรมจรรยาตัดสินใจ (ธรรมาธิปไตย) กับการใช้เสียงข้างมากตัดสินใจ (ประชาธิปไตย)
4. การใช้ทรัพยากร ที่ถือว่าทรัพยากรธรรมชาติเป็นสมบัติสาธารณะ แบ่งกันกินแบ่งกันใช้ ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน (ระบอบสหกรณ์และเศรษฐกิจพอเพียง) กับการเข้าครอบครองเอาเป็นกรรมสิทธิ์ แข่งขันกันผลิต (ระบอบทุนนิยม) ดังนั้น เราจึงไม่ควรนำเอาการให้บริการบ้านพักสุดท้ายเข้ามาใช้ โดยไม่ทำการศึกษาวิจัยให้ประจักษ์เสียก่อน

10 เพิ่งจะหันมาศึกษาจิตใจของมนุษย์เมื่อเร็วๆ นี้ โดยใช้เครื่องวัดสมองของพระธิเบต เพื่อพิสูจน์ว่า การทำสมาธิทำให้มีความสุขสงบ และไม่เครียด

บริการของบ้านพักสุดท้ายในสังคมไทย

สังคมอเมริกันเป็นทุนนิยมเสรี ที่วัดทุกสิ่งทุกอย่างเป็นตัวเงิน รวมทั้งความสำเร็จด้วย ซึ่งถ้าตลาดมีการแข่งขันที่แท้จริง ก็จะทำให้เกิดการพัฒนาและเป็นประโยชน์แก่ผู้บริโภค แต่สำหรับภาคอุตสาหกรรมดูแลสุขภาพกลับไม่เป็นเช่นนั้น เพราะมีผู้ผลิตน้อยราย ประกอบกับการวิ่งเต้นของบริษัทยาและบริษัทประกันสุขภาพ กับสภาผู้แทนและสภาสูง จึงไม่อาจทำให้เกิดการแข่งขันที่แท้จริงได้ อันเป็นผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัว ในสหรัฐอเมริกาสูงที่สุดในโลก (World Health Organization 2012) ดังนั้นรูปแบบการรักษาพยาบาลในสหรัฐจึงไม่ควรนำมาเป็นแบบอย่าง ซึ่งรวมถึงบ้านพักสุดท้ายด้วย

สำหรับการบริการของบ้านพักสุดท้ายในสังคมไทยนั้น สิ่งที่ต้องคำนึงถึงประการแรก คือ การบริการควรเป็นไปเพื่อความสุขของสังคมและคนหมู่มาก ไม่ใช่เพื่อผลกำไรของคนกลุ่มน้อย เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ ควรศึกษาในประเด็นต่อไปนี้

1) **ไม่สนองตัณหา แต่สนับสนุนฉันทะ** โดยที่ศูนย์กลางการดูแลยังคงเป็นที่ผู้ป่วย แต่แทนที่จะทำเพื่อสนองตัณหา ก็จะสนับสนุนฉันทะแทน ในการเบนจุดสนใจของผู้ป่วย จากตัวเองไปสู่ผู้อื่นนี้ นอกจากจะส่งผลให้มีความสุขมากกว่าแล้ว ยังทำให้ไม่กลัวตาย อีกด้วย

2) **สุขใจดีกว่าสุขกาย** คือ แทนที่จะตอบสนองต่อความต้องการทางร่างกาย ควรเน้นที่ความสุขทางใจมากกว่า เพราะคนเรานั้นพอมีจิตใจดีขึ้น ก็ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น เมื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยมีสภาพจิตใจดีขึ้นแล้ว ก็ทำให้ร่างกายพลอยดีขึ้นไปด้วย (พระธรรมปิฎก 2546)

3) **ใช้สมาธิแทนยาบรรเทาปวด** นอกจากสมาธิจะสามารถแยกความทุกข์ทางกาย ออกจากความทุกข์ทางใจได้แล้ว สมาธิยังทำให้มีความสุขอีกด้วย ซึ่งจะมีผลต่อร่างกาย เป็นทวีคูณ จึงควรศึกษาวิจัยในเรื่องนี้อย่างเข้มข้น

4) **อยู่บ้านดีกว่าสถานพยาบาล** เพราะคนเรามักจะหวาดกลัวกับสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย แต่บ้านเป็นสถานที่ที่คุ้นเคยมากที่สุด จึงควรเน้นที่การให้บริการบ้านพักสุดท้ายที่บ้านผู้ป่วย โดยพัฒนาหลักสูตรอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อใช้อบรมอาสาสมัครระดับชุมชน หรือหมู่บ้าน ตลอดจนญาติของผู้ป่วย

5) **ป้องกันดีกว่ารักษา** ในการดูแลสุขภาพนั้นถือว่า การป้องกันโรคจะมีผลดีมากกว่าการรักษาโรค ซึ่งสำหรับบ้านพักสุดท้ายย่อมหมายถึง การทำให้ช่วงเวลาที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ของผู้ป่วยให้สั้นที่สุด

สรุป

วิกฤตในสังคมไทยปัจจุบัน ส่วนหนึ่งเกิดจากการนำความรู้และวิวัฒนาการจากต่างประเทศ เข้ามาใช้โดยไม่ประยุกต์เสียก่อน สำหรับบ้านพักสุดท้ายและบริบาลระยะท้าย ซึ่งเป็นวิวัฒนาการจากต่างประเทศ จึงมีฐานคิดที่แตกต่างจากสังคมไทยในเรื่องของ ความตาย ครอบครัว ความต้องการ ความสุข และความทุกข์ รวมถึงวิถีชีวิตที่แตกต่างกันด้วย การรับเข้ามาจึงต้องมีการศึกษาวิจัยเสียก่อน เพื่อจะได้ประยุกต์ใช้กับสังคมไทย โดยไม่ทำให้เกิดปัญหาตามมา

ศูนย์พัฒนาสุขภาพาระผู้สูงอายุแบบครบวงจรและบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย ที่มหาวิทยาลัยมหิดลประกาศตั้งเมื่อปลายปีที่แล้ว เพื่อทำการศึกษาวิจัยอย่างรอบด้าน และเป็นองค์รำนับได้ว่าเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสม เพราะบริการบ้านสุดท้ายในประเทศไทย ยังคงอยู่ในระยะเริ่มต้น จึงพร้อมที่จะปรับให้เข้ากับความต้องการของสังคมได้ ไม่ใช่ให้สังคมปรับให้เข้ากับบริการที่มีอยู่ ด้วยการโหมโฆษณาชวนเชื่อ อย่างไรก็ตาม สิ่งที่ต้องคำนึงถึงก็คือ การบริการควรเป็นไปเพื่อความสุขของสังคมและคนหมู่มาก ไม่ใช่เพื่อผลกำไรของคนกลุ่มน้อย เพื่อให้สมกับคำปณิธานของมหาวิทยาลัยมหิดลที่ว่า เป็นปัญญาของแผ่นดิน

เอกสารอ้างอิง

- พระราชวรมุณี (ป.อ. ปยุตโต). 2528. ค่านิยมแบบพุทธ. สำนักพิมพ์เทียนวรรณ.
- พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตโต). 2546. ธรรมะชนะเอดส์. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.
- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตโต). 2548ก. พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม. พิมพ์ครั้งที่ 13. บริษัท เอส. อาร์. พรินติ้ง แมส โปรดักส์ จำกัด
- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตโต). 2548ข. เศรษฐศาสตร์แนวพุทธ. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ บริษัท สหธรรมิก จำกัด.
- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตโต). 2550. คู่มือชีวิต. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: บริษัท พิมพ์สวย จำกัด.
- วรชัย ทองไทย. 2553. "บ้านพักสุดท้ายของชีวิต". หน้า 239-244. ใน สุชาติ ทวีสิทธิ์ และสรวิทย์ บุญยमानนท์ (บรรณาธิการ). ประชากรและสังคม 2553: คุณค่าผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย. เอกสารวิชาการสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลข 372. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.
- วรชัย ทองไทย. 2555. "ความสุขพอเพียง." วารสารประชากร. 6(2):. 27-41.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. 2556. สารประชากร. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Matchim, Yaowarat and Myra Aud. 2009. "Hospice care: a cross-cultural comparison between the United States and Thailand". Journal of Hospice and Palliative Nursing 11(5): 262-268.
- Wikipedia. 2013. *Assisted_Suicide_in_the_United_States*. Retrieved March 31, 2013 from http://en.wikipedia.org/wiki/Assisted_Suicide_in_the_United_States.
- World Health Organization. 2012. World Health Statistics 2012.
- Worldwide Palliative Care Alliance. 2011. Mapping Levels of Palliative Care Development: a Global Update 2011. Hospice House, London.

ความสุข: การวัดเชิงอัตวิสัย

รศรินทร์ เกรย์¹

บทคัดย่อ

ปี 2555 องค์การสหประชาชาติได้มีมติก่อตั้งวันความสุขสากล กำหนดให้ตรงกับวันที่ 20 มีนาคม ของทุกปี โดยเรียกร้องให้แต่ละประเทศผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อเพิ่มความสุขให้กับประชาชนทุก ๆ คน ดังนั้นข้อมูลเกี่ยวกับระดับและแนวโน้มความสุขจึงมีความสำคัญในการกำหนดนโยบาย

ความสุขเชิงอัตวิสัย ได้มีการศึกษาอย่างยาวนานในโลกตะวันตก โดยการสำรวจเชิงปริมาณที่ใช้เครื่องมือหรือข้อคำถาม และคำตอบที่เป็นสากล หรือที่เรียกว่า Global question ทำให้ทราบแนวโน้มความสุขของประชาชนในประเทศเหล่านั้น แต่ประเทศไทยเริ่มมีการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับความสุขเชิงอัตวิสัยโดยการสำรวจเชิงปริมาณ อย่างเป็นระบบเร็ว ๆ นี้ ในการศึกษาแนวโน้มระดับความสุขว่าเพิ่มขึ้นหรือลดลงนั้น หากมีการใช้ข้อคำถามและคำตอบที่ให้เลือกแตกต่างกันบ้างในแต่ละครั้งของการสำรวจ อาจนำไปสู่ข้อสรุปที่คลาดเคลื่อนได้

บทความนี้ทบทวนเครื่องมือที่ใช้วัดความสุขเชิงอัตวิสัยในต่างประเทศ เปรียบเทียบกับประเทศไทย พบว่ามีความคล้ายคลึงกันมาก แต่มีข้อควรระวังเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในประเทศไทย เพื่อลดความคลาดเคลื่อนเมื่อต้องการศึกษาแนวโน้มความสุขคนไทย

1 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

Happiness: subjective measurement

Rossarin Gray¹

Abstract

In 2012, the United Nations declared that 20 March of every year was observed as the International Happiness Day. The UN called upon every country to adopt public policy that increases happiness of its population. Thus, data for the study of level and trend of happiness are in need.

The study of subjective happiness using survey data based on happiness global question has long been carried out in the West. But, only recently, Thailand has started to collect data on subjective happiness systematically. There is, however, a concern that changing question and choices of answer even slightly can lead to misleading conclusion on happiness trend.

This article compared the tool used in international communities and Thailand. It revealed that they are very similar. However, a caution on the Thai tool was noted in order to reduce the measurement errors in happiness trend that may occur.

1 Institute for Population and Social Research, Mahidol University

ความสุข: การวัดเชิงอัตวิสัย

รศรินทร์ เกรย์

การศึกษาเกี่ยวกับความสุขมีมาอย่างยาวนาน และเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ โดยเมื่อวันที่ 28 มิถุนายน พ.ศ. 2555 สมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ (United Nations General Assembly) ได้มีมติก่อตั้ง “วันความสุขสากล” (The International Day of Happiness) โดยกำหนดให้ตรงกับวันที่ 20 มีนาคม ของทุกปี โดยตระหนักถึงความสุขอันเป็นเป้าหมายพื้นฐานของมนุษยชน และเรียกร้องให้แต่ละประเทศผลักดันนโยบายสาธารณะที่จะเพิ่มความสุขให้แก่ประชาชนทุกๆ คน โดยการพัฒนาทางเศรษฐกิจจะต้องมาพร้อมกับพัฒนาทางด้านอื่นๆ เช่น สังคมและสิ่งแวดล้อมที่ดีนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้บรรลุความสุขของโลก (United Nations 2013)

นอกจากความสุขเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องการแล้ว ยังมีงานวิจัยศึกษาถึงประโยชน์ของการที่คนเรามีความสุข พบว่า ความสุขทำให้เราทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น คนที่มีความสุขมีความกระตือรือร้น มีความคิดสร้างสรรค์ มีบุคลิกที่ทำให้ผู้อื่นชื่นชอบ มีสุขภาพดีอายุยืนยาวขึ้น เป็นมิตรกับผู้อื่น สามารถฟื้นฟูจากความกดดันได้เร็วขึ้น ให้ความช่วยเหลือผู้อื่นมากขึ้น (Lyubomirsky 2005)

อาจมีข้อสงสัยว่าความสุขวัดได้หรือไม่ การวัดระดับความสุขเชิงอัตวิสัย (Subjective happiness) ในเชิงปริมาณมีมาอย่างยาวนานเกินกว่า 60 ปีแล้ว ตั้งแต่ประมาณปี พ.ศ. 2489 ในประเทศสหรัฐอเมริกา ส่วนใหญ่การศึกษาเรื่องความสุขจะทำในประเทศที่พัฒนาแล้ว หรือในประเทศที่ร่ำรวย จากการที่สำรวจมาอย่างยาวนานและต่อเนื่อง ทำให้พบว่าถึงแม้ว่ารายได้ของประเทศเหล่านี้ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา อังกฤษ และญี่ปุ่น จะเพิ่มขึ้นอย่างมาก แต่ระดับความสุขหรือความพึงพอใจในชีวิตคงที่ หรือเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น (Layard 2005) ทำให้เกิดกระแสการวิจารณ์ถึงความไม่เหมาะสมของการใช้ผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (Gross Domestic Product) หรือ จีดีพี (GDP) ที่ใช้

วัดความก้าวหน้าหรือการพัฒนาประเทศมากขึ้น เนื่องจากจีดีพีให้ความสำคัญเพียงมูลค่าทางการเงินเท่านั้น น่าจะให้ความสำคัญกับตัวแปรอื่นๆ ที่มีความสำคัญต่อความสุขด้วย เช่น ครอบครัว ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน สุขภาพกาย ศาสนา คุณธรรม และจริยธรรม

การวัดแนวโน้มความสุขของประเทศใดประเทศหนึ่ง และการเปรียบเทียบความสุขระหว่างประเทศ จำเป็นต้องมีการใช้เครื่องมือที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน เก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ได้มีข้อกังวลในการศึกษาแนวโน้มระดับความสุขว่าเพิ่มขึ้นหรือลดลง เนื่องจากการใช้ข้อคำถามและคำตอบที่ให้เลือกแตกต่างกันบ้างในแต่ละครั้งของการสำรวจ อาจนำไปสู่ข้อสรุปที่คลาดเคลื่อนได้ (Veehoven 2009) ดังนั้นบทความนี้มีวัตถุประสงค์เปรียบเทียบเครื่องมือที่ใช้วัดความสุขในประเทศไทยและต่างประเทศ ว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร

แนวคิด “ความสุข”

“ความสุข” ถ้าเป็นการวัดเชิงอัตวิสัย (Subjective) กล่าวคือ เป็นเรื่องของอารมณ์ความรู้สึก คำตอบจึงขึ้นอยู่กับความรู้สึกของแต่ละบุคคลในขณะนั้น ซึ่งจะแตกต่างจากการวัดเชิงภาวะวิสัย (Objective) ที่เป็นการวัดความเป็นอยู่ (Objective well-being) ของปัจเจกบุคคล ซึ่งมีค่าคงที่ ตัวอย่างเช่น คนที่มีรายได้เท่ากันคือ เดือนละ 30,000 บาท (30,000 บาท เป็นการวัดเชิงภาวะวิสัย) อาจมีความสุขไม่เท่ากันก็ได้ ขึ้นอยู่กับความพอใจของแต่ละบุคคล การวัดเชิงอัตวิสัยทำนองเดียวกันนี้ที่ใช้กันบ่อยคือ ความพึงพอใจในชีวิตและความอยู่ดีเชิงอัตวิสัย (Subjective well-being)

