

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้สูงอายุชายขอบ



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (วิจัยประชากรและสังคม)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2560

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้สูงอายุชายขอบ

.....
นางสาวกฤติยาภรณ์ สุทธิบุตร
ผู้วิจัย

.....
รองศาสตราจารย์รศรินทร์ เกรย์,
Ph.D. (Demography)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....
รองศาสตราจารย์อมรา สุนทรธาดา,
Ph.D. (Gender and Development Studies)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....
ศาสตราจารย์พัชรีย์ เลิศฤทธิ,
พ.บ., Ph.D. (Biochemistry)
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์กาญจนา ตั้งชลทิพย์,
Ph.D. (Demography)
ประธานหลักสูตร
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิจัยประชากรและสังคม
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม
มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้สูงอายุชายขอบ

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (วิจัยประชากรและสังคม)

วันที่ 14 กรกฎาคม พ.ศ. 2560

.....
นางสาวกฤติยาภรณ์ สุทธิบุตร

ผู้วิจัย

.....
รองศาสตราจารย์อมรา สุนทรธาดา,

Ph.D. (Gender and Development Studies)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์อุมาภรณ์ ภัทรวานิชย์,

Ph.D. (Demography)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุวิณี วิวัฒน์วานิช,

Ph.D. (Philosophy of Demography)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
รองศาสตราจารย์สรินทร์ เกรัมย์,

Ph.D. (Demography)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ศาสตราจารย์พัชรีย์ เลิศฤทธิ์,

พ.บ., Ph.D. (Biochemistry)

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
รองศาสตราจารย์สรินทร์ เกรัมย์,

Ph.D. (Demography)

ผู้อำนวยการ

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จได้ด้วยดี ด้วยความสนับสนุนอย่างดียิ่งจากคณาจารย์ผู้ควบคุม วิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.รศรินทร์ เกรย์ เป็นอย่างสูง ที่ให้ความ กรุณาเป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ พร้อมทั้งให้คำปรึกษาทางด้านวิชาการ และให้กำลังใจอย่างดียิ่งมา โดยตลอดจนสำเร็จ และขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อมรา สุนทรธาดา และผู้ช่วย ศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช ที่ให้ความกรุณาเป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ซึ่งท่านอาจารย์ทั้งสองได้ให้คำปรึกษาและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ยิ่งต่อผู้วิจัย และทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความ สมบูรณ์มากขึ้น นอกจากนี้ ยังขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุมาภรณ์ ภัทรวณิชย์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะอันมีค่าทางวิชาการเพื่อเพิ่มเติมวิทยานิพนธ์ ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ตลอดระยะเวลาที่ ศึกษาอยู่ที่สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ขอขอบคุณเพื่อนๆ รุ่น 34 ที่คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจ ขอขอบคุณ คุณกรณิฐา ศรี เจ้าหน้าที่บัณฑิตศึกษาของสถาบันฯ ที่คอยให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ มาตลอด และสุดท้ายนี้ขอขอบคุณ คุณสาสินี เทพสุวรรณ ที่ช่วยให้คำปรึกษาในเรื่องการทำข้อมูล จนสำเร็จไปได้ด้วยดี

ท้ายนี้ ผู้วิจัยหวังว่าวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้อ่านทุกท่าน และหาก วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีข้อผิดพลาดหรือข้อบกพร่องประการใด ผู้วิจัยขอน้อมรับไว้เพื่อนำไปแก้ไขใน โอกาสต่อไป

กฤติยาภรณ์ สุทธิบุตร

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้สูงอายุชายขอบ

FACTORS AFFECTING MARGINALIZED OLDER PERSONS' STRESS

กฤติยาภรณ์ สุทธิบุตร 5537250 PRPR/M

ศศ.ม. (วิจัยประชากรและสังคม)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : รศรินทร์ เกรย์, Ph.D., อมรา สุนทรธาดา, Ph.D.

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุชายขอบเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุทั่วไป และ 2) เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สุขภาพ และสังคม ที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุชายขอบ เกณฑ์ที่ใช้ในการกำหนดผู้สูงอายุว่าเป็นชายขอบหรือไม่ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ 2) ปัจจัยด้านสุขภาพกาย 3) ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว และ 4) ปัจจัยด้านความพึงพอใจในบริการของรัฐ โดยเป็นการศึกษาในกลุ่มประชากรตัวอย่างที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ตกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ปี 2554 ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งได้แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุทั่วไป และกลุ่มผู้สูงอายุชายขอบ โดยใช้วิธีค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 12,695 คน แบ่งเป็นชาย 5,311 คน คิดเป็นร้อยละ 41.8 และเป็นหญิง 7,384 คน คิดเป็นร้อยละ 58.2 โดยมีผู้สูงอายุที่ตกอยู่ในกลุ่มเป็นคนชายขอบ 1,042 คน คิดเป็นร้อยละ 8.2 จากผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุชายขอบจะมีระดับความเครียดสูงกว่าผู้สูงอายุทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความเครียดของผู้สูงอายุชายขอบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มี 4 ปัจจัย คือ 1) การประเมินสุขภาพกาย พบว่า ผู้สูงอายุที่ประเมินสุขภาพกายของตนเองว่าดี/ดีมากจะมีระดับความเครียดลดลง 2) การมีภาวะทุพพลภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะทุพพลภาพจะมีระดับความเครียดลดลง 3) ลักษณะการอยู่อาศัย พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตร โดยจะมีหรือไม่มีคู่สมรสและคนอื่นๆก็ได้ จะมีระดับความเครียดลดลงมากที่สุด รองลงมา คือ ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรสและ/หรือคนอื่น โดยที่ไม่มีบุตร และ 4) ความพึงพอใจในบริการสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุที่มีความพึงพอใจในบริการสุขภาพจะมีระดับความเครียดลดลง ดังนั้นจะเห็นว่า ระดับความเครียดของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุชายขอบ คือ ภาวะสุขภาพ และการได้อยู่อาศัยกับบุตรหรือคู่สมรส จึงควรมีการส่งเสริมในเรื่องสาธารณสุขและการกระจายของแหล่งงานและอาชีพ ไปยังท้องถิ่นเพื่อลดปัญหาการย้ายออกไปหางานทำ และทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขมากขึ้น

คำสำคัญ : คนชายขอบ / ผู้สูงอายุ

FACTORS AFFECTING MARGINALIZED OLDER PERSONS' STRESS

KITTIYAPORN SUTTHIBUT 5537250 PRPR/M

M.A. (POPULATION AND SOCIAL RESEARCH)

THESIS ADVISORY COMMITTEE : ROSSARIN GRAY, Ph.D.,
AMARA SOONTHORNDHADA, Ph.D.**ABSTRACT**

This study was aimed to explore marginalized older persons' mental health in comparison with general older persons and explore the relationship among demographic, economic, health and social characteristics that affect older persons' mental health. Indicators to marginalized state include: 1) Economic condition 2) Physical health 3) Family relationship and 4) Satisfaction with public services. The study had the target population aged 60 years and over from the 2011 Survey on Older Persons in Thailand conducted by the National Statistical Office. These older persons were divided into two groups, the general and the marginalized. Mean and standard deviation facilitated the analysis. In total, 12,695 people participated in this study including 5,311 males (41.8 percent) and 7,384 females (58.2 percent). Marginalized older persons accounted for 8.2 percent or 1,042. The multiple regression analysis revealed that the stress level in marginalized older persons was higher than general older persons significantly and statistically. Four factors affecting the stress level of the marginalized included: Health assessment: Persons with good or very good health would obtain the reducing stress level; Disability: Persons without any disability would have the reducing stress level; Living pattern: Persons living with children, and with or without spouses and others would obtain the maximum reduced stress level, followed by those living with spouses and others and; Satisfaction with health service: Persons having satisfaction would achieve the reducing stress level. All mentioned findings proved the health condition and living with children or spouses as influential factors to marginalized older persons' stress. This study therefore recommended the promotion of health and opportunities for jobs as well as careers in order to cope with problems from migration and create a happier life for older persons.

KEY WORDS: MARGINALIZED / OLDER PERSON

103 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญรูปภาพ	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย	3
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
1.5 ขอบเขตการศึกษาวิจัย	4
1.6 คำจำกัดความในการวิจัย	4
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	8
2.1 องค์ความรู้เรื่องผู้สูงอายุ	8
2.2 ผู้สูงอายุชายขอบ	19
2.3 สุขภาพจิต	26
2.4 สมมุติฐานการวิจัย	34
2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย	34
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	36
3.1 ประชากรตัวอย่าง	36
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	36
3.3 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	37
3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล	41

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ 4	ผลการศึกษา	43
	4.1 คุณลักษณะทางประชากรและสังคม	43
	4.2 ปัจจัยความเป็นคนชายขอบ	44
	4.3 ผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรข้อมูลพื้นฐานทางประชากร และความเป็นคนชายขอบกับระดับความเครียด	49
	4.4 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) ระหว่างตัวแปร ข้อมูลพื้นฐานทางประชากรและความเป็นคนชายขอบกับระดับความเครียด	55
บทที่ 5	อภิปรายผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	60
	5.1 อภิปรายผลการศึกษา	60
	5.2 ข้อเสนอแนะ	62
	บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	63
	บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	78
	บรรณานุกรม	93
	ประวัติผู้วิจัย	103

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
3.1	องค์ประกอบความเป็นคนชายขอบ	38
3.2	ตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ถดถอยพหุ โลจิสติก (Logistic Regression)	41
4.1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทางประชากรและสังคม	44
4.2	จำนวนและร้อยละของตัวชี้วัดที่ใช้ประเมินปัจจัยความเป็นคนชายขอบ ด้านเศรษฐกิจ	45
4.3	จำนวนและร้อยละของตัวชี้วัดที่ใช้ประเมินปัจจัยความเป็นคนชายขอบ ด้านสุขภาพทางกาย	46
4.4	จำนวนและร้อยละของตัวชี้วัดที่ใช้ประเมินปัจจัยความเป็นคนชายขอบ ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว	47
4.5	จำนวนและร้อยละของตัวชี้วัดที่ใช้ประเมินปัจจัยความเป็นคนชายขอบ ด้านความพึงพอใจในของรัฐ	48
4.6	จำนวนและร้อยละจำแนกตามประเภทของผู้สูงอายุ	48
4.7	ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร จำแนกตามความเป็นคนชายขอบ และระดับความเครียด	49
4.8	ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร จำแนกตามระดับความเครียด	51
4.9	ตัวชี้วัดความเป็นคนชายขอบ จำแนกตามระดับความเครียด	53
4.10	ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความเครียดของผู้สูงอายุ	56
4.11	ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความเครียดของผู้สูงอายุชายขอบ	57

สารบัญรูปร่างภาพ

แผนภาพ

หน้า

2.1 กรอบแนวคิดในการศึกษาระดับความเครียดของผู้สูงอายุ

35



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรของประเทศไทยเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่นเดียวกับภาวะเจริญพันธุ์และภาวะการตายที่ลดลงอย่างรวดเร็วอันเป็นผลมาจากความเจริญก้าวหน้าทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข (ปราโมทย์ และคณะ 2555) ทำให้สัดส่วนของผู้สูงอายุในสังคมไทยเพิ่มมากขึ้นเรียกได้ว่าประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” ตั้งแต่ประมาณปี 2543-2544 นั่นคือมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นสัดส่วนประมาณร้อยละ 10 ของจำนวนประชากรทั้งหมดในประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2556) ตามเกณฑ์ขององค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) ที่กำหนดว่าประเทศใดที่มีสัดส่วนของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 และมีสัดส่วนของประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 7 แสดงว่าประเทศนั้นก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ หรือ Aging society (United Nation 2013) ซึ่งปัจจุบันประเทศไทยมีสัดส่วนประชากรสูงอายุสูงถึงร้อยละ 14.9 หรือ 10 ล้านคนจากจำนวนประชากร 67.21 ล้านคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2557) และคาดประมาณว่าในปี 2571 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์คือมีประชากรสูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 (ชมพูนุช 2556)

ในขณะที่ภาวะเจริญพันธุ์ของประเทศไทยลดต่ำลงและอายุคาดเฉลี่ยของคนไทยก็มีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้น ในปี 2513 ประชากรไทยมีอายุคาดเฉลี่ยเพียง 59 ปี และจากข้อมูลของการฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2553-2583 ปีพ.ศ. 2553 อายุคาดเฉลี่ยของผู้ชายอยู่ที่ 70.4 ปี และผู้หญิง 77.5 ปี ในระยะเวลาอีก 30 ปีข้างหน้าจะเพิ่มเป็น 75.3 ปี และ 81.9 ปีตามลำดับ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2556) จึงกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุมีความสำคัญมากขึ้นในสังคมไทย

ด้วยภาวะสุขภาพกายที่เริ่มเสื่อมถอยรวมทั้งจำนวนที่เพิ่มมากขึ้นของผู้สูงอายุ จึงส่งผลกระทบต่อในด้านต่างๆ ทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับจุลภาคและส่งผลกระทบต่อมาตรฐานการครองชีพของครัวเรือน ภาระพึ่งพิงที่สูงขึ้น รวมถึงมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งทางด้านรายได้ ปัญหาความยากจนโดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันทางด้านรายได้ในวัยชรา การอาศัยอยู่เพียงลำพังไม่มีครอบครัวให้พึ่งพิง ส่วนทางด้านสุขภาพโดยเฉพาะทาง “ด้านสุขภาพจิต” ที่ผู้สูงอายุจะต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงในชีวิตในหลายๆด้านพร้อมกัน ด้วย

ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายที่ลดลงของผู้สูงอายุส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัญหาทางด้านสุขภาพกายมากกว่าวัยอื่นและส่งผลต่อสุขภาพจิตตามมา (รศรินทร์ และณัฐจิรา 2555) นอกจากนี้สถานภาพในการทำงานรวมถึงบทบาททางด้านกรมีส่วนร่วมในสังคมพบว่าในระดับมหภาคการมีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อการทำงานและการผลิตที่สัดส่วนของแรงงานมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจของประเทศ ภาระค่าใช้จ่ายของภาครัฐต่อการจัดหาบริการ สวัสดิการ หลักประกันและความคุ้มครองทางสังคมที่จำเป็นต่อผู้สูงอายุที่จะต้องเพิ่มมากขึ้นในอนาคต (เฉลิมพล 2556; ชมพูนุช 2556)

รัฐบาลได้ตระหนักถึงสถานการณ์การมีอายุสูงขึ้นของประชากรและเตรียมพร้อมที่จะรับมือกับสังคมผู้สูงอายุโดยการวางแผนนโยบายและมาตรการต่างๆ ที่เหมาะสมกับสถานการณ์และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้กำหนดให้คนไทยทุกคนมีความเสมอภาค มีสิทธิและเสรีภาพเท่าเทียมกันทุกเพศทุกวัยไม่ว่าจะอยู่ในสถานะใดก็ตาม รัฐจึงมีมาตรการในการคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือให้สวัสดิการแก่ผู้สูงอายุในฐานะที่เป็นประชากรกลุ่มเปราะบางเนื่องจากเสี่ยงกับความเจ็บป่วยและด้อยสิทธิบางประการหรือการเข้าไม่ถึงบริการสาธารณะต่างๆ เพราะความเสื่อมถอยของสุขภาพ (ปราโมทย์ และคณะ 2555) ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2550 ก่อนมีการยกเลิกและใช้รัฐธรรมนูญชั่วคราวโดยคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) รวมถึงแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) ก็ได้มีบทบัญญัติที่บรรจุหลักการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุไว้

ประเทศไทยในอนาคตข้างหน้าการที่ผู้สูงอายุจะสามารถอยู่ร่วมในสังคมได้อย่างเท่าเทียมกันนั้นจะต้องไม่ผลักดันให้ผู้สูงอายุกลายเป็นคนชายขอบ เช่น ผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้นก็จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเพิ่มมากขึ้น จากคนที่เคยเป็นแรงงานสำคัญในภาคการผลิตเปลี่ยนไปเป็นภาระและเป็นผู้พึ่งพิงเพราะวัยที่สูงขึ้น สิ่งเหล่านี้อาจเป็นปัจจัยที่ผลักดันให้ผู้สูงอายุที่เคยอยู่วงในของสังคมต้องไปเป็นคนที่อยู่ชายขอบ ไม่ได้ได้รับความเท่าเทียมเหมือนประชากรอื่นในสังคม (ปราโมทย์ และคณะ 2555)

ในสังคมผู้สูงอายุเองนั้นก็มีความแตกต่างหลากหลายทั้งทางด้านความเป็นอยู่ วัฒนธรรม สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม มีความเหลื่อมล้ำไม่เท่าเทียมกันเหมือนในสังคมอื่นๆ แต่ความเหลื่อมล้ำไม่เท่าเทียมกันของผู้สูงอายุนั้นมีสาเหตุสำคัญมาจากร่างกายที่เสื่อมลงตามวัย ทำให้ผู้สูงอายุเปลี่ยนสภาพกลายเป็นผู้พึ่งพิง จากที่เคยทำกิจกรรมหลายๆอย่างได้ด้วยตนเองกลับทำได้ช้าลงหรือไม่สามารถทำได้เลย กลายเป็นผู้ทุพพลภาพ จากคนที่เคยอยู่ในพื้นที่ที่มีสิทธิเสมอภาคกับคนทั่วไป หรืออยู่ในที่ที่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณะต่างๆ ได้ แต่กลับต้องถูกผลักออกมาจากวงในด้วยเหตุเพราะความชรา ที่ต้องการความช่วยเหลือ โดยเฉพาะจากรัฐหรือนโยบายสาธารณะของรัฐ

หากไม่มีสุขภาพร่างกายที่ยังดีอยู่ ฐานะทางเศรษฐกิจที่เอื้ออำนวย หรือมีญาติที่น้องคอยดูแล ผู้สูงอายุก็จะหลุดออกมาอยู่ในพื้นที่ชายขอบโดยปริยาย ในอนาคตที่สังคมไทยเริ่มมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นด้วยแล้ว รัฐจึงจำเป็นที่จะต้องมีการและนโยบายที่จะไม่ทำให้ผู้สูงอายุที่เคยอยู่ในวงในของสังคมถูกผลักออกเป็นคนชายขอบที่ด้อยสิทธิและโอกาสกว่าคนทั่วไป และทำให้กลับมามีสิทธิและความเสมอภาคเท่าเทียมกันเหมือนดังเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ปรามิโทย์ และคณะ 2555)

ในปัจจุบันการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ทำให้ทุกคนต้องเริ่มตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นตามมา เนื่องจากประชากรผู้สูงอายุเป็นกลุ่มบุคคลที่ต้องได้รับการดูแลและให้ความช่วยเหลือในเรื่องต่างๆหลายด้าน เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ต้องกลายเป็นคนชายขอบ ในการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเป็นคนชายขอบของผู้สูงอายุ และปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตอย่างไร

1.2 คำถามการวิจัย

ผู้สูงอายุชายขอบจะมีภาวะสุขภาพจิตเป็นอย่างไรเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุทั่วไป และปัจจัยอะไรบ้างที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุชายขอบ

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุชายขอบเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุทั่วไป
2. เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สุขภาพ และสังคม ที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุชายขอบ

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้ทราบถึงสถานการณ์สุขภาพจิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยและสถานการณ์ของผู้สูงอายุทั้งที่เป็นชายขอบและทั่วไปว่าเป็นอย่างไร มีปัจจัยได้บ้างที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตและมีปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุกลายเป็นคนชายขอบ เพื่อสามารถที่จะนำไปใช้ในการวางแผนงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุต่อไป

1.5 ขอบเขตการศึกษาวิจัย

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุชายขอบ เป็นการศึกษากลุ่มประชากรตัวอย่างที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ตกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ปี 2554 ดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ

1.6 คำจำกัดความในการวิจัย

ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชากรชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

ผู้สูงอายุชายขอบ หมายถึง ประชากรชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและพิจารณาจากองค์ประกอบความเป็นคนชายขอบ 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การทำงาน รายได้จากการทำงานและเงินช่วยเหลือจากบุตรหลาน/ ญาติพี่น้อง
2. ด้านสุขภาพทางกาย ได้แก่ การประเมินสุขภาพกายด้วยตนเอง โรคเรื้อรัง การมีภาวะทุพพลภาพที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้
3. ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว ได้แก่ ลักษณะการอยู่อาศัย การเยี่ยมเยียนจากบุตรที่อยู่นอกครัวเรือน
4. ด้านความพึงพอใจในบริการของรัฐ ได้แก่ ความพึงพอใจในระบบบริการสุขภาพ และความพึงพอใจในระบบการขนส่งทางบก

1) ด้านเศรษฐกิจ

สถานภาพการทำงาน หมายถึง การประกอบอาชีพหลักของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น ทำงานและไม่ทำงาน

รายได้จากการทำงาน หมายถึง รายได้ที่ได้จากการประกอบอาชีพหลักของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น มี และไม่มี

เงินช่วยเหลือจากบุตรหลาน และ/หรือญาติพี่น้อง หมายถึง รายได้ที่ได้จากบุตรหลาน และ/หรือญาติพี่น้อง แบ่งเป็น มี และไม่มี

2) ด้านสุขภาพกาย

การประเมินสุขภาพกายด้วยตนเอง หมายถึง การประเมินสุขภาพกายด้วยตนเองของผู้สูงอายุ ในระหว่าง 7 วันก่อนวันสัมภาษณ์ แบ่งเป็น ดีมากๆ ดี ปานกลาง ไม่ดี และไม่ดีมาก

โรคเรื้อรังและโรคประจำตัว หมายถึง การมีหรือเป็นโรคดังต่อไปนี้ อย่างน้อย 1 โรค ได้แก่

1. ความดันโลหิตสูง หรือไขมันในเลือดสูง หรือคอเลสเตอรอลสูง
2. เบาหวาน
3. หัวใจ
4. ไต ไตวายเรื้อรัง นิ่วในไต
5. มะเร็ง
6. ไทรอยด์ (คอพอก)
7. วัณโรค
8. เก๊าท์ รูมาตอยด์ ปวดเข่า หลัง หรือคอเรื้อรัง
9. ตับแข็ง ไขมันแทรกในตับ นิ่วในถุงน้ำดี
10. สมองเสื่อม ความจำเลอะเลือน ลมชัก ลมบ้าหมู
11. ผิดปกติทางจิต ซึมเศร้า
12. โรคพิษสุราเรื้อรัง ดิทยา หรือสารเสพติด
13. อัมพฤกษ์ อัมพาต
14. โรคเลือด เช่น ธาตุซีเมีย โลหิตจาง
15. โรคติดเชื้ออื่นๆ เช่น เอชส์ โปลิโอ เรือน
แบ่งเป็น มีโรค และไม่มีโรค

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เป็นขั้นพื้นฐาน (ADL) และกิจวัตรประจำวันที่ต้องเื้อง (IADL) และจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตได้ในชุมชน ดังนี้

1. การกินอาหาร
2. การใส่เสื้อผ้า
3. การอาบน้ำ
4. การใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม รวมถึงการทำความสะดวกร่างกายหลังจาก
ขับถ่าย
5. การเดินระยะทาง 200-300 เมตร
6. การขึ้นบันได 2-3 ชั้น
7. การนั่งยองๆ
8. การยกของหนักประมาณ 5 กิโลกรัม
9. การเดินทางโดยขึ้นรถ/ลงเรือ คนเดียว

10. การนับเงินทอนได้ถูกต้อง

แบ่งเป็น ทำได้ด้วยตนเอง ทำได้บ้างโดยมีคน/อุปกรณ์ช่วย และทำเองไม่ได้เลย ประเมินว่าผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างใดอย่างหนึ่งได้เลย หรือทำได้บ้างโดยมีคนหรืออุปกรณ์ช่วยจะถือว่ามีความทุพพลภาพ

3) ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว

ลักษณะการอยู่อาศัยหมายถึง การอยู่อาศัยของผู้สูงอายุกับบุคคลอื่น แบ่งเป็น

1. อยู่ตามลำพัง
2. อยู่กับหลาน/ อยู่กับญาติพี่น้อง/ อยู่กับญาติพี่น้องและหลาน
3. อยู่กับคู่สมรสเพียงสองคน/ อยู่กับคู่สมรสและหลาน/ อยู่กับคู่สมรสและญาติพี่น้อง/ อยู่กับคู่สมรส ญาติ พี่น้องและหลาน
4. อยู่กับคู่สมรส บุตร และหลาน/ อยู่กับบุตร/ อยู่กับคู่สมรสและบุตร / อยู่กับบุตร และหลาน/ อยู่กับบุตร และญาติพี่น้อง/ อยู่กับคู่สมรส บุตร และญาติพี่น้อง/ อยู่กับบุตร หลานและญาติพี่น้อง/ อยู่กับคู่สมรส บุตร หลานและญาติพี่น้อง

การเยี่ยมเยียนจากบุตรที่อยู่นอกครัวเรือน หมายถึง การได้รับการติดต่อจากบุตรที่อยู่นอกครัวเรือนโดยการเยี่ยมเยียน ในระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ แบ่งเป็น ไม่เคยติดต่อ เคยติดต่ออย่างน้อยปีละครั้ง เคยติดต่อทุกเดือน เคยติดต่อทุกสัปดาห์ อยู่ด้วยกันหรือติดต่อทุกวันหรือเกือบทุกวัน

4) ด้านความพึงพอใจในบริการของรัฐ

ความพึงพอใจในระบบบริการสุขภาพ หมายถึง ความพึงพอใจในระบบบริการสุขภาพ แบ่งเป็น ไม่พึงพอใจและพึงพอใจ

ความพึงพอใจในระบบขนส่งทางบก หมายถึง ความพึงพอใจในระบบขนส่งทางบก แบ่งเป็น ไม่พึงพอใจและพึงพอใจ

ปัจจัยด้านประชากร

เพศ หมายถึง เพศของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น เพศชาย และเพศหญิง

อายุ หมายถึง อายุเต็มปีของผู้สูงอายุขณะสัมภาษณ์

สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพสมรสในปัจจุบัน แบ่งเป็น โสด สมรส และหม้าย

หย่าแยก

เขตที่อยู่อาศัย หมายถึง สถานที่ตั้งของครัวเรือน แบ่งเป็น ในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล

การศึกษา หมายถึง การได้เรียนและไม่ได้เรียนหนังสือ

ระดับความเครียด หมายถึง ระดับของความเครียดของผู้สูงอายุ หากมีคะแนนมากก็จะหมายถึงมีความเครียดมาก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ “ไม่เคย” 0 คะแนน “เป็นบางครั้ง” 1 คะแนน “เป็นประจำ” 2 คะแนน โดยมีคะแนนเต็มทั้งหมด 14 คะแนน ในการศึกษานี้ใช้วิธีการวัดสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยวัดจากระดับความเครียด เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความเครียดเป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพจิต

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาถึงภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุชายขอบ ได้ทบทวนวรรณกรรม แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้แนวทางในการศึกษาสำหรับการตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยได้แบ่งการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 2.1 องค์ความรู้เรื่องผู้สูงอายุ 2.2 ผู้สูงอายุชายขอบ และ 2.3 สุขภาพจิต เพื่อนำไปสู่กรอบแนวคิดในการวิจัยและสมมุติฐานในการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 องค์ความรู้เรื่องผู้สูงอายุ

2.1.1 ความหมายของ “ผู้สูงอายุ”

ในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 ได้ให้ความหมายของวัยชราว่า “วัยที่ต่อจากวัยกลางคน อายุเกิน 60 ปี” ส่วนคำว่า “ผู้สูงอายุ” ไม่พบปรากฏอยู่ในพจนานุกรม แต่นิยามกำหนดไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ว่า “ผู้สูงอายุ หมายถึงบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย” (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 2547) การกำหนดว่าเมื่อใดจึงจะเรียกว่า “ผู้สูงอายุ” มักใช้อายุเป็นเกณฑ์ในการกำหนดแตกต่างกันไปตามสังคมของแต่ละประเทศเช่น 55 ปี 60 ปี 65 ปี หรือ 70 ปี ซึ่งเป็นเกณฑ์อายุที่ใช้เพื่อการเกษียณตัวเอง ออกจากการปฏิบัติงาน (WHO 2001)

ในการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุขององค์การสหประชาชาติ ปี พ.ศ. 2525 ได้แนะนำไว้ว่าผู้สูงอายุ คือ บุคคลทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยนับตามปีปฏิทิน ซึ่งถือว่าเป็นข้อตกลงที่เป็นสากล

คำว่าผู้สูงอายุได้มีผู้ให้ความหมายที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกันออกไป ประสพ (2526) ได้ให้ความหมายว่า เป็นบุคคลที่อยู่ในวัยสุดท้ายของวงจรชีวิต โดยเริ่มตั้งแต่ วัยทารก วัยเด็ก วัยหนุ่มสาว วัยผู้ใหญ่ และวัยชราหรือวัยสูงอายุ โดยวัยสูงอายุนี้หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกันกับบรรลู่ (2526) ที่ได้ให้ความหมายว่า เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปโดยนับอายุตามปี

ปฏิทิน และยังแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มด้วยกัน คือ กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60-69 ปี กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง คือ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุวัยสุดท้าย คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป บุญมาส (2539) ได้ให้ความหมายของ “ความสูงอายุหรือความชราภาพ” ว่า หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องของชีวิตโดยที่อายุหรือวัยมีผลต่อพฤติกรรม และแรงจูงใจของบุคคลซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา จิตใจ และสังคม ในส่วนที่ให้ความหมายแตกต่างกันไปนั้น เช่น วีรสิทธิ์ และ โยธิน (2533) กล่าวว่า ผู้สูงอายุไม่ได้หมายความว่ามีความถึงผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเท่านั้น อาจเริ่มจากอายุ 55 ปีขึ้นไปก็ได้ หากคิดว่าตนเองเริ่มแก่จากสุขภาพที่ไม่ดี สังขารร่วงโรยเร็ว ศรีเรือน (2538) ได้แบ่งวัยสูงอายุตามเกณฑ์ลักษณะจิตสังคม และชีววิทยาออกเป็น 4 ช่วงด้วยกัน คือ 1) ช่วงไม่ค่อแก่ (The Young-Old) คือบุคคลที่อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี 2) ช่วงแก่ปานกลาง (The Middle-Aged Old) คือบุคคลที่อยู่ในช่วงอายุ 70-79 ปี 3) ช่วงแก่จริง (The Old-Old) คือบุคคลที่อยู่ในช่วงอายุ 80-89 ปี และ 4) ช่วงแก่จริงๆ (The Very Old-Old) คือบุคคลที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไป วรชัย (2549) ให้ความเห็นว่า ผู้สูงอายุไทยควรเริ่มที่อายุ 65 ปีขึ้นไปให้สอดคล้องกับหลักสากลที่ใช้กันในประเทศที่เจริญแล้ว ซึ่งองค์การสหประชาชาติใช้เกณฑ์อายุ 65 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ เนื่องจากในปัจจุบันนั้นคนไทยมีอายุยืนยาวมากขึ้นกว่าแต่ก่อน พบอายุคนไทยในช่วง 60-64 ปี ส่วนใหญ่ยังคงแข็งแรง มีสุขภาพดี และยังทำงานอยู่ถึง 2 ใน 3 ปราโมทย์ และ ปัทมา (2553) ให้ความเห็นว่า การนิยามคำว่าผู้สูงอายุ ควรที่จะเปลี่ยนจาก 60 ปี เป็น 65 ปี เนื่องจากในปัจจุบันนี้อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยหลังจากที่มีอายุครบ 60 ปีนั้นได้เพิ่มขึ้นจาก 17 ปี เมื่อ 50 ปีที่แล้ว เป็น 21 ปีในปัจจุบัน แสดงให้เห็นได้ว่าคนไทยมีอายุขัยยืนยาวมากขึ้น

ศศิพัฒน์ (2544) ได้เสนอข้อคิดเห็น ของ บาร์โร และสมิธ (Barrow and Smith) ว่าเป็นการยากที่จะกำหนดว่าผู้ใดชราภาพหรือสูงอายุ แต่สามารถพิจารณาจากองค์ประกอบต่างๆ ได้ ดังนี้คือ

1. ประเพณีนิยม (Tradition) เป็นการกำหนดผู้สูงอายุโดยยึดตามเกณฑ์อายุที่ออกจากงานเช่น ประเทศไทยกำหนดอายุวัยเกษียณเมื่ออายุครบ 60 ปี แต่ประเทศสหรัฐอเมริกากำหนดอายุ 65 ปี เป็นต้น

2. การปฏิบัติหน้าที่ทางร่างกาย (Body Functioning) เป็นการกำหนดโดยยึดตามเกณฑ์ทางสรีระวิทยาหรือทางกายภาพ บุคคลจะมีการเสื่อมสลายทางสรีระวิทยาที่แตกต่างกันในวัยสูงอายุอวัยวะต่างๆในร่างกายจะทำงานน้อยลงซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล บางคนอายุ 50 ปี ฟันอาจจะหลุดทั้งปากแต่บางคนอายุถึง 80 ปี ฟันจึงจะเริ่มหลุด เป็นต้น

3. การปฏิบัติหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Mental Functioning) เป็นการกำหนดตามเกณฑ์ความสามารถในการคิดสร้างสรรค์ การจำ การเรียนรู้ และความเสื่อมทางด้านจิตใจ สิ่งที่

พบมากที่สุดและผู้สูงอายุคือ ความจำเริ่มเสื่อม ขาดแรงจูงใจซึ่งไม่ได้หมายความว่าบุคคลผู้สูงอายุทุกคนจะมีสภาพเช่นนี้

4. ความคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self – Concept) เป็นการกำหนดโดยยึดความคิดที่ผู้สูงอายุมองตนเอง เพราะโดยปกติผู้สูงอายุมักจะเกิดความคิดว่า “ตนเองแก่ อายุมากแล้ว” และส่งผลต่อบุคลิกภาพทางกาย ความรู้สึกทางด้านจิตใจ และการดำเนินชีวิตประจำวัน สิ่งเหล่านี้จะเปลี่ยนแปลงไปตามแนวความคิดที่ผู้สูงอายุนั้นๆ ได้กำหนดขึ้น

5. ความสามารถในการประกอบอาชีพ (Occupation) เป็นการกำหนดโดยยึดความสามารถในการประกอบอาชีพ โดยใช้แนวความคิดจากการเสื่อมถอยของสภาพทางร่างกายและจิตใจ คนทั่วไปจึงกำหนดว่า วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องพักผ่อน หยุดการประกอบอาชีพ ดังนั้นบุคคลที่อยู่ในวัยสูงอายุจึงหมายถึงบุคคลที่มีวัยเกินกว่าวัยที่จะอยู่ในกำลังแรงงาน

6. ความกดดันทางอารมณ์และความเจ็บป่วย (Coping with Stress and Illness) เป็นการกำหนดโดยยึดตามสภาพร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุจะเผชิญกับสภาพโรคร้ายไข้เจ็บอยู่เสมอ เพราะสภาพทางร่างกายและอวัยวะต่างๆ เริ่มเสื่อมลง นอกจากนั้นยังอาจเผชิญกับปัญหาทางด้านสังคมอื่นๆ ทำให้เกิดความกดดันทางอารมณ์เพิ่มขึ้นอีก

มาร์กาเร็ต คล้าก (1967) ชี้ว่า ความชราเป็นเรื่องทางสังคมไม่ใช่เฉพาะชีววิทยาเพียงอย่างเดียว เนื่องไปทางวัฒนธรรมมีผลต่อการให้นิยามและการจัดการเกี่ยวกับผู้สูงอายุในสังคม

คริสทีน แอล ฟราย และเจนนิ คีธ (อ้างใน นฤพนธ์ 2558) พบว่าความชราไม่ใช่เรื่องอายุแต่เป็นเรื่องของช่วงชีวิตที่เกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคมที่เข้าไปกำหนดนิยามของชีวิต ซึ่งพิจารณาจากบริบททางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของมนุษย์ในวัยต่างๆ

รศรินทร์ และคณะ (2556) ได้ให้ความหมายของคำว่าผู้สูงอายุที่ได้จากการสนทนากลุ่มกับประชาชนทั่วไป และการสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้บริหารและนักวิชาการ แพทย์ที่ทำงานทางด้านผู้สูงอายุ สรุปว่าส่วนใหญ่ได้ให้ความหมายโดยใช้อายุเป็นเกณฑ์ร่วมด้วยคุณลักษณะเชิงลบซึ่งอาจจะเป็นภาพแทนความจริงหรือภาพจำของผู้สนทนากลุ่มมากกว่าภาพจำเชิงบวก เช่น ส่วนใหญ่คิดว่าผู้สูงอายุคือบุคคลที่มีอายุ 60 ปีตามเกณฑ์ของทางราชการ โดยนับตามปีปฏิทิน หน้าตาที่ดูมีอายุ ผิวหนังเหี่ยวย่น ผมหงอกสีขาว ความจำไม่ดี ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ความสามารถในการทำงานลดลง หรือไม่สามารถทำงานได้แล้ว จุกจิก ขี้บ่น ขี้คิดขี้ทำ และมีสถานะทางสังคมเป็น ปู่ ย่า ตา ยาย หรือทวด ส่วนภาพลักษณ์เชิงบวกนั้นจะมองไปที่ความมีคุณค่า เช่น ประสบการณ์ การถ่ายทอดภูมิปัญญาต่างๆ เป็นผู้ก่อให้เกิดความปรองดอง และการเป็นต้นแบบทางสังคม

โดยสรุปแล้วจะเห็นได้ว่ามีการให้ความหมายของผู้สูงอายุแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ บทบาทหน้าที่ทางสังคมและการใช้เกณฑ์ต่างๆมาพิจารณา

ร่วมกันในการกำหนดความเป็นผู้สูงอายุของบุคคลนั้นๆ ตามแต่สถานการณ์และความเหมาะสม องค์การสหประชาชาติก็ไม่ได้มีการกำหนดเกณฑ์อายุเริ่มต้นที่เป็นมาตรฐาน ในแต่ละประเทศก็ได้ กำหนดเกณฑ์อายุไว้แตกต่างกัน ในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วมักตกลงไว้ที่เกณฑ์ 65 ปี แต่ประเทศไทยนั้นได้ใช้เกณฑ์อายุในการกำหนดบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปถือเป็นผู้สูงอายุซึ่งเป็นเกณฑ์เดียวกันกับการประชุมสมัชชาใหญ่ว่าด้วยผู้สูงอายุ (ศรกุล 2534) การกำหนดนิยามผู้สูงอายุนั้นมักจะเป็นอายุเดียวกันกับอายุเกษียณ เนื่องจากอยู่ภายใต้แนวคิดที่ว่า ผู้สูงอายุเป็นวัยที่เปราะบาง ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ควรที่จะได้รับการดูแลจากภาครัฐ (สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน 2542)

2.1.2 การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

ความแก่เป็นกระบวนการที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ภายในร่างกาย โดยธรรมชาติแล้วเซลล์จะเปลี่ยนแปลงไปในรูปแบบของการเสริมสร้างตั้งแต่อยู่ในครรภ์จนถึงวัยผู้ใหญ่ แต่เมื่อผ่านพ้นวัยผู้ใหญ่แล้ว เซลล์จะมีการเสื่อมสภาพมากกว่าเสริมสร้าง ทำให้สมรรถภาพและประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆลดลง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงต่างๆจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล (ProRehab 2014)

การเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไปในแต่ละช่วงของอายุ มีผลต่อสถานภาพของบุคคล ในกลุ่มของเด็ก วัยรุ่น และผู้ใหญ่ การเปลี่ยนแปลงนั้นจะนำไปสู่ความเข้มแข็ง มีชีวิตชีวา และมีความหวังในชีวิต แต่การเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยสูงอายุนั้นก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งสถานภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และมีผลกระทบในทางลบต่อเนื่องกันไปเป็นลูกโซ่ (ศศิพัฒน์ 2544)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย : การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ปรากฏให้เห็นได้อย่างชัดเจนเมื่อวัยสูงขึ้น อายุที่มากขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นกับทุกระบบของร่างกาย ทั้งในระดับเซลล์และการทำงานของระบบอวัยวะต่างๆในร่างกาย ทำให้มีประสิทธิภาพในการทำงานลดลง สีส้มที่เปลี่ยนจากสีแดงเป็นสีขาวเป็นสิ่งที่บ่งบอกได้ว่าเริ่มมีการเสื่อมถอยของร่างกาย ผิวหนังเหี่ยวแห้ง หยาบ หย่อนยาน รอยย่นปรากฏให้เห็นชัดเจนขึ้น กระดูกพรุน แตกหักได้ง่าย การทำงานของระบบต่างๆ เช่น ปอด หัวใจ ระบบย่อยอาหาร ระบบภูมิคุ้มกัน ระบบประสาท และต่อมไร้ท่อ มีประสิทธิภาพลดลง ส่งผลให้เกิดโรคได้ง่าย (จิระพรรณ และคณะ 2554) จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551) โรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุไทยรวม 6 โรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ มะเร็ง หลอดเลือดในสมองตีบ และอัมพาต/อัมพฤกษ์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และอารมณ์ : การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์จะมีความสัมพันธ์กันกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เมื่อร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงเพราะความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ การสูญเสียบุคคลที่ใกล้ชิด การแยกออกไปของสมาชิกในครอบครัว และการหยุดจากงานประจำที่เคยทำอยู่ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ร่างกายที่เสื่อมลงทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองลดลง ต้องพึ่งบุคคลอื่นมากขึ้น โดยเฉพาะลูกหลาน ผู้สูงอายุบางคนต้องสูญเสียอำนาจ และบทบาทหน้าที่ของตนทั้งในสังคมรวมถึงตำแหน่งหน้าที่ ทำให้รู้สึกว่าตนไร้ประโยชน์ ไม่มีคุณค่า และสิ้นหวัง มักเกิดร่วมกับการเจ็บป่วยทางร่างกาย เมื่อผู้สูงอายุเกิดความเครียด ร่างกายจะมีการปรับตัวเพื่อรักษาสภาพของร่างกายและจิตใจให้อยู่ในภาวะสมดุลโดยใช้กลไกในการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกันเป็นไปทั้งทางบวกและทางลบขึ้นอยู่กับปัญหาที่ต้องเผชิญ (จิระพรรณ และคณะ 2553) การรับรู้ของผู้สูงอายุนั้นจะยึดมั่นอยู่กับความคิดและเหตุผลของตนเอง การรับรู้ต่อสิ่งใหม่จะเป็นไปได้ยากทำให้ความคิดนั้นแตกต่างจากกลุ่มวัยอื่น เป็นผลให้เกิดความขัดแย้งกันอยู่เสมอ (สุเทพ 2552)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม : การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมของผู้สูงอายุนั้นเกี่ยวข้องกับารรับบทบาททางสังคมที่แตกต่างกันไป การสูญเสียบทบาททางสังคมที่เคยได้รับมาจะส่งผลกระทบต่อการยอมรับบทบาททางสังคมในอนาคต ผู้สูงอายุจะรู้สึกกดดัน ดึงเครียด พยายามที่จะถอนตัวออกจากสังคมเพราะด้วยรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถลดลง พยายามที่จะแสวงหาบทบาทใหม่ให้กับตนเองทดแทนบทบาทเดิมที่สูญเสียไป พยายามปรับตนเองให้เข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่ หากไม่สามารถที่จะปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ก็จะทำให้เกิดปัญหาขึ้นมาได้ (เพื่อนใจ รัตนากร อ่างใน จิระพรรณ และคณะ 2553) การเกษียณเป็นการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีผลต่อรายได้จากการทำงาน ทำให้ไม่ได้พบปะเพื่อนๆ จากที่ใช้ชีวิตอยู่ในสังคมกลับต้องใช้ชีวิตในวงที่แคบกว่าเดิมผู้สูงอายุถูกลดบทบาทและความสำคัญในครอบครัวไปกลายเป็นผู้อยู่อาศัยมากกว่าผู้ให้ (สุเทพ 2552) โครงสร้างทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป จากครอบครัวขยายกลายเป็นครอบครัวเดี่ยว บุตรหลานแยกตัวออกไปสร้างครอบครัวใหม่ ที่ผู้สูงอายุอยู่เพียงลำพัง หากไม่มีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงนี้ก็จะทำให้เกิดความทุกข์ได้ (ศศิพัฒน์ 2544)

2.1.3 นโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และแผนพัฒนาผู้สูงอายุ

รัฐได้ให้ความสำคัญต่อผู้สูงอายุจึงได้มีมาตรการในการคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือให้สวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ ในสมัยจอมพล ป.พิบูลสงคราม ได้มีการจัดตั้งกรมประชาสงเคราะห์ขึ้นสำหรับเด็กกำพร้า ผู้อนาถา ผู้พิการทุพพลภาพ และผู้สูงอายุ ซึ่งถือว่าเป็นบุคคลที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และเป็นผู้ที่ประสบความทุกข์ยาก จึงควรจัดให้ไปอยู่ในสถานสงเคราะห์ (สมรักษ์ ชัยสิงห์

กานานนท์ อ่างในสโรชพันธุ์ และชไมพร 2557) ปรากฏในพระราชบัญญัติควบคุมขอตาน พ.ศ. 2484 มาตรา 7 ความว่า

- มาตรา 7 “เมื่อปรากฏจากการสอบสวนว่าผู้ใดทำการขอตานและผู้นั้น เป็นคนชราภาพหรือวิกลจริตหรือเป็นคนมีโรค ซึ่งไม่สามารถประกอบอาชีพแต่อย่างใดและไม่มี ทางเลี้ยงชีพอย่างอื่น ทั้งไม่มีญาติมิตรอุปการะเลี้ยงดู ก็ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ส่งตัวไปยังสถาน สงเคราะห์”

จากนั้นในปี พ.ศ.2485 ได้มีการประกาศรณินยอมฉบับที่ 12 เรื่องการปกป้อง ช่วยเหลือ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ เพื่อเป็นการปลูกฝังให้คนไทยช่วยเหลือ เกื้อกูลแก่ผู้ที่ตกทุกข์ได้ยาก สะท้อนให้ เห็นถึงวัฒนธรรมอันดีงามของไทย ความว่า

- “1) ในที่สาธารณสถานหรือในถนนหลวง ให้บุคคลทำการช่วยเหลือ และคุ้มครองโดยลักษณะที่จะยังคงความปลอดภัยให้เด็ก คนชราหรือคนทุพพลภาพ ในการสัญจร ไปมา หรือในการหลบหลีกภัยอันตราย 2) ผู้ใดสามารถกระทำการช่วยเหลือคุ้มครองดังกล่าวในข้อ 1 ถือว่าผู้นั้นเป็นผู้มีวัฒนธรรมควรได้รับความนับถือของชาวไทย”

กฎหมายและประกาศรัฐดังกล่าวทำให้เกิดการจัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบาง แคว้นในปี พ.ศ. 2496 ซึ่งก่อนหน้านั้นในปี พ.ศ. 2494 ได้มีการตรากฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญ ข้าราชการชั้น บัญญัติให้ข้าราชการที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป พ้นจากราชการและรอรับสวัสดิการของรัฐ เพียงอย่างเดียว บ่งบอกได้ว่าบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปควรได้รับการพักผ่อนจากการทำงานเนื่องจาก อายุมากแล้ว ซึ่งยังคงยึดถือมาจนถึงปัจจุบันที่แม้ว่าบุคคลที่อายุมากกว่า 60 ปี จะยังคงทำงาน ได้อย่าง มีประสิทธิภาพก็ตาม (สมรักษ์ ชัยสิงห์กานานนท์ อ่างในสโรชพันธุ์ และชไมพร 2557)

ประมวลกฎหมายอาญาบัญญัติไว้ในหมวด 4 ที่มุ่งจะปกป้องผู้สูงอายุจากการถูก ทอดทิ้งและถูกทำร้าย โดยมีการกำหนดบทลงโทษไว้อย่างชัดเจนในมาตรา 307 และ 308 ความว่า

- มาตรา 307 “ผู้ใดมีหน้าที่ตามกฎหมายหรือตามสัญญาต้องดูแลผู้ซึ่ง พึ่งพิงตนเองมิได้ เพราะอายุ ความเจ็บป่วย ภายพิการหรือจิตพิการ ทอดทิ้งผู้ซึ่งพึ่งตนเองมิได้นั้นเสีย โดยประการที่น่าจะเป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่ชีวิต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่ เกินหกพันบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ”

- มาตรา 308 “ถ้าการกระทำความผิดตามมาตรา 306 หรือมาตรา 307 เป็น เหตุให้ผู้อื่นทอดทิ้งถึงแก่ความตาย หรือรับอันตรายสาหัส ผู้กระทำต้องระวางโทษดังที่บัญญัติไว้ใน มาตรา 290 มาตรา 297 หรือมาตรา 298 นั้น”