“ความสุข (Happiness)” “ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction)” และ “ความอยู่ดีเชิงอัตวิสัย (Subjective well-being)” เหมือนกันหรือไม่ นักวิชาการบางศาสตร์ เช่น นักเศรษฐศาสตร์จะมองว่า ความสุข ความพึงพอใจในชีวิต และความอยู่ดีเชิงอัตวิสัย มีความหมายเหมือนกันและใช้แทนกันได้ และใช้คำทั้งสามนี้เหมือนกับแนวคิดอรรถประโยชน์ (Utility) ในทางเศรษฐศาสตร์ กล่าวคือ ปัจเจกบุคคลตัดสินใจเลือกทำกิจกรรมต่างๆ อย่างมีเหตุผล เพื่อให้เกิดความพึงพอใจสูงสุดแห่งตน ซึ่งความพึงพอใจนี้เป็นความต้องการที่ไม่มีข้อจำกัด (Veehoven 1991, 1997; Easterlin 2001, 2005)

สำหรับนักจิตวิทยา มักจะมองว่า เพราะเหตุว่าความสุขเป็นเรื่องของอารมณ์ความรู้สึก ความสุขจึงเป็นการวัดเฉพาะความอยู่ดีทางอารมณ์ (emotional well-being) เท่านั้น (Lyubomirsky 2008) นอกจากนี้ Ed Diener¹ นักจิตวิทยาชาวอเมริกันได้ให้แนวคิดที่ละเอียดขึ้นไปอีกเกี่ยวกับความอยู่ดีทางอารมณ์ โดยแบ่งออกเป็นสามมิติซึ่งในแต่ละมิติสามารถแยกส่วนการวิเคราะห์ออกจากกันได้ คือ มิติที่ 1 เป็นความรู้สึกทางบวก กล่าวคือ คนเรามีอารมณ์ความรู้สึกทางบวกบ่อยครั้งแค่ไหน มิติที่ 2 เป็นความรู้สึกทางลบ กล่าวคือ คนเรามีอารมณ์ความรู้สึกทางลบบ่อยครั้งแค่ไหน และมิติที่ 3 ความพึงพอใจในชีวิต กล่าวคือ การที่ปัจเจกบุคคลประเมินความพึงพอใจในชีวิตของตนเองในภาพรวมอย่างไร (Diener 1984; Diener et al. 1985, 1999)

มิติที่หนึ่งเทียบได้กับความสุข มิติที่สองเทียบได้กับความทุกข์ ความสุขนั้นเป็นสภาพจิตใจที่เปลี่ยนแปลงได้ในแต่ละช่วงเวลาเมื่อเกิดเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งที่มากระทบความรู้สึก ส่วนความพึงพอใจในชีวิตนั้น โดยทั่วไปแล้วมีความคงที่มากกว่าความสุข เนื่องจากเป็นผลจากกระบวนการประเมินชีวิตของตนเองในทุกด้าน แล้วตัดสินใจว่าตนเองมีความพึงพอใจในชีวิตมากน้อยเพียงใด (Nettle 2005) แน่นอนว่าความสุขและความพึงพอใจในชีวิตมีความสัมพันธ์กันสูงมากและไปในทิศทางเดียวกัน (Easterlin 2006) กล่าวคือเมื่อคนเรามีความพึงพอใจในชีวิตมากย่อมมีความสุขมากตามไปด้วย และตัวแปรที่ชี้ทำนายความสุขหรือความพึงพอใจในชีวิตมีความคล้ายคลึงกัน (Gray et al. 2008)

ความสุขกับสุขภาพจิตเหมือนกันหรือไม่ ในบริบทสังคมไทย

จากเครื่องมือวัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้นของ อภิรักษ์ มงคล และคณะ (2552) ที่สร้างขึ้นเพื่อให้เหมาะกับสังคมไทยนั้น ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือ 1) สภาพจิตใจ (Mental state) 2) สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) 3) คุณภาพของจิตใจ

1 “Ed Diener”, นักวิชาการที่มีชื่อเสียงที่สุด และมีงานวิจัยที่ตีพิมพ์เกี่ยวกับความอยู่ดีเชิงอัตวิสัย (Subjective well-being) มากที่สุด บอกลยubomirsky (2008:316) ว่าเขาเป็นคนแรกที่ใช้คำ “ความอยู่ดีเชิงอัตวิสัย (Subjective well-being)” เพราะเขาไม่คิดว่าจะได้รับการสนับสนุนให้ได้รับตำแหน่งประจำ (Tenure) ถ้างานวิจัยของเขาใช้คำว่า “ความสุข” จะถูกมองว่าเป็นงานที่เน้นไปในสิ่งที่ไม่แน่นอน และไม่ชัดเจน (Fuzzy and Soft)

(Mental quality) และ 4) ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors) เมื่อเปรียบเทียบกับ คำจำกัดความของ Diener ในด้านความสุขดังกล่าวข้างต้น พบว่า มีความหมายตรงกันใน องค์ประกอบที่ 1 คือ สภาพจิตใจ ได้แก่ ข้อคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจ (ใช้คำเหมือนกัน) ความสบายใจ (ความรู้สึกทางบวก) และความรู้สึกทางลบ ส่วนองค์ประกอบ อื่นๆ ของ เครื่องมือวัดสุขภาพจิตคนไทย เป็นปัจจัยบ่งชี้ความสุข หรือความพึงพอใจมากหรือน้อย

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของ อภิชาติ มงคล และคณะ (2544) โดยเปรียบเทียบภาพรวมของเครื่องมือวัดสุขภาพจิตของคนไทยฉบับเดียวกันนี้กับนิยามความสุข ในบริบทของสังคมไทย และในมุมมองของศาสนาพุทธ นักวิชาการ และประชาชน ได้อนุมานว่า สุขภาพจิต และความสุขเป็นเรื่องเดียวกันในบริบทของสังคมไทย

การวัดระดับความสุขเชิงอัตวิสัยในระดับนานาชาติ

ในการติดตามว่าประชากรของประเทศหนึ่งๆ ว่าจะมีความสุขมากขึ้นหรือน้อยลง ต้องมีการทำการสำรวจอย่างต่อเนื่อง ได้มีการสำรวจในระดับนานาชาติจำนวนมากกว่า 100 โครงการ ซึ่งพบว่าเครื่องมือที่ใช้ คือข้อคำถาม และคำตอบที่ให้เลือกมีความ คล้ายคลึงกันและต่างกัน สำหรับคำตอบที่ให้เลือกนั้น นอกจากแบบต่อเนื่อง (Continuous) 0-10 แล้ว ยังมีคำตอบให้เลือกเป็นสเกลอันดับ (Ordinal) ที่แตกต่างกัน ดังเช่น (Veehoven 2009)

การสำรวจเกี่ยวกับระดับความสุขในประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1946 (USA Gallup Polls) ใช้คำถามว่า “ปัจจุบันคุณจะให้คำอธิบายตัวคุณว่า.....” (Presently, would you describe yourself as.....) คำตอบที่ให้เลือกมีสี่อันดับ คือ มีความสุขมาก (very happy) ค่อนข้างมีความสุข (somewhat happy) ค่อนข้างไม่มีความสุข (somewhat unhappy) และไม่มีความสุข (very unhappy)

การสำรวจ General Social Survey (GSS) ใช้คำถามว่า “เมื่อพิจารณา สถานการณ์ทั้งหมดโดยรวมแล้ว คุณจะกล่าวว่าปัจจุบันคุณมีความสุขในชีวิตอย่างไร” (Taking all things together, would you say you have a happy life these days) คำตอบที่ให้เลือกมีสามอันดับ คือ มีความสุขมาก (very happy) ค่อนข้าง มีความสุข (pretty happy) และไม่มีความสุข (not happy)

การสำรวจ World Value Survey (WVS) คำถามคือ “เมื่อพิจารณาสถานการณ์ทั้งหมดโดยรวมแล้ว คุณจะกล่าวว่า” (Taking all things together, would you say that...) คำตอบที่ให้เลือกมีสี่อันดับ คือ มีความสุขมาก (very happy) มีความสุขค่อนข้างมาก (quite happy) ไม่ค่อยมีความสุข (not very happy) และไม่มีความสุขเลย (not at all happy)

การสำรวจ European Social Survey (ESS) ใช้คำถามเดียวกับ World Value Survey แต่คำตอบให้เลือกเป็นสเกล (0-10)

สำหรับความพึงพอใจในชีวิตก็จะพบในทำนองเดียวกัน นอกจากคำตอบที่ให้เลือกเป็นสเกล 0-10 แล้ว ยังมีเป็นอันดับขั้นด้วย เช่น

การสำรวจ Eurobarometer โดยใช้คำถามว่า “ในภาพรวม คุณพึงพอใจในการดำเนินชีวิตไหม” (On the whole, are you satisfied with your life you lead?) คำตอบที่ให้เลือกมีสี่อันดับคือ พึงพอใจมาก (very satisfied) พึงพอใจปานกลาง (fairly satisfied) ไม่ค่อยพึงพอใจ (not very satisfied) และไม่พึงพอใจเลย (not at all satisfied)

วิธีการวัดแบบนี้ เรียกว่า เป็นแบบจากบนสู่ล่าง หรือ Top down คือวัดความสุขหรือความพึงพอใจในชีวิตในภาพรวมด้วยคำถามเดียว หรือที่เรียกว่า “Global question” แล้วจึงศึกษาตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความสุข อีกวิธีหนึ่ง คือการวัดความพึงพอใจของแต่ละองค์ประกอบของชีวิต เช่น งานของ Cummins et al. (2003) ประกอบด้วย การวัดระดับความพอใจของตนเองอย่างน้อย 7 ด้าน คือ ด้านมาตรฐานความเป็นอยู่ สุขภาพความสำเร็จในชีวิต ความสัมพันธ์กับผู้อื่น ความปลอดภัย ชุมชน และความมั่นคงในอนาคต การวัดแบบนี้เรียกว่าเป็นแบบ ล่างสู่บน หรือ Bottom up

แหล่งข้อมูลความสุขเชิงอัตวิสัยของประเทศไทย

ประเทศไทยมีการสำรวจความสุขเชิงอัตวิสัยแล้ว เช่น สำรวจขนาดใหญ่ 4 แหล่งที่ออกแบบให้การสุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนของพื้นที่นั้นๆ ได้ คือ ระดับประเทศ และจังหวัด ส่วนการเก็บข้อมูลใช้วิธีสัมภาษณ์ ได้แก่

การสำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรม เก็บข้อมูลโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ประชากรที่ได้เป็นตัวแทนของประชากรในระดับประเทศ โดยมีครัวเรือนที่ตกเป็นตัวอย่างทั้งสิ้น 25,520 ครัวเรือน ได้สัมภาษณ์ผู้มีอายุ 15 ปี ขึ้นไปจำนวน 27,111 คน เก็บข้อมูลในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2551 และได้มีการดำเนินการสำรวจอีกครั้งหนึ่งในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2554

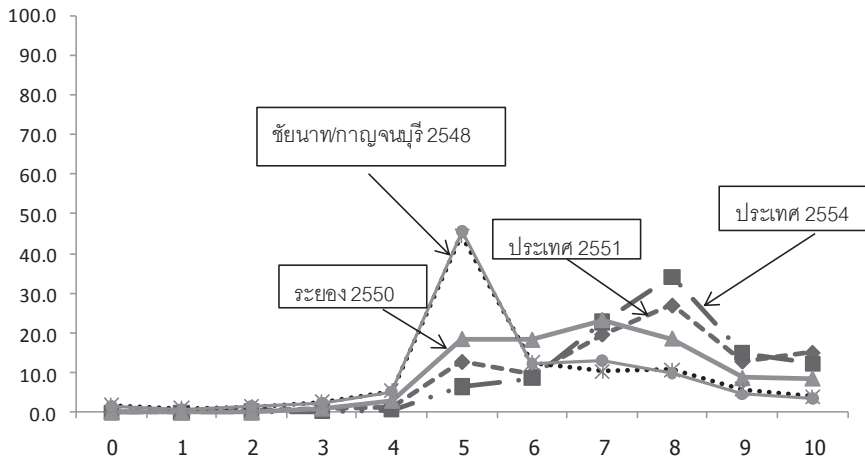
การสำรวจคุณภาพชีวิตของประชากรจังหวัดระยองดำเนินการโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล มีครัวเรือนที่ตกเป็นตัวอย่างทั้งหมด 1,336 ครัวเรือน จำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่สัมภาษณ์ 3,889 คน เก็บข้อมูลในเดือนกันยายน-ตุลาคม พ.ศ. 2551 (รศรินทร์ เกรย์ และคณะ 2552)

การสำรวจการพัฒนาตัวชี้วัดความอยู่ดีมีสุข ในจังหวัดชัยนาท และจังหวัดกาญจนบุรี ดำเนินการโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลมีจำนวนครัวเรือนที่ตกเป็นตัวอย่างจังหวัดละ 1,440 ครัวเรือน และมีประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ได้สัมภาษณ์ในจังหวัดชัยนาท จำนวน 2,984 คน และ จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 3,287 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2548 (รศรินทร์ เกรย์ และคณะ มปปก, มปปข.)