พระราชบัญญัติจรรยาบรรณ พ.ศ. 2522 ก็ได้มีบทบัญญัติเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุถึงแม้ จะใช้คำว่าคนชรา ในมาตรา 32 ความว่า

- “ในการใช้ทางเดินรถผู้ขับขี่ต้องใช้ความระมัดระวังไม่ให้รถชนหรือโดนคนเดินเท้าไม่ว่าจะอยู่ ณ ส่วนใดของทาง และต้องให้สัญญาณเตือนคนเดินเท้าให้รู้ตัวเมื่อจำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เด็ก คนชราหรือคนพิการที่กำลังใช้ทาง ผู้ขับขี่ต้องใช้ความระมัดระวังเป็นพิเศษในการควบคุมรถของตน”

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ได้มีบทบัญญัติที่บรรจูลักษณะให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุไว้ดังนี้ (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2550)

- มาตรา 53 “บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรี และความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ”

- มาตรา 80 “รัฐต้องคุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน สนับสนุนการเลี้ยงดู และให้การศึกษารวมด้วย ส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชาย เสริมสร้างและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของสถาบันครอบครัว และชุมชน รวมทั้งต้องสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และผู้อยู่ในสภาวะลำบาก”

ในรัฐธรรมนูญปี 2550 ว่าด้วยความเสมอภาค มาตราที่ 30 กำหนดไว้ว่า

“บุคคลย่อมเสมอภาคกันในกฎหมาย และได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน”

“การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคลเพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ สถานภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การฝึกอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมือง อันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญจะกระทำมิได้”

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 11 ได้เพิ่มเติมสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริมและการสนับสนุนในด้านต่างๆ แก่ผู้สูงอายุดังนี้

1. การบริการทางแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ
2. การศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต
3. การประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพที่เหมาะสม
4. การพัฒนาตนเองและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน

5. การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคารสถานที่ ยานพาหนะหรือการบริการสาธารณะอื่น
6. การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม
7. การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ
8. การช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกรังแกหรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมายหรือถูกทอดทิ้ง
9. การให้คำแนะนำ ปรีกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดีหรือในทางการแก้ไขปัญหาคกรอบครัว
10. การจัดที่พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง
11. การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพตามความจำเป็นอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม
12. การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี
13. การอื่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

นอกจากนี้ยังมีแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ เรียกว่า แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ มีทั้งสิ้น 2 ฉบับ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 1 พ.ศ. 2525-2544 กำหนดสาระไว้ดังนี้ (คณะกรรมการการศึกษาวิจัยและวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ในคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ 2525)

1. ผู้สูงอายุควรจะได้อยู่กับครอบครัวอย่างอบอุ่น ได้รับความเคารพนับถือและการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน และควรลดบทบาทการเป็นผู้หารายได้มาเลี้ยงครอบครัวลง
2. ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งตนเองได้ และไม่ได้รับการคุ้มครองดูแลจากครอบครัว ไม่ว่าจะด้วยเหตุใดก็ตาม ควรจะได้รับการปกป้องดูแลจากสังคม
3. ผู้สูงอายุได้รับข่าวสาร ข้อมูล รวมทั้งการแนะนำถึงวิธีป้องกัน และรักษาสุขภาพอนามัยของตนเอง และในกรณีเจ็บป่วยควรได้รับการดูแลและรักษาพยาบาล
4. ผู้สูงอายุควรได้รับการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว และชุมชนตามความถนัด และความสามารถของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะบทบาทที่ปรึกษา ซึ่งถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ต่างๆ บทบาทเช่นนี้ย่อมมีผลให้ผู้สูงอายุมีความภูมิใจในตนเอง และเห็นคุณค่าในการที่จะดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าต่อไป

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545-2564 ได้กำหนดยุทธศาสตร์ที่สำคัญไว้ดังนี้ (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ 2545)

1. ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ครอบคลุมเรื่องหลักประกันด้านรายได้เพื่อวัยสูงอายุ การให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต และการปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

2. ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ ครอบคลุมเรื่องการส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ การทำงานและการหารายได้ การสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ การสนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุ และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อ การให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย

3. ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ครอบคลุมเรื่องรายได้ หลักประกันด้านสุขภาพ ครอบครัว ระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน

4. ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการ ครอบคลุมเรื่องการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรผู้สูงอายุ

5. ยุทธศาสตร์การประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผล ครอบคลุมเรื่องการวิจัยและพัฒนาระบบข้อมูล

การประกันสังคม เป็นแนวคิดที่ถูกพัฒนาต่อจากการคำนวณบำเหน็จบำนาญข้าราชการ มีหลายรูปแบบ ดังนี้

- พระราชบัญญัติบำเหน็จบำนาญข้าราชการ พ.ศ. 2494 มาตรา 9 และ 13 โดยเป็นเงินเพื่อตอบแทนการทำงานของผู้สูงอายุให้แก่ข้าราชการ

- พระราชบัญญัติบำเหน็จบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2500 มาตรา 16 ที่ทำให้ข้าราชการส่วนท้องถิ่นเป็นประชากรอีกกลุ่มที่มีหลักประกันทางเศรษฐกิจหลังเกษียณอายุราชการ

- กองทุนสงเคราะห์ตามพระราชบัญญัติโรงเรียนเอกชน เป็นกองทุนเพื่อให้การสงเคราะห์ครูและบุคลากรทางการศึกษาของโรงเรียนเอกชน โดยครูจะต้องจ่ายเงินสะสมจำนวนหนึ่ง โรงเรียนในระบบก็จะส่งเงินสมทบเป็นจำนวนเท่ากับเงินสะสมที่ครูส่งเป็นรายบุคคล และกระทรวงศึกษาธิการก็จะส่งเงินสมทบเป็นจำนวนสองเท่าของเงินสะสมที่ครูส่ง เงินทุนเลี้ยงชีพดังกล่าวครูจะได้รับเมื่อออกจากงานหรือเกษียณอายุ

- กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ เป็นกองทุนที่ถูกจ้างและนายจ้างตกลงกันจัดตั้งขึ้นและได้จดทะเบียนตามพระราชบัญญัติกองทุนสำรองเลี้ยงชีพเพื่อเป็นหลักประกันแก่ลูกจ้าง การออมของลูกจ้างนั้น นายจ้างจะสมทบให้อีกจำนวนหนึ่งแล้วนายจ้างจะนำเงินไปบริหารให้เกิดดอกผล เมื่อลูกจ้างต้องออกจากงานก็จะได้รับประโยชน์จากเงินสะสมนั้นด้วย

- กองทุนประกันสังคม เป็นการขยายโอกาสให้กับแรงงานนอกระบบราชการหรือผู้ที่ไม่ได้ทำงานให้มีโอกาสสร้างหลักประกันเมื่อยามสูงอายุ โดยจะอยู่ในรูปแบบการออมด้วยเงินของประชาชนและรัฐบาลจะสมทบเงินให้อีกส่วนหนึ่ง

โครงการสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุของประเทศไทยเริ่มโครงการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 ในความรับผิดชอบของกรมประชาสงเคราะห์ เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ยากจน ขาดการอุปการะเลี้ยงดู ในระยะแรก จัดสรรให้เพียงหมู่บ้านละ 3-5คน คนละ 200 บาทต่อเดือน คัดเลือกจากคุณสมบัติดังนี้ คือ มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ไม่มีรายได้เพียงพอต่อการยังชีพ ถูกทอดทิ้ง หรือขาดการอุปการะเลี้ยงดู และไม่สามารถเลี้ยงตนเองได้ (ระเบียบกรมประชาสงเคราะห์ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์ เพื่อการยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ พ.ศ. 2543 อ้างใน วรเวศน์ และอาภาพรธณ 2552) ต่อมาในช่วงวิกฤติเศรษฐกิจ ในปี พ.ศ. 2542 จึงได้มีการปรับเบี้ยผู้สูงอายุเพิ่มเป็น 300 บาทต่อคนต่อเดือน (เจียมจิต แสงสุวรรณ อ้างใน รศรินทร์ และคณะ 2556)

ระเบียบกรมประชาสงเคราะห์ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 ได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาคุณสมบัติของผู้มีสิทธิเพิ่มเติมว่า “ให้ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติพื้นฐานที่มีปัญหาซ้ำซ้อน สมควรได้รับการพิจารณาก่อน และให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในถิ่นทุรกันดาร ยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ ให้มีสิทธิได้รับการพิจารณาในระดับต้นก่อน”

ในปี 2552 ตามราชกิจจานุเบกษา ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มีมติในที่ประชุมคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติให้มีการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เป็นเงิน 500 บาทต่อคนต่อเดือน โดยมีเกณฑ์พิจารณาคุณสมบัติของผู้สูงอายุที่ได้รับเงินสงเคราะห์ คือ ต้องมีสัญชาติไทย และมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป และไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการ หรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต่อมาในปี 2555 ได้มีการเปลี่ยนแปลงการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายुरายเดือนเป็นแบบขั้นบันไดโดย (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ กลุ่มยุทธศาสตร์ผู้สูงอายุ อ้างใน รศรินทร์ และคณะ 2556)

ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ได้รับเบี้ยยังชีพ 600 บาท/คน/เดือน

ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี ได้รับเบี้ยยังชีพ 700 บาท/คน/เดือน

ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 80-89 ปี ได้รับเบี้ยยังชีพ 800 บาท/คน/เดือน

ผู้สูงอายุที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไป ได้รับเบี้ยยังชีพ 1,000 บาท/คน/เดือน

จะเห็นได้ว่ารัฐมุ่งเน้นที่จะให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีครอบครัวที่อบอุ่น ได้รับข่าวสารข้อมูลในเรื่องต่างๆ มีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและ

ชุมชนและได้รับความคุ้มครองในสิทธิต่างๆทางสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีความมั่นใจทั้งในความสามารถและคุณค่าของตนเอง

2.1.4 คุณค่าผู้สูงอายุ

ช่องว่างระหว่างวัย เป็นปัญหาที่เกิดจากความไม่เข้าใจในแนวคิดของแต่ละบุคคล ทำให้ความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุและผู้ที่ยุ่่น้อยกว่าหรืออ่อนวัยกว่าห่างเหินกันมากขึ้น การทำความเข้าใจในแนวคิดของผู้สูงอายุและกลุ่มวัยอื่นๆจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นเพราะทัศนคติเป็นปัจจัยพื้นฐานของการนำมาซึ่งความเข้าใจกันและกัน (สุริย์ 2534)

ทัศนคติเกิดจากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลเป็นประสบการณ์จากการปฏิสัมพันธ์ในสังคมทั้งทางตรงและทางอ้อม ก่อให้เกิดทัศนคติที่แตกต่างกันไป ทัศนคติประกอบไปด้วยองค์ความรู้และความรู้สึก ความรู้ หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ โครงสร้างของบุคคลหรือสิ่งของที่เกิดขึ้นจากการศึกษา การค้นหา การสังเกต หรือประสบการณ์ ความรู้ในระดับต่างๆส่งผลให้เกิดความรู้สึกนึกคิดที่เชื่อมโยงกับสภาวะจิตใจของบุคคลให้แตกต่างกัน จากประสบการณ์ที่แต่ละบุคคลสะสมมารวมกับสภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อความคิดและการแสดงออกตามความคิดความรู้สึกของตน (อรรณ 2546) คุณค่าของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับทัศนคติ องค์ความรู้และความสัมพันธ์ทางสังคมว่าจะมองผู้สูงอายุในเชิงบวกหรือลบ (มาร์กาเรต คล้าก อ่างโนนฤพนธ์ 2558)

ในสังคมตะวันตกพบว่ามีแนวโน้มในการมองผู้สูงอายุเป็นไปในเชิงลบ เช่น บุคคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มักจะมองผู้สูงอายุว่าแก่เกินไปที่จะเรียนรู้หรือเข้าใจในสิ่งต่างๆ เป็นภาระต่อสังคม อ่อนแอ และความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันด้วยตัวเองลดลง (Parsons 1993) การใช้ชีวิตของผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกาจะต้องพึ่งพิงเงินสวัสดิการมากกว่าการช่วยเหลือจากครอบครัวและชุมชน (มาร์กาเรต คล้าก อ่างโนนฤพนธ์ 2558)

สังคมตะวันออกนั้นได้ให้ความสำคัญและให้คุณค่าผู้สูงอายุ การยกย่องให้ความเคารพนับถือ แต่ในปัจจุบันการได้รับอิทธิพลจากสังคมตะวันตกมากขึ้น ทำให้ทัศนคติต่อผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป เช่น วัยรุ่นชาวเกาหลีมีแนวโน้มที่จะไม่ให้ความเคารพผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ไม่สนใจในปัญหาของผู้สูงอายุ ปล่อยปะละเลย มีการทำร้ายร่างกายตลอดจนมีอคติเพราะมองผู้สูงอายุในลักษณะที่แตกต่างจากตนเอง ลดคุณค่าผู้สูงอายุจนส่งผลต่อการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ (Sung and Kim 2003)

ในสังคมไทยทัศนคติของวัยรุ่นและกลุ่มคนทำงานพบว่ามีแนวโน้มที่ดีต่อผู้สูงอายุ การมองว่าผู้สูงอายุเป็นภาระหรือการอยู่ในบ้านพักคนชราพบมีไม่มากนัก สะท้อนถึงการยังคงมีทัศนคติ

ที่ดีต่อผู้สูงอายุ การเติบโตมาในสังคมที่ยังมีผู้สูงอายุอยู่ร่วมกัน การปฏิบัติต่อผู้สูงอายุของคนในครอบครัว ตลอดจนการได้รับการอบรมสั่งสอนในโรงเรียน คำสอนทางพุทธศาสนายังคงมีอิทธิพลในการทำให้คนไทยยังมีมุมมองที่ดีต่อผู้สูงอายุ แต่การแสดงออกทางทัศนคติอาจเป็นการแสดงออกในแนวโน้มที่ควรจะเป็นมากกว่าความเป็นจริงก็ได้ (กาญจนา และคณะ 2553) ในทัศนคติของผู้สูงอายุไทยต่อภาพรวมของคนรุ่นปัจจุบัน พบว่า คนรุ่นปัจจุบันมีการพัฒนาทางการศึกษามาก แต่ให้ความสำคัญทางการรักษาวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีไทย การเคารพเชื่อฟังผู้ใหญ่ การนอบน้อมมีสัมมาคารวะลดลง สะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุและคนปัจจุบันว่าห่างเหินกันมากขึ้น บทบาทของผู้สูงอายุในสถาบันครอบครัวที่ลดลง กระทั่งการถ่ายทอดวิทยาการ วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมวัฒนธรรมไทยที่กำลังจะขาดตอนไป (สุริย์ 2534)

2.2 ผู้สูงอายุชายขอบ

การศึกษาเรื่องคนชายขอบไม่อาจจำกัดเฉพาะเพียงมุมมองในเรื่องการตั้งถิ่นฐานทางชายแดนภูมิศาสตร์เท่านั้น แต่ต้องตีความไปถึงคนที่ทำให้อยู่นอกขอบของการรับรู้ทางสังคมด้วยการศึกษาเรื่องคนชายขอบเป็นกระบวนการทางความคิดที่มีมิติซับซ้อน เช่น มิติพื้นที่ มิติทางเศรษฐกิจ มิติทางการเมือง มิติทางสังคมวัฒนธรรม มิติทางสิ่งแวดล้อม เป็นต้น (สุทธิชัย 2546)

ความเป็นคนชายขอบเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมของ “กลุ่มคน” บางประเภทซึ่งขาดอำนาจ ถูกมองข้ามและถูกมองว่าแปลกแยกจากคนส่วนใหญ่ สังคมที่ดำรงอยู่ท่ามกลางความแตกต่างนำมาสู่ข้อถกเถียงเรื่องพัฒนาการของสังคมที่ไม่เท่ากัน คือการเปรียบเทียบว่ามนุษย์อยู่ในลำดับขั้นที่ไม่เท่ากัน บางกลุ่มถูกเรียกว่าคนล่าหัง (Primitive) และบางคนถูกจัดอยู่ในกลุ่มพวกเจริญก้าวหน้า (Civilizen) ซึ่งเชื่อว่าเราแต่ละคนเกิดมาต่างกันและมีมนุษย์บางคนเท่านั้นอยู่ในฐานะสูงส่งหรือสมบูรณ์กว่าคนอื่น (ปริตตา 2544) การเป็นคนแปลกแยกสามารถอธิบายด้วยทฤษฎีเรื่องวัฒนธรรมกลุ่มย่อย (Sub culture) ซึ่งมีการบ่งชี้ว่า คนในวัฒนธรรมย่อยเหล่านั้นอยู่ต่ำกว่าหรือด้อยกว่าคนในวัฒนธรรมหลัก เป็นการตอกย้ำว่าคนเหล่านี้แปลกแยก เบี่ยงเบน มีสถานะภาพทางสังคมต่ำ ไร้ค่า หรือไร้ความหมาย เช่น คนเร่ร่อน คนผิวดำ คนชรา เป็นต้น (Thornton S. 1997)

จากงานของกุลภา (2555) ได้ให้ความหมายของคำว่า “คนชายขอบ” ว่าหมายถึง บุคคลหรือกลุ่มคนส่วนน้อยที่สังคมไม่รับรู้สนใจ เป็นผู้ที่ถูกทำให้ไม่มีความสำคัญ และมีชีวิตอยู่ตามชายแดน หรือริมขอบของพื้นที่ในสังคม ทั้งพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ การเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมชาติพันธุ์ ศาสนา การศึกษา ภาษา วิถีชีวิตทางเพศ การจัดสรรทรัพยากร รวมทั้งการเท่าทันกระแสความทันสมัยในยุคโลกาภิวัตน์ และเมื่อคำนึงถึงประเด็นความเป็นธรรมแล้ว คนชายขอบ

ยังอยู่ห่างไกลจากสิ่งที่เรียกว่า ความเป็นธรรม ด้วยเหตุที่มักไม่ถูกนับรวมเข้าไว้เป็นพวกเดียวกันกับคนส่วนใหญ่ของสังคม จึงไม่อยู่ในข่ายที่จะได้รับสิทธิพื้นฐาน และเข้าถึงความเป็นธรรม ที่ถูกจัดสรรให้โดยรัฐ นอกจากนี้ในทางสังคมวัฒนธรรม คนชายขอบเป็นคนกลุ่มน้อยในสังคมใหม่ วัฒนธรรมประจำกลุ่มจึงเป็นวัฒนธรรมย่อยที่ไม่ได้รับการยอมรับ หรือได้รับการเลือกปฏิบัติจากผู้คนในกระแสวัฒนธรรมหลัก การเรียนรู้การปรับตัวและการต่อสู้ดิ้นรนเพื่อที่จะเอาตัวรอด หรือมีชีวิตอยู่ภายใต้สภาพการณ์ดังกล่าว จึงเป็นสาระสำคัญของวิถีชีวิตของประชากรที่อาศัยอยู่ในวัฒนธรรมชายขอบ (สุริยา และพัฒนา 2542)

คนชายขอบ เป็นกลุ่มคนที่อยู่ห่างจากศูนย์กลางทางเศรษฐกิจ การเมือง และวัฒนธรรม หรืออยู่ชายขอบของสังคมหรือเศรษฐกิจหลักขาดอำนาจในการต่อรองทั้งทางด้านการจัดสรรทรัพยากร และความมั่นคงในสังคม ถูกกีดกันออกจากระบบการต่อรองไม่ได้รับความเป็นธรรมขาดโอกาสในการที่จะเข้าถึง โดยเฉพาะสิทธิขั้นพื้นฐาน ลักษณะของกลุ่มคนชายขอบจะแตกต่างจากคนส่วนใหญ่ในแง่ของชาติพันธุ์ ศิพพรรณ ศาสนา อุดมการณ์ การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และชนชั้นทางสังคม (สุริยา และพัฒนา 2542) ในปัจจุบันแนวคิดของคำว่า“ชายขอบ”ได้ขยายครอบคลุมรวมไปถึงผู้คนที่อยู่ห่างจากศูนย์กลางทั้งทางภูมิศาสตร์ สังคม และวัฒนธรรม กลุ่มคนชายขอบเหล่านี้ถูกผลักให้อยู่ห่างจากศูนย์กลางในมิติต่างๆด้วยเหตุผลที่แตกต่างกันออกไป เป็นกลุ่มที่ยากจะเข้าถึงและไม่มีส่วนในกระบวนการรับฟังความคิดเห็นต่างๆ (สถาบันวิจัยสังคมจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มปป.)

คนชายขอบยังหมายถึงผู้ไร้อำนาจ อันได้แก่ การไร้อำนาจในทางเศรษฐกิจและการเมือง การขาดโอกาสทางการศึกษา การไม่สามารถเข้าถึงสิทธิในการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติ และสวัสดิการของรัฐ (นภาพร 2552)

กระบวนการที่ทำให้เป็นชายขอบนั้น เป็นกระบวนการที่ไม่ได้เกิดจากกลุ่มคนที่เป็นคนชายขอบเอง แต่เกิดจากการถูกทำให้กลายเป็นชายขอบโดยผู้มีอำนาจเหนือกว่า เกิดขึ้นในบริบททางเศรษฐกิจ สังคมการเมืองและวัฒนธรรม เป็นภาวะที่คนจน และคนที่ด้อยอำนาจตกเป็นเบี้ยล่างของกลุ่มคนส่วนใหญ่ คนชายขอบมีสถานะเป็น “คนอื่น” ในสังคมที่อาศัยอยู่คนชายขอบคือคนจนจนทั้งเงินตรา จนทั้งอำนาจ และจนทั้งโอกาส ซึ่งกระบวนการกลายเป็นชายขอบเกิดขึ้นจากวาทกรรมของกรอบความคิด 3 กรอบ (Simes 1999) คือ

1. ความเสมอภาคหรือความไม่เท่าเทียม ความเป็นชายขอบมักมองในมุมของความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและสวัสดิการของผู้ที่ได้รับและไม่ได้รับสวัสดิการ

2. ความปกติหรือความเบี่ยงเบน ความเป็นชายขอบนั้นตั้งอยู่บนพื้นฐานจากประสบการณ์และทัศนคติของคนในสังคมว่าคนกลุ่มใดมีความเบี่ยงเบนไปจากบรรทัดฐานและบริบทของชุมชนและสังคมที่อาศัยอยู่

3. “พวกเรา” หรือ “พวกเขา” ความเป็นคนชายขอบมักที่จะผูกติดอยู่กับแนวคิดในเรื่องของความเป็นรัฐ-ชาติ ที่มีการแบ่งเป็นพวกเราและพวกเขา และแบ่งความแตกต่างของกลุ่มคนตามอัตลักษณ์ วัฒนธรรม และประเพณี

ซึ่งทั้ง 3 วาทกรรมนี้เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมและความไม่เป็นธรรมทางสังคม

ดังนั้นคนชายขอบจึงอาจหมายถึง ชาวเขาเผ่าต่างๆ กลุ่มชาติพันธุ์ ชนกลุ่มน้อย ผู้อพยพลี้ภัย คนไร้รัฐ ไร้สัญชาติ คนพิการ ผู้สูงอายุ แรงงานข้ามชาติ ผู้ติดเชื้อเอดส์ ผู้ติดยาเสพติด คนยากจน คนขอทาน คนเก็บขยะ คนไร้บ้าน แม่เลี้ยงเดี่ยว คนรักเพศเดียวกัน และหญิงบริการ (กาญจนา และธีรณรงค์ 2555)

การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยชราเป็นการระบวนการทางสรีรวิทยาที่หลีกเลี่ยงไม่ได้แต่การให้ความหมายและการประเมินค่าของบุคคลที่เข้าสู่ภาวะชราทางกายภาพกับเป็นสิ่งที่ถูกสร้างขึ้นทางสังคม (social constructed) สะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อและค่านิยมในแต่ละวัฒนธรรม (ปริตตา 2544)

ผู้สูงอายุถูกทำให้เป็นคนชายขอบที่ต้องอยู่อย่างด้อยอำนาจจากภาพลักษณ์ที่ถูกประกอบสร้างขึ้นในฐานะผู้เป็นภาระและอ่อนแอ สังคมไทยส่วนใหญ่มองผู้สูงอายุผ่านการเหมารวม มีโรคภัยไข้เจ็บที่เพิ่มมากขึ้น ควรที่จะได้รับการดูแลรักษาและพักผ่อนอยู่นอกกระบวนเศรษฐกิจไม่ใช่ผู้ผลิต เป็นผู้ที่ไร้ความสามารถ (สโรชพันธุ์ และชไมพร 2557) ซึ่งการเหมารวมนี้สะท้อนให้เห็นได้จากรายงานการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ พ.ศ.2550 โดยเกือบทั้งหมดมองว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุกำลังกล้ามเนื้อจะลดถอยลง เมื่ออายุมากขึ้นจนถึงระยะหนึ่งแล้วจะต้องมีคนดูแล และยิ่งอายุมากขึ้น โรคก็จะมากขึ้นตามไปด้วย เป็นการมองภาพลักษณ์ผู้สูงอายุในมิติของความเสื่อมถอยของร่างกาย สะท้อนวิถีคิดและวิถีปฏิบัติทางด้านลบต่อผู้สูงอายุและภาพเหล่านี้ก็จะถูกถ่ายทอดต่อไปซ้ำแล้วซ้ำเล่าจนเรียกได้ว่าเป็นสังคมที่มีวัยาคติ

วัยาคติ หรือ “Ageism” คำว่าผู้สูงอายุในสังคมไทยนั้นมักที่จะนึกถึงบุคคลที่มีอายุมาก ผมหงอก หลังค่อม ผิวหนังเหี่ยวย่น สุขภาพร่างกายอ่อนแอไม่สามารถที่จะทำงานหนักได้ เป็นการสร้างภาพลักษณ์ของผู้สูงอายุที่ถูกรับรู้และเข้าใจ ซึ่งคำเรียกขานก็จะแตกต่างกันไปตามแต่ละสังคมและวัฒนธรรม ในทางวิชาการจะเรียกว่าเป็น “ภาพแทนความจริง” หรือ ภาพจำ (Stereotype) ซึ่งในความเป็นจริง ผู้สูงอายุไม่ได้มีลักษณะที่เป็นแบบเดียวกัน หรือเหมือนกันไปทั้งหมด ร่างกายที่เสื่อม

ถอยไม่เท่ากัน บางคนช้า บางคนเร็ว บางคนยังแข็งแรง บางคนยังมีสติปัญญาเฉียบแหลม การมองแบบเหมารวม มองแบบเป็นภาพแทนความจริงหรือภาพจำเป็นเหตุนำไปสู่การเกิดอคติต่อผู้สูงอายุ หรือที่เรียกว่า “วัยาคติ” หรือ “Ageism” (รศรินทร์ และคณะ 2556; กาญจนานา และคณะ 2553)

Ageism หมายถึง อคติในสังคมที่มีต่อผู้สูงวัย (Traxler 1980) เป็นการต่อต้านตัวบุคคล หรือกลุ่มบุคคลอันเกิดจากอายุ ทั้งในส่วนของความเชื่อ ทักษะคติ ค่านิยม และคุณค่าโดยมีพื้นฐานมาจากอคติในเรื่องของอายุ การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Ageism มักออกมาในลักษณะของแง่ลบเพื่อต่อต้านผู้สูงอายุ เกิดจากอคติที่เป็นผลมาจากอายุที่แตกต่างกัน (Nuessel 1982) Ageism เกิดขึ้นจากสมมุติฐานส่วนบุคคล การคาดหวัง และความกลัวที่เกี่ยวกับการมีอายุที่มากขึ้น ผู้คนส่วนใหญ่เชื่อว่าการมีอายุมากขึ้นก็เหมือนกับการมีความทุพพลภาพทางกาย สุขภาพที่ย่ำแย่ลง ความคิดความอ่านจะช้าลง (Brossoie n.d.) ดังนั้นคำว่า Ageism จึงเกิดขึ้นจากความกลัวและการรังเกียจการมีอายุที่มากขึ้น นอกจากการกลัวความตายแล้วการมีอายุที่มากขึ้นยังหมายถึงความสามารถบางอย่างที่ลดลง เช่น ความจำ การเคลื่อนไหว โรคภัยไข้เจ็บต่างๆ

Ageist prejudice คือ อารมณ์แบบหนึ่งที่เชื่อมโยงกับความรู้ความเข้าใจในเรื่องของการสูงอายุ โดยคิดว่าผู้สูงอายุนั้นทำอะไรต่างๆ ได้ไม่ดีพอ เป็นทัศนคติในทางลบ

Age discrimination คือ การเลือกปฏิบัติต่อบุคคลอันเนื่องมาจากวัยหรืออายุ (กาญจนานา และคณะ 2553) การปฏิเสธหรือการจำกัดโอกาสอันเนื่องมาจากอคติทางอายุ เช่นการจำกัดการทำกิจกรรมบางอย่างว่าผู้สูงอายุไม่สามารถทำได้ หรือการสร้างกฎเกณฑ์และโอกาสหากมีอายุเกินกว่าที่กำหนด

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิด Ageism

1. ความตาย ชาวตะวันตกคิดว่าความตายไม่ใช่สิ่งที่แน่นอนของช่วงชีวิต ความตายและการสูงอายุเป็นเรื่องน่ากลัวโดยเฉพาะคนอเมริกัน กลัวการหมดหนทาง การไร้ซึ่งประโยชน์และความตาย (Kastenbaum 1978)

2. การถูกเพิกเฉยจากวัฒนธรรมวัยรุ่น สังคมมักให้ความสำคัญกับวัยรุ่น จนเพิกเฉยต่อผู้สูงอายุและถูกมองในแง่ลบ การที่สังคมให้ความสนใจแต่กับวัยรุ่นจนมีผลกระทบต่อการเข้าใจในตัวผู้สูงอายุแล้วยังส่งผลต่อการเข้าใจตัวเองของผู้สูงอายุด้วย

3. การถูกมองว่าไม่มีประโยชน์ทางด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ เนื่องจากการถูกมองว่าไม่สามารถที่จะเป็นผู้ผลิตทางเศรษฐกิจได้แล้ว ยังถูกมองว่าเป็นภาระทางการเงิน ผู้สูงอายุเมื่อถึงวัยเกษียณแล้วก็จะหมดคุณค่า ไม่สามารถเป็นผู้ผลิตทางเศรษฐกิจได้

ในทางทฤษฎีและทางกฎหมายนั้นผู้สูงอายุไทยมีสถานภาพเท่าเทียมกับประชากรวัยอื่นๆ รัฐธรรมนูญปี 2550 ได้ให้หลักประกันว่าผู้สูงอายุจะมีสิทธิเสมอภาคเช่นเดียวกับคนไทยวัย

อื่นๆ ผู้สูงอายุจะต้องไม่ถูกเลือกปฏิบัติ และยังมีสิทธิพิเศษบางอย่างเหนือประชากรกลุ่มอื่นๆ เช่น การเข้าชมพิพิธภัณฑ์ฟรี เข้าอุทยานแห่งชาติฟรี ค่าโดยสารรถประจำทางในกรุงเทพมหานครครึ่งราคา และผู้สูงอายุไทยอยู่เป็นคนวงในด้วยหลักประกันทางกฎหมายและวัฒนธรรมประเพณีที่ยึดเหนี่ยวผู้สูงอายุให้เป็นคนที่อยู่วงในของสังคมแต่ในความเป็นจริงกลับไม่เป็นเช่นนั้น วายาคติ ความยากจน ความเจ็บป่วย การอยู่อาศัยเพียงลำพัง สิ่งก่อสร้างพื้นฐานและบริการสาธารณสุขที่ไม่เอื้อต่อผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยที่ผลักดันให้ผู้สูงอายุกลายเป็นคนชายขอบ (ปราโมทย์ และคณะ 2555)

สังคมไทยได้ให้ความสำคัญแก่ผู้สูงอายุ ดังจะเห็นได้ว่ามีวัฒนธรรมประเพณีที่ส่งเสริมคุณค่าของผู้สูงอายุ ซึ่งวัฒนธรรมในการให้คุณค่าผู้สูงอายุจะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะผลักดันให้ผู้สูงอายุไปอยู่ชายขอบหรือดึงให้ยังอยู่วงในของสังคม (ปราโมทย์ และคณะ 2555) ทศนคติเชิงบวกของคนไทยเป็นเหมือนสิ่งที่จะจุดรั้งไม่ให้ผู้สูงอายุหลุดไปอยู่ชายขอบได้โดยง่าย เช่น การให้ความสำคัญ ให้เกียรติ เคารพนับถือ เป็นผู้ทรงคุณค่า มีภูมิปัญญา ลูกหลานและคนในสังคมจะต้องเคารพยกย่อง ทั้งยังต้องรู้จักกตัญญูกตเวทิตา คือรู้คุณค่าและพร้อมที่จะตอบแทนพระคุณของท่าน จากการสำรวจความรู้และทัศนคติจากคนวัยหนุ่มสาวและคนวัยทำงานต่อผู้สูงอายุยังมองว่าผู้สูงอายุไม่ได้เป็นภาระของครอบครัวและไม่ควรอยู่ในบ้านพักคนชรา หมายความว่ากลุ่มวัฒนธรรมหลักอย่างวัยรุ่นและวัยทำงานยังให้ความสำคัญและให้คุณค่าผู้สูงอายุในฐานะวัฒนธรรมร่วม (กาญจนา และคณะ 2553) แต่ภาพของผู้สูงอายุที่ยังคงถูกทิ้งให้อยู่อย่างลำบาก ยากแค้น ถูกทารุณกรรม ปล่อยปละเลย ถูกทิ้งให้อยู่สถานสงเคราะห์ ก็ยังคงมีให้เห็นผ่านทางสื่อต่างๆ ซ้ำแล้วซ้ำเล่า เป็นการตอกย้ำภาพลักษณ์ของผู้สูงอายุที่ยังคงเป็นภาระ ต้องดูแลและจัดการ เป็นการผลักดันให้ผู้สูงอายุต้องออกไปอยู่ชายขอบของสังคมมากยิ่งขึ้น (สมรภัศร์ อ่างโน สโรชพันธุ์ และชไมพร 2557)

ผู้สูงอายุไม่ได้เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติแต่เป็นการปรุงแต่งทางสังคม เพื่อที่จะแบ่งคนในสังคมออกเป็นกลุ่มๆ ผ่านทางสัญลักษณ์และการสร้างความหมาย โดยมากจะเป็นความหมายทางด้านลบซึ่งส่งผลต่อวิถีคิดของผู้คนในสังคม กลุ่มอายุที่แตกต่างกันก็จะมีโครงสร้างทางสังคมเป็นตัวกำหนด ควบคุม ให้มีบทบาทและสถานภาพแตกต่างกันไป กลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มักจะถูกมองว่าเป็นเพียงกลุ่มวัฒนธรรมร่วมท่ามกลางวัฒนธรรมหลักของกลุ่มคนทำงานและวัยรุ่น (สโรชพันธุ์ และชไมพร 2557) ในอดีตผู้สูงอายุไม่ได้มีการนิยามเป็นลายลักษณ์อักษรว่าคือใคร เป็นแต่เพียงการรับรู้ผ่านการสร้างความหมายอย่างกว้างๆว่า เป็นผู้มีลักษณะทางกายภาพที่เสื่อมถอยและเป็นภาระ (Roebuck 1979 อ่างโน รศรินทร์ และคณะ 2556) ภายใต้อิทธิพลดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุผู้นั้นถูกกีดกันออกจากวัฒนธรรมหลักและอยู่อย่างด้อยอำนาจ จำนนต่อการควบคุมและจัดการผ่านทางนโยบายและแผนงานต่างๆ ที่ควรได้รับการปกป้องและคุ้มครอง (สโรชพันธุ์ และชไมพร 2557)

สภาพสังคมที่เปลี่ยนไปทำให้ค่านิยมของสังคมเปลี่ยนตามไปด้วย กระแสวัฒนธรรมสมัยใหม่ที่หลั่งไหลเข้ามายังวัยรุ่นไทยที่อาจจะทำให้เกิดทัศนคติเชิงลบต่อผู้สูงอายุ เห็นคุณค่าในผู้สูงอายุเปลี่ยนไปจากเดิม การพัฒนาทางเศรษฐกิจ สังคม วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในสังคมสมัยใหม่ทำให้ประสบการณ์และความรู้ที่สั่งสมมาของผู้สูงอายุ ใช้ไม่ได้กับเทคโนโลยีสมัยใหม่ เรียกว่า ภาวะความไม่มั่นคงในรูปแบบใหม่ๆ (New in security) เกิดการขยายตัวของช่องว่างระหว่างกลุ่มคนมากขึ้น (สุริชัย 2546) ทำให้มองภาพลักษณะของผู้สูงอายุว่าเป็นพวกไม่ยืดหยุ่น ต่อต้านการเปลี่ยนแปลง ไม่สร้างสรรค์ และไม่อาจริเริ่มอะไรใหม่ๆ ได้ สิ่งเหล่านี้ล้วนผลักดันให้ผู้สูงอายุกลายเป็นคนชายขอบ (ปรีตดา 2544) จากการศึกษาของ Cowgill and Lowell (1972) อ้างใน เรืองรอง (2547) อธิบายว่า ปรากฏการณ์ที่ผู้สูงอายุไม่ได้รับการยกย่องเหมือนดังเช่นในอดีตว่าเป็นผู้มีความรู้ เป็นที่ปรึกษาในครอบครัว แต่กลับต้องเปลี่ยนสถานะเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพิงนั้น เกิดขึ้นในทุกสังคมที่ความทันสมัยเข้าไปถึง การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวห่างกันมากขึ้น นอกจากนั้นในการศึกษาอื่นๆยังพบว่า ค่านิยมเกี่ยวกับผู้สูงอายุของชาวเอเชียตะวันออกนั้น เปลี่ยนไปบ้างแล้ว เช่น ชาวเกาหลี ญี่ปุ่น และจีน ซึ่งแต่เดิมได้ชื่อว่ามีค่านิยมที่ยกย่องและให้ความเคารพผู้สูงอายุอย่างมาก แต่ทัศนคติเหล่านี้เริ่มเปลี่ยนแปลงไป คนรุ่นหนุ่มสาวในประเทศเกาหลีบางส่วนมีแนวโน้มที่จะไม่ให้ความเคารพนับถือแก่ผู้สูงอายุ ไม่สนใจต่อปัญหาของผู้สูงอายุและยังพบว่ามีการทำร้ายผู้สูงอายุ รวมถึงการเลือกปฏิบัติด้วย (Sung & Kim 2003) เช่นเดียวกับที่พบในฮ่องกง ที่คนหนุ่มสาวมีทัศนคติในการให้คุณค่าผู้สูงอายุลดลง (Cheung, Chan & Lee 1999) โลกทัศน์ที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบันของไทย กฎเกณฑ์ทางสังคมที่มีการปรับเปลี่ยน ผู้สูงอายุจากที่เคยได้รับการถ้อยที ถ้อยอาศัยอย่างแต่ก่อน ให้สิทธิในการขึ้นรถก่อนอย่างที่เคยเป็นมา เมื่อสังคมเปลี่ยนเป็นการได้รับสิทธิตามลำดับก่อนหลัง ทำให้ผู้สูงอายุบางคนปรับตัวไม่ทัน มีความเข้าใจที่ไม่ตรงกันกับกลุ่มวัยอื่นในการใช้พื้นที่สาธารณะ ทำให้เกิดผลลัพธ์เป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนาและมาพร้อมๆกับคำว่า “มนุษย์ลุง” และ “มนุษย์ป้า” เป็นนิยามที่อยู่บนพื้นฐานของความแตกต่างระหว่างวัย ความไม่ทันและไม่รู้กับการเปลี่ยนแปลงของสังคมนั้นเป็นตัวผลักดันให้ผู้สูงอายุเหล่านี้เข้าไปรวมอยู่ในกลุ่มพฤติกรรมน่ารังเกียจ ถูกเบียดออกจากสังคม (ณัฐเมธี 2557)

ในสังคมทั่วไปความแตกต่างทั้งชีวิตความเป็นอยู่ วัฒนธรรม สถานภาพทางเศรษฐกิจ และสังคม ความเหลื่อมล้ำและความไม่เท่าเทียมกัน ทำให้เกิดกลุ่มคนที่ด้อยสิทธิและโอกาส แต่สังคมผู้สูงอายุนั้นนอกจากสาเหตุที่กล่าวมานั้นสาเหตุหลักยังมาจากสภาพร่างกายที่เสื่อมสภาพไปตามวัยที่เพิ่มขึ้น ซึ่งแรงผลักดันที่ทำให้ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งต้องเป็นคนชายขอบ คือ (ปราโมทย์ และคณะ 2555)

1. แรงผลักดันจากความด้อยสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม

ถึงแม้ว่ารัฐธรรมนูญจะกำหนดเรื่องความเสมอภาค ไม่เลือกปฏิบัติด้วยสาเหตุแห่งความแตกต่างทางเศรษฐกิจและสังคม แต่ในความเป็นจริงผู้สูงอายุที่ได้ก้าวพ้นวัยแรงงานและสภาพร่างกายไม่เอื้ออำนวยต่อการเป็นผู้ผลิต ไม่มีรายได้ และหากไม่มีความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือรายได้ไม่เพียงพอต่อการยังชีพด้วยแล้วผู้สูงอายุเหล่านี้ก็จะกลายเป็นคนชายขอบ

แหล่งรายได้หลักในการดำรงชีพของผู้สูงอายุคือบุตร ร้อยละ 52.3 รองลงมาเป็นรายได้จากการทำงานของผู้สูงอายุที่ยังคงทำงานเพื่อเลี้ยงตนเองและครอบครัว ร้อยละ 28.9 จากคู่สมรส ร้อยละ 6.1 จากเงินบำเหน็จบำนาญ ร้อยละ 4.4 และพบว่าผู้สูงอายุไม่มีการออมถึงร้อยละ 31.3 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ อ้างใน ชมพูนุช 2556)

2. แรงผลักดันจากสุขภาพอนามัยของตน

ร่างกายที่เสื่อมสภาพไปตามระยะเวลาเสี่ยงต่อการเป็นโรคต่างๆเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุเมื่อเป็นโรคแล้วไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ มีภาวะทุพพลภาพจำเป็นต้องพึ่งพิงผู้อื่น ต้องมีผู้ดูแลถือว่าเป็นคนชายขอบ

กลุ่มโรคในผู้สูงอายุที่พบมากเป็นอันดับหนึ่งคือ กลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ รองลงมาเป็นกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ และกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้สูงอายุยังมีแนวโน้มมีความพิการเพิ่มมากขึ้น จากร้อยละ 5.8 ในปี 2544 เพิ่มเป็นร้อยละ 15.3 ในปี 2550 โดยความพิการที่พบได้แก่ สายตาเลือนรางทั้งสองข้าง หูตึงทั้งสองข้าง และอัมพฤกษ์ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ อ้างใน ชมพูนุช 2556)

3. แรงผลักดันจากการอยู่อาศัย

ด้วยปัญหาทางด้านเศรษฐกิจในปัจจุบันผู้คนในวัยทำงานมักต้องย้ายจากบ้านเกิดเพื่อหาเลี้ยงชีพและทิ้งลูกหลานไว้ให้ผู้สูงอายุดูแล ทำให้แนวโน้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนขนาดเล็ก อยู่เพียงลำพัง หรืออยู่กันตามลำพังและผู้สูงอายุอยู่กับเด็กเล็กเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถที่จะพึ่งพิงใครได้ แต่หากยังได้รับการดูแลหรือเกื้อหนุนจากลูกหลานที่อยู่ห่างไกลเช่นส่งเงินมาให้หรือมาเยี่ยมบ้างเป็นครั้งคราวก็จะทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้อยู่ห่างจากการเป็นคนชายขอบได้อเนกตเป็นสิ่งที่ต้องกังวลเนื่องจากจะมีผู้สูงอายุที่เป็นโสดอยู่ตัวคนเดียวหรือไม่มีบุตรหรือมีบุตรน้อยอาจจะทำให้ผู้สูงอายุถูกผลักดันให้เป็นคนชายขอบมากยิ่งขึ้น

4. แรงผลักดันจากบริการสาธารณะที่ไม่เอื้ออำนวย

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 11 ได้เพิ่มเติมสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริมและการสนับสนุนในด้านการอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคารสถานที่ ยานพาหนะหรือการบริการสาธารณะอื่น ผู้สูงอายุจะได้รับการอำนวย

ความสะดวกจากรัฐในลักษณะของการกำหนดลักษณะอาคารสถานที่ ยานพาหนะ หรือบริการสาธารณะที่ต้องมีอุปกรณ์ที่อำนวยความสะดวกโดยตรงแก่ผู้สูงอายุ เช่น ราวจับ ใต้ ลิฟต์ ทางเดินเท้า รวมถึงการจัดมุมสุขภาพในส่วนสาธารณะ แต่ในความเป็นจริงแล้วบริการสาธารณะโดยเฉพาะถนนหนทางที่ไม่ได้ออกแบบมาให้เอื้อต่อการใช้งานของผู้สูงอายุ ทางเท้าต่างระดับและมีสิ่งกีดขวางพื้นผิวทางที่ไม่ราบเรียบ การข้ามถนนในเมืองที่มีการจราจรหนาแน่นทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถใช้บริการได้ การบริการขนส่งมวลชนทั้งตัวยานพาหนะและทางเข้าออกก็ไม่ได้ออกแบบมาเพื่อผู้สูงอายุ สถานือนามัยรวมถึงวัดวาอารามต่างๆที่บันไดทำไว้สูงมากเกินไปสูงมากเกินกว่าที่ผู้สูงอายุจะเดินขึ้นไปได้ สิ่งเหล่านี้ได้ทำให้ผู้สูงอายุต้องเป็นคนขายขอบไปโดยปริยาย นโยบายต่างๆของภาครัฐส่วนใหญ่จะเป็นการมุ่งเน้นไปในทางการจัดสวัสดิการสังคมให้ผู้สูงอายุมีอาชีพ มีรายได้ มีสิทธิในการรักษาพยาบาล โดยยังขาดการมุ่งเน้นทางด้านระบบการขนส่งต่างๆ ที่ยังคงสร้างความลำบากในการใช้บริการ สิทธิผู้สูงอายุที่พึงจะได้รับบริการอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยในด้านการบริการสาธารณะที่จำเป็น ซึ่งต้องมุ่งเน้นด้านความปลอดภัยมากที่สุด ผู้สูงอายุยังต้องการการอำนวยความสะดวกและปลอดภัยในการใช้บริการในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะหรือบริการสาธารณะอื่นๆ เช่น ทางเท้า ทางเดิน และห้องน้ำ เป็นต้น (พรพรม และภรณ์ 2554)

แรงผลักดันต่างๆเหล่านี้เกิดขึ้น และมีความสัมพันธ์กัน บางครั้งซ้ำซ้อนและซ้ำเติมกันจนผลทำให้ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งให้กลายเป็นคนขายขอบที่ต้องถอยห่างออกไป ออกจากความเสมอภาค ในสังคมอนาคตข้างหน้าประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว การวางแผนและนโยบายสาธารณะที่จะช่วยดึงประชากรสูงอายุไม่ให้หลุดออกไปอยู่บริเวณชายขอบของสังคมและยังคงอยู่วงในของความเสมอภาคในสังคมจึงจำเป็นอย่างยิ่ง (ปราโมทย์ และคณะ 2555)

จากปัญหาสุขภาพทางกายเป็นสิ่งที่กระทบต่อการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะทุพพลภาพและเสี่ยงต่อภาวะการตายสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีความสุข (Collins, Galdman & Rodriguez 2008; Lyyra et. Al. 2006) เมื่อรวมกับแรงผลักดันต่างๆที่ทำให้ผู้สูงอายุเป็นคนขายขอบด้วยแล้วนั้น ยิ่งซ้ำเติมปัญหาสุขภาพจิตมากยิ่งขึ้น

2.3 สุขภาพจิต

ความหมายของคำว่า “สุขภาพจิต” มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลาย เช่น องค์การอนามัยโลก (2544) ให้นิยามว่า สุขภาพจิต หมายถึง ภาวะปกติสุขที่บุคคลมีความเข้าใจในศักยภาพต่างๆของตนเอง สามารถจัดการปัญหาความเครียดโดยทั่วไปได้อย่างเหมาะสม ประกอบกิจการ

ต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นประโยชน์แก่ตนเองและสังคม กรมสุขภาพจิต (2545) สุขภาพจิต หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุขอันเป็นผลมาจากการมีวิธึมองตนเอง มองโลก รวมทั้งสามารถจัดการ กับความคิด อารมณ์ การแสดงออกต่อตนเอง ต่อผู้อื่น และสังคมอย่างเหมาะสมและสร้างสรรค์ ภายใต้สภาพแวดล้อมและเวลาที่เปลี่ยนแปลง