การรายงานความสุข ในประเทศไทย

คำถามเกี่ยวกับความสุข โดยให้ผู้ตอบสัมภาษณ์ตอบระดับความสุข ระดับ 0-10 มีอยู่ในการสำรวจทั้งสิ้นชุด จะเห็นว่ารูปแบบของการรายงานมีความคล้ายคลึงกันระหว่างจังหวัดกาญจนบุรี และจังหวัดชัยนาท คือ มีผู้ตอบ 5 ถึงร้อยละ 45 ของประชากรทั้งหมด ส่วนรูปแบบการรายงานเรื่องความสุขของจังหวัดระยอง และระดับประเทศมีความคล้ายคลึงกัน คือมีการกระจายของผู้ตอบที่เบ้ไปทางขวา (แผนภูมิ 1) อย่างไรก็ตามเนื่องจากข้อมูลทุกชุดที่ใช้เป็นแบบตัดขวาง (Cross-sectional) จึงไม่สามารถกล่าวได้ว่าการที่รูปแบบที่แตกต่างกัน หรือเหมือนกัน สะท้อนระดับความสุขที่แท้จริง หรือเป็นความคลาดเคลื่อนของการรายงาน ที่พบได้บ่อยคือ ความแตกต่างของเครื่องมือที่ใช้ในที่นี้คือ ข้อคำถาม และคำตอบที่ให้เลือก

แผนภูมิ 1: เปรียบเทียบการรายงานความสุขของคนไทยจากการสำรวจต่างๆ



ที่มา: การสำรวจพัฒนาตัวชี้วัดความอยู่ดีมีสุข พ.ศ. 2548; คุณภาพชีวิตประชากรจังหวัดระยอง พ.ศ. 2551; การสำรวจสภาวะสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2551 และ พ.ศ. 2554

ในทางประชากรศาสตร์ มีการศึกษาเกี่ยวกับการรายงานอายุลงท้ายด้วยเลขที่ชอบ (digit preference) เช่น ลงท้ายด้วย 0 หรือ 5 เมื่อชอบเลขนั้นแล้ว ทำให้เกิดความผิดปกติของการรายงานอายุที่มีคนจำนวนมากชอบ เช่น ที่อายุ 20, 25, 30, 35, 40, 45 เป็นต้น ในทำนองเดียวกันอาจเป็นไปได้ว่า การตอบระดับความสุขของคนไทยก็มีการชอบรายงานด้วยเลขใดเลขหนึ่งด้วย

จากการศึกษาของ Veenhoven (1997) ในเรื่องความสุขได้พบว่า ระดับความสุขเฉลี่ยใน 48 ประเทศ โดยใช้แบบต่อเนื่อง 0-10 จะมีค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.4 (ในประเทศบัลกาเรีย) กับ 7.9 (ในประเทศเนเธอร์แลนด์ สวีเดน และไอซ์แลนด์) ส่วนประเทศฟิลิปปินส์ ซึ่งเป็นประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ประเทศเดียวที่รวมอยู่ในการศึกษาความสุขครั้งนี้ มีระดับความสุขเฉลี่ยเป็น 6.9 นอกจากนี้ Veenhoven ยังพบว่า ระดับความสุขไม่เกี่ยวกับคุณลักษณะประจำชาติของแต่ละชาติ เช่น ชาติที่มีวัฒนธรรมที่มุ่มมองในแง่ลบ ก็ไม่ได้ทำให้คำตอบระดับความสุขต่ำกว่าที่เป็นจริง หรือชาติที่มีวัฒนธรรมที่มีมุ่มมองในแง่บวก ก็ไม่ได้ทำให้คำตอบระดับความสุขสูงกว่าที่เป็นจริง สำหรับการศึกษา

เกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตของ Veenhoven (2005) ระหว่างปี ค.ศ. 1995-2005 ได้พบว่า ความพึงพอใจในชีวิตของคนไทยมีค่าเฉลี่ย 6.5

ในประเทศไทยนั้น ข้อค้นพบที่คนไทยในจังหวัดชัยนาทและกาญจนบุรีมีความสุขเฉลี่ยกลางๆ ใกล้เคียงกับไม่ทุกข์ไม่สุข ในปี พ.ศ. 2548 เปรียบเทียบกับจังหวัดระยองและระดับประเทศที่มีความสุขค่อนข้างไปในทางมีความสุขมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2551 และเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2554 ซึ่งอาจจะแสดงว่า คนไทยมีความสุขเพิ่มขึ้น หรืออาจเป็นผลมาจากเครื่องมือที่ใช้ในการสอบถามก็ได้ เพราะในแบบสอบถามของจังหวัดชัยนาทและกาญจนบุรี ผู้ถูกสัมภาษณ์ได้รับรู้ว่ามีคำตอบ 5 หมายถึงความถึงไม่ทุกข์ ไม่สุข อยู่ด้วย (โดยให้ดูรูปแผ่นมีคำอธิบายที่ 0 ทุกข์มากที่สุด, 5 ไม่ทุกข์ ไม่สุข และ 10 สุขมากที่สุด) แต่แบบสอบถามในระดับประเทศและจังหวัดระยอง ผู้ถูกสัมภาษณ์รับรู้แต่เพียงว่า 0 คือ ไม่มีความสุขเลยหรือมีความทุกข์มากที่สุด และ 10 คือ สุขมากที่สุดหรือมีความสุขมากที่สุด (ตาราง 1) การเน้นค่ากลางอาจทำให้ ร้อยละของค่ากลางของจังหวัดกาญจนบุรีและจังหวัดชัยนาท สูงเกินจริงก็ได้

ตาราง 1 เปรียบเทียบคำถาม และคำตอบที่ให้เลือกเกี่ยวกับความสุข และความพึงพอใจในชีวิตในการสำรวจต่างๆ

โครงการสำรวจ	คำถาม	คำตอบ
ความสุข		
พัฒนาตัวชี้วัดความอยู่ดีมีสุข จังหวัดชัยนาทและกาญจนบุรี พ.ศ. 2548	ตอนนี้ท่านมีความรู้สึกอย่างไร	0 มีความทุกข์มากที่สุด 1, 2, 3, 4, 5 ไม่สุขไม่ทุกข์ 6, 7, 8, 9, 10 มีความสุขมากที่สุด
คุณภาพชีวิตประชากร จังหวัดระยอง พ.ศ. 2551	ขณะนี้ท่านมีความทุกข์ ความสุขอยู่ในระดับใด	0 มีความทุกข์มากที่สุด 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 มีความสุขมากที่สุด
สภาวะสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2551 และ พ.ศ. 2554 ระดับใด	ปัจจุบัน.....ชื่อ.....มีความสุขอยู่	0 ไม่มีความสุขเลย 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 สุขมากที่สุด

ตาราง 1 (ต่อ)

โครงการสำรวจ	คำถาม	คำตอบ
ความพึงพอใจในชีวิต		
คุณภาพชีวิตประชากร จังหวัดระยอง พ.ศ. 2551	ในภาพรวม ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิตระดับใด	0 พึงพอใจน้อยที่สุด 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 พึงพอใจมากที่สุด
สำรวจสภาวะสังคม และวัฒนธรรม พ.ศ. 2551 และ พ.ศ. 2554	“ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน.....ได้สำรวจตัวเองและประเมินความรู้สึกตนเองว่า.....” ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต	ไม่เลย เล็กน้อย มาก และมากที่สุด

ความพึงพอใจในชีวิตและความสุข มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกัน นั่นคือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation) ของตัวแปรทั้งสองจากโครงการสำรวจสภาวะสังคมและวัฒนธรรม เป็น .364 ใน พ.ศ. 2551 และ .353 ใน พ.ศ. 2554 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในทั้งสองปี อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่จะเลือกศึกษาความสุขหรือความพึงพอใจในชีวิตเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

ระดับความสุขของคนไทย

มาตรวัดที่ใช้ในการศึกษาเรื่องความสุขของกลุ่มบุคคล มีอยู่ 2 วิธีคือ ถ้าเป็นตัวเลขแบบต่อเนื่อง เช่น 0-10 จะใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และถ้าจะศึกษาแนวโน้มก็สามารถวิเคราะห์จากค่าเฉลี่ยในปีต่างๆ ได้ ซึ่งพบว่า ค่าเฉลี่ยความสุขของคนไทยอยู่ที่ 7.5 ในปี พ.ศ. 2551 และเพิ่มขึ้นเป็น 7.8 ในปี พ.ศ. 2554 (ตาราง 2) แต่ถ้าเป็นอันดับ เช่น มีความสุขมาก มีความสุขค่อนข้างมาก ไม่ค่อยมีความสุข และไม่มีความสุขเลย จะวิเคราะห์จากร้อยละของแต่ละกลุ่ม เช่น ร้อยละของผู้ตอบว่ามีความสุขมาก (รวมมากและค่อนข้างมาก) เป็นเท่าไร เป็นต้น และถ้าจะดูจากแนวโน้มว่า ประชาชนมีความสุขมากขึ้นหรือน้อยลง ก็จะถูกจากร้อยละของประชาชนที่ตอบว่า มีความสุขมากกว่าเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร สำหรับสเกลแบบต่อเนื่องนั้น สามารถจัดให้เป็นกลุ่มได้ เช่น รวม 0-6 ให้เป็นความสุขน้อย และ 7-10 เป็นความสุขมาก ซึ่งพบว่าร้อยละ 74.6 ของคนไทยอยู่ในกลุ่มสุขมากในปี 2551 และเพิ่มเป็น 84.8 ในปี 2554 (ตาราง 3)

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยความสุข (Mean) และเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2551, 2554

เพศ	2551		2554	
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ชาย	7.6	1.727	7.8	1.384
หญิง	7.5	1.708	7.7	1.378
รวม	7.5	1.716	7.8	1.381

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลการสำรวจสภาวะสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2551 และ พ.ศ. 2554

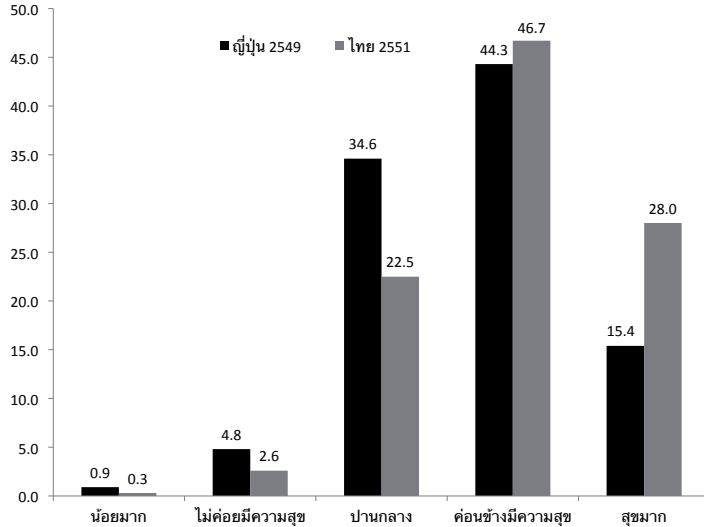
ตาราง 3 การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามความสุขและเพศ พ.ศ. 2551, 2554

เพศ	2551		2554	
	สุขมาก (7-10)	สุขน้อย (0-6)	สุขมาก (7-10)	สุขน้อย (0-6)
ชาย	75.6	24.4	85.6	14.4
หญิง	74.0	26.0	84.3	15.7
รวม	74.6	25.4	84.8	15.2

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลการสำรวจสภาวะสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2551 และ พ.ศ. 2554

ถ้าเราทดลองจัดสเกลใหม่ เพื่อให้เปรียบเทียบได้กับประเทศญี่ปุ่น ที่สำรวจความสุขภายใต้โครงการ Asia Barometer Survey (ABS) ในปี พ.ศ. 2549 ซึ่งคำตอบที่ให้เลือกเป็นแบบสเกล 5 อันดับ คือ มีความสุขน้อยมาก ไม่ค่อยมีความสุข มีความสุขปานกลาง ค่อนข้างมีความสุข และมีความสุขมาก (Inoguchi & Fujii 2009) สำหรับข้อมูลการสำรวจสภาวะสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2551 ได้กำหนดให้ 0 และ 1 หมายความว่ามีความสุขน้อยมาก 2, 3 และ 4 หมายความว่าไม่มีความสุข 5 และ 6 หมายความว่ามีความสุขปานกลาง 7 และ 8 หมายความว่าค่อนข้างมีความสุข 9 และ 10 หมายความว่ามีความสุขมาก จะพบว่าร้อยละของคนไทยที่ตอบว่าค่อนข้างมีความสุข คิดเป็นร้อยละ 46.7 และมีความสุขมากคิดเป็นร้อยละ 28.0 (แผนภูมิ 2)

แผนภูมิ 2 ร้อยละของประชากร จำแนกตามระดับความสุข ประเทศไทยและญี่ปุ่น



ที่มา: ประเทศไทย คำนวณจากข้อมูลการสำรวจสภาวะสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2551 ประเทศญี่ปุ่น (Inoguchi & Fujii 2009)

จากแผนภูมิ 2 จะเห็นว่ารูปแบบความสุขเป็นไปในทำนองเดียวกัน คือประชากรส่วนใหญ่ จะค่อนข้างมีความสุข หรือมีความสุขมาก มีประชากรเป็นจำนวนน้อยมาก ที่รายงานว่าไม่ค่อยมีความสุข หรือมีความสุขน้อยมาก รูปแบบนี้จะเป็นรูปแบบที่พบในประเทศอื่นๆ ด้วย กล่าวคือ สัดส่วนของประชากรที่มีความสุขมากจะมีมากกว่าประชากรที่มีความสุขน้อย

สำหรับระดับความพึงพอใจในชีวิตของคนไทยจากการสำรวจเดียวกันในปี 2551 และ 2554 โดยมีสเกลอันดับให้เลือกสี่อันดับ คือ ไม่เลย เล็กน้อย มาก มากที่สุด ถ้าแบ่งออกเป็นสองกลุ่มใหญ่ๆ คือ กลุ่มที่มีความพึงพอใจในชีวิตน้อย (รวมไม่เลย และเล็กน้อย) จะคิดเป็นร้อยละ 18.2 และ 13.9 และกลุ่มที่มีความพึงพอใจในชีวิตมาก (รวมมาก และมากที่สุด) คิดเป็นร้อยละ 81.8 และ 86.1 และในปี 2551 และ 2554 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า ซึ่งเป็นรูปแบบที่ใกล้เคียงกับความสุข สัดส่วนของประชากรที่มีความพึงพอใจในชีวิตมากจะมีมากกว่าประชากรที่มีความพึงพอใจในชีวิตน้อย

จะเห็นว่าการกำหนดข้อคำถามที่ให้เลือกไม่เหมือนกันระหว่างสเกลแบบต่อเนื่อง และสเกลอันดับ จะทำให้เปรียบเทียบกันยาก ดังนั้นจึงต้องมีวิธีการศึกษาเฉพาะเพื่อให้สามารถเปรียบเทียบกันได้ เช่น ถ้าตอบว่ามีความสุขมาก หรือสุขน้อย จะแปลงเป็นตัวเลขได้เท่าใดระหว่าง 0-10 (Calibration study) (Veehoven 2009) กำลังทำการศึกษาระดับความสุข และความพึงพอใจในชีวิต ใน 60 ประเทศ โดยให้อาสาสมัครทดลองตอบ โดยแปลงคำตอบที่เป็นสเกลอันดับให้เป็นคะแนน 0-10 แล้วใช้วิธีการทางสถิติ คือ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ช่วยวิเคราะห์

สรุป

ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจสภาวะสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2551 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ นับว่าเป็นการสำรวจเกี่ยวกับความสุขเชิงอัตวิสัยระดับชาติเป็นครั้งแรก ใช้ข้อคำถาม และคำตอบที่ให้เลือกคล้ายคลึงกับประเทศอื่นๆ ที่เป็นที่ยอมรับในระดับสากล (Helliwell, Layard and Sachs 2012) จึงสามารถใช้เป็นค่ามาตรฐาน (benchmark) สำหรับเปรียบเทียบในอนาคตว่าคนไทยมีความสุขหรือความพึงพอใจในชีวิต มากขึ้น น้อยลง หรือคงที่ อย่างเป็นรูปธรรม และสามารถเปรียบเทียบกับประเทศอื่นได้ด้วย และต่อมาสำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้สำรวจสภาวะสังคมและวัฒนธรรม ในปี พ.ศ. 2554 โดยเครื่องมือที่ใช้วัดระดับความสุข และความพึงพอใจในชีวิต ใช้คำถามและคำตอบที่ให้เลือกเหมือนเดิม จึงจะทำให้สามารถวิเคราะห์ได้ถึงความเปลี่ยนแปลงระดับความสุขของคนไทยที่เพิ่มขึ้น และปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงนั้น ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้เกิดการเก็บข้อมูลระดับชาติอย่างเป็นระบบ ต่อเนื่อง และต้องคำนึงถึงคุณภาพของการสำรวจแต่ละครั้งด้วย เพื่อลดความคลาดเคลื่อนของผลที่ได้ การค้นหาเหตุผลอธิบายปัจจัยที่ทำให้มีความสุขไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อมควรจะเป็นประเด็นที่สำคัญในงานวิชาการทางด้านสังคมศาสตร์ (Helliwell, Layard and Sachs 2012) แต่ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขไม่อยู่ในขอบเขตของบทความนี้

เอกสารอ้างอิง

- อภิชาัย มงคล, ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, ทวี ตั้งเสรี, วัชณี หัตถพนม, ไพรวลัย รมช้าย และ วรวรรณ จุฑา. 2552. การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- อภิชาัย มงคล, วัชณี หัตถพนม, ภัศรา เขษรัโษติศักดิ์, วรณประภา ชลอกุล, ละเอียด ปัญญาใหญ่ และสุจริต สุวรรณชีพ. 2544. "ความสุขและสุขภาพจิตในบริบทของสังคมไทย". วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.46 (3): 227-232.
- รศรินทร์ เกรย์, วรชัย ทองไทย และเวรดี สุวรรณนพเก้า. 2553. ความสุขเป็นสากล. กรุงเทพฯ: บริษัทจรัลสนิทวงศ์การพิมพ์จำกัด.
- รศรินทร์ เกรย์, ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต, จักรชัย สือประเสริฐสิทธิ์ และ สาสินี เทพสุวรรณ. 2552. รายงานการวิจัยโครงการสถานการณ์คุณภาพชีวิตของประชากรจังหวัดระยอง.สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- รศรินทร์ เกรย์, ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต, บังปอนด์ รักอำนาจกิจ, เวรดี สุวรรณนพเก้า และ ภูวนัย พุ่มไทรทอง. มปปก. ดัชนีความสุขจังหวัดกาญจนบุรี. นนทบุรี: สหพัฒนไพศาล.
- รศรินทร์ เกรย์, ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต, บังปอนด์ รักอำนาจกิจ, เวรดี สุวรรณนพเก้า และ ภูวนัย พุ่มไทรทอง. มปปข. ดัชนีความสุขจังหวัดชัยนาท. นนทบุรี: สหพัฒนไพศาล.
- Cummins, R.A., Eckersley, R., Pallant, J., Van Vugt, J. & Misajon, R. 2003. "Developing a national index of subjective wellbeing: The Australian unity wellbeing index". Social Indicators Research. 64: 159-190.
- Diener, Ed. 1984. "Subjective well-being". Psychological Bulletin. 95: 542-575.
- Diener, Ed., Emmons, R.A., Larsen, R.J. & Griffin, S. 1985. "The satisfaction with life scale." Journal of Personality Assessment. 49 (1):71-75.
- Diener, Ed., Suh, E.M., Lucas, R.E. & Smith, H.L. 1999. "Subjective well-being: three decades of progress". Psychological Bulletin. 125: 276-362.