ลำเนาวิ (2535) ให้นิยามสุขภาพจิตว่า หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการสนอง ความต้องการของตนเอง สามารถมีและรักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่น ไว้ได้ ตลอดจนดำรงชีวิตอยู่อย่าง มีความสุขในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาโดยปราศจากอาการของโรคทางจิต พรพจน์ (2538) ให้นิยามสุขภาพจิตว่า หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะปรับปรุงตนเองให้มีความสุข มี สัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นและสามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้โดยไม่มีข้อขัดแย้ง เกิดขึ้นภายในจิตใจ จิตรกัญญาณี (2539) ให้นิยามสุขภาพจิตว่า หมายถึง การมีจิตใจที่แจ่มใส มี ภาวะจิตใจที่มั่นคงและสมบูรณ์ สามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างดี มี บุคลิกภาพที่เหมาะสม มีความรับผิดชอบและดำรงชีวิตอยู่ในโลกและสภาวะแวดล้อมปัจจุบันที่มี การเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ สามารถทำประโยชน์ให้กับตนเองและสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ นภาพร (2542) ให้นิยามสุขภาพจิตว่า หมายถึง สภาพความสมบูรณ์และความผาสุกทางจิตใจและ อารมณ์ของบุคคล โดยผู้ที่มีสุขภาพจิตดีนั้นมีลักษณะที่สำคัญคือ รู้จักตนเอง ยอมรับตนเอง สำนึกใน คุณค่าตนเอง เป็นตัวของตัวเอง สามารถเผชิญกับภาวะความเครียดและสภาพอารมณ์ต่างๆ ได้อย่าง เหมาะสม สามารถยอมรับสภาพความเป็นจริง เอาชนะสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นผู้ ที่พัฒนาตนเองอยู่เสมอและและมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคลได้ เต็มเดือน (2544) ให้นิยาม สุขภาพจิตว่า หมายถึง สภาพสมดุลทางจิตของมนุษย์ สามารถควบคุมอารมณ์ให้มั่นคง ทำให้จิตใจ เบิกบานแจ่มใส มีความเชื่อมั่นในตัวเอง มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี สามารถปรับตัวเอง ให้เข้ากับสังคมหรือสิ่งแวดล้อมได้ทุกสถานการณ์ อภิชัย และคณะ (2544) ให้นิยามสุขภาพจิตว่า หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุขอันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนิน ชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

การเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ที่เกิด ขึ้นกับผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวหรือยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้นแล้วก็จะส่งผลให้เกิด ความวิตกกังวล ซึมเศร้า เกิดภาวะเครียด จนกลายเป็นปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งกรมสุขภาพจิตได้จำแนก ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุออกได้เป็นดังนี้ (กรมสุขภาพจิต 2540 อ้างใน เต็มเดือน 2544)

1. ความวิตกกังวล ผู้สูงอายุมักจะมี ความวิตกกังวลที่จะต้องพึ่งลูกหลาน กลัวที่จะถูกทอดทิ้ง กลัวไม่ได้รับการเอาใจใส่จากลูกหลาน ทำให้นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เบื่ออาหาร เป็นต้น
2. การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ อาการที่พบได้บ่อยๆคืออาการซึมเศร้า หงุดหงิด ระวัง เอาแต่ใจตัวเอง คิดฟุ้งซ่าน หมดกำลังใจ รู้สึกไร้ค่า เป็นต้น
3. การเปลี่ยนแปลงทางความคิด ผู้สูงอายุมักที่จะคิดซ้ำซาก ลังเล หมกมุ่นเรื่องของตนเองและเรื่องที่ผ่านมาในอดีต บางทีคิดด้วยความเสียใจหรือเสียขาย คิดกลัวที่จะถูกทอดทิ้ง ถูกรังเกียจ เป็นต้น
4. พฤติกรรม มักที่จะจู้จี้จิบ่น เอาแต่ใจตัวเอง ยุ่งเรื่องของคนอื่น เป็นต้น
5. ความจำ พบมีภาวะความจำเสื่อม หลงลืม จำอดีตได้ดีกว่าปัจจุบัน พูดซ้ำๆซากๆ ย้ำคิดย้ำทำเพื่อให้เกิดความแน่ใจ
6. โรคจิต ความพิการทางสมอง เนื่องจากมีการเสื่อมของสมองไปตามอายุ

สุขภาพจิตเป็นสภาวะของจิตใจและอารมณ์ ที่รู้สึกถึงความสามารถที่จะรับมือกับความเครียดในชีวิตประจำวัน และความเครียดมีผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานของจิตใจและร่างกาย การทำงานในชีวิตประจำวันนั้นย่อมที่จะพบกับอุปสรรคและปัญหาต่างๆ หากไม่สามารถหาหนทางแก้ไขหรือรับมือกับเรื่องนั้นๆได้แล้ว ย่อมที่จะทำให้เกิดความกดดันหรือเกิดความเครียด และหากไม่สามารถที่จะจัดการหรือรับมือได้อย่างเหมาะสมแล้วก็จะนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตได้ (Ali Mostafaei 2012)

ความเครียดเป็นส่วนหนึ่งของคำว่า “สุขภาพจิต” และมีความสัมพันธ์กันในเชิงลบหรือตรงกันข้าม (ACAS 2012; ปวีดา และคณะ 2554) นั่นคือ หากบุคคลมีความเครียดสูงจะทำให้มีสุขภาพจิตลดลง หรือบุคคลหากมีความเครียดน้อยก็หมายถึงคนๆนั้นมีสุขภาพจิตดี ระดับความเครียดขึ้นอยู่กับสภาพปัญหา การคิด การประเมินของแต่ละบุคคล แต่เมื่อใดที่มีความเครียดระดับสูง โดยเฉพาะเครียดเป็นเวลานานๆ จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย และสุขภาพจิต (Judge and Locke 1993) และความเครียดยังเป็นความไม่สบายทางอารมณ์และจิตใจ เป็นอาการป่วยทางจิตในระยะเริ่มแรก (ประชา และสุนิสสา 2550)

กรมสุขภาพจิต (2541) ได้ให้ความหมายของ “ความเครียด” ว่า เป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเพื่อโต้ตอบต่อสภาพแวดล้อม เป็นประสบการณ์เฉพาะตัวของแต่ละบุคคล

สุมาลี (2544) กล่าวว่าความเครียดเป็นเรื่องของร่างกายและจิตใจ ที่เกิดการตื่นตัวเตรียมรับกับเหตุการณ์ที่คิดว่าหนักหนาเกินกว่าทรัพยากรหรือความสามารถที่จะแก้ไขได้ ทำให้รู้สึกหนักใจ เป็นทุกข์ ก่อให้เกิดอาการผิดปกติทางร่างกายและพฤติกรรมตามไปด้วย

มณฑาทิพย์ (2538) กล่าวว่า ความเครียดเป็นผลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมเมื่อความต้องการของบุคคลนั้นไม่ได้รับตามเป้าหมาย

สมิต (2537) กล่าวว่า ความเครียด คือ สภาวะที่ซับซ้อนของร่างกายและจิตใจที่เกิดจากสภาพแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่บีบบังคับให้ร่างกายและจิตใจเปลี่ยนแปลงไป และจะยังอยู่เรื่อยไปจนกว่าสถานการณ์นั้นจะหมดไปและสาเหตุของความเครียดส่วนใหญ่เกิดจากจิตใจ

ความเครียดเกิดจากสาเหตุสำคัญ 2 ประการ (กรมสุขภาพจิต 2543) คือ

1. สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่น ปัญหาการเงิน การงาน ครอบครัว สุขภาพ ซึ่งจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียด

2. การคิดและการประเมินสถานการณ์ของแต่ละบุคคล คนที่มองโลกในแง่ดี จะมีความเครียดน้อยกว่าคนที่มองโลกในแง่ร้าย นอกจากนี้คนที่มีความช่วยเหลือจะมีความเครียดน้อยกว่าคนที่โดยเฉี่ยวตามลำพัง

อรพรรณ (2545) ความเครียดเกิดจาก

1. การถูกคุกคามทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ
2. ความต้องการพื้นฐานถูกขัดขวาง
3. ภาวะทางร่างกายและจิตใจถูกรบกวน
4. พัฒนาการทางร่างกาย และวัยที่เปลี่ยนแปลงไป
5. วิกฤติและสถานการณ์ที่เผชิญอยู่

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด ได้แก่ (อรพรรณ 2545)

1. ความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันและสังคม
2. เหตุการณ์ในครอบครัว
3. การเจ็บป่วยทางร่างกายและจิตใจ
4. การประกอบอาชีพ การทำงาน
5. พัฒนาการตามวัย
6. ปัญหาเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม

ผู้สูงอายุผ่านประสบการณ์ชีวิตที่หลากหลาย ทั้งประสบความสำเร็จและความล้มเหลว การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่ลดลงตามวัย ทำให้ขีดความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง

ลดลง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เหมือนเดิมจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นมากยิ่งขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองคือยาค่า ส่งผลให้เกิดความเครียด วิตกกังวล (สุทธิชัย 2543)

ผู้สูงอายุในระบบจัดการสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มติดสังคม ร้อยละ 78 เป็นกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้ มีสุขภาพทั่วไปดี มีโรคเรื้อรังที่ควบคุมได้ 1-2 โรค กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 20 มีโรคเรื้อรังหลายโรค ต้องการความช่วยเหลือบางส่วน และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 2 ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีภาวะแทรกซ้อน เพราะบาง กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงนั้นจำเป็นที่จะต้องมีการกิจกรรมประจำวันที่ต้องได้ใช้การพูด การคิด ทำกิจกรรมต่างๆที่ทำได้ เช่น การสวนมนต์ พูดคุยกับลูกหลาน งานอดิเรกที่ทำให้เกิดความเพลิดเพลิน บางกิจกรรมอาจต้องอาศัยการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ก็จะสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและสังคม ชุมชน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ (เจาะลึกระบบสุขภาพ 2557)

ความเครียดของผู้สูงอายุพบได้เช่นเดียวกับบุคคลวัยอื่นๆ จะแตกต่างกันในเรื่องการปรับตัวต่อภาวะความเครียดไม่เท่ากัน ซึ่งสาเหตุของความเครียดในผู้สูงอายุ เกิดจาก 1) ความบกพร่องของร่างกายที่ทำให้ต้องพึ่งพิงบุคคลอื่น 2) ความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถลดลง 3) โรคประจำตัว และ 4) การเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม เช่น การเกษียณอายุ บทบาทการเป็นหัวหน้าครอบครัวที่สูญเสียไป การจากไปของบุคคลใกล้ชิด สาเหตุดังกล่าวนี้ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพจิต (นิศา 2525; สมศักดิ์ 2539)

ในการศึกษาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยปี 2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ คือ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา การทำงาน เศรษฐฐานะของครัวเรือน สังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประเภทของการรักษาพยาบาล (George 2010; รศรินทร์ และณัฐจิรา 2555)

2.3.1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

1. เพศและอายุ

เพศเป็นตัวกำหนดบทบาทในสังคมไทย โดยเพศชายจะได้รับการยกย่องให้เป็นผู้เข้ารับผิดชอบในการตัดสินใจปัญหาต่างๆ ส่วนผู้หญิงถูกกำหนดให้เป็นผู้ตามทำหน้าที่ทำงานบ้าน เลี้ยงดูบุตร ดูแลบ้านและบุคคลในครัวเรือน (กาญจนา 2543) จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2551 – 2553 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2554) พบว่าเพศชายมีสุขภาพจิตดีกว่าเพศหญิง โดยกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) มีคะแนนสุขภาพจิตต่ำที่สุดแต่ในรอบ 3 ปีก็ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดอาจเป็นผลมาจากมาตรการเบี่ยงชีฟผู้สูงอายุ และยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มมากขึ้นจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับงานของ วิชาญ, โยธิน และสุภาพร (2555)

ผู้สูงอายุเพศหญิงมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุชาย (นภาพร และคณะ 2532; วิชาญ, โยธิน และสุภาพร 2555) และจากงานของกนกวรรณ (2527) ที่พบว่าผู้สูงอายุชายมีโอกาสได้ออกไปทำงานนอกบ้านและมีบทบาททางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุหญิงทำให้มีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่า ส่วนปัจจัยด้านอายุพบว่าความสุขมีลักษณะเป็นรูปตัวยู โดยจะสูงในวัยรุ่น ต่ำในวัยทำงาน และกลับมาสูงในวัยสูงอายุ (Frey & Slutzer 2002)

2. สถานภาพสมรส

ผู้ที่มีคู่สมรสอาศัยอยู่ด้วยย่อมเกิดความรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย มีกำลังใจ และความมั่นคงทางอารมณ์มากกว่าผู้เป็น โสด หม้าย หย่าหรือแยกทางกับคู่สมรส (สมจิต 2536; Pinqart & Sorensen 2001) จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2551 – 2553 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2554) พบว่า ผู้ที่มีคู่สมรสมีความสุขจิตดีที่สุดในผู้ที่มิมีสถานภาพหย่าและแยกกันอยู่มีระดับสุขภาพจิตต่ำที่สุด เช่นเดียวกับงานของ วิชาญ, โยธิน และสุภาพร (2555) นอกจากนี้ยังพบว่าการหย่าร้างจากคู่สมรสและการแยกกันอยู่ของคู่สมรสรวมทั้งการเป็นหม้าย ส่งผลต่อสุขภาพและทำให้ความสุขลดลง (อภิชาติ และคณะ 2554) นอกจากนี้งานของ Layard (2005) ได้อธิบายไว้ว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความสุขและอารมณ์ ผู้ที่มีสถานภาพสมรสจะมีความสุขจิตที่ดีกว่าสถานภาพอื่นๆ

3. การศึกษา เศรษฐกิจและการทำงาน

การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยสร้างให้เกิดความรู้ ทักษะการดำเนินชีวิต การรับรู้ข่าวสาร รวมถึงมีการตัดสินใจที่ดีและสามารถปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสมทั้งยังส่งเสริมให้มีหน้าที่การงานดี มีรายได้มั่นคง (กาญจนา 2543) จากงานของ Pinqart & Sorensen (2000) พบว่า การศึกษา และรายได้เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะรายได้ นอกจากนี้การทำงานก็ส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุเช่นเดียวกันเนื่องจากทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2551 – 2553 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2554) พบว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าจะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี จะมีความสุขมากกว่าผู้ที่มีเศรษฐกิจไม่ดี (Gray et al. 2008)

ผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือนที่ยากจนเสี่ยงต่อการมีสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือนไม่จน เพราะความยากจนเป็นปัจจัยที่ทำให้โอกาสในการเข้าถึงความต้องการขั้นพื้นฐานลดน้อยลง ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา (สุรัสวดี 2547) แต่จากงานของ ไมตรี (2536) กลับพบว่าความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กันต่ำกับสุขภาพจิตหรือความสุขของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับ Easterlin (2003) ที่พบว่า แม้คนเราจะมีรายได้เพิ่มขึ้นก็ไม่ได้เป็นหลักประกันว่าจะมีความสุขเพิ่มขึ้นอย่างยั่งยืนเนื่องจากเกิดผลในทางลบต่อการปรับตัวและการ

เปรียบเทียบทางสังคม การทำงานมีความสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้สูงอายุไม่ใช่แค่เพียงการมีรายได้เพิ่มขึ้นเท่านั้นแต่ยังเพิ่มคุณค่าให้กับชีวิตอีกด้วย (กระทรวงสาธารณสุข มปป.) และผู้สูงอายุที่มีงานทำมีค่าเฉลี่ยความสุขสูงกว่าผู้ที่ไม่ทำงานทำ (วิทยา 2555; วิชาญ, โยธิน และสุภาพร 2555) ดังนั้นผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานนอกจากจะทำให้รายได้ลดลงแล้วยังทำให้สูญเสียการเคารพตนเองรวมทั้งลดความสุขลงอีกด้วย ซึ่งตรงกับงานของเดซรีต (2550) ที่กล่าวว่าไม่ควรมองการทำงานเป็นเพียงการสร้างรายได้แต่ควรมองและให้ความสำคัญกับการพัฒนาการทำงานเพื่อเป็นสะพานนำไปสู่ความสุขของมนุษย์อย่างแท้จริง

ความเครียดจากสถานการณ์ทางการเงินเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความเครียดทางจิตใจ เพราะทรัพยากรทางการเงินมีความเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตพื้นฐานของมนุษย์ (Peirce, Frone, Russell & Cooper 1996 อ้างใน จุฑามาศ 2552) จากการสำรวจชาวอังกฤษพบว่า มีปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นจากความตึงเครียดทางการเงินเพิ่มขึ้น (Marmot, Ryff, Bumpass, Shipley & Marks อ้างใน จุฑามาศ 2552)

4. การมี/ได้รับสวัสดิการรักษายาบาล

จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2551 – 2553 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2554) พบว่า ผู้ที่มี/ได้รับสวัสดิการรักษายาบาลมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่ไม่มี/ไม่ได้รับสวัสดิการรักษายาบาล และผู้ที่มี/ได้รับมากกว่า 1 แหล่งก็มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่มี/ได้รับ เพียงแหล่งเดียว และผู้ที่มี/ได้รับสวัสดิการการรักษายาบาลจากราชการหรือรัฐวิสาหกิจก็มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่มี/ได้รับสวัสดิการการรักษายาบาลจากแหล่งอื่น

5. การให้เวลาของสมาชิกและความสัมพันธ์ในครอบครัว

จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2551 – 2553 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2556) พบว่าครอบครัวที่สมาชิกมีเวลาให้แก่กันเพียงพอจะมีระดับสุขภาพจิตดีที่สุด และพบว่าคนที่อยู่คนเดียวนั้นมีสุขภาพจิตใกล้เคียงกับผู้ที่อยู่ในครัวเรือนที่สมาชิกมีเวลาให้แก่กันไม่เพียงพอ เนื่องจากอาจรู้สึกโดดเดี่ยว และผู้ที่อยู่ในครัวเรือนที่มีภาระฟุ้งฟิงน้อยมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่อยู่ในครัวเรือนที่มีภาระฟุ้งฟิง ผู้สูงอายุที่มีการเยี่ยมเยียนจากบุตรจะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขและมีภาวะทางอารมณ์ที่ดีขึ้น (จิราพร และคณะ 2543) จากงานของประเวศ และพระไพศาล (2551) พบว่า ความสุขของคนเราจะมามากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ในครอบครัวมากที่สุด การให้เวลาแก่กันเพียงพอจะทำให้คนในครอบครัวมีความสุขไปด้วย

ในปัจจุบันประเทศไทยมีปัญหาการเปลี่ยนแปลง โครงสร้างครอบครัว จากครอบครัวขยายมีสมาชิกอยู่ด้วยกัน 3 รุ่นหรือมากกว่า กลายเป็นครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวข้ามรุ่นที่มีเฉพาะรุ่นปู่ย่าตายายกับหลานซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาและส่งผลกระทบต่อความสุขของ

สมาชิกในครอบครัว (สมพร และคณะ 2546) ปัจจัยสำคัญในการที่จะสนับสนุนค้ำจุนพ่อแม่ของลูกที่อาศัยอยู่บ้านไกล่เคียงกับพ่อแม่หรือในครัวเรือนเดียวกันมีแนวโน้มที่จะให้สิ่งของและการดูแลได้ดีกว่า (ศิริวรรณ และมาลินี 2535) ลูกที่มีรายได้และไม่ได้อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกับพ่อแม่จะเป็นฝ่ายสนับสนุนเงินให้กับพ่อแม่ (นภาพร และจอห์น 2542)

6. สุขภาพ

การประเมินสุขภาพตนเองโดยรวม เป็นการพิจารณาสุขภาพของตนเอง โดยการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกาย หมายถึง ความคิดรวบยอดของบุคคลที่จะสะท้อนถึงการประเมินสุขภาพของตนเองโดยทั่วไป (Speak 1987; Speak, Cowart & Pellet 1989) จะเกิดขึ้นจากการแปลความหมายโดยใช้ประสบการณ์เดิมหรือความรู้เดิมเกี่ยวกับสุขภาพว่าหมายถึงอะไรเมื่อบุคคลนั้นได้รับสัมผัสจากสิ่งแวดล้อม ภาวะสุขภาพของบุคคลสามารถวัดได้จากห้องปฏิบัติการ หรือการวินิจฉัยจากแพทย์ หรือการประเมินสุขภาพของตนเองว่ามีสุขภาพเป็นอย่างไร ซึ่งพบว่าการประเมินสุขภาพด้วยตนเองนั้นมีความแตกต่างจากการวินิจฉัยโดยแพทย์เพียงเล็กน้อย จึงสรุปได้ว่าการประเมินสุขภาพด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับการประเมินโดยแพทย์ (Maddox & Douglass 1973; Fillenbaum 1985; McDowell & Newell 1987) จากงานวิจัยหลายๆงานพบว่า สุขภาพกายและความสุขมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกัน (รักษพล และวิราภรณ์ 2554) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยสูงอายุ (Gray et al. 2008) และพบว่าความสุขของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ในทางเดียวกันกับภาวะสุขภาพจากการให้ผู้สูงอายุประเมินสุขภาพด้วยตนเอง (Culter 1973) และภาวะสุขภาพกายมีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ (ชุตติไกร 2551) ผู้สูงอายุที่มีร่างกายแข็งแรงจะไม่พบความผิดปกติทางด้านอารมณ์ (บรรลุ 2531)

ดังนั้นประเทศไทยจะต้องมีมาตรการและนโยบายเพื่อที่จะรองรับสังคมผู้สูงอายุมุ่งเน้นในการสร้างความมั่นคงในชีวิต 3 ด้าน คือ ความมั่นคงทางด้านรายได้เพื่อยังชีพ มีมาตรการเกี่ยวกับระบบบำนาญ การออม และสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ ความมั่นคงทางด้านสุขภาพ จะต้องมียุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการดูแล และสุดท้ายความมั่นคงทางด้านที่อยู่อาศัย จะต้องมียุทธศาสตร์ในเรื่องที่อยู่อาศัยและการช่วยเหลือผู้สูงอายุ (ปราโมทย์ และปัทมา 2554) เพื่อให้สังคมผู้สูงอายุสามารถที่จะอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข จะต้องให้ความรู้แก่บุคคลทั่วไปในเรื่องของการมีอายุที่สูงขึ้น เพื่อให้ทุกคนเข้าใจ และสามารถที่จะอยู่ร่วมกันในสังคมเดียวกันได้อย่างมีความสุข

2.4 สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุชายขอมมีระดับความเครียดสูงกว่าผู้สูงอายุทั่วไป
2. ปัจจัยลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และเขตที่อยู่อาศัย มีผลต่อระดับความเครียดของผู้สูงอายุชายขอม
3. ปัจจัยลักษณะด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การทำงาน รายได้จากการทำงาน และเงินช่วยเหลือจากบุตรหลานญาติพี่น้อง มีผลต่อระดับความเครียดของผู้สูงอายุชายขอม
4. ปัจจัยลักษณะด้านสุขภาพกาย ได้แก่ การประเมินสุขภาพกาย โรคเรื้อรัง และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีผลต่อระดับความเครียดของผู้สูงอายุชายขอม
5. ปัจจัยลักษณะด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว ได้แก่ ลักษณะการอยู่อาศัย และการเยี่ยมเยียนจากบุตรที่อยู่นอกครัวเรือน มีผลต่อระดับความเครียดของผู้สูงอายุชายขอม
6. ปัจจัยลักษณะด้านความพึงพอใจในบริการของรัฐ ได้แก่ ความพึงพอใจในระบบบริการสุขภาพ และความพึงพอใจในระบบการขนส่งทางบก มีผลต่อระดับความเครียดของผู้สูงอายุชายขอม

2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากวัตถุประสงค์ของการวิจัย และการทบทวนวรรณกรรม สามารถนำมาวิเคราะห์ระดับความเครียดของผู้สูงอายุ โดยประกอบด้วย **ปัจจัยทางประชากร** 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) เขตที่อยู่อาศัย 5) การศึกษา **ปัจจัยความเป็นชายขอม** 1) เศรษฐกิจ แบ่งเป็น การทำงาน รายได้จากการทำงาน และเงินช่วยเหลือจากบุตรหลาน/ญาติพี่น้อง 2) สุขภาพทางกาย แบ่งเป็น การประเมินสุขภาพกาย โรคเรื้อรัง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 3) ความสัมพันธ์ในครอบครัว แบ่งเป็น ลักษณะการอยู่อาศัย การเยี่ยมเยียนจากบุตรที่อยู่นอกครัวเรือน 4) ความพึงพอใจในบริการของรัฐ คือความพึงพอใจในระบบบริการสุขภาพ และความพึงพอใจในระบบการขนส่งทางบก