- Easterlin, R.A. 2001. "Income and happiness: towards a unified theory".
Economic Journal .111 (473): 465-484.
- Easterlin, R.A. 2005. Is there an iron law of happiness?. Unpublished working
paper, Department of Economics, University of Southern California.
- Easterlin, R.A. 2006. "Life cycle happiness and its sources: Intersections of
psychology, economics and demography". Journal of Economic
Psychology, 27: 463-482.
- Gray, R.S., Rukumnuaykit, P., Kittisuksathit, S. & Thongtha, V. 2008. "Inner
happiness among Thai elderly". Journal of Cross Cultural Gerontology.
(23): 211-224.
- Helliwell, J., Layard, R., & Sachs, J. 2012. World Happiness Report. The Earth
Institute, Columbia University, the Canadian Institute for Advanced
Research (CIFAR), Centre for Economic Performance, London School
of Economics and The Centre for Bhutan Studies.
- Inoguchi, T. & Fujii, S. 2009. "The quality of life in Japan". Social Indicators
Research. 92:227-262.
- Layard, R. 2005. Happiness: Lessons from a New Science. New York: The
Penguin Press.
- Lyubomirsky, Sonja; King, Laura, & Diener, E. 2005. The Benefits of Frequent
Positive Affect: Does Happiness Lead to Success?. Psychological
Bulletin. 131 (6): 803-855.
- Lyubomirsky, S. 2008. The How of Happiness: A Scientific Approach to
Getting the Life You Want. New York: The Penguin Press.
- Nettle, D. 2005. Happiness: the science behind your smile. Oxford: Oxford
University Press.
- United Nations. 2013. International Day of Happiness 20 March. (retrieved
April 22nd 2013). from (<http://www.un.org/en/events/happinessday/>).

- Veenhoven, R. 1991. Is happiness relative?, *Social Indicators Research*, 24: 1-34.
- Veenhoven, R. 1997. Advances in understanding happiness, *Revue Quebecoise de Psychologie* .18: 29-74. English version available on line <http://www.eur.nl/fsw/personeel/happiness/>.
- Veenhoven, R. 2009. World Database of Happiness. Happiness scale interval study. (retrieved August 28th 2009). From (www.worlddatabaseofhappiness.eur.nl/scalestudy/scale_fp.htm).

ข้อพิจารณาในทัศนียภาพของ “นิยามผู้สูงอายุ” และ “อายุเกษียณ” ในประเทศไทย

เฉลิมพล แจ่มจันทร์¹

บทคัดย่อ

บทความทางวิชาการนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อจุดประเด็นความคิดในสังคมไทยเกี่ยวกับข้อพิจารณาในการปรับเปลี่ยนมุมมองและมโนทัศน์ใหม่ต่อ 1) การให้ความหมายและการกำหนดนิยามผู้สูงอายุไทยซึ่งปัจจุบันใช้เกณฑ์อายุตามปีปฏิทินที่ 60 ปีขึ้นไป และ 2) กำหนดอายุเกษียณของแรงงานไทย ทั้งอายุเกษียณที่เป็นทางการของคนทำงานภาครัฐที่อายุ 60 ปี และอายุเกษียณของภาคเอกชนซึ่งไม่มีกำหนดตายตัว แต่เกี่ยวพันกับกำหนดอายุที่เกิดสิทธิ ภาระสภาพของระบบประกันสังคมซึ่งกำหนดที่อายุ 55 ปี ขึ้นไปภายใต้วัตถุประสงค์ข้างต้น การนำเสนอประกอบด้วยข้อมูลและบทวิเคราะห์จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเกณฑ์การกำหนดนิยามความเป็นผู้สูงอายุของบุคคล การกำหนดอายุเกษียณในมุมมองเชิงวิชาการและในทางปฏิบัติ สถานการณ์ผู้สูงอายุและการทำงานของผู้สูงอายุในประเทศไทย ผลกระทบจากการสูงวัยของประชากรที่จะมีต่อเศรษฐกิจและสังคมในภาพรวม ซึ่งทั้งหมด ในท้ายที่สุดนำไปสู่ประเด็นข้อพิจารณาเกี่ยวกับมโนทัศน์ใหม่ของนิยามผู้สูงอายุและอายุเกษียณ ที่เหมาะสมกับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุในปัจจุบัน และจะเป็นผลดีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต สุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: นิยามผู้สูงอายุ อายุเกษียณ ผู้สูงอายุ ประเทศไทย

1 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; e-mail: chalemopol.cha@mahidol.ac.th

ผู้เขียนขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้ให้คำปรึกษา ตลอดจนข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อบทความนี้เป็นอย่างยิ่ง

Issues in Considering the New Concept of “the Elderly’s Definition” and “the Age of Retirement” in Thailand

Chalernpol Chamchan¹

Abstract

This article aims to point out issues for Thai society to consider in respect of perspectives and new concept towards 1) meaning and the definition of “the elderly” which is currently defined to start at age of 60 calendar years, and 2) “retirement age” both the official one for the public workers at age 60 years and the practical one in private sector which is flexible but relating to the pensionable age of the Social Security Scheme at age 55 years. In this regards, it presents information and discussions from literature reviews respecting common criterions those are used in defining an individual as the elderly, retirement age in academic point of views and in practice, current situations of ageing and the elderly participation in the workforce in Thailand, and economic and social impacts of the ageing population being in concerns. All of these lead us to considerations about the new concepts of the elderly definition and retirement age those suit for the current ageing situation and benefit better for the elderly in terms of quality of life, physical and mental health.

Keywords: the elderly definition, retirement age, the elderly, Thailand

1 Institute for Population and Social Research, Mahidol University

ข้อพิจารณาในทัศนียภาพของ “นิยามผู้สูงอายุ” และ “อายุเกษียณ” ในประเทศไทย

เฉลิมพล แจ่มจันทร์

ความนำ

ภายใต้สถานการณ์การเปลี่ยนผ่านทางประชากร ประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็น “สังคมผู้สูงอายุ” ตั้งแต่ประมาณปี 2543-2544 กล่าวคือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นสัดส่วนประมาณร้อยละ 10 ของจำนวนประชากรทั้งหมดในประเทศ จากรายงาน ผลล่งหน้า สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2553 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2554 ก) พบว่า ประชากรสูงอายุคิดเป็นร้อยละ 13 ของจำนวนประชากรทั้งหมด ซึ่งมีประมาณ 65.9 ล้านคน จากการฉายภาพประชากร โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล คาดว่าสัดส่วนนี้จะมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจเพิ่มสูงถึงร้อยละ 20 ของประชากร ในช่วงเวลาอีก 15 ปีข้างหน้า หรือในปี 2568 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม 2549) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรในลักษณะดังกล่าว ก่อให้เกิดข้อกังวล ต่อผลกระทบในด้านต่างๆ ทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม

ในระดับจุลภาค ภายใต้บริบทครอบครัวและสังคมไทยที่เปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้เกิดคำถามมากมายต่อผลกระทบที่จะมีต่อมาตรฐานการครองชีพ ของครัวเรือนไทยในด้านต่างๆ โดยเฉพาะครัวเรือนที่มีสมาชิกผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานหรือ ต้องหยุดทำงานจากการเกษียณอายุซึ่งจะประสบกับภาวะพึ่งพิงที่สูงขึ้น ผลกระทบ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ทั้งเรื่องรายได้กับปัญหาความยากจน โดยเฉพาะ ในกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันทางรายได้ยามชรา อาศัยอยู่คนเดียวไม่มีครอบครัวให้พึ่งพิง และเรื่องผลกระทบทางสุขภาพ โดยเฉพาะใน “ด้านสุขภาพจิต” ของบุคคลที่เข้าสู่วัยสูงอายุ จากการเปลี่ยนแปลงในชีวิตความเป็นอยู่หลายด้าน ทั้งทางร่างกาย สถานภาพการทำงาน บทบาทและการมีส่วนร่วมทางสังคม

ในระดับมหภาค ข้อกังวลเป็นในเรื่องของผลกระทบที่จะมีต่อภาคการจ้างงานและการผลิตของประเทศที่สัดส่วนกำลังแรงงานมีแนวโน้มลดลง อันส่งผลต่อขีดความสามารถ ในการพัฒนาทางเศรษฐกิจของประเทศในระยะยาว การเพิ่มขึ้นในสัดส่วนประชากรสูงวัย

โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่ได้ทำงาน หยุดทำงาน หรือเกษียณอายุแล้วและไม่มีรายได้ จะส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายของรัฐบาลเพื่อการจัดหาบริการ สวัสดิการสาธารณสุข เงินช่วยเหลือ หลักประกันและการคุ้มครองทางสังคมที่จำเป็นในด้านต่างๆ ที่จะเพิ่มสูงขึ้น ในอนาคต

ที่ผ่านมา งานศึกษาจำนวนหนึ่ง เช่น วรชัย (2549) และ ปราโมทย์ และปัทมา (2553) ได้เสนอให้มีการขยายอายุขั้นต่ำที่ใช้ในการกำหนด “นิยามผู้สูงอายุ” ของไทย จากที่อายุ 60 ปี เป็นที่อายุ 65 ปี โดยมีเหตุผลสนับสนุนจากหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า คนไทยมีสุขภาพและศักยภาพในการทำงานที่ดีขึ้นกว่าแต่ก่อน อีกทั้งมีอายุคาดเฉลี่ยของการมีชีวิตอยู่ที่ยาวนานขึ้น ทั้งสองการศึกษา เห็นตรงกันว่า การขยายอายุขั้นต่ำของนิยามผู้สูงอายุจะทำให้จำนวนผู้สูงอายุและอัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุในประเทศลดลง ซึ่งจะช่วยบรรเทาผลกระทบทางเศรษฐกิจและภาระสวัสดิการผู้สูงอายุของภาครัฐให้น้อยลง ด้วย จากข้อเสนอที่มีต่ออายุเริ่มต้นในการกำหนดนิยามผู้สูงอายุ นำไปสู่ข้อพิจารณาถึงการปรับเปลี่ยนนิยามหรือมุมมองของสังคมต่อ “อายุเกษียณ” หรือ “อายุที่หยุดทำงาน” ของแรงงานไทยด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะ ในภาคราชการหรือการจ้างงานภาครัฐ รวมถึงหน่วยงานองค์กรในภาคเอกชนบางหน่วยงานที่อ้างอิงการเกษียณอายุจากการทำงานที่อายุ 60 ปีบริบูรณ์ อันเป็นเกณฑ์อายุเดียวกับนิยามผู้สูงอายุที่ใช้ในปัจจุบัน

1. ข้อพิจารณาเกี่ยวกับนิยามผู้สูงอายุของประเทศไทย

1.1 อย่างไรก็ตามเรียกว่า “ผู้สูงอายุ”

“กระบวนการสูงอายุ คือ ความเป็นจริงตามธรรมชาติที่มีความเป็นพลวัตในตัว ของมันเอง อยู่เหนือความสามารถในการควบคุมของมนุษย์ อย่างไรก็ตาม ก็มีเงื่อนไขเชิงโครงสร้างที่แต่ละสังคมเป็นผู้ให้ความหมายหรือการรับรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ เป็นตัวกำหนดด้วยเช่นกัน” (Gorman 2000 อ้างใน WHO n.a.)

นิยามที่ใช้ในการกำหนดหรือบ่งชี้ว่าคุณคนได้เข้าสู่ความเป็น “ผู้สูงอายุ” แล้วนั้น ไม่มีกำหนดเกณฑ์อายุหรือเหตุผลอธิบายที่เป็นมาตรฐานทั่วไป แต่แตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละสังคมและระดับการพัฒนา องค์การสหประชาชาติ (United Nations) ไม่มี

เกณฑ์อายุมาตรฐานของนิยามผู้สูงอายุ เพียงยอมรับโดยทั่วไปในการใช้อายุที่ 60 ปีขึ้นไป เป็นเกณฑ์กำหนด หลายประเทศที่พัฒนาแล้ว ใช้เกณฑ์อายุที่ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นอายุเดียวกับเกณฑ์อายุเริ่มต้นในการรับสิทธิประโยชน์ชราภาพ หรือ บำนาญหลังเกษียณ ของแรงงานในประเทศ (pensionable age) ประเทศกำลังพัฒนา เช่น ประเทศไทย ใช้เกณฑ์อายุที่ 60 ปีขึ้นไป ขณะที่ในภูมิภาคแอฟริกา จากอายุคาดเฉลี่ยของประชากร ที่ค่อนข้างสั้น บางการศึกษาได้เสนอให้ใช้เกณฑ์อายุที่เพียง 50 ปี หรือ 55 ปี เท่านั้น (WHO n.d.)

นิยามความเป็นผู้สูงอายุ อาจพิจารณาได้ตามผลหรือสภาพที่เกิดจากการสูงอายุ ตามวัย (chronological aging) การสูงอายุตามสภาพร่างกายหรือความสามารถในการ ดำเนินชีวิต (biological or functional ageing) การสูงวัยตามสภาพจิตใจ (Psychological ageing) และการสูงวัยตามสภาพและบทบาททางสังคม (Sociological ageing) โดยเกณฑ์กำหนดที่ใช้ อาจเป็นทั้งนิยามผู้สูงอายุที่เป็นทางการ (official definition) และ นิยามผู้สูงอายุตามการรับรู้หรือความรู้สึกของสังคม (traditional definition) ซึ่งทั้งสอง อาจเป็นที่เกณฑ์อายุเดียวกันหรือต่างกันก็ได้ (WHO n.d.)