แผนภาพที่ 2.1 กรอบแนวคิดในการศึกษาระดับความเครียดของผู้สูงอายุ

บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

3.1 ประชากรตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการ “สำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554” ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ มีประชากรชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 12,695 คน แบ่งเป็นชาย 5,311 คน เป็นหญิง 7,384 คน

3.2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การวัดระดับความเครียดใช้แบบสอบถามจากการ “สำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554” ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้มาจากข้อคำถามว่า “ในระหว่าง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ ท่านมีอาการ หรือความรู้สึกต่อไปนี้บ่อยครั้งเพียงใด” โดยเป็นข้อคำถามเรื่องความรู้สึก 7 ข้อ ดังนี้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2554)

1. ความอยากอาหารลดลง
2. คิดมาก หรือมีความวิตกกังวล
3. รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ
4. รู้สึกหมดหวังในชีวิต
5. รู้สึกว่าชีวิตไม่มีคุณค่า
6. รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง
7. รู้สึกเหงา

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ “ไม่เคย” 0 คะแนน “เป็นบางครั้ง” 1 คะแนน “เป็นประจำ” 2 คะแนน มีคะแนนเต็มทั้งหมด 14 คะแนน โดยผู้ที่มีคะแนนยิ่งสูงขึ้นเท่าไรก็หมายความว่า มีระดับความเครียดมากขึ้นเท่านั้น

3.3. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรที่นำมาศึกษาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุชายขอบในครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ตัวแปรทางประชากร ตัวแปรความเป็นคนชายขอบ และตัวแปรระดับความเครียด มีรายละเอียดดังนี้

3.3.1 ตัวแปรทางประชากร

สำหรับตัวแปรทางประชากร แบ่งออกเป็น เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และเขตที่อยู่อาศัย

3.3.2 ตัวแปรความเป็นคนชายขอบ

ตัวแปรปัจจัยความเป็นคนชายขอบ แบ่งออกเป็น 1) เศรษฐกิจ คือ การทำงาน รายได้จากการทำงาน และเงินช่วยเหลือจากบุตรหลาน/ญาติพี่น้อง 2) สุขภาพทางกาย คือ การประเมินสุขภาพกาย โรคเรื้อรัง และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 3) ความสัมพันธ์ในครอบครัว คือ ลักษณะการอยู่อาศัย การเยี่ยมเยียนจากบุตรที่อยู่นอกครัวเรือน 4) ความพึงพอใจในบริการของรัฐ คือ ระบบบริการสุขภาพ และระบบการขนส่งทางบก

วิธีการให้คะแนนตัวแปรความเป็นคนชายขอบ

ในการศึกษาครั้งนี้ จะใช้วิธีการให้คะแนนตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับความเป็นคนชายขอบที่ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยยึดหลักการให้คะแนนว่า สิ่งที่ส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลดีที่สุดจะให้คะแนนมากที่สุด โดยคะแนนจะลดหลั่นกันไปจนถึงศูนย์คะแนน หรือหมายถึงสิ่งที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ด้อยที่สุด (คนชายขอบ) ยกตัวอย่างเช่น การประเมินสุขภาพกาย แบ่งระดับการให้คะแนน คือ ประเมินว่าตนมีสุขภาพดีมาก ๆ มีคะแนนเท่ากับ 4 คะแนน ดี มีคะแนนเท่ากับ 3 คะแนน ปานกลาง มีคะแนนเท่ากับ 2 คะแนน ไม่ดีมีคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน และไม่ดีมาก ๆ มีคะแนนเท่ากับ 0 คะแนน เป็นต้น จากตัวอย่างดังกล่าวแสดงว่าผู้ที่ประเมินสุขภาพกายว่าไม่ดีมาก ๆ จะมีคุณภาพชีวิตที่ด้อยกว่าผู้ที่ประเมินสุขภาพกายในระดับอื่นๆ หรือหมายถึงมีโอกาสที่จะเป็นคนชายขอบได้มากกว่า

ตาราง 3.1 องค์ประกอบความเป็นคนชายขอบ

องค์ประกอบความเป็นคนชายขอบ	ตัวชี้วัด	การให้คะแนน
1. เศรษฐกิจ	1. การทำงาน	0 = ไม่ได้ทำงาน 1 = ทำงาน
	2. รายได้จากการทำงาน	0 = ไม่มี 1 = มี
	3. เงินช่วยเหลือจากบุตรหลาน/ ญาติพี่น้อง	0 = ไม่มี 1 = มี
2. สุขภาพทางกาย	4. การประเมินสุขภาพกาย	0 = ไม่ดีมากๆ 1 = ไม่ดี 2 = ปานกลาง 3 = ดี 4 = ดีมากๆ
	5. โรคเรื้อรัง	0 = มีโรคเรื้อรัง 1 = ไม่มีโรคเรื้อรัง
	6. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	0 = มีภาวะทุพพลภาพ 1 = ไม่มีภาวะทุพพลภาพ
3. ความสัมพันธ์ในครอบครัว	7. ลักษณะการอยู่อาศัย	0 = อยู่ตามลำพัง 1 = อยู่กับหลาน/ อยู่กับญาติพี่น้อง/ ญาติพี่น้อง/ อยู่กับญาติพี่น้องและ หลาน 2 = อยู่กับคู่สมรสเพียงสอง คน/ อยู่กับคู่สมรสและหลาน/ อยู่กับคู่สมรสและญาติพี่น้อง/ อยู่กับคู่สมรส ญาติพี่น้องและ หลาน

ตาราง 3.1 องค์ประกอบความเป็นคนชายขอบ (ต่อ)

องค์ประกอบความเป็นคนชายขอบ	ตัวชี้วัด	การให้คะแนน
		3 = อยู่กับคู่สมรส บุตร และหลาน/ อยู่กับบุตร/ อยู่กับคู่สมรสและบุตร/ อยู่กับบุตรและหลาน/ อยู่กับบุตรและญาติพี่น้อง/ อยู่กับคู่สมรสและญาติพี่น้อง/ อยู่กับบุตรหลานและญาติพี่น้อง/ อยู่กับคู่สมรส บุตร หลานและญาติพี่น้อง
	8. การเยี่ยมเยียนจากบุตรที่อยู่ นอกครัวเรือน	0 = ไม่เคยติดต่อ 1 = อย่างน้อยปีละครั้ง 2 = ทุกเดือน 3 = ทุกสัปดาห์ 4 = ทุกวัน/ เกือบทุกวัน/ อยู่ด้วยกัน
4. ความพึงพอใจในบริการของรัฐ	9. ความพึงพอใจในระบบ บริการสุขภาพ	0 = ไม่พึงพอใจ 1 = พึงพอใจ
	10. ความพึงพอใจในระบบการ ขนส่งทางบก	0 = ไม่พึงพอใจ 1 = พึงพอใจ

ขั้นตอนในการคำนวณหาคนชายขอบ

ประยุกต์จากการคำนวณหาค่าดัชนีการพัฒนามนุษย์ (Human Development Index: HDI) ของ UNDP (สำนักมาตรฐานการพัฒนาระดับโลกและความมั่นคงของมนุษย์ 2548)

ขั้นที่ 1 คำนวณหาค่าดัชนีในแต่ละตัวชี้วัด โดยคำนวณจากสูตรดังต่อไปนี้

$$\text{ดัชนีของตัวชี้วัดในแต่ละตัว (I)} = \frac{\text{ค่าคะแนนตัวชี้วัด} - \text{ค่าต่ำสุด}}{\text{ค่าสูงสุด} - \text{ค่าต่ำสุด}}$$

ขั้นที่ 2 การหาค่าดัชนีภาพรวมของแต่ละองค์ประกอบ

การหาค่าดัชนีรวมของแต่ละองค์ประกอบไม่สามารถใช้ผลรวมและหาค่าเฉลี่ยแบบธรรมดา เนื่องจากหลักคิดและฐานข้อมูลดัชนีแต่ละตัวมีความแตกต่างกัน เพื่อลดความแปรปรวนของข้อมูลจึงประยุกต์สูตรของ UNDP ที่ใช้คำนวณหาดัชนีความยากจนของคน (Human Poverty Index: HPI) ซึ่งสูตรดังกล่าวใช้การยกกำลัง 3 ในค่าดัชนีแต่ละตัว เพื่อช่วยลดความแปรปรวนลง หลังจากนั้นจึงใช้การถอดรากที่สาม เพื่อให้กลับคืนสภาพเดิม (เรวดี 2553) ดังนี้

$$C = \left[\frac{I_1^\alpha + I_2^\alpha + \dots + I_n^\alpha}{n} \right]^{1/\alpha}$$

โดยที่

- C = องค์ประกอบ
- I = ดัชนี
- n = จำนวนดัชนีในองค์ประกอบนั้น
- α = 3*

* α มีค่าเท่ากับ 3 ซึ่งเป็นตัวเลขที่เหมาะสมที่สุด ที่จะช่วยลดความแปรปรวนของข้อมูล เมื่อนำมาใช้ในการคำนวณ (สำนักมาตรฐานการพัฒนาดังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 2548)

ขั้นที่ 3 การหาค่าดัชนีการเป็นคนชายขอบ

ใช้สูตรคำนวณเช่นเดียวกับการหาค่าดัชนีภาพรวมของแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

$$C = \left[\frac{C_1^\alpha + C_2^\alpha + \dots + C_n^\alpha}{n} \right]^{1/\alpha}$$

โดยที่

- C = องค์ประกอบ
- n = จำนวนองค์ประกอบ
- α = 3

ขั้นที่ 4 การแบ่งเกณฑ์คนชายขอบ

จากการคำนวณสามารถนำมาแบ่งระดับกลุ่มบุคคลออกเป็น 3 กลุ่ม คือ คุณภาพชีวิตดี คุณภาพปานกลาง (หรือคนปกติ) และคนชายขอบ เกณฑ์การวัดทั้ง 3 กลุ่มใช้เกณฑ์ตัดสินดังนี้ (พนิษฐา 2537)

คุณภาพชีวิตดี	มีค่าคะแนนมากกว่า	$\bar{X}+1SD$
คุณภาพชีวิตปานกลาง	มีค่าคะแนนมากกว่า	$\bar{X}+-1SD$
คนชายขอบ	มีค่าคะแนนน้อยกว่า	$\bar{X}-1SD$

ตาราง 3.2 ตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (Logistic Regression)

ตัวแปร	ระดับการวัด	วิธีการวัด
ตัวแปรตาม (Dependent Variable)		
ระดับความเครียด*	Ratio Scale	คะแนนเต็ม 14 คะแนน
*วัดจากข้อคำถามที่ว่า “ในระหว่าง 1 เดือนก่อนวัน สัมภาษณ์ ท่านมีอาการหรือ ความรู้สึกต่อไปนี้บ่อยครั้ง เพียงใด”		0 = ไม่เคย 1 = เป็นบางครั้ง 2 = เป็นประจำ
ตัวแปรอิสระ (Independent Variable)		
ตัวแปรทางประชากร		
1. เพศ	Nominal Scale	0 = หญิง 1 = ชาย
2. อายุ	Ratio Scale	อายุ 60 ปีขึ้นไป
3. สถานภาพสมรส	Nominal Scale	0 = โสด 1 = สมรส 2 = หม้าย/ หย่า/ แยก
4. การศึกษา	Ordinal Scale	0 = ไม่ได้เรียน 1 = เรียน
5. เขตที่อยู่อาศัย	Nominal Scale	0 = นอกเขตเทศบาล 1 = ในเขตเทศบาล
ตัวแปรคนชายขอบ	Nominal Scale	0 = คนทั่วไป 1 = คนชายขอบ

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะตัดขวาง (Cross sectional Analysis) โดยใช้สถิติเพื่อการวิเคราะห์ ดังนี้

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) เพื่ออธิบายคุณลักษณะของคนชายขอบและระดับความเครียด

สถิติเชิงอนุมาน (Reference Statistic) ได้แก่ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานทางประชากรและความเป็นคนชายขอบกับระดับความเครียด และปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความเครียดของผู้สูงอายุชายขอบ



บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้สูงอายุชายขอบ เป็นการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงปริมาณ ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการ “สำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554” ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

ในการนำเสนอผลการศึกษาและการอภิปรายผลในบทนี้จะแบ่งเป็น 4 ส่วนคือ 1) คุณลักษณะทางประชากรและสังคม 2) ปัจจัยความเป็นคนชายขอบ 3) ผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรข้อมูลพื้นฐานทางประชากรและความเป็นคนชายขอบกับระดับความเครียด 4) ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) ระหว่างตัวแปรข้อมูลพื้นฐานทางประชากรและความเป็นคนชายขอบกับระดับความเครียด

4.1 คุณลักษณะทางประชากรและสังคม

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 12,695 คน เป็นชายจำนวน 5,311 คน คิดเป็นร้อยละ 41.8 และเป็นหญิงจำนวน 7,384 คน คิดเป็นร้อยละ 58.2 พิจารณาจากโครงสร้างอายุพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 57.2) รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 70-79 ปี (ร้อยละ 33.4) และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปพบมีน้อยที่สุด (ร้อยละ 9.4) อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 69.13 ปี อายุสูงสุดในกลุ่มตัวอย่างคือ 102 ปี และอายุน้อยที่สุดที่พบคือ 60 ปี

เมื่อพิจารณาจากสถานภาพสมรส พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สมรสแล้ว (ร้อยละ 65.5) รองลงมาคือ หม้าย หย่า แยก (ร้อยละ 34.4) ส่วนผู้ที่มีสถานภาพโสดนั้นพบน้อยที่สุด (ร้อยละ 0.1)

ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างมากกว่าสองในสาม (ร้อยละ 77.6) ได้รับความศึกษาจนถึงชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 10.1 ไม่ได้เรียนหนังสือ ส่วนพื้นที่การอยู่อาศัยนั้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล (ร้อยละ 57.1) มากกว่านอกเขตเทศบาลเล็กน้อย (ร้อยละ 42.9)

ตาราง 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทางประชากรและสังคม

ลักษณะทางประชากรและสังคม	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	5,311	41.8
หญิง	7,384	58.2
อายุ (ปี)		
60-69	7,257	57.2
70-79	4,243	33.4
80 ปีขึ้นไป	1,195	9.4
อายุต่ำสุด 60 ปี อายุสูงสุด 102 ปี		
อายุเฉลี่ย 69.13 ปี		
สถานภาพสมรส		
โสด	10	0.1
สมรส	8,321	65.5
หม้าย หย่า หรือแยก	4,364	34.4
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	1,283	10.1
ได้เรียน	11,412	89.9
เขตที่อยู่อาศัย		
ในเขตเทศบาล	7,250	57.1
นอกเขตเทศบาล	5,445	42.9
รวม	12,695	100.0

4.2 ปัจจัยความเป็นคนชายขอบ

ในการศึกษาครั้งนี้ได้แบ่งปัจจัยความเป็นคนชายขอบออกเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านเศรษฐกิจ 2) ด้านสุขภาพทางกาย 3) ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว และ 4) ด้านความพึงพอใจในบริการของรัฐ ซึ่งในแต่ละด้านก็จะมีตัวชี้วัดที่แตกต่างกันไป ดังนี้

4.2.1 ด้านเศรษฐกิจ

จากตารางที่ 4.2 ปัจจัยความเป็นคนชายขอบทางด้านเศรษฐกิจ เมื่อพิจารณาถึงสถานภาพการทำงานพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ได้ทำงานแล้วร้อยละ 60.8 เกินกว่าครึ่งหนึ่งไม่มีรายได้จากการทำงาน (ร้อยละ 57.5) และกลุ่มตัวอย่างมากกว่าสามในสี่ได้รับเงินช่วยเหลือจากบุตรหลานญาติพี่น้อง (ร้อยละ 83.7)

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของตัวชี้วัดที่ใช้ประเมินปัจจัยความเป็นคนชายขอบด้านเศรษฐกิจ

ตัวชี้วัด	จำนวน	ร้อยละ
1. การทำงาน (ในรอบ 7 วัน)		
ไม่ได้ทำงาน	7,719	60.8
ทำงาน	4,976	39.2
2. รายได้จากการทำงาน (ในรอบ 12 เดือน)		
ไม่มี	7,295	57.5
มี	5,400	42.5
3. เงินช่วยเหลือจากบุตรหลาน/ญาติพี่น้อง		
ไม่มี	2,069	16.3
มี	10,626	83.7
รวม	12,695	100.0

4.2.2 ด้านสุขภาพทางกาย

จากตารางที่ 4.3 ด้านสุขภาพทางกาย พบว่า ผู้สูงอายุประเมินสุขภาพทางกายด้วยตัวเองว่ามีสุขภาพปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 42.7) รองลงมาประเมินว่ามีสุขภาพดี (ร้อยละ 38.9) เมื่อพิจารณาจากการมีโรคเรื้อรัง พบว่า เกินกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 55.3) ประมาณ 2 ใน 3 คน มีภาวะทุพพลภาพ (ร้อยละ 66.0)

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของตัวชี้วัดที่ใช้ประเมินปัจจัยความเป็นคนชายขอบด้านสุขภาพทางกาย

ตัวชี้วัด	จำนวน	ร้อยละ
1. การประเมินสุขภาพกาย		
ไม่ดีมากๆ	80	0.6
ไม่ดี	1,730	13.6
ปานกลาง	5,419	42.7
ดี	4,937	38.9
ดีมาก	529	4.2
2. โรคเรื้อรัง		
มีโรคเรื้อรัง	7,019	55.3
ไม่มีโรคเรื้อรัง	5,676	44.7
3. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน		
มีภาวะทุพพลภาพ	4,314	34.0
ไม่มีภาวะทุพพลภาพ	8,381	66.0
รวม	12,695	100.0

4.2.3 ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว

จากตารางที่ 4.4 ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว พบว่า ครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุมีลักษณะการอยู่อาศัยที่มีบุตรอยู่ด้วย (ร้อยละ 51.2) รองลงมา มีการอยู่อาศัยร่วมกับคู่สมรสแต่ไม่มีบุตร (ร้อยละ 30.7) ร้อยละ 12.4 อยู่ตามลำพัง ส่วนการเยี่ยมเยียนจากบุตรที่อยู่นอกครัวเรือน พบว่ามีการเยี่ยมเยียนปีละครั้งมากที่สุด (ร้อยละ 31.3) รองลงมาเป็นการเยี่ยมเยียนทุกเดือน (ร้อยละ 26.0)

**ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของตัวชี้วัดที่ใช้ประเมินปัจจัยความเป็นคนชายขอบด้าน
ความสัมพันธ์ในครอบครัว**

ตัวชี้วัด	จำนวน	ร้อยละ
1. ลักษณะการอยู่อาศัย		
อยู่ตามลำพัง	1,569	12.4
อยู่กับหลาน/ อยู่กับญาติพี่น้อง/ อยู่กับญาติพี่น้องและหลาน	718	5.7
อยู่กับคู่สมรสเพียงสองคน/ อยู่กับคู่สมรสและหลาน/ อยู่ กับคู่สมรสและญาติพี่น้อง/ อยู่กับคู่สมรส ญาติ พี่น้องและ หลาน	3,914	30.7
อยู่กับคู่สมรส บุตร และหลาน/ อยู่กับบุตร/ อยู่กับคู่สมรส และบุตร/ อยู่กับบุตรและหลาน/ อยู่กับบุตรและญาติพี่น้อง/ อยู่กับคู่สมรส บุตรและญาติพี่น้อง/ อยู่กับบุตร หลานและญาติ พี่น้อง/ อยู่กับคู่สมรส บุตร หลานและญาติพี่น้อง	6,494	51.2
2. การเยี่ยมเยียนจากบุตรที่อยู่นอกครัวเรือน		
ไม่เคยติดต่อ	575	4.5
อย่างน้อยปีละครั้ง	3,970	31.3
ทุกเดือน	3,301	26.0
ทุกสัปดาห์	1,870	14.7
อยู่ด้วยกัน/ ทุกวัน/เกือบทุกวัน	2,979	23.5
รวม	12,695	100.0

4.2.4 ด้านความพึงพอใจในบริการของรัฐ

จากตารางที่ 4.5 ด้านความพึงพอใจในบริการของรัฐ พบว่า เกือบทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระบบบริการสุขภาพ (ร้อยละ 93.0) ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 90.2) มีความพึงพอใจในบริการของระบบขนส่งทางบกของรัฐ

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของตัวชี้วัดที่ใช้ประเมินปัจจัยความเป็นคนชายขอบด้านความพึงพอใจในของรัฐ

ตัวชี้วัด	จำนวน	ร้อยละ
1. ความพึงพอใจในระบบบริการสุขภาพ		
ไม่พึงพอใจ	886	7.0
พึงพอใจ	11,809	93.0
2. ความพึงพอใจในระบบการขนส่งทางบก		
ไม่พึงพอใจ	1,243	9.8
พึงพอใจ	11,452	90.2
รวม	12,695	100.0

เกณฑ์การจำแนกประเภทของผู้สูงอายุ

จากตารางที่ 4.6 มีการแบ่งประเภทของผู้สูงอายุออกเป็นผู้สูงอายุทั่วไปและผู้สูงอายุชายขอบ โดยใช้การแบ่งเกณฑ์จากค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุชายขอบจำนวน 1,042 คน คิดเป็นร้อยละ 8.2

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละจำแนกตามประเภทของผู้สูงอายุ

ประเภทผู้สูงอายุ	การคำนวณ	ค่าคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ผู้สูงอายุทั่วไป	$\bar{X}+1SD$	>0.0074	11,653	91.8
	$\bar{X}+1SD$	$0.0032-0.0074$		
ผู้สูงอายุชายขอบ	$\bar{X}-1SD$	<0.0032	1,042	8.2

หมายเหตุ $\bar{X} = 0.0053$, $SD = 0.0021$

4.3 ผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรข้อมูลพื้นฐานทางประชากรและความเป็นคนชายขอบกับระดับความเครียด

4.3.1 ผลวิเคราะห์ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร จำแนกตามความเป็นคนชายขอบ

จากตาราง 4.7 พบว่าผู้สูงอายุหญิงและผู้สูงอายุชายมีร้อยละของความเป็นคนชายขอบใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 8.2 และ 8.3 ตามลำดับ ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี เป็นกลุ่มอายุที่มีร้อยละของความเป็นคนชายขอบสูงกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ที่ร้อยละ 8.5 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยกและสถานภาพโสด มีร้อยละของผู้ที่เป็นคนชายขอบใกล้เคียงกัน ในด้านการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือจะมีความเป็นคนชายขอบสูงกว่าผู้สูงอายุที่ได้เรียนหนังสือ คิดเป็นร้อยละ 9.6 และ 8.1 ตามลำดับ และสุดท้ายผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลจะมีความเป็นคนชายขอบมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล คิดเป็นร้อยละ 8.7 และ 7.5 ตามลำดับ

ตาราง 4.7 ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร จำแนกตามความเป็นคนชายขอบ และระดับความเครียด

ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร	ความเป็นคนชายขอบ					
	คนทั่วไป		คนชายขอบ		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ						
ชาย	4,871	91.7	440	8.3	5,311	100.0
หญิง	6,782	91.8	602	8.2	7,384	100.0
2. กลุ่มอายุ						
60-69 ปี	6,672	91.9	585	8.1	7,257	100.0
70-79 ปี	3,884	91.5	359	8.5	4,243	100.0
80 ปีขึ้นไป	1,097	91.8	98	8.2	1,195	100.0
3. สถานภาพสมรส						
โสด	9	90.0	1	10.0	10	100.0
สมรส	7,673	92.2	648	7.8	8,321	100.0
หม้าย/หย่า/แยก	3,971	91.0	393	9.0	4,364	100.0

ตาราง 4.7 ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร จำแนกตามความเป็นคนชายขอบ และระดับความเครียด (ต่อ)

ปัจจัยคุณลักษณะ ทางประชากร	ความเป็นคนชายขอบ					
	คนทั่วไป		คนชายขอบ		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
4. การศึกษา						
ได้เรียน	10,493	91.9	919	8.1	11,412	100.0
ไม่ได้เรียน	1,160	90.4	123	9.6	1,283	100.0
5. เขตที่อยู่อาศัย						
ในเขตเทศบาล	6,617	91.3	633	8.7	7,250	100.0
นอกเขตเทศบาล	5,036	92.5	409	7.5	5,445	100.0
รวม	11,653	91.8	1,042	9.2	12,695	100.0

4.3.2 ผลวิเคราะห์ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร จำแนกตามระดับความเครียด

จากตาราง 4.8 โดยรวมแล้ว ผู้สูงอายุจะมีระดับความเครียดเฉลี่ย 2.17 คะแนน เมื่อพิจารณาการเป็นคนชายขอบ พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นคนชายขอบจะมีระดับความเครียดมากกว่าคนทั่วไป คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 2.67 และ 2.12 คะแนน ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาแบ่งตามคุณลักษณะทางประชากร พบว่า ผู้สูงอายุหญิงมีระดับความเครียดสูงกว่าผู้สูงอายุชาย คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 2.34 และ 1.93 คะแนน ตามลำดับ และผู้สูงอายุชายขอบหญิงจะมีระดับความเครียดมากที่สุด คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 2.75 คะแนน ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปเป็นกลุ่มที่มีระดับความเครียดสูงที่สุด คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 2.54 คะแนน รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 70-79 ปี และ 60-69 ปี (คะแนนเฉลี่ย 2.30 และ 2.02 คะแนน ตามลำดับ) และคนชายขอบที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปเป็นกลุ่มที่มีระดับความเครียดมากที่สุด คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 3.22 คะแนน สถานภาพสมรส พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก จะมีระดับความเครียดสูงที่สุด คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 2.50 คะแนน รองลงมา คือ กลุ่มสมรส และ โสด (คะแนนเฉลี่ย 1.99 และ 1.80 คะแนน ตามลำดับ) ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือจะมีระดับความเครียดสูงกว่าผู้สูงอายุที่ได้เรียนหนังสือคิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 2.50 และ 2.13 คะแนน ตามลำดับ และผู้สูงอายุที่เป็นคนชายขอบที่ไม่ได้เรียนหนังสือจะมีระดับความเครียดสูงที่สุด คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 2.94 คะแนน และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลจะมีระดับความเครียดสูงกว่าผู้สูงอายุที่

อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 2.24 และ 2.11 คะแนน ตามลำดับ และผู้สูงอายุชาย
 ขอบที่อาศัยอยู่ในนอกเขตเทศบาลจะมีระดับความเครียดสูงที่สุด คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 2.75 คะแนน

ตาราง 4.8 ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร จำแนกตามระดับความเครียด

ปัจจัยคุณลักษณะ ทางประชากร	ระดับความเครียด (คะแนนเต็ม 14 คะแนน)								
	คนทั่วไป			คนชายขอบ			รวม		
	จำนวน (คน)	Mean	S.D	จำนวน (คน)	Mean	S.D	จำนวน (คน)	Mean	S.D
1. เพศ									
ชาย	4,871	1.87	2.301	440	2.56	2.736	5,311	1.93	2.347
หญิง	6,782	2.30	2.531	602	2.75	2.656	7,384	2.34	2.544
2. กลุ่มอายุ									
60-69 ปี	6,672	1.99	2.357	585	2.44	2.635	7,257	2.02	2.384
70-79 ปี	3,884	2.25	2.531	359	2.89	2.743	4,243	2.30	2.555
80 ปีขึ้นไป	1,097	2.48	2.616	98	3.22	2.704	1,195	2.54	2.630
3. สถานภาพสมรส									
โสด	9	2.00	3.000	1	0.00	-	10	1.80	2.898
สมรส	7,673	1.95	2.341	648	2.51	2.626	8,321	1.99	2.369
หม้ายหย่าแยก	3,971	2.46	2.606	393	2.94	2.777	4,364	2.50	2.626
4. การศึกษา									
ได้เรียน	10,493	2.08	2.429	919	2.65	2.683	11,412	2.13	2.455
ไม่ได้เรียน	1,160	2.47	2.573	123	2.83	2.757	1,283	2.50	2.592
5. เขตที่อยู่อาศัย									
ในเขตเทศบาล	6,617	2.06	2.444	633	2.61	2.733	7,250	2.11	2.466
นอกเขตเทศบาล	5,036	2.20	2.448	409	2.75	2.624	5,445	2.24	2.467
รวม	11,653	2.12	2.447	1,042	2.67	2.691	12,695	2.17	2.472

4.3.3 ผลวิเคราะห์ตัวชี้วัดความเป็นคนชายขอบ จำแนกตามระดับความเครียด

จากตาราง 4.9 เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบด้านเศรษฐกิจ พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานจะมีระดับความเครียดสูงกว่าผู้สูงอายุที่ทำงานอยู่ คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 2.35 และ 1.89 ตามลำดับ และผู้สูงอายุชายขอบที่ไม่ได้ทำงานจะมีระดับความเครียดมากที่สุด คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 2.77 คะแนน เช่นเดียวกับรายได้จากการทำงาน พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้จากการทำงานจะมีระดับความเครียดมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ อยู่ คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 2.37 และ 1.90 ตามลำดับ และผู้สูงอายุชายขอบที่ไม่มีรายได้จากการทำงานจะมีระดับความเครียดมากที่สุด คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 2.82 คะแนน แต่อย่างไรก็ตาม การได้รับเงินช่วยเหลือจากบุตรหลานกลับทำให้ผู้สูงอายุมีระดับความเครียดมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับเงินช่วยเหลือจากบุตรหลาน คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 2.23 และ 1.84 ตามลำดับ โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นชายขอบและได้รับเงินช่วยเหลือจากบุตรหลานจะมีระดับความเครียดมากที่สุด คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 2.84 คะแนน

องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย พบว่า ผู้สูงอายุที่ประเมินสุขภาพกายตนเองว่าไม่ดี/ไม่ดีมาก ๆ จะมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดสูงสุด 3.61 คะแนน รองลงมาเป็นผู้ที่ประเมินสุขภาพกายตนเองว่าปานกลาง และดี/ดีมาก ๆ ตามลำดับ (คะแนนเฉลี่ย 2.23 และ 1.62 คะแนน ตามลำดับ) และผู้สูงอายุที่เป็นชายขอบจะมีคะแนนความเครียดมากที่สุด คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 3.93 คะแนน ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังจะมีระดับความเครียดสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคเรื้อรัง (คะแนนเฉลี่ย 2.42 และ 1.86 คะแนน ตามลำดับ) และผู้สูงอายุที่เป็นชายขอบจะมีคะแนนความเครียดมากที่สุด คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 2.90 คะแนน เช่นเดียวกับการมีภาวะทุพพลภาพ ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพจะมีระดับความเครียดสูงกว่าผู้ที่ไม่มภาวะทุพพลภาพ (คะแนนเฉลี่ย 2.65 และ 1.92 คะแนน ตามลำดับ) และผู้สูงอายุที่เป็นชายขอบจะมีคะแนนความเครียดมากที่สุด คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 3.17 คะแนน

องค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว พบว่า หากผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพังหรือต้องอยู่อาศัยกับคนอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรสหรือบุตรจะทำให้ผู้สูงอายุมีระดับความเครียดสูงสุด คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 2.69 คะแนน เท่ากัน รองลงมาคืออยู่กับบุตร และอยู่กับคู่สมรส/คนอื่น ที่ไม่ใช่บุตร (คะแนนเฉลี่ย 2.10 และ 1.97 คะแนน ตามลำดับ) และผู้สูงอายุชายขอบที่อยู่กับคู่สมรส/คนอื่น ที่ไม่ใช่ลูก จะมีคะแนนความเครียดมากที่สุด คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 3.61 คะแนน ในส่วนของการเยี่ยมเยียนจากบุตรหลาน พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่เคยได้รับการติดต่อจากบุตรหลานเลยจะมีระดับความเครียดสูงสุด คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 2.37 รองลงมาเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการติดต่อจากบุตรหลานเพียงปีละครั้งและเดือนละครั้ง (คะแนนเฉลี่ย 2.20 และ 2.19 คะแนน ตามลำดับ) และพบว่า ผู้สูงอายุชายขอบที่ได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุตรหลานเพียงปีละ 1 ครั้ง จะมีระดับความเครียดมากที่สุด คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 2.70 คะแนน

สำหรับความพึงพอใจในบริการสุขภาพของรัฐ พบว่า หากผู้สูงอายุไม่มีความพึงพอใจ จะมีระดับความเครียดสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีความพึงพอใจในบริการสุขภาพ (คะแนนเฉลี่ย 2.75 และ 2.12 คะแนน ตามลำดับ) และความพึงพอใจในระบบขนส่งทางบก พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่พึงพอใจในเรื่องนี้จะมีระดับความเครียดสูงกว่าผู้สูงอายุที่พอใจ คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 2.52 และ 2.13 คะแนน ตามลำดับ

ตาราง 4.9 ตัวชี้วัดความเป็นคนชายขอบ จำแนกตามระดับความเครียด

ตัวชี้วัด ความเป็น คนชายขอบ	ระดับความเครียด (คะแนนเต็ม 14 คะแนน)								
	คนทั่วไป			คนชายขอบ			รวม		
	จำนวน (คน)	Mean	S.D	จำนวน (คน)	Mean	S.D	จำนวน (คน)	Mean	S.D
องค์ประกอบด้านเศรษฐกิจ									
1. การทำงาน									
มี	4,809	1.88	2.270	167	2.15	2.741	4,976	1.89	2.288
ไม่มี	6,844	2.29	2.550	875	2.77	2.671	7,719	2.35	2.568
2. รายได้จากการทำงาน									
มี	5,176	1.89	2.285	224	2.12	2.580	5,400	1.90	2.298
ไม่มี	6,477	2.31	2.554	818	2.82	2.703	7,295	2.37	2.576
3. เงินช่วยเหลือจากบุตรหลาน ญาติพี่น้อง									
มี	9,852	2.18	2.438	774	2.87	2.686	10,626	2.23	2.463
ไม่มี	1,801	1.80	2.471	268	2.09	2.624	2,069	1.84	2.492
องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย									
4. การประเมินสุขภาพกาย									
ไม่ดี / ไม่ดี มากๆ	1,594	3.57	3.093	216	3.93	3.123	1,810	3.61	3.098
ปานกลาง	4,980	2.19	2.328	439	2.74	2.527	5,419	2.23	2.349
ดี/ดีมาก	5,079	1.60	2.119	387	1.89	2.312	5,466	1.62	2.134

ตาราง 4.9 ตัวชี้วัดความเป็นคนชายขอบ จำแนกตามระดับความเครียด (ต่อ)

ตัวชี้วัด ความเป็น คนชายขอบ	ระดับความเครียด (คะแนนเต็ม 14 คะแนน)								
	คนทั่วไป			คนชายขอบ			รวม		
	จำนวน (คน)	Mean	S.D	จำนวน (คน)	Mean	S.D	จำนวน (คน)	Mean	S.D
5. โรคเรื้อรัง									
มี	6,365	2.37	2.554	654	2.90	2.774	7,019	2.42	2.580
ไม่มี	5,288	1.83	2.276	388	2.28	2.500	5,676	1.86	2.295
6. ภาวะทุพพลภาพ									
มี	3,883	2.59	2.644	431	3.17	2.790	4,314	2.65	2.664
ไม่มี	7,770	1.89	2.306	611	2.31	2.563	8,381	1.92	2.328
องค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว									
7. ลักษณะการอยู่อาศัย									
อยู่ตามลำพัง	1,417	2.66	2.758	152	3.01	2.924	1,569	2.69	2.775
อยู่กับคนอื่น ที่ไม่มีคู่อุปการะ และบุตร	656	2.60	2.658	62	3.61	2.871	718	2.69	2.690
อยู่กับคู่อุปการะ/คนอื่น	3,622	1.93	2.302	292	2.49	2.684	3,914	1.97	2.337
ไม่มีบุตร									
อยู่กับบุตร	5,958	2.06	2.405	536	2.56	2.579	6,494	2.10	2.423
8. การเขียนเขียนจากบุตร ที่อยู่นอกครัวเรือน									
ไม่เคยติดต่อ	516	2.35	2.979	59	2.59	3.212	575	2.37	3.001
อย่างน้อยปี ละครั้ง	3,659	2.16	2.455	311	2.72	2.732	3,970	2.20	2.482
ทุกเดือน	3,000	2.13	2.443	301	2.70	2.602	3,301	2.19	2.463
ทุกสัปดาห์	1,698	1.95	2.397	172	2.53	2.405	1,870	2.01	2.403

ตาราง 4.9 ตัวชี้วัดความเป็นคนชายขอบ จำแนกตามระดับความเครียด (ต่อ)

ตัวชี้วัด ความเป็น คนชายขอบ	ระดับความเครียด (คะแนนเต็ม 14 คะแนน)									
	คนทั่วไป			คนชายขอบ			รวม			
	จำนวน (คน)	Mean	S.D	จำนวน (คน)	Mean	S.D	จำนวน (คน)	Mean	S.D	
อยู่ด้วยกัน/ ทุกวัน/เกือบ ทุกวัน	2,780	2.12	2.355	199	2.66	2.843	2,979	2.15	2.394	
องค์ประกอบด้านความพึงพอใจในบริการของรัฐ										
9.ระบบบริการสุขภาพ										
พึงพอใจ	11,362	2.11	2.449	447	2.38	2.457	11,809	2.12	2.450	
ไม่พึงพอใจ	2,91	2.47	2.317	595	2.88	2.836	886	2.75	2.683	
10. ระบบการขนส่งทางบก										
พึงพอใจ	11,276	2.12	2.453	176	2.84	2.700	11,452	2.13	2.459	
ไม่พึงพอใจ	377	2.24	2.242	866	2.63	2.689	1,243	2.52	2.567	
รวม	11,653	2.12	2.447	1,042	2.67	2.691	12,695	2.17	2.472	

4.4 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) ระหว่างตัวแปรข้อมูลพื้นฐานทางประชากรและความเป็นคนชายขอบกับระดับความเครียด

จากตาราง 4.10 พบว่าสมการนี้สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรข้อมูลพื้นฐานทางประชากรและความเป็นคนชายขอบกับระดับความเครียดของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 2 (Adjust R²) และหากไม่มีปัจจัยใดๆเข้ามาเกี่ยวข้อง ระดับความเครียดของผู้สูงอายุจะอยู่ที่ 0.806 คะแนน (Constant) เมื่อพิจารณาจากปัจจัยอื่นๆด้วยพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความเครียดของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา เขตที่อยู่อาศัย และความเป็นคนชายขอบ ดังนี้

ปัจจัยความเป็นคนชายขอบส่งผลต่อระดับความเครียดของผู้สูงอายุเมื่อเปรียบเทียบกับคนปกติทั่วไป 0.059 คะแนน เมื่อพิจารณาตามคุณลักษณะทางประชากร พบว่า ผู้สูงอายุชายจะมี

ระดับความเครียดน้อยกว่าผู้สูงอายุหญิง 0.061 คะแนน ปัจจัยอายุ พบว่า หากผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มขึ้น 1 ปี จะมีคะแนนความเครียดสูงขึ้น 0.052 คะแนน ต่อมาคือปัจจัยเขตที่อยู่อาศัย พบว่า หากผู้สูงอายุมีเขตที่อยู่อาศัยในเขตเทศบาลจะส่งผลให้มีระดับความเครียดลดลง 0.029 คะแนนเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่อยู่นอกเขตเทศบาล และสุดท้าย คือ ปัจจัยด้านการศึกษา พบว่า หากผู้สูงอายุได้เรียนหนังสือจะส่งผลให้มีระดับความเครียดลดลง 0.023 คะแนนเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ

ตาราง 4.10 ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความเครียดของผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความเครียด	b	Beta
เพศ (กลุ่มอ้างอิง : หญิง)		
- ชาย	-0.307	-0.061***
อายุ (ปี)	0.019	0.053***
สถานภาพสมรส (กลุ่มอ้างอิง : โสด)		
- สมรส	0.295	0.057
- หม้าย/หย่า/แยก	0.634	0.122
การศึกษา (กลุ่มอ้างอิง : ไม่ได้เรียน)		
- ได้เรียน	-0.189	-0.023*
เขตที่อยู่อาศัย (กลุ่มอ้างอิง : นอกเขตเทศบาล)		
- ในเขตเทศบาล	-0.146	-0.029**
ความเป็นคนชายขอบ (กลุ่มอ้างอิง : คนทั่วไป)		
- คนชายขอบ	0.532	0.059***
Constant	0.806	
Adjust R²	0.020	

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

จากตาราง 4.11 สมการสามารถอธิบายความสัมพันธ์ (Adjust R²) ระหว่างตัวแปรข้อมูลพื้นฐานทางประชากรและความเป็นคนชายขอบกับระดับความเครียดของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 10.9 และหากไม่มีปัจจัยใดๆเข้ามาเกี่ยวข้อง (Constant) ระดับความเครียดของผู้สูงอายุจะอยู่ที่ 0.539 คะแนน และเมื่อพิจารณาจากปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากรและ

ตัวชี้วัดความเป็นคนชายขอบพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความเครียดของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีดังนี้ การประเมินสุขภาพกาย การมีภาวะทุพพลภาพ ลักษณะการอยู่อาศัย และความพึงพอใจในบริการสุขภาพ

ปัจจัยคุณลักษณะของความเป็นคนชายขอบที่ส่งผลต่อระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมี 4 ตัว คือ 1) การประเมินสุขภาพกาย พบว่าผู้สูงอายุที่ประเมินสุขภาพกายของตัวเองว่าดี/ดีมากจะมีระดับความเครียดลดลง 0.316 คะแนนเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ประเมินสุขภาพกายของตนเองว่าไม่ดี/ไม่ดีมากฯ และผู้สูงอายุที่ประเมินสุขภาพกายของตัวเองปานกลางจะมีระดับความเครียดลดลง 0.183 คะแนนเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ประเมินสุขภาพกายของตนเองว่าไม่ดี/ไม่ดีมากฯ 2) การมีภาวะทุพพลภาพ พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะทุพพลภาพจะมีระดับความเครียดลดลง 0.090 คะแนนเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ 3) ลักษณะการอยู่อาศัย พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรสและ/หรือคนอื่น โดยที่ไม่มีบุตรจะมีระดับความเครียดลดลง 0.112 คะแนนเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง และผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตร โดยจะมีหรือไม่มีคู่สมรสและคนอื่นๆก็ได้ จะมีระดับความเครียดลดลงมากที่สุด คือ 0.123 คะแนนเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง และ 4) ความพึงพอใจในบริการสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุที่มีความพึงพอใจในบริการสุขภาพจะมีระดับความเครียดลดลง 0.105 คะแนนเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่พอใจในบริการสุขภาพ

จะพบว่าตัวชี้วัดความเป็นคนชายขอบที่ส่งผลต่อระดับความเครียดมากที่สุด คือ การประเมินสุขภาพกายของผู้สูงอายุ รองลงมาคือลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ความพึงพอใจในบริการสุขภาพ และภาวะทุพพลภาพ ตามลำดับ

ตาราง 4.11 ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความเครียดของผู้สูงอายุชายขอบ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความเครียด	คนชายขอบ	
	b	Beta
เพศ (กลุ่มอ้างอิง : หญิง)		
- ชาย	-0.005	-0.001
อายุ (ปี)	0.020	0.052
สถานภาพสมรส (กลุ่มอ้างอิง : โสด)		
- สมรส	2.747	0.495
- หม้าย/หย่า/แยก	2.689	0.485

ตาราง 4.11 ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความเครียดของผู้สูงอายุชายขอบ (ต่อ)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความเครียด	คนชายขอบ	
	b	Beta
การศึกษา (กลุ่มอ้างอิง : ไม่ได้เรียน)		
- ได้เรียน	0.130	0.016
เขตที่อยู่อาศัย (กลุ่มอ้างอิง : นอกเขตเทศบาล)		
- ในเขตเทศบาล	0.192	-0.035
การทำงาน (กลุ่มอ้างอิง : ไม่ทำงาน)		
- ทำงาน	0.574	0.078
รายได้จากทำงาน (กลุ่มอ้างอิง : ไม่มี)		
- มี	-0.678	-0.104
การได้รับเงินช่วยเหลือจากบุตรหลาน/ญาติพี่น้อง (กลุ่มอ้างอิง : ไม่ได้รับ)		
- ได้รับ	0.351	0.057
การประเมินสุขภาพกาย (กลุ่มอ้างอิง : ไม่ดี/ไม่ดีมากๆ)		
- ปานกลาง	-0.994	-0.183***
- ดี/ดีมาก ๆ	-1.759	-0.316***
การมีโรคเรื้อรัง (กลุ่มอ้างอิง : มี)		
- ไม่มี	-0.279	-0.050
การมีภาวะทุพพลภาพ (กลุ่มอ้างอิง : มี)		
- ไม่มี	-0.494	-0.090**
ลักษณะการอยู่อาศัย (กลุ่มอ้างอิง : อยู่ตามลำพัง)		
- อยู่กับคนอื่นที่ไม่มีคู่สมรส และไม่มีลูก	0.508	0.045
- อยู่กับคู่สมรสเท่านั้น หรือมีคนอื่นอยู่ด้วย ไม่มีลูก	-0.669	-0.112*
- อยู่กับลูกเท่านั้น หรือมีคนอื่นอยู่ด้วย	-0.662	-0.123*
การเยี่ยมเยียนจากบุตรหลาน (กลุ่มอ้างอิง : ไม่เคยติดต่อ)		
- อย่างน้อยเดือนละครั้ง	0.206	0.035
- ทุกเดือน	0.162	0.027
- ทุกสัปดาห์	-0.085	0.012
- อยู่ด้วยกัน/ทุกวัน/เกือบทุกวัน	-0.167	-0.024

ตาราง 4.11 ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความเครียดของผู้สูงอายุชายขอบ (ต่อ)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความเครียด	คนชายขอบ	
	b	Beta
ความพึงพอใจในบริการสุขภาพ (กลุ่มอ้างอิง : ไม่พอใจ)		
- พพอใจ	-0.569	-0.105**
ความพึงพอใจในบริการสาธารณสุขของรัฐ (กลุ่มอ้างอิง : ไม่พอใจ)		
- พพอใจ	-0.238	-0.033
Constant	0.539	
Adjust R²	0.109	
N = 1,042		

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

บทที่ 5

อภิปรายผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

5.1 อภิปรายผลการศึกษา

ในการศึกษานี้เป็นการศึกษากลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 12,695 คน แบ่งเป็นเพศชายร้อยละ 41.8 และเพศหญิงร้อยละ 58.2 อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 69 ปี ประมาณ 2 ใน 3 เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานภาพสมรส ที่เหลือเป็นหม้าย/หย่า/แยก มีเพียงร้อยละ 0.1 ที่มีสถานภาพโสด

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่ม คือผู้สูงอายุที่มีลักษณะทั่วไปและผู้สูงอายุที่เป็นคนชายขอบ คุณลักษณะที่ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเป็นคนชายขอบคือ ผู้สูงอายุที่ไม่มียานพาหนะ ไม่มีรายได้จากการทำงาน ไม่มีเงินช่วยเหลือจากบุตรหลาน/ญาติพี่น้อง ประเมินสุขภาพกายตนเองว่าไม่ดี มีโรคเรื้อรัง มีภาวะทุพพลภาพ ไม่พึงพอใจในระบบบริการสุขภาพ อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ไม่ได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุตรที่อยู่นอกครัวเรือนและไม่พึงพอใจในบริการระบบขนส่งทางบก นอกจากนี้ยังมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ของลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษาและความเป็นคนชายขอบกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

จากการวิเคราะห์ผล ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีงานทำ ทั้งนี้เนื่องมาจากประเทศไทยเป็นประเทศที่มีเกณฑ์เกษียณอายุการทำงานที่ 60 ปี ดังนั้นผู้สูงอายุที่ทำงานในระบบ ต้องออกจากการทำงานตามเกณฑ์อายุที่กำหนดไว้ จึงไม่มีงานทำ (มนตรีกร และคณะ 2555) ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุจำนวนมากไม่มีรายได้จากการทำงาน ซึ่งตรงกับงานของสุเทพ (2552) และจิระพรรณ และคณะ (2553) ที่พบว่าการเกษียณเป็นการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีผลต่อรายได้จากการทำงาน ทำให้ผู้สูงอายุถูกลดบทบาทและความสำคัญในครอบครัวให้กลายเป็นผู้อาศัยมากกว่าผู้ให้ การมีรายได้ส่วนใหญ่จะเป็นเงินช่วยเหลือจากบุตรหลานและญาติพี่น้องกว่าร้อยละ 80