เมื่อสภาพเศรษฐกิจและสังคมพัฒนาดีขึ้น คนในสังคมมีมาตรฐานการครองชีพ คุณภาพชีวิต สถานะทางสุขภาพและอนามัยที่ดีขึ้น รวมถึง อายุคาดเฉลี่ยหรือจำนวนปีที่คาดว่าจะสามารถมีชีวิตอยู่บนโลกใบนี้ที่ยืนยาวขึ้น แม้ว่า “การสูงอายุตามวัย” หรือ ตาม “จำนวนปีปฏิทิน” ที่บุคคลได้มีชีวิตอยู่มาแล้ว จะเป็นสิ่งที่ไม่สามารถควบคุม ชะลอ หรือหยุดยั้งได้ แต่การสูงอายุในด้านอื่นๆ ทั้ง การสูงอายุตามสภาพร่างกาย สภาพจิตใจ รวมถึง บทบาททางสังคมก็มีแนวโน้มที่จะช้าลงหรือเกิดขึ้นในช่วงอายุที่สูงขึ้น การเปลี่ยนแปลงนี้มักสะท้อนผ่านการรับรู้หรือความรู้สึกของสังคมโดยรวมก่อนว่า บุคคล ณ เกณฑ์อายุที่เคยถูกเรียกว่าเป็น “ผู้สูงอายุ” นั้น ในปัจจุบันดูแล้ว “ยังไม่สูงอายุ” เท่ากับ บุคคล ณ อายุเดียวกันในอดีต

จากการที่ “กระบวนการสูงอายุ” นั้นมีความเป็นพลวัตในตัวของมันเอง นิยามหรือ เกณฑ์ที่ใช้ในการบอกกล่าวหรือกำหนดว่าบุคคลใดบุคคลหนึ่งเป็น “ผู้สูงอายุ” แล้ว ก็ย่อม ต้องมีความเป็นพลวัตหรือเปลี่ยนแปลงได้ ตามเงื่อนไขการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและสภาพ ที่เป็นอยู่ในแต่ละสังคมเช่นกัน

1.2 สังคมผู้สูงอายุและพวงระฆัง

ปัจจุบัน ประเทศไทยมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรทั้งหมด มีอายุมัธยฐานที่ประมาณ 32.6 ปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2554 ก; ปราโมทย์ และปัทมา 2553) สัดส่วนประชากรสูงอายุและอายุมัธยฐานนี้ เป็นตัวชี้วัดระดับการเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุของประเทศ หรือ การมีอายุสูงขึ้นของประชากรไทย ซึ่งมีทิศทางเพิ่มสูงขึ้นตามลำดับ สถานการณ์ดังกล่าวนี้ เป็นลักษณะการเปลี่ยนผ่านทางประชากรของประเทศตามระดับการพัฒนาและคุณภาพชีวิตของประชาชนที่ดีขึ้น ซึ่งทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น อัตราตายลดลงและอายุคาดเฉลี่ยยืนยาวขึ้น ขณะที่อัตราการเกิดและภาวะเจริญพันธุ์มีแนวโน้มลดต่ำลง ซึ่งในท้ายที่สุด นำไปสู่ภาวะการสูงอายุของประชากรโดยรวม (population ageing)

การที่ประชากรสูงอายุในประเทศมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น ประเด็นผลกระทบที่ต้องคำนึงถึงในการเตรียมความพร้อมมีอยู่หลายประเด็นด้วยกัน (Magnus 2009; Clark et al. 2004; Schulz 2001) ในที่นี้ อาจจำแนกออกได้เป็นใน 3 เรื่องหลัก ได้แก่ (1) ผลกระทบระดับมหภาค โดยเฉพาะต่อภาคการจ้างงานและผลิตภาพของแรงงานในประเทศ การที่สัดส่วนของประชากรวัยแรงงานลดลง ในขณะที่ภาวะพึ่งพิงของประชากรสูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ย่อมกระทบต่อขีดความสามารถในการผลิต ระดับการออม การลงทุน และการพัฒนาประเทศในภาพรวม (2) ผลกระทบต่อภาครัฐ เกี่ยวกับ ภาระทางการคลัง ในการดูแลด้านสิทธิ สวัสดิการและบริการสาธารณะต่างๆ แก่ผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในด้านการบริการทางสุขภาพ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ รวมถึง บำเหน็จ บำนาญข้าราชการเกษียณอายุที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี อีกทั้ง มีชีวิตอยู่ต่อหลังเกษียณอายุราชการยืนยาวขึ้น (3) ผลกระทบระดับจุลภาค โดยเฉพาะในประเด็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครัวเรือน ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ เช่น ในเรื่องหลักประกันรายได้ยามชรา หลักประกันทางสุขภาพยามเจ็บป่วย การดูแลผู้สูงอายุและการเกื้อหนุนทางสังคม การดูแลระยะยาว การเฝ้าระวังทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้ง สุขภาพกาย และสุขภาพจิต ที่อาจได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสถานภาพของผู้สูงอายุ ในหลายด้าน ทั้งสถานภาพจากวัยทำงานเป็นวัยสูงอายุ สถานภาพจากทำงานเป็นไม่ทำงาน รวมถึงสถานภาพและบทบาททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงในด้านอื่นๆ

1.3 “นิยามผู้สูงอายุ” เกณฑ์อายุที่ถึงเวลาต้องบยาย?

ภาวะสูงอายุของประเทศไทย มีสาเหตุสำคัญจากสถานการณ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นและอายุคาดเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้นของคนไทย เทียบกับ 50 ปีก่อน อายุคาดเฉลี่ยของคนไทย ณ อายุ 60 ปี ได้ปรับเพิ่มขึ้นจาก 16.9 ปี เป็น 20.7 ปี ในปัจจุบัน โดยอายุคาดเฉลี่ย ณ อายุ 65 ปี อยู่ที่ประมาณ 17.1 ปี (ปราโมทย์ และปัทมา 2553) จากข้อเท็จจริงนี้ นักวิชาการจำนวนหนึ่งได้ให้มุมมองและข้อเสนอต่อความเป็นไปได้ในการ “เลื่อนอายุเริ่มต้น” ของผู้สูงอายุไทยให้สูงขึ้น เช่น งานของวรชัย (2549) ที่เสนอการเลื่อนอายุเริ่มต้นของผู้สูงอายุจาก 60 ปีเป็นที่ 65 ปี ด้วยเหตุผลจากสถานะทางสุขภาพที่ดี ศักยภาพในการทำงานและอัตราการมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานของประชากรอายุ 60-64 ปีที่ยังอยู่ในระดับที่สูง หรือ งานของปราโมทย์ และปัทมา (2553) ที่เสนอให้มีการปรับเกณฑ์นิยามผู้สูงอายุ จากเดิมที่ใช้อายุตามจำนวนปีปฏิทินที่บุคคลมีชีวิตอยู่เป็นเกณฑ์ มาเป็นจำนวนปีที่คาดว่าบุคคลจะมีชีวิตอยู่ต่อไปข้างหน้า (remaining life expectancy) ซึ่งหากใช้เกณฑ์พิจารณาดังกล่าว อายุขั้นต่ำของความเป็นผู้สูงอายุไทยจากแต่เดิมซึ่งกำหนดไว้ที่อายุ 60 ปี เมื่อกว่า 50 ปีที่แล้ว ถูกเสนอให้ขยายออกเป็นที่อายุ 65 ปี ด้วยเหตุผลว่าเป็นอายุที่บุคคลในปัจจุบันคาดว่าจะมีชีวิตรอยู่ต่อไปข้างหน้าอีกประมาณ 17 ปี ใกล้เคียงกับอายุคาดเฉลี่ยของคนไทย ณ อายุ 60 ปี เมื่อประมาณ 50 ปีที่แล้ว

ข้อเสนอในการเลื่อนอายุเริ่มต้นและการเปลี่ยนนิยามของ “ความเป็นผู้สูงอายุ” เหล่านี้ มีหลักการและเหตุผลอธิบายจากการสูงอายุดำรงสภาพร่างกายหรือความสามารถในการดำเนินชีวิต (biological or functional ageing) และการสูงอายุดำรงสภาพบทบาททางสังคม (Sociological ageing) ของบุคคลที่ซ้าลง คนไทยในช่วงอายุ 60-64 ปี ในปัจจุบัน จึงยังมี “สภาพ” และ “ศักยภาพ” ในด้านต่างๆ ที่ดีกว่าคนไทย อายุ 60-64 ปี ในสมัยก่อน ตัวชี้วัดหนึ่งที่สนับสนุนแนวคิดข้างต้น คือ อัตราการทำงานของประชากรสูงอายุในปัจจุบันที่สูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ผลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี 2554 พบว่า เกือบร้อยละ 50 และร้อยละ 70 ของประชากรอายุ 60-64 ปี ในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาลของไทย ตามลำดับ ยังคงทำงานและมีส่วนร่วมในตลาดแรงงานอยู่ โดยสัดส่วนนี้ค่อยๆ เพิ่มขึ้นในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2545-2554)

ปัจจุบัน เกษียณอายุของภาคราชการไทยถูกกำหนดที่เกณฑ์อายุเดียวกับนิยามผู้สูงอายุ (ที่อายุ 60 ปี) ซึ่งส่วนหนึ่งน่าจะเป็นผลจากฐานคิดและทัศนคติทางสังคมที่ว่าผู้สูงอายุ เป็นบุคคลที่สมควรได้รับการดูแล อยู่ในวัยที่ควรพักผ่อนและควรหยุดทำงาน เนื่องจากมีข้อจำกัดทางสุขภาพร่างกายที่เพิ่มขึ้นและประสิทธิภาพในการทำงานที่ลดลง ภายใต้งैื่อนไขดังกล่าว การขยายอายุเริ่มต้นหรืออายุขั้นต่ำของนิยามผู้สูงอายุออกไป น่าจะเป็นผลดีต่อเรื่องการทำงานของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 60-64 ปีที่จะมีแนวโน้มทำงานต่อไปและอยู่ในกำลังแรงงานยาวนานขึ้น เนื่องจากยังไม่ถูกกำหนดว่าเป็นผู้สูงอายุ การยังคงทำงานที่มีรายได้เป็นของตัวเอง ฟังพาดครอบครัวและลูกหลานน้อยลง อีกทั้ง มีช่วงเวลาที่ได้อยู่ในวัยก่อนการเป็นผู้สูงอายุได้ยาวนานขึ้น ย่อมน่าจะส่งผลดีต่อผู้สูงอายุในด้านสุขภาพ โดยเฉพาะสุขภาพจิต ในด้านการรู้สึกถึงการยังมีคุณค่าของตนเอง การนับถือตนเองและความกระชุ่มกระชวยจากสถานภาพสังคมที่อ่อนเยาว์ลง

แม้ข้อเสนอในการขยายนิยามผู้สูงอายุจะยังไม่ได้รับการตอบรับที่ชัดเจนจากสังคมหรือผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งในเชิงนโยบาย และเชิงกฎหมาย อีกทั้ง คงต้องใช้เวลาและกระบวนการสร้างความเข้าใจแก่ประชาชนและสังคมเป็นอย่างมากหากจะมีการปรับเปลี่ยน¹ แต่อย่างน้อยก็นำไปสู่การตั้งคำถามต่อความเป็นไปได้ในการปรับมุมมองและการสร้าง “มโนทัศน์ใหม่” ของ “นิยามผู้สูงอายุ” ที่เหมาะสมกับสังคมไทยในยุคปัจจุบัน ภายใต้งัสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุที่เป็นอยู่

2. ข้อพิจารณาเกี่ยวกับอายุเกษียณของประเทศไทย

ตามที่ได้กล่าวในส่วนที่แล้ว กำหนดอายุเกษียณของภาคราชการไทย ซึ่งมักถูกใช้เป็นเกณฑ์อ้างอิงถึงอายุที่ควรหยุดทำงานของคนไทยทั่วไป ปัจจุบัน อยู่ที่เกณฑ์อายุเดียวกับนิยามผู้สูงอายุ ข้อพิจารณาในการขยายนิยามผู้สูงอายุ ย่อมนำมาสู่ข้อพิจารณาบางประการเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในอายุเกษียณของประเทศด้วยเช่นกัน

1 จากผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติต่อผู้สูงอายุ พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2554 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2554, ค) ประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 62.8 และ ร้อยละ 65.7 ยังคงเห็นควรให้กำหนดอายุของผู้สูงอายุหรือผู้สูงวัยที่อายุ 60 ปีขึ้นไป มีเพียง ร้อยละ 18.5 และร้อยละ 21 ตามลำดับ เท่านั้นที่เห็นควรให้กำหนด ณ อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป

2.1 กำหนด “อายุเกษียณ” เพื่ออะไร

ในทางเศรษฐศาสตร์ การกำหนด “อายุเกษียณ” (retirement age) ถือเป็นเครื่องมือหรือกลไกหนึ่งที่นายจ้างใช้ประกอบในการทำสัญญาว่าจ้างระยะยาว (long-term employment contract) กับลูกจ้าง เพื่อกำหนดเกณฑ์อายุที่รับรู้กันทั้งสองฝ่ายที่นายจ้างจะหยุดจ้างหรือเลิกจ้างแรงงาน โดยส่วนใหญ่ เป็นในช่วงอายุที่ประสิทธิภาพการทำงาน (productivity) ของแรงงานอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าค่าตอบแทนหรือเงินเดือน (wage or salary) ที่นายจ้างต้องจ่าย (Lazear 1979 อ้างใน Clark et al. 2004)

ในฝั่งของลูกจ้าง ตามโมเดลวงจรชีวิตทางเศรษฐกิจ (economic life cycle model) การกำหนด “อายุเกษียณ” ถือเป็นกลไกที่ช่วยในการวางแผนชีวิต โดยเฉพาะแผนทางการเงินและการออมตลอดช่วงชีวิตในวัยทำงาน (ช่วงที่รายได้จากการทำงานสูงกว่าค่าใช้จ่ายเพื่อการบริโภค) เพื่อให้แน่ใจได้ว่าจะมีทรัพยากรทางเศรษฐกิจหรือแหล่งรายได้ที่เพียงพอสำหรับช่วงชีวิตในวัยหลังเกษียณ (ช่วงที่รายได้จากการทำงานต่ำกว่าค่าใช้จ่ายเพื่อการบริโภค) นอกจากนี้ ยังเป็นกลไกในการกำหนดเงื่อนไขของลูกจ้างต่อนายจ้าง ในการหยุดหรือเลิกทำงาน และใช้เวลาในช่วงวัยที่เหลืออยู่เพื่อ “การพักผ่อน” หรือเพื่อ “การทำงานในรูปแบบอื่น” ที่ชอบหรือมีความเหมาะสมกับเงื่อนไขทางร่างกายและสุขภาพของตนเองในอายุที่สูงขึ้น²

โดยทั่วไป เมื่อกล่าวถึง “อายุเกษียณ” จำเป็นต้องแยกความแตกต่างระหว่าง “อายุเกษียณที่เป็นทางการ” (official retirement age) และ “อายุเกษียณที่เป็นประสิทธิผล” (effective retirement age) ซึ่งคำแรก หมายถึง เกณฑ์อายุที่กำหนดอย่างเป็นทางการ หรือมีผลบังคับใช้ตามกฎหมายที่การจ้างงานจะสิ้นสุดลง ในขณะที่คำหลัง หมายถึง อายุในทางปฏิบัติที่แรงงานจะหยุดทำงานหรือออกจากกำลังแรงงานโดยเฉลี่ย

2 ภายใต้หลักการ “การเรียนรู้ตลอดชีวิต” ได้มีการเสนอแนวคิดเกี่ยวกับความหมายใหม่ของ “การเกษียณอายุ” ว่าไม่ควรตีความหมายถึง การหยุดทำงานและพักผ่อนอยู่กับบ้านโดยไม่ทำอะไร แต่ควรหมายถึง ช่วงเวลาที่ผู้สูงวัยสามารถมีโอกาสหลากหลายที่จะเลือกใช้ชีวิต ในการทำกิจกรรมที่ตนมีความสนใจหรือรักที่จะทำ ไม่ว่าจะเป็น การทำงานการกุศล การทำงานในองค์กรธุรกิจ เรียนหนังสือ หรือท่องเที่ยว (สไลต์ ม.ป.ป. อ้างใน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2551)