อย่างที่ทราบกันดีว่าการเป็นผู้สูงอายุยังหมายถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย กลายเป็นบุคคลที่มีความเสื่อมสภาพทางสรีรวิทยา ในการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุเกือบร้อยละ 15 ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพร่างกายที่ไม่ดีและไม่ดีมากๆ เกือบครึ่งหนึ่งคิดว่าตนเองมีสุขภาพกายปานกลางและบางส่วนเห็นว่าตนเองยังมีสุขภาพกายดีและดีมากๆ การประเมินตนเองจากงานของศศิพัฒน์ (2544) พบว่าผู้สูงอายุประเมินตนเองว่าแก่หรืออายุมากแล้วสิ่งนี้จะส่งผลต่อบุคลิกภาพทางกาย ความรู้สึกทางด้านจิตใจและการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่นเดียวกับการเป็นโรค กว่าครึ่งหนึ่ง

ของผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรัง และประมาณ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุมีภาวะทุพพลภาพ จากการของศศิพัฒน์ (2544) พบว่าผู้สูงอายุที่เผชิญกับสภาพ โรคภัยไข้เจ็บเพราะสภาพร่างกายและอวัยวะต่างๆเริ่มเสื่อมลง ส่งผลให้เกิดความกดดันทางอารมณ์

ประเด็นความสัมพันธ์ในครอบครัวประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุยังมีลักษณะการอยู่อาศัยที่ดีคืออยู่กับบุตรพร้อมด้วยคู่สมรสหรือหลานหรือญาติพี่น้อง จากงานของจิราพร และคณะ (2543) พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุตรหรืออยู่กับบุตรจะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขและมีภาวะทางอารมณ์ที่ดีขึ้น ตรงกับการศึกษาในครั้งนี้ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุตร ทุกสัปดาห์/ เกือบทุกวัน/ ทุกวัน/ อยู่ด้วยกัน จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น

หลังจากที่ได้เกณฑ์ของความเป็นคนชายขอบในการคำนวณครั้งนี้ใช้วิธีการคำนวณหาความเป็นคนชายขอบของผู้สูงอายุโดยประยุกต์จากค่าดัชนีความยากจนของคน (HPI) ของ UNDP (สำนักมาตรฐานการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 2548) และได้หาค่าความสัมพันธ์ของความเป็นคนชายขอบกับระดับความเครียดโดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ปัจจัยความเป็นคนชายขอบที่ส่งผลต่อระดับความเครียดของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุชายขอบคิดเป็นร้อยละ 9.2 จากผู้สูงอายุทั้งหมด และจากการวิเคราะห์ผล พบว่า ผู้สูงอายุชายขอบจะมีระดับความเครียดสูงกว่าผู้สูงอายุทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยแบ่งการอภิปรายออกตามปัจจัยที่มีผลต่อระดับความเครียดของผู้สูงอายุชายขอบอย่างมีนัยสำคัญ ดังนี้

สุขภาพกาย พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมากโดยเฉพาะการประเมินสุขภาพกาย ผู้สูงอายุที่ประเมินสุขภาพกายดีและดีมากจะส่งผลต่อการลดลงของระดับความเครียดมากกว่าปัจจัยตัวอื่นๆ ในหลายงานวิจัยพบว่าสุขภาพกายและความสุขมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกัน (รักษพล และวิราภรณ์ 2554; culter 1973; ชูติไกร 2551) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยสูงอายุ (Gray et al. 2008) ผู้สูงอายุที่มีร่างกายแข็งแรงจะไม่พบความผิดปกติทางด้านอารมณ์ (บรรลุ 2531)เช่นเดียวกันกับปัจจัยภาวะทุพพลภาพ ความพึงพอใจในระบบบริการสุขภาพ จะส่งผลต่อระดับความเครียดที่ลดลงเช่นเดียวกัน

ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีผลต่อความเครียดของผู้สูงอายุนี้อยู่ 2 ปัจจัยคือ ลักษณะการอยู่อาศัย พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตรจะมีระดับความเครียดลดลงมากที่สุด รองลงมาคือผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรสหรือบุคคลอื่น โดยที่ไม่มีบุตรอยู่ด้วย จากงานของจิราพร และคณะ (2543) พบว่าผู้สูงอายุที่

ได้รับการเยี่ยมชมเขียนจากบุตรหรืออยู่กับบุตรจะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขและมีภาวะทางอารมณ์ที่ดีขึ้น

5.2 ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการกระจายสถานบริการทางด้านสุขภาพเพื่อให้เข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุทุกกลุ่ม เพราะการเข้าถึงและความพึงพอใจต่อระบบบริการสุขภาพมีผลต่อระดับความเครียดของผู้สูงอายุ
2. ปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ส่งผลต่อระดับความเครียดของผู้สูงอายุคือสุขภาพ ควรมีมาตรการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีไม่มีโรคภัยไข้เจ็บและไม่มีภาวะทุพพลภาพ
3. ลักษณะการอยู่อาศัย กว่าครึ่งหนึ่งอยู่โดยไม่มีบุตรในบ้านซึ่งสาเหตุเกิดจากการย้ายถิ่นเพื่อไปทำงานของลูก จากการศึกษาจะเห็นว่า การอาศัยอยู่กับบุตรจะส่งผลต่อความเครียดที่ลดลง ควรส่งเสริมให้มีการกระจายของแหล่งงานและอาชีพไปยังท้องถิ่นต่างๆ เพื่อลดปัญหาการย้ายออกไปทำงาน ก็อาจทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขมากขึ้น

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้สูงอายุชายขอบ

FACTORS AFFECTING MARGINALIZED OLDER PERSONS' STRESS

กฤติยาภรณ์ สุทธิบุตร 5537250 PRPR/M

ศศ.ม. (วิจัยประชากรและสังคม)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : รศรินทร์ เกรย์, Ph.D., อมรา สุนทรธาดา, Ph.D.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรของประเทศไทยเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่นเดียวกับภาวะเจริญพันธุ์และภาวะการตายที่ลดลงอย่างรวดเร็วอันเป็นผลมาจากความเจริญก้าวหน้าทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข (ปราโมทย์ และคณะ 2555) ทำให้สัดส่วนของผู้สูงอายุในสังคมไทยเพิ่มมากขึ้นเรียกได้ว่าประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” ตั้งแต่ประมาณปี 2543-2544 และคาดประมาณว่าในปี 2571 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (ชมพูนุช พรหมภักดี 2556)

ด้วยภาวะสุขภาพกายที่เริ่มเสื่อมถอยรวมทั้งจำนวนที่เพิ่มมากขึ้นของผู้สูงอายุ จึงส่งผลกระทบต่อในด้านต่างๆ ทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับจุลภาคและส่งผลกระทบต่อมาตรฐานการครองชีพของครัวเรือน ภาระพึ่งพิงที่สูงขึ้น รวมถึงมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งทางด้านรายได้ ปัญหาความยากจน โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันทางด้านรายได้ในวัยชรา การอาศัยอยู่เพียงลำพังไม่มีครอบครัวให้พึ่งพิง ส่วนทางด้านสุขภาพโดยเฉพาะทาง “ด้านสุขภาพจิต” ที่ผู้สูงอายุจะต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงในชีวิตในหลายๆด้านพร้อมกัน ด้วยประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายที่ลดลงของผู้สูงอายุส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัญหาทางด้านสุขภาพกายมากกว่าวัยอื่นและส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตตามมา (รศรินทร์ และณัฐจิรา 2555) นอกจากนี้ สถานภาพในการทำงานรวมถึงบทบาททางด้านการมีส่วนร่วมในสังคมพบว่าในระดับมหภาคการมีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อการทำงานและการผลิตที่สัดส่วนของแรงงานมี

แนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจของประเทศ ภาระค่าใช้จ่ายของภาครัฐต่อการจัดหาบริการ สวัสดิการ หลักประกันและความคุ้มครองทางสังคมที่จำเป็นต่อผู้สูงอายุที่จะต้องเพิ่มมากขึ้นในอนาคต (เฉลิมพล 2556; ชมพูนุช 2556)

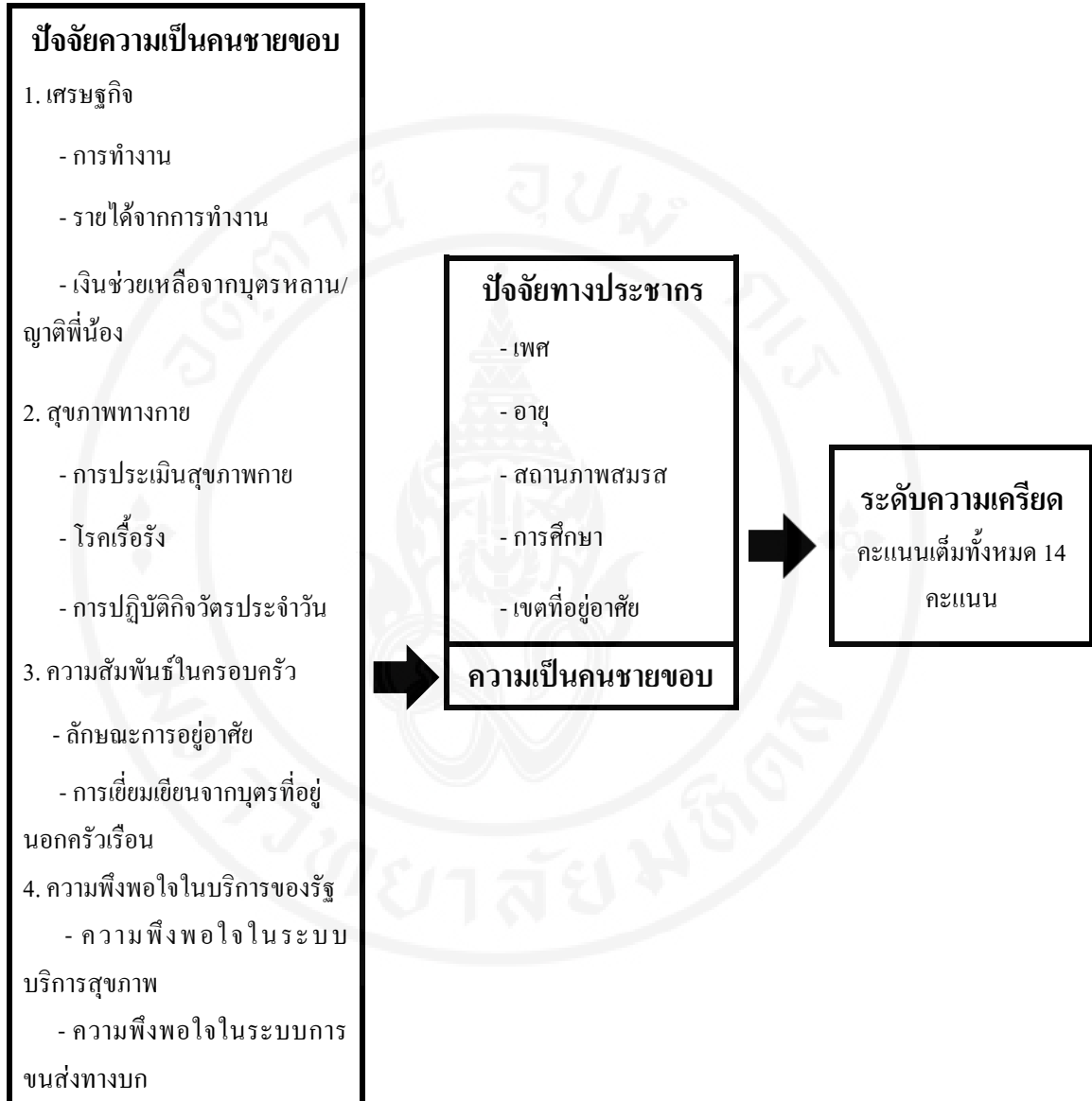
รัฐบาลได้ตระหนักถึงสถานการณ์การมีอายุสูงขึ้นของประชากรและเตรียมพร้อมที่จะรับมือกับสังคมผู้สูงอายุโดยการวางแผนนโยบายและมาตรการต่างๆ ที่เหมาะสมกับสถานการณ์และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รัฐจึงมีมาตรการในการคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือให้สวัสดิการแก่ผู้สูงอายุในฐานะที่เป็นประชากรกลุ่มเปราะบางเนื่องจากเสี่ยงกับความเจ็บป่วยและด้อยสิทธิบางประการหรือการเข้าถึงบริการสาธารณะต่างๆ เพราะความเสื่อมถอยของสุขภาพ (ปราโมทย์ และคณะ 2555)

ในปัจจุบันการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ทำให้ทุกคนต้องเริ่มตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นตามมา เนื่องจากประชากรผู้สูงอายุเป็นกลุ่มบุคคลที่ต้องได้รับการดูแลและให้ความช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ หลายด้าน เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ต้องกลายเป็นคนชายขอบ ในการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเป็น คนชายขอบของผู้สูงอายุ และปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตอย่างไร

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุชายขอบเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุทั่วไป
2. เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สุขภาพ และสังคม ที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุชายขอบ

3. กรอบแนวคิดในการศึกษาระดับความเครียดของผู้สูงอายุ



4. ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ จากการ “สำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554” ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ มี ประชากรชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 12,695 คน แบ่งเป็นชาย 5,311 คน เป็น หญิง 7,384 คน

4.1 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การวัดระดับความเครียดใช้แบบสอบถามจากการ “สำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554” ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้มาจากข้อคำถามว่า “ในระหว่าง 1 เดือนก่อนวัน สัมภาษณ์ ท่านมีอาการ หรือความรู้สึกต่อไปนี้บ่อยครั้งเพียงใด” โดยเป็นข้อคำถามเรื่องความรู้สึก 7 ข้อ ดังนี้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2554)

1. ความอยากอาหารลดลง
2. คิดมาก หรือมีความวิตกกังวล
3. รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ
4. รู้สึกหมดหวังในชีวิต
5. รู้สึกว่าชีวิตไม่มีคุณค่า
6. รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง
7. รู้สึกเหงา

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ “ไม่เคย” 0 คะแนน “เป็นบางครั้ง” 1 คะแนน “เป็นประจำ” 2 คะแนน มีคะแนนเต็มทั้งหมด 14 คะแนน โดยผู้ที่มีคะแนนยิ่งสูงขึ้นเท่าไรก็หมายความว่า มีระดับความเครียดมากขึ้นเท่านั้น

4.2 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรที่นำมาศึกษาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุชายขอบในครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ตัวแปรทางประชากร ตัวแปรความเป็นคนชายขอบ และตัวแปรระดับความเครียด มีรายละเอียดดังนี้

- ตัวแปรทางประชากร แบ่งออกเป็น เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และเขตที่อยู่อาศัย

- ตัวแปรความเป็นคนชายขอบ แบ่งออกเป็น 1) เศรษฐกิจ คือ การทำงาน รายได้จาก การทำงาน และเงินช่วยเหลือจากบุตรหลาน/ญาติพี่น้อง 2) สุขภาพทางกาย คือ การประเมินสุขภาพ กาย โรคเรื้อรัง และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 3) ความสัมพันธ์ในครอบครัว คือ ลักษณะการอยู่ อาศัย การเยี่ยมเยียนจากบุตรที่อยู่นอกครัวเรือน 4) ความพึงพอใจในบริการของรัฐ คือ ระบบบริการ สุขภาพ และระบบการขนส่งทางบก

4.3 วิธีการให้คะแนนตัวแปรความเป็นคนชายขอบ

ในการศึกษาครั้งนี้ จะใช้วิธีการให้คะแนนตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับความเป็นคนชายขอบที่ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยยึดหลักการให้คะแนนว่า สิ่งที่ส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลดีที่สุดจะให้คะแนนมากที่สุด โดยคะแนนจะลดหลั่นกันไปจนถึงศูนย์คะแนน หรือหมายถึงสิ่งที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ด้อยที่สุด (คนชายขอบ) ยกตัวอย่างเช่น การประเมินสุขภาพกาย แบ่งระดับการให้คะแนน คือ ประเมินว่าตนมีสุขภาพดีมากๆ มีคะแนนเท่ากับ 4 คะแนน ดี มีคะแนนเท่ากับ 3 คะแนน ปานกลาง มีคะแนนเท่ากับ 2 คะแนน ไม่ดีมีคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน และ ไม่ดีมากๆ มีคะแนนเท่ากับ 0 คะแนน เป็นต้น จากตัวอย่างดังกล่าวแสดงว่าผู้ที่ประเมินสุขภาพกายว่าไม่ดีมากๆ จะมีคุณภาพชีวิตที่ด้อยกว่าผู้ที่ประเมินสุขภาพกายในระดับอื่นๆ หรือหมายถึงมีโอกาสที่จะเป็นคนชายขอบได้มากกว่า

4.4 ขั้นตอนในการคำนวณหาคนชายขอบ

ประยุกต์จากการคำนวณหาค่าดัชนีการพัฒนามนุษย์ (Human Development Index: HDI) ของ UNDP (สำนักมาตรฐานการพัฒนาระดับโลกและความมั่นคงของมนุษย์ 2548)

ขั้นที่ 1 คำนวณหาค่าดัชนีในแต่ละตัวชี้วัด โดยคำนวณจากสูตรดังต่อไปนี้

$$\text{ดัชนีของตัวชี้วัดในแต่ละตัว (I)} = \frac{\text{ค่าคะแนนตัวชี้วัด} - \text{ค่าต่ำสุด}}{\text{ค่าสูงสุด} - \text{ค่าต่ำสุด}}$$

ขั้นที่ 2 การหาค่าดัชนีภาพรวมของแต่ละองค์ประกอบ

การหาค่าดัชนีรวมของแต่ละองค์ประกอบไม่สามารถใช้ผลรวมและหาค่าเฉลี่ยแบบธรรมดา เนื่องจากหลักคิดและฐานข้อมูลดัชนีแต่ละตัวมีความแตกต่างกัน เพื่อลดความแปรปรวนของข้อมูลจึงประยุกต์สูตรของ UNDP ที่ใช้คำนวณหาค่าดัชนีความยากจนของคน (Human Poverty Index: HPI) ซึ่งสูตรดังกล่าวใช้การยกกำลัง 3 ในค่าดัชนีแต่ละตัว เพื่อช่วยลดความแปรปรวนลง หลังจากนั้นจึงใช้การถอดรากที่สาม เพื่อให้กลับคืนสภาพเดิม (เรวดี 2553) ดังนี้

$$C = \left[\frac{I_1^\alpha + I_2^\alpha + \dots + I_n^\alpha}{n} \right]^{1/\alpha}$$

โดยที่

C	=	องค์ประกอบ
I	=	ดัชนี
n	=	จำนวนดัชนีในองค์ประกอบนั้น
α	=	3*

* α มีค่าเท่ากับ 3 ซึ่งเป็นตัวเลขที่เหมาะสมที่สุด ที่จะช่วยลดความแปรปรวนของข้อมูล เมื่อนำมาใช้ในการคำนวณ (UNDP 2005)

ขั้นที่ 3 การหาค่าดัชนีการเป็นคนชายขอบ

ใช้สูตรคำนวณเช่นเดียวกับการหาค่าดัชนีภาพรวมของแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

$$\text{ดัชนีการเป็นคนชายขอบ} = \left[\frac{C1^\alpha + C2^\alpha + \dots + Cn^\alpha}{n} \right]^{1/\alpha}$$

โดยที่	C	=	องค์ประกอบ
	n	=	จำนวนองค์ประกอบ
	α	=	3

ขั้นที่ 4 การแบ่งเกณฑ์คนชายขอบ

จากการคำนวณสามารถนำมาแบ่งระดับกลุ่มบุคคลออกเป็น 3 กลุ่ม คือ คุณภาพชีวิตดี คุณภาพปานกลาง (หรือคนปกติ) และคนชายขอบ เกณฑ์การวัดทั้ง 3 กลุ่มใช้เกณฑ์ตัดสินดังนี้ (พนิษฐา 2537)

คุณภาพชีวิตดี	มีค่าคะแนนมากกว่า	$\bar{X}+1SD$
คุณภาพชีวิตปานกลาง	มีค่าคะแนนมากกว่า	$\bar{X}+-1SD$
คนชายขอบ	มีค่าคะแนนน้อยกว่า	$\bar{X}-1SD$

5. ผลการศึกษา

5.1 คุณลักษณะทางประชากรและสังคม

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 12,695 คน เป็นชายจำนวน 5,311 คน คิดเป็นร้อยละ 41.8 และเป็นหญิงจำนวน 7,384 คน คิดเป็นร้อยละ 58.2 พิจารณาจากโครงสร้างอายุพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 57.2) รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 70-79 ปี (ร้อยละ 33.4) และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปพบมีน้อยที่สุด (ร้อยละ 9.4) อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 69.13 ปี อายุสูงสุดในกลุ่มตัวอย่างคือ 102 ปี และอายุที่น้อยที่สุดที่พบคือ 60 ปี เมื่อพิจารณาจากสถานภาพสมรส พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สมรสแล้ว (ร้อยละ 65.5) รองลงมาคือ หม้าย หย่า แยก (ร้อยละ 34.4) ส่วนผู้ที่มีสถานภาพโสดนั้นพบน้อยที่สุด (ร้อยละ 0.1)

ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างมากกว่าสองในสาม (ร้อยละ 77.6) ได้รับการศึกษาจนถึงชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 10.1 ไม่ได้เรียนหนังสือ ส่วนพื้นที่การอยู่อาศัยนั้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล (ร้อยละ 57.1) มากกว่านอกเขตเทศบาลเล็กน้อย (ร้อยละ 42.9)

5.2 เกณฑ์การจำแนกประเภทของผู้สูงอายุ

จากตารางที่ 1 มีการแบ่งประเภทของผู้สูงอายุออกเป็นผู้สูงอายุทั่วไปและผู้สูงอายุชายขอบ โดยใช้การแบ่งเกณฑ์จากค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุชายขอบจำนวน 1,042 คน คิดเป็นร้อยละ 8.2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามประเภทของผู้สูงอายุ

ประเภทผู้สูงอายุ	การคำนวณ	ค่าคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ผู้สูงอายุทั่วไป	$\bar{X}+1SD$	> 0.0074	11,653	91.8
	$\bar{X}-1SD$	0.0032 - 0.0074		
ผู้สูงอายุชายขอบ	$\bar{X}-1SD$	< 0.0032	1,042	8.2

หมายเหตุ $\bar{X} = 0.0053$, $SD = 0.0021$

5.3 ผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรข้อมูลพื้นฐานทางประชากรและความเป็นคนชายขอบกับระดับความเครียด

ผู้สูงอายุหญิงและผู้สูงอายุชายมีร้อยละของความเป็นคนชายขอบใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 8.2 และ 8.3 ตามลำดับ ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี เป็นกลุ่มอายุที่มีร้อยละของความเป็นคนชายขอบสูงกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ที่ร้อยละ 8.5 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยกและสถานภาพโสด มีร้อยละของผู้ที่เป็นคนชายขอบใกล้เคียงกัน ในด้านการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือจะมีความเป็นคนชายขอบสูงกว่าผู้สูงอายุที่ได้เรียนหนังสือ คิดเป็นร้อยละ 9.6 และ 8.1 ตามลำดับ และสุดท้ายผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลจะมีความเป็นคนชายขอบมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล คิดเป็นร้อยละ 8.7 และ 7.5 ตามลำดับ

ผู้สูงอายุจะมีระดับความเครียดเฉลี่ย 2.17 คะแนน เมื่อพิจารณาการเป็นคนชายขอบ พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นคนชายขอบจะมีระดับความเครียดมากกว่าคนทั่วไป คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 2.67 และ 2.12 คะแนน ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาแบ่งตามคุณลักษณะทางประชากร พบว่า ผู้สูงอายุหญิงมีระดับความเครียดสูงกว่าผู้สูงอายุชาย คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 2.34 และ 1.93 คะแนน ตามลำดับ

และผู้สูงอายุชายชอบหญิงจะมีระดับความเครียดมากที่สุด คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 2.75 คะแนน ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปเป็นกลุ่มที่มีระดับความเครียดสูงที่สุด คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 2.54 คะแนน รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 70-79 ปี และ 60-69 ปี (คะแนนเฉลี