“อายุเกษียณที่เป็นทางการ” มักมีผลบังคับใช้เฉพาะในภาคการจ้างงานที่เป็นทางการ (formal sector) หรือที่มีสัญญาการจ้างงานตามกฎหมายเท่านั้น สำหรับภาคการจ้างงานที่ไม่เป็นทางการ (informal sector) เช่น แรงงานในภาคการเกษตรหรือผู้ที่ประกอบธุรกิจส่วนตัว “อายุเกษียณ” หรือในที่นี้ หมายถึง “อายุที่หยุดทำงาน” มักจะขึ้นอยู่กับความสมัครใจ หรือเงื่อนไขทางสุขภาพและสภาพร่างกายของตัวแรงงานเป็นหลัก ซึ่งการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในการกำหนด “อายุเกษียณที่เป็นทางการ” ย่อมไม่ส่งผลกระทบต่อโดยตรงต่อการทำงานของแรงงานในกลุ่มนี้ แต่อาจมีผลกระทบทางอ้อมในเชิงการอ้างอิงเปรียบเทียบ(benchmark) กับ “อายุที่ (จะ) หยุดทำงาน” ก็เป็นไปได้ ดังนั้น “อายุเกษียณที่เป็นทางการ” กับ “อายุเกษียณที่เป็นประสิทธิผล” ในแต่ละประเทศ จึงไม่จำเป็นต้องเป็นที่อายุเดียวกันเสมอ ยกตัวอย่างเช่น ประเทศญี่ปุ่นซึ่งมีการกำหนดอายุเกษียณที่เป็นทางการที่อายุ 65 ปี แต่อายุเกษียณหรืออายุที่แรงงานโดยเฉลี่ยออกจากกำลังแรงงานกลับอยู่ที่อายุ 69.7 ปี ในขณะที่ ประเทศอิตาลีและเยอรมนีซึ่งมีกำหนดอายุเกษียณที่เป็นทางการที่อายุ 65 ปีด้วยเช่นกัน กลับมีอายุเฉลี่ยที่แรงงานออกจากกำลังแรงงานอยู่ที่เพียงอายุ 61.1 ปี และ 61.8 ปีตามลำดับ (The Economist 2011)

ในประเทศที่การจ้างงานส่วนใหญ่อยู่ในภาคที่เป็นทางการ และมีการพัฒนาระบบบำนาญหรือระบบประกันสังคมที่มีการให้สิทธิประโยชน์ กรณีชราภาพแก่แรงงานหลังเกษียณอายุจากการทำงาน เกณฑ์อายุอีกหนึ่งตัวที่ควรต้องทำความรู้จัก คือ “อายุที่สามารถเริ่มรับบำนาญ” (pensionable age) หรือ เกณฑ์อายุที่เกิดสิทธิประโยชน์ (กรณีชราภาพ) ซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นที่ เกณฑ์อายุเดียวกับ “อายุเกษียณที่เป็นทางการ” หรือ “อายุเกษียณที่เป็นประสิทธิผล” เสมอไป

สำหรับประเทศไทย กำหนดอายุเกษียณที่มีบังคับใช้ตามกฎหมายมีเฉพาะ การจ้างงานในภาครัฐราชการ เท่านั้น หรือที่เรียกว่า “การเกษียณอายุราชการ” ซึ่งตาม พ.ร.บ. บำเหน็จบำนาญข้าราชการ พ.ศ. 2494 กำหนดไว้ที่ อายุ 60 ปีบริบูรณ์ ยกเว้นข้าราชการบางประเภทเช่น ข้าราชการตุลาการและอัยการที่ดำรงตำแหน่งอาวุโส ที่มีกำหนดเกษียณอายุที่ 65 ปี โดยต่ออายุได้จนถึง 70 ปี หรือข้าราชการพลเรือนในสถาบันอุดมศึกษา ในตำแหน่งวิชาการระดับรองศาสตราจารย์ขึ้นไปที่สามารถขยายอายุการทำงานได้จนถึง อายุ 65 ปีบริบูรณ์ อย่างไรก็ตาม ในส่วนของการรับบำเหน็จบำนาญนั้น ข้าราชการสามารถรับบำเหน็จบำนาญด้วยเหตุสูงอายุได้ตั้งแต่ อายุ 50 ปีเป็นต้นไป

ตาราง 1 อายุเกษียณและอายุที่เริ่มรับบำนาญ/อายุเกิดสิทธิฯ กรณีชราภาพ ในภาคการจ้างงานของไทย

ภาคการจ้างงาน	ภาคที่เป็นทางการ/ในระบบ		ภาคที่ไม่เป็นทางการ/ นอกระบบ (เช่น ภาคเกษตร ธุรกิจส่วนตัว ฯลฯ)
	ภาครัฐ/ราชการ	ภาคเอกชน	
อายุเกษียณที่เป็น ทางการ (ตามกฎหมาย)	อายุครบ 60 ปี บริบูรณ์	ไม่มีการกำหนดไว้โดย กฎหมาย (อาจขึ้นอยู่กับ การระบุในสัญญาจ้าง โดยนายจ้าง)	ไม่มีการกำหนดไว้ โดยกฎหมาย
อายุที่เริ่มรับบำนาญ/ อายุเกิดสิทธิฯ กรณีชราภาพ	ตั้งแต่อายุ 50-60 ปีบริบูรณ์ (กองทุนประกันสังคม)	ตั้งแต่อายุ 55 ปีบริบูรณ์ (กองทุนประกันสังคม)	ไม่มีการกำหนด (เนื่องจาก ไม่มีระบบบำนาญ หรือ ไม่ครอบคลุมภายใต้ ระบบประกันสังคม)

ที่มา: ผู้เขียน, ปรับปรุงจาก สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (2551 ก)

ที่ผ่านมา การจ้างงานในภาคเอกชน ของไทย ไม่ได้มีการกำหนดเกี่ยวกับอายุเกษียณไว้โดยกฎหมาย มีเพียงการกำหนดเกณฑ์อายุที่เกิดสิทธิ ของสิทธิประโยชน์ประกันสังคม กรณีชราภาพ ไว้ที่อายุ 55 ปีบริบูรณ์ไว้เท่านั้น สำหรับกำลังแรงงานที่อยู่ในภาคที่ไม่เป็นทางการ ซึ่งคิดเป็นถึง 2 ใน 3 ของกำลังแรงงานทั้งหมดในประเทศนั้น กล่าวได้ว่า ไม่มีทั้งการกำหนดอายุเกษียณ (ที่เป็นทางการ) หรืออายุที่เริ่มรับบำนาญ/อายุเกิดสิทธิฯ กรณีชราภาพ ภายใต้ระบบประกันสังคม³

3 อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่ พ.ศ. 2553 เป็นต้นมา สำนักงานประกันสังคมได้พยายามขยายความครอบคลุมของกลุ่มผู้ประกันตนบางส่วนไปยังกำลังแรงงานนอกระบบ หรือในภาคที่ไม่เป็นทางการ ซึ่งจะทำให้มีแรงงานบางส่วนในกลุ่มนี้ มีสิทธิในการรับสิทธิประโยชน์กรณีชราภาพ โดยมีเงื่อนไขของการจ่ายเงินสมทบอย่างน้อยเป็นเวลา 15 ปี และเริ่มรับสิทธิประโยชน์ได้ที่อายุ 55 ปีขึ้นไป

2.2 การทำงานของผู้สูงอายุไทยและสุขภาพจิต

การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ในปี 2553 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2554, ข) พบว่า จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 8 ล้านคน มีผู้สูงอายุ 3.1 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 38.8 ที่ยังคงทำงานอยู่ เป็นเพศชาย 1.8 ล้านคน และเพศหญิง 1.3 ล้านคน ในจำนวนนี้ เพียง 0.27 ล้านคน ทำงานในภาคที่เป็นทางการหรือในระบบ เป็นลูกจ้างเอกชนประมาณ 2 แสนคน และเป็นลูกจ้างรัฐบาลและรัฐวิสาหกิจเพียงประมาณ 5 หมื่นคน ได้รับค่าจ้างหรือเงินเดือนเฉลี่ยที่ประมาณ 11,199 บาทต่อเดือน ที่เหลือ 2.78 ล้านคน (ร้อยละ 91 ของผู้สูงอายุที่ยังคงทำงาน) ทำงานในภาคที่ไม่เป็นทางการหรือนอกระบบ ส่วนใหญ่ประกอบธุรกิจส่วนตัว โดยเฉพาะในภาคเกษตรกรรม ได้รับค่าจ้างหรือเงินเดือนเฉลี่ยที่ประมาณเพียง 3,143 บาทต่อเดือน

ข้อสังเกตที่สำคัญเกี่ยวกับการทำงานของประชากรไทย คือ เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า เพศหญิงมีอัตราการมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานที่ต่ำกว่าเพศชายในทุกช่วงวัย อีกทั้งมีการลดลงในอัตราดังกล่าวตามช่วงอายุที่เพิ่มขึ้นตั้งแต่อายุ 40 ปีขึ้นไปเร็วกว่าด้วย โดยในช่วงอายุ 60-64 ปี เพศหญิงจะมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานต่ำกว่าครึ่งหนึ่ง ในขณะที่เพศชาย ยังมีส่วนร่วมอยู่สูง (มากกว่าครึ่ง) จนถึงอายุ 70 ปี ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในภาคเกษตรกรรม (สำนักงานสถิติแห่งชาติ อ้างใน สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย 2551, ก) นอกจากนี้ เมื่อจำแนกตามภาคการทำงาน พบว่าการมีส่วนร่วมของกำลังแรงงานอายุ 50 ปีขึ้นไป ในภาคเอกชนและภาครัฐ ลดต่ำลงอย่างชัดเจนในช่วงอายุ 55 ปี และ 60 ปี ซึ่งน่าจะเป็นผลจากกำหนดอายุเริ่มรับสิทธิ กรณีชราภาพของประกันสังคม (ที่อายุ 55 ปี) และกำหนดเกษียณอายุของข้าราชการและพนักงานของรัฐ (ที่อายุ 60 ปี) ตามลำดับ ในขณะที่ การมีส่วนร่วมของกำลังแรงงานในภาคการจ้างงานที่ไม่เป็นทางการค่อยๆ ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นจนกระทั่งที่อายุประมาณ 70 ปีขึ้นไปซึ่งอัตราการมีส่วนร่วมจะลดลงอย่างรวดเร็ว (เฉลิมพล และสวรัย 2554)

ข้อค้นพบจากหลายการศึกษา (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2551; สมรักษ์ และคณะ 2553; สถาบันวิจัยประชากรและสังคม 2553; ศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2551) ชี้ให้เห็นว่า การทำงานของผู้สูงอายุ หรือ การคงอยู่ในกำลังแรงงานของกำลังสูงวัยนั้นมีปัจจัยกำหนดที่สำคัญในหลายๆ ด้าน

ไม่ว่าจะเป็น ก) ปัจจัยเงื่อนไขของตัวผู้สูงอายุเอง ด้านความต้องการหรืออุปสงค์ในการทำงาน ความพร้อมทางร่างกายและสุขภาพ ทักษะและศักยภาพที่มี ข) ปัจจัยด้านอุปทานของงานที่มีและที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เงื่อนไขความต้องการแรงงานของนายจ้างและสถานประกอบในการจ้างแรงงานสูงอายุ และ ค) ปัจจัยด้านกฎหมายและข้อกำหนดที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้แก่ กำหนดเกษียณอายุทั้งโดยกฎหมายอย่างเป็นทางการ หรือโดยสัญญาจ้าง ข้อกำหนดการคุ้มครองแรงงานสูงวัย รวมถึงสวัสดิการแรงงานในด้านต่างๆ ที่จำเป็น

เปรียบเทียบกับประชากรในช่วงวัยอื่น ๆ ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางทางจิตใจ มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตค่อนข้างสูง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2554, ง) มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จที่สูงกว่าประชากรกลุ่มอื่นโดยเฉลี่ย (ปี 2554 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเท่ากับ 7.5 คนต่อประชากรแสนคน ในขณะที่อัตราเฉลี่ยของประชากรรวมเท่ากับ 6 คน; กรมสุขภาพจิต มปป. และ สศช. 2554) จากการสำรวจที่ผ่านมา (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2554, ง) พบว่า สถานภาพการทำงาน เป็นปัจจัยกำหนดหนึ่งที่สำคัญ โดยผู้สูงอายุที่ยังคงทำงานอยู่มีแนวโน้มสุขภาพจิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานอย่างชัดเจน การพิจารณาถึงแนวทางในการส่งเสริมการมีงานทำหรือการขยายอายุในการทำงานให้แก่ผู้สูงอายุที่ยังต้องการทำงานจึงเป็นประเด็นพิจารณาหนึ่งที่สำคัญที่จะช่วยในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตให้แก่กลุ่มประชากรกลุ่มนี้

2.3 อายุเกษียณของต่างประเทศ บทเรียนและข้อคิด

จากการเพิ่มขึ้นในจำนวนและสัดส่วนประชากรสูงอายุ ผลกระทบที่จะมีต่อความมั่นคงทางการเงินของระบบบำนาญและประกันสังคม เป็นประเด็นที่หลายประเทศกังวล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในประเทศที่พัฒนาแล้ว ที่แรงงานส่วนใหญ่ได้รับความคุ้มครองหรือหลักประกันทางรายได้ยามชราภาพจากภาครัฐผ่านระบบดังกล่าว การขยายอายุเกษียณและระยะเวลาในการทำงานของแรงงานให้ยาวนานขึ้น เป็นทางเลือกหนึ่งที่หลายประเทศเลือกพิจารณา เนื่องจากเป็นมาตรการที่ (คาดว่า) ไม่ส่งผลกระทบต่อแรงงานมาก หากใช้ลักษณะการดำเนินการอย่างค่อยเป็นค่อยไป และเป็นมาตรการที่สามารถช่วยแก้ปัญหาการขาดแคลนแรงงานจากจำนวนและสัดส่วนประชากรวัยแรงงานที่ลดลง เพิ่มหลักประกันทางรายได้ให้แก่แรงงานสูงอายุ รวมถึง ลดภาระทางการคลังและค่าใช้จ่ายของภาครัฐในการดูแลด้านสวัสดิการและบริการสาธารณะต่างๆ แก่ประชากรสูงอายุ

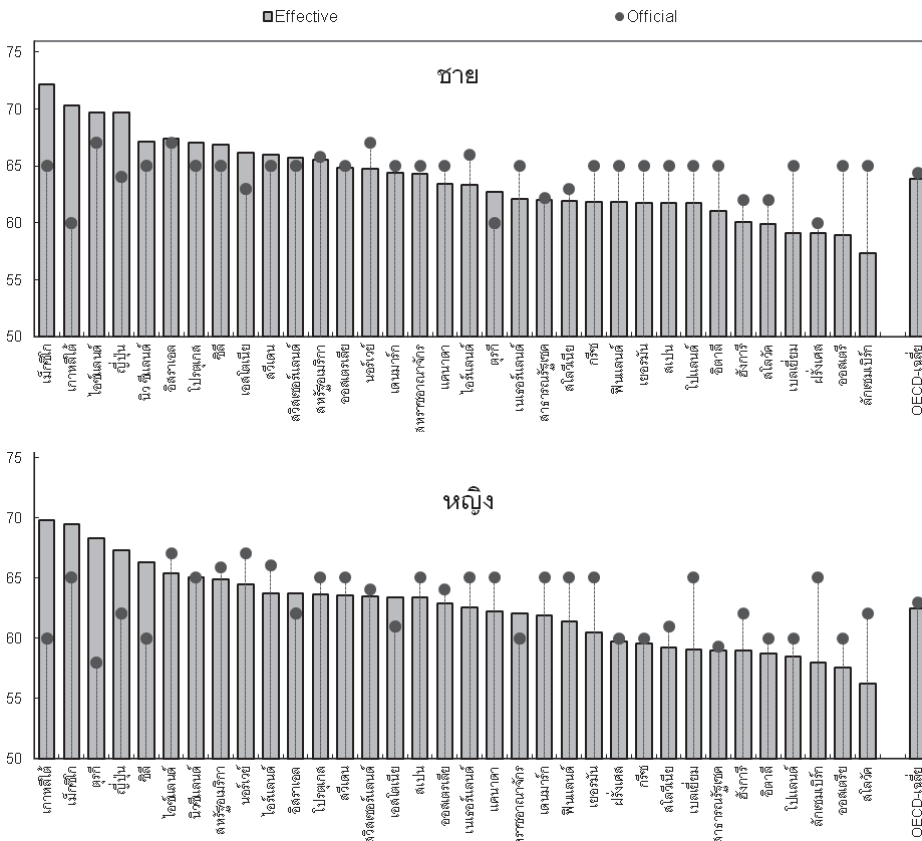
ประเทศที่ได้ดำเนินการไปบ้างแล้ว เช่น ประเทศฝรั่งเศส ได้ขยายกำหนดอายุเกษียณขั้นต่ำของประเทศจากที่อายุ 60 ปี ไปเป็น 62 ปี พร้อมๆ กับการขยายจำนวนปีขั้นต่ำในการจ่ายสมทบเพื่อรับสิทธิประโยชน์บำนาญขั้นเต็มจากกองทุนฯ จาก 40.5 ปี เป็น 41.5 ปี โดยวางแผนใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ 8 ปี จนถึงปี ค.ศ. 2018 ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งอยู่ในขั้นตอนของการเลื่อนอายุเกษียณไปเป็นที่อายุ 67 ปี จากเดิมที่ 65 ปี (ขณะนี้อายุเกษียณถูกปรับเพิ่มเป็นที่อายุ 66 ปี) หรือ ในประเทศอิตาลี ซึ่งแม้ยังไม่ได้มีการปรับขยายอายุเกษียณแต่ได้มีการตั้งเป้าไว้ว่า ตั้งแต่ ปีค.ศ. 2015 เป็นต้นไป จะเริ่มนำอายุคาดเฉลี่ยของประชากรที่ยืนยาวขึ้นมาเป็นปัจจัยพิจารณาหนึ่งเกี่ยวกับการกำหนดอายุเกษียณของประเทศ

เมื่อไม่นานนี้ ประสบการณ์จากการขยายอายุเกษียณในประเทศฝรั่งเศส จากอายุ 60 ปี เป็นอายุ 62 ปี ทำให้เห็นว่า ความท้าทายหรือเงื่อนไขความสำเร็จที่สำคัญในการขยายอายุเกษียณของแต่ละประเทศ ได้แก่ ความสามารถของรัฐบาลหรือผู้ดำเนินการในการสร้างความเข้าใจและการยอมรับจากภาคประชาชนและแรงงาน เกี่ยวกับเหตุและผลของความจำเป็นที่ต้องขยายอายุเกษียณ ซึ่งถือเป็นเรื่องที่ยากที่สุดและต้องดำเนินการอย่างค่อยเป็นค่อยไป การวางกรอบมาตรการในด้านต่างๆ เพื่อรองรับผลกระทบที่จะเกิดขึ้นตามมาจากการขยายอายุเกษียณ เช่น ผลกระทบต่อจำนวนตำแหน่งงานแก่กลุ่มแรงงานรุ่นใหม่ที่อาจลดลง (เนื่องจาก แรงงานรุ่นเก่าอยู่ในตำแหน่งงานเดิมยาวนานขึ้น) การปรับเปลี่ยนรูปแบบตลาดแรงงานให้มีความเหมาะสมกับเงื่อนไขการทำงานของแรงงานสูงอายุ และ มาตรการเพื่อขยายโอกาสการทำงานของแรงงานกลุ่มนี้ (ปราโมทย์ 2554) ก็เป็นอีกเรื่อง ที่รัฐบาลต้องมีการเตรียมการล่วงหน้า

อีกความท้าทายหนึ่งในการขยายอายุเกษียณให้ยาวนานขึ้น ได้แก่ ข้อเท็จจริงที่พบว่า ประชากรในหลายประเทศ มีอายุคาดเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้นแต่กลับมีพฤติกรรมในการหยุดทำงานหรือเกษียณอายุจากการทำงานในช่วงอายุที่ลดลง (โดยเฉพาะในประเทศพัฒนาแล้ว ที่แรงงานสูงอายุมิรายได้ค่อนข้างสูง) ทำให้ช่วงเวลาที่กลุ่มประชากรเหล่านี้ใช้ชีวิตในวัยหลังเกษียณยาวนานขึ้น (The Economist 2011) จากการเปรียบเทียบกำหนดอายุเกษียณอย่างเป็นทางการ (official retirement age) กับอายุโดยเฉลี่ยที่แรงงานหยุดทำงานหรือออกจากกำลังแรงงาน (effective retirement age) ในประเทศต่างๆ พบว่า แรงงาน

หลายประเทศในยุโรป เช่น อิตาลี กรีซ สเปน และเยอรมัน หยุดทำงานที่อายุเฉลี่ยประมาณ 61-62 ปี ขณะที่อายุเกษียณอย่างเป็นทางการกำหนดไว้ที่ อายุ 65 ปี

รูป 1 กำหนดอายุเกษียณทางการ (official) เปรียบเทียบกับอายุเกษียณที่เป็นประสิทธิผล (effective) ในกลุ่มประเทศ OECD จำแนกตามเพศ ระหว่าง พ.ศ. 2549-2552



หมายเหตุ: ในหลายประเทศ อายุเกษียณสำหรับแรงงานผู้หญิง ทั้งที่เป็นทางการและเกิดขึ้นจริง อยู่ในเกณฑ์อายุที่น้อยกว่าแรงงานผู้ชาย

ที่มา: OECD (2012)

ในทางตรงกันข้าม สำหรับประเทศที่การหยุดทำงานของแรงงานโดยเฉลี่ยอยู่ในช่วงอายุที่ค่อนข้างสูงกว่าอายุเกษียณที่กำหนดไว้แล้ว เช่น เกาหลีใต้ ญี่ปุ่น และไอร์แลนด์

การขยายอายุเกษียณก็อาจไม่ส่งผลกระทบต่อใดนัก ข้อพิจารณาการปฏิรูประบบบำนาญ และประกันสังคมเพื่อลดภาระของกองทุนฯ จึงมีแนวโน้มขยับไปที่การพิจารณาเกี่ยวกับอายุ เริ่มต้นในการรับบำนาญของแรงงาน หรือมาตรการด้านอื่นๆ เกี่ยวกับเงินออมหรือ ข้อกำหนดการรับสิทธิประโยชน์ การจ่ายสมทบร่วมเข้ากองทุนฯ ของแรงงาน

2.4 “อายุเกษียณ” และ “อายุที่เริ่มรับบำนาญ/อายุที่เกิดสิทธิ” ถึงเวลาต้องขยาย?

จากข้อกังวลเกี่ยวกับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทยที่จะมีต่อการลดลงในขนาดของกำลังแรงงานและสถานการณ์การจ้างงานในประเทศ รวมถึงสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแล้วในหลายประเทศ โดยเฉพาะกลุ่มประเทศพัฒนาแล้วที่ได้มีการขยาย “กำหนดอายุเกษียณ” หรือ “อายุที่เริ่มรับบำนาญ” ออกไป ก่อให้เกิดคำถามว่า “สำหรับประเทศไทย มีความจำเป็นหรือยังที่ควรต้องพิจารณาในประเด็นดังกล่าวด้วยเช่นกัน” ภายใต้บริบทและโครงสร้างการจ้างงานของประเทศไทย การพิจารณาเกี่ยวกับข้อคำถามดังกล่าว อาจแยกออกได้เป็น 3 ลักษณะด้วยกัน คือ

หนึ่ง การขยายกำหนดอายุเกษียณที่เป็นทางการ (*official retirement age*) ซึ่งปัจจุบันอยู่ที่ อายุ 60 ปี โดยจะกระทบต่อการจ้างงานในภาครัฐเท่านั้น (เนื่องจากยังคงไม่มีการกำหนดอายุเกษียณที่เป็นทางการ สำหรับการจ้างงานในภาคเอกชน)

สอง การขยายอายุที่เริ่มรับบำนาญหรืออายุที่เกิดสิทธิ กรณีชราภาพ (*pensionable age*) ซึ่งจะกระทบต่อการจ้างงานในภาคที่เป็นทางการ ทั้งภาครัฐ (ปัจจุบันเริ่มต้นที่ อายุ 50-60 ปี) และภาคเอกชน (ปัจจุบันเริ่มต้นที่ อายุ 55 ปี จากกองทุนประกันสังคม) และ

สาม การขยายอายุเกษียณที่เป็นประสิทธิผล (*effective retirement age*) หรือ อายุที่กำลังแรงงานไทยหยุดทำงานโดยเฉลี่ย ซึ่งจะมีขอบเขตข้อพิจารณาที่ครอบคลุมกว้างกว่า 2 ข้อพิจารณาแรก โดยครอบคลุมทั้งการจ้างงานในภาคที่เป็นทางการ (ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน) และในภาคที่ไม่เป็นทางการ การพิจารณาเพื่อขยายกำหนดอายุเกษียณที่เป็นทางการ หรือ ขยายอายุที่เริ่มรับบำนาญหรืออายุที่เกิดสิทธิ อาจเป็นเพียงวิธีการหรือรูปแบบย่อยหนึ่งภายใต้ข้อพิจารณาที่สามนี้

ที่ผ่านมา ภายใต้อธิษฐานที่หนึ่งและสอง เกี่ยวกับการขยายกำหนดอายุเกษียณที่เป็นทางการและการขยายอายุที่เริ่มรับบำนาญหรืออายุที่เกิดสิทธิ งานศึกษาจำนวนหนึ่งได้เริ่มทำการศึกษเกี่ยวกับความเป็นไปได้และ ผลกระทบที่จะเกิดขึ้น รวมถึง แนวทางที่เหมาะสมในการดำเนินการไว้บ้างแล้ว เช่น โครงการวิจัยการขยายกำหนดเกษียณอายุและการออมสำหรับวัยเกษียณอายุ (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย 2551, ข) ซึ่งชี้ให้เห็นว่า การขยายอายุเกษียณ หรือ กำหนดเกษียณอายุในภาครัฐนั้นมีความเป็นไปได้ในเชิงของการนำมาปฏิบัติใช้ เนื่องจาก สัดส่วนของแรงงานในภาครัฐที่ต้องการทำงานจนถึงเกษียณอายุ และยังคงต้องการทำงานต่อไปหลังจากเกษียณอายุแล้วมีค่อนข้างสูง โครงการพัฒนาดัชนีการเกษียณอายุของข้าราชการและพนักงานของรัฐ (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2551) ได้ให้ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา โดยเห็นควรให้มีการขยายอายุเกษียณของข้าราชการและพนักงานของรัฐเป็นที่ยาว 65 ปี โดยต้องมีกำหนดจำนวนปีสูงสุดในวาระการดำรงตำแหน่งบริหาร รวมถึงข้อกำหนดการประเมินประสิทธิภาพการทำงานไว้ด้วย ในขณะที่ การศึกษาความเป็นไปได้ในการขยายอายุที่เกิดสิทธิ: กรณีชราภาพ (สุนันดรศักดิ์ และคณะ 2549) ชี้ว่า สถานประกอบการเอกชนส่วนมากกำหนดอายุเกษียณของแรงงานไว้ที่ 55 ปี ซึ่งเท่ากับอายุที่เกิดสิทธิ กรณีชราภาพของระบบประกันสังคมในปัจจุบัน และเท่ากับอายุที่พนักงานหรือแรงงานส่วนใหญ่ต้องการหยุดทำงาน หากมีการขยายอายุเกิดสิทธิ กรณีชราภาพ สถานประกอบการส่วนใหญ่ก็มีความคิดเห็นที่จะต่ออายุการเกษียณให้กับแรงงานตามระยะเวลาการขยายอายุการเกิดสิทธิที่จะเกิดขึ้น อย่างไรก็ตาม สถานประกอบการที่จะไม่ต่อสิทธิให้แก่แรงงานก็มีเป็นบางส่วน

ภายใต้อธิษฐานที่สาม เกี่ยวกับการขยายอายุการทำงานของแรงงาน (ในภาพรวม) การศึกษาที่มี เช่น โครงการศึกษาผลกระทบการขยายอายุการทำงานของภาคเอกชน (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย 2551, ก) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการขยายอายุการทำงานภาคเอกชนต่อนายจ้างและลูกจ้างทั้งในทางบวกและทางลบ ผลกระทบต่อภาพรวมของระบบเศรษฐกิจ รวมถึงศึกษาหารูปแบบที่เหมาะสมในการกำหนดการขยายอายุการทำงานของภาคเอกชนทั้งในระบบและนอกระบบ นอกจากนี้ การศึกษาเกี่ยวกับนโยบายในด้านการส่งเสริมการมีงานทำในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งในการขยายอายุการทำงานหรือการอยู่ในกำลังแรงงานของผู้สูงอายุให้ยาวนานขึ้นก็มีอยู่อย่างพอสมควร (สมรักษ์ และคณะ 2553; สถาบันวิจัยประชากรและสังคม 2553;

สมรักษ์และคณะ 2551; ศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2551; สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2551) เช่นเดียวกับการศึกษาเพื่อการส่งเสริมการอยู่ในภาคการจ้างงานจนถึงอายุเกษียณในภาครัฐหรือให้ยาวนานขึ้นในภาคเอกชน (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย 2551, ข และ 2551, ก; จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2551)

3. บทกศน์ใหม่ เพื่ออะไรและอย่างไร

จากบทความว่าด้วย ความปั่นป่วนที่เกิดขึ้นในประเทศฝรั่งเศส จากการประท้วงของแรงงานจำนวนมาก ในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2553 ภายหลังจากการประกาศแผนการขยายอายุเกษียณอายุ เพิ่มอีก 2 ปี รวมถึงจำนวนปีขั้นต่ำในการจ่ายสมทบเพื่อรับสิทธิประโยชน์บำนาญขั้นเต็มจากกองทุนบำนาญ อีก 1 ปี ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแผนการปฏิรูประบบบำนาญของประเทศ ปราโมทย์ (2554) ซึ่งเป็นนักวิชาการผู้ที่ได้เสนอแนวความคิดในการเลื่อนอายุของ “ผู้สูงอายุ” ของประเทศไทยจาก 60 ปี เป็น 65 ปี ด้วยการพิจารณาถึงช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ของบุคคลซึ่งยาวนานขึ้นกว่าในอดีต แทนการใช้จำนวนปีปฏิทินที่บุคคลมีชีวิตอยู่มาเป็นเกณฑ์กำหนด ได้ให้มุมมองที่น่าสนใจการพิจารณาเกี่ยวกับอายุเกษียณของประเทศไทยไว้ว่า

“...ขณะนี้ อายุเกษียณของคนไทยยังไม่เป็นประเด็นให้ต้องเดินขบวนประท้วงกันเหมือนในฝรั่งเศส เพราะแรงงานไทยส่วนใหญ่เป็นแรงงานนอกระบบ ไม่มีการเกษียณอายุอยู่แล้ว ที่สำคัญคือ เรายังไม่มีระบบประกันสังคม หรือระบบบำนาญที่จะครอบคลุมแรงงานทุกคนเหมือนอย่างในฝรั่งเศส...แต่เมื่อไรที่เรามีระบบดังกล่าวขึ้นมา ประเด็นการจ่ายเบี้ยประกัน ซึ่งหมายรวมถึงอัตราที่ต้องจ่าย ระยะเวลาในการจ่ายเบี้ยประกัน และการรับผลประโยชน์หรือเบี้ยบำนาญกลับคืนยามชรา จะกลายเป็นเรื่องสำคัญขึ้นมาทันทีเมื่อนั้นอายุเกษียณ หรืออายุเมื่อหยุดการจ่ายเบี้ยประกัน แล้วเริ่มรับบำนาญชราภาพจะมีความหมายต่อคนไทยเหมือนอย่างเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในฝรั่งเศสทุกวันนี้ ถ้าเราได้เห็นบทเรียนของฝรั่งเศสแล้ว และกำลังคิดจะให้มีระบบบำนาญแห่งชาติในอนาคต เราควรกำหนดอายุที่จะหยุดจ่ายเบี้ยประกันและเริ่มรับบำนาญที่สมเหตุสมผลเสียตั้งแต่เริ่มแรกจะดีไหม...”

จากมุมมองข้างต้น ภายใต้สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทางด้านประชากรและการเคลื่อนเข้าสู่การเป็น “สังคมผู้สูงอายุ” ที่มากขึ้นเรื่อยๆ ของประเทศไทย การปรับตัวและการวางแผน “ล่วงหน้า” เพื่อรองรับผลกระทบและความเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นตามมาทั้งในภาพรวมต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ หรือในภาพย่อยต่อครัวเรือน คุณภาพชีวิต สุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ นับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง อย่างไรก็ตาม การที่ประเทศจะปรับหรือเปลี่ยน สิ่งใดก็ตาม สิ่งสำคัญ คงต้องเริ่มจากการปรับเปลี่ยน “มุมมอง” และ “มโนทัศน์” ของสังคมให้เท่าทันกับสถานการณ์ที่กำลังเกิดขึ้น หรือกำลังจะเกิดขึ้น เพื่อเกิดความเข้าใจและเห็นความจำเป็นที่นำไปสู่การยอมรับหรือให้การสนับสนุน การเปลี่ยนแปลงนั้นๆ

มโนทัศน์ใหม่ของ “นิยามผู้สูงอายุ” และ “อายุเกษียณ” จึงเป็นประเด็นข้อพิจารณาหนึ่งที่สังคมไทยควรเริ่มให้ความสำคัญเพื่อหาคำตอบร่วมกัน ว่า *“ถึงเวลาหรือยังที่ประเทศไทยควรต้องเปลี่ยนนิยามความเป็นผู้สูงอายุของคนไทย” “มีความจำเป็นหรือความเหมาะสมเช่นไร ในการขยายอายุเกษียณ หรือ อายุเริ่มรับบำนาญหรืออายุการเกิดสิทธิกรณีชราภาพของกองทุนประกันสังคม” “หากขยาย จะเป็นไปเพื่อวัตถุประสงค์ใด หรือเพื่อใคร ควรขยายไปที่อายุเท่าไร และควรมีรูปแบบการดำเนินการและมาตรการรองรับผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับภาคส่วนต่างๆ อย่างไร” หรือ “ถ้าหากไม่ขยาย แล้วจะเกิดอะไรขึ้น จะมีการทางเลือกอื่นในการรับมือสิ่งที่จะเกิดขึ้นนั้นหรือไม่ อย่างไร”*

ในการได้มาซึ่งคำตอบในข้อคำถามทั้งหมดข้างต้น องค์ความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์ในสถานการณ์ที่เป็นอยู่และการศึกษาเชิงคาดการณ์ในสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้น ถือว่าจำเป็นและมีความสำคัญ โดยเฉพาะในเรื่องเกี่ยวกับ สถานการณ์การจ้างงาน และตลาดแรงงานทั้งในภาคที่เป็นทางการ (ภาครัฐและภาคเอกชน) และไม่เป็นทางการ ผลิตภาพแรงงาน แบบแผนการบริโภคและการออม สิทธิ สวัสดิการ ระบบหลักประกัน และการคุ้มครองทางสังคมที่มีแก่ผู้สูงอายุ (และจะมีในอนาคต) สถานการณ์ภาระการเงิน การคลังของภาครัฐ สภาพชีวิตความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครัวเรือนทั้งหลายทั้งปวงเหล่านี้ เป็นการบ้านที่ยังต้องทำต่อและขับเคลื่อนในการสื่อสารต่อไป กับสังคม เพื่อมโนทัศน์ใหม่ของ “นิยามผู้สูงอายุ” และ “อายุเกษียณ” ของประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. มปป. รายงานจำนวนการฆ่าตัวตายของประเทศไทย จำแนกตามช่วงอายุ; (online: <http://www.dmh.go.th/report/suicide/>; เรียกใช้เมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2555)
- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2551. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการพัฒนาดัชนีการเกษียณอายุของข้าราชการและพนักงานของรัฐ. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยธรรมิภาศาสตรและเทคโนโลยี คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เฉลิมพล แจ่มจันทร์ และสวรัย บุญยमानนท์. 2554. “แรงงานสูงวัยและการคาดการณ์ผลกระทบจากการขยายกำหนด เกษียณอายุ” หน้า (253-268) ใน ประชากรและสังคม 2554: จุดเปลี่ยนประชากร จุดเปลี่ยนสังคมไทย, บรรณาธิการโดย สุรีย์พร พันพึ้ง และมาลี สันภูวรรณ. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฐนันดรศักดิ์ บวรนนทกุล อธิรุทธ เกียรติพิริยะวงศ์ เหม บุญพรหมอ่อน ปรีชา ศรีธัญญา นุกูล ยอดดวงใจ และสุชาดา บัว พันธุ์. 2549. การศึกษาความเป็นไปได้ในการขยายอายุที่เกิดสิทธิ: กรณีชราภาพ. กรุงเทพมหานคร: กองวิจัย และพัฒนา สำนักงานประกันสังคม.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล และ บัทมา ว่าพัฒนางศ์. 2553. นิยามผู้สูงอายุด้วยช่วงชีวิตข้างหน้า. หน้า (15-28) ใน ประชากรและสังคม 2553: คุณค่าผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย, บรรณาธิการโดย สุชาดา ทวีสิทธิ์ และสวรัย บุญยमानนท์. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. 2553. “อายุเกษียณแค่ 2 ปี บ้านเมืองก็ปั่นป่วน” ใน *จดหมายข่าวประชากรและการพัฒนา*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. ปีที่ 31 ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2553 เดือนธันวาคม-มกราคม 2553
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2553. การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545-2550. กรุงเทพมหานคร: บริษัท คิว พี จำกัด.
- วรชัย ทองไทย. 2549. อายุเริ่มต้นของผู้สูงอายุไทย. ใน การประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2549. สมาคมนักประชากรไทย: หน้า 217-227

ศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2551. โครงการศึกษาตลาดแรงงานเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: สำนักคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. 2551, ก. โครงการศึกษาผลกระทบการขยายอายุการทำงานของภาคเอกชน. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน . _____ . 2551, ข. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการสร้างและขยายโอกาสในการเข้าถึงหลักประกันทางสังคมขั้นพื้นฐาน สำหรับผู้สูงอายุ: เพื่อศึกษาวิจัยเรื่อง “การขยายกำหนดเกษียณอายุและการออมสำหรับวัยเกษียณอายุ”. กรุงเทพมหานคร: สำนักปลัดกระทรวงแรงงาน.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. 2549. การฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2548-2568 มหาวิทยาลัยมหิดล ฉบับเดือนมีนาคม 2549. เอกสารทางวิชาการ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลข 314:หน้า 8 _____ . 2553. โครงการศึกษาเพื่อหารูปแบบการส่งเสริมการมีงานทำแก่ผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบท. นครปฐม: สำนักปลัดกระทรวงแรงงาน.

สมรักษ์ รักษาทรัพย์, กาญจน์ กังวานพรศิริ และนงนุช อินทวิเศษ. 2553. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการศึกษาอาชีพและโอกาสที่จะได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสมสอดคล้องกับผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยรามคำแหง และสำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ร่วมกับ กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ. 2551. การวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อการพัฒนาประเทศไทย (สถานการณ์และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย).; สืบค้นเมื่อ 8 มิถุนายน 2554) จาก http://www.nesdb.go.th/temp_social/data/data_02.pdf

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2551. รายงานโครงการศึกษาวิจัยย่อย โครงการศึกษาวิจัยแนวทางและมาตรการส่งเสริมการมีงานทำในผู้สูงอายุ ภายใต้โครงการ “ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนา ในช่วงพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ไปสู่การปฏิบัติ”. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2554. สถิติโครงสร้างประชากรจำแนกตามกลุ่มอายุ สืบค้นเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2555 จาก http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatSubDefault_Final.aspx?catid=;
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2554, ก. บทสรุปสำหรับผู้บริหาร สัมมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2553 (รายงานผลล่วงหน้า). สืบค้นเมื่อ 11 มกราคม พ.ศ. 2555 จาก <http://popcensus.nso.go.th/file/popcensus-20-12-54.pdf>;
- _____. 2554, ข. สรุปผลที่สำคัญ การทำงานของผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2553). กรุงเทพมหานคร: สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- _____. 2554, ค. สสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ พ.ศ. 2554. กรุงเทพมหานคร: สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- _____. 2554, ง. การสำรวจสุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2551-2553. กรุงเทพมหานคร: สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- Clark R. L., Burkhauser R. V., Moon M., Quinn J. F. and Smeeding T. M. 2004. *The Economics of an Aging Society*. Massachusetts: Blackwell Publishing
- Magnus., George. 2009. *The Age of Aging*. John Wiley & Sons (Asia) Pte. Ltd.
- OECD. 2012. Average effective age of retirement versus the official age, 2004-2009. Retrieved January, 11, 2012. from: <http://www.oecd.org/dataoecd/3/2/39371902.xls>;
- Schulz, J. H. 2001. *The Economics of Aging*. 7th Edition. Connecticut: Auburn House.
- The Economist. 2011. Falling Short: Special Report Pensions. The Economist. April 9th 2011. Retrieved January, 11, 2012. from <http://www.economist.com/node/18502013>
- WHO. n.a. Definition of an older or elderly person: Proposed Working Definition of an Older Person in Africa for the MDS Project. Retrieved January, 11, 2012 from: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html>

วารสารประเภท

“วารสารประเภท” เป็นวารสารทางวิชาการของสมาคมนักประชากรไทย พิมพ์เผยแพร่ ปีละ 2 ฉบับ คือ ฉบับเดือนมีนาคม-สิงหาคม และฉบับเดือนกันยายน-กุมภาพันธ์

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

“วารสารประเภท” พิมพ์บทความงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประชากรและการพัฒนา เทคนิควิจัยใหม่ๆ ที่ไม่ได้พิมพ์ที่ใดมาก่อน ผลงานวิจัยทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพที่จะ ทำให้ความเข้าใจของเราเกี่ยวกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงประชากรดียิ่งขึ้น ความคิดริเริ่ม ด้านระเบียบวิจัยทางสังคมศาสตร์ วารสารฯ ยินดีรับบทความงานวิจัยทางสังคมศาสตร์ สาขาต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นสังคมวิทยา มานุษยวิทยา เศรษฐศาสตร์ รัฐศาสตร์ ฯลฯ ที่เกี่ยวกับประชากร โดยจุดเน้นของวารสารอยู่ที่คุณภาพและความน่าสนใจของบทความนั้น

บทความที่จะส่งตีพิมพ์ในวารสารประเภท

จรรยาบรรณ

การส่งต้นฉบับไปเพื่อพิมพ์ที่อื่นในขณะที่ต้นฉบับนั้นอยู่ในกระบวนการพิจารณาของวารสารประเภท ถือว่าไม่ถูกต้องตามหลักจรรยาบรรณของวารสารประเภท ข้อค้นพบสำคัญหรือข้อความต่างๆ ที่เคยปรากฏ (หรือจะปรากฏ) ที่อื่นต้องมีคำอธิบาย และเหตุผลที่ชัดเจน วารสารประเภทเน้นเรื่องจรรยาบรรณของนักวิจัย โดยเฉพาะ การไม่ขโมย หรือคัดลอกข้อความ หรือความคิดเห็นของคนอื่นมาเป็นของตน

การเตรียมต้นฉบับ

- ชื่อบทความต้องให้กระชับ มีความยาวไม่เกิน 20 คำ
- เนื้อความพิมพ์ด้วยโปรแกรม Word โดยภาษาไทยใช้ตัวอักษรแบบคอร์เดียนิว (Cordia New) ขนาด 14 จุด และภาษาอังกฤษใช้ times news roman ขนาด 12 จุด ในหน้ากระดาษขนาด A4 (8 1/2 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 โดยระบุสถาบันที่สังกัด และที่อยู่ e-mail ของผู้เขียนบทความนั้นทุกคน
- ส่งต้นฉบับทางระบบอิเล็กทรอนิกส์ ที่ thaipopulationasst@gmail.com

รูปแบบการอ้างอิง

การอ้างอิงในเนื้อความ

เมื่อจะอ้างถึงงานของผู้ใดให้ยึดหลักดังนี้

อ้างบทความหรือสิ่งพิมพ์ภาษาไทย ให้อ้างเฉพาะชื่อแรก ตามด้วยปีที่พิมพ์ ใส่เลขหน้าหลังเครื่องหมาย: เพื่ออ้างข้อความหรือคำพูดเป็นการเฉพาะ

ภาษาอังกฤษ ให้อ้างชื่อสกุลของผู้เขียนตามด้วยปีที่พิมพ์ ใส่เลขหน้าหลังเครื่องหมาย: เพื่ออ้างข้อความหรือคำพูดเป็นการเฉพาะ

ดังตัวอย่าง

- เมื่อชื่อผู้เขียนอยู่ในเนื้อความให้ใส่ปีที่พิมพ์ในวงเล็บหลังชื่อ เช่น ปราโมทย์ (2550) ถ้าชื่อผู้เขียนเป็นชาวต่างประเทศ และเอกสารที่อ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษ เมื่อชื่อผู้เขียนอยู่ในเนื้อความให้เขียนชื่อผู้เขียนเป็นภาษาไทยก่อน แล้วจึงอ้างชื่อผู้เขียนเป็นภาษาอังกฤษในวงเล็บ ตามหลังข้อความที่อ้าง เช่น สมิต 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 ตามด้วยชื่อวารสารหรือสำนักพิมพ์ที่ตอบรับ 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 ผู้เขียนชื่อแรกให้ใส่นามสกุลก่อน ใส่เครื่องหมาย, ตามด้วยชื่อแรก และอักษรย่อของชื่อกลาง (ถ้ามี) เช่น Smith, John A. ส่วนผู้เขียนชื่อต่อๆ ไป ให้ใส่ชื่อตัวก่อนตามด้วยอักษรย่อของชื่อกลาง และตามด้วยชื่อสกุล เช่น John A. Smith แต่ละชื่อแยกจากกันด้วยเครื่องหมาย, ก่อนจะถึงชื่อผู้เขียนคนสุดท้าย ใส่คำว่า “and” ไว้เพื่อให้รู้ว่าหลังจากนั้นจะเป็นชื่อผู้เขียนคนสุดท้ายแล้ว

- วิทยานิพนธ์
 - ชื่อผู้เขียน. ปีที่พิมพ์. “ชื่อวิทยานิพนธ์” วิทยานิพนธ์ดุชะฎี (มหาบัณฑิต) (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

สมาคมนักประชากรไทย

THAI POPULATION ASSOCIATION

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

สมาคมมีวัตถุประสงค์ในการก่อตั้ง ดังนี้

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

คณะกรรมการสมาคมนักประชากรไทย (พ.ศ. 2554-2557)

รศ.ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ	นายกสมาคม	ศ.ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล	กรรมการ
นางปรียา มิตรานนท์	อุปนายกคนที่ 1	ศ.เกียรติคุณ ดร.อภิชาติ จำรัสฤทธิ์รักษ์	กรรมการ
รศ.ดร.กุศล สุนทรธาดา	อุปนายกคนที่ 2	ศ.ดร.พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ	กรรมการ
รศ.ดร.สุธรรม นันทมงคลชัย	เลขาธิการ	ศ.ดร.เกื้อ วงศ์บุญสิน	กรรมการ
ดร.อุษณีย์ ฝั่งปาน	เหรัญญิก	ศ.ดร.ภัสสร ลิมานนท์	กรรมการ
รศ.ดร.ชาย โพธิ์สิตา	สารานุกรม	รศ.ดร.เนาวรัตน์ พลายน้อย	กรรมการ
รศ.ดร.นัมมอนด์ งามประภาส	ประชาสัมพันธ์	รศ.ดร.สุรีย์พร พันธุ์	กรรมการ
รศ.ดร.โยธิน แสงวงดี	นายทะเบียน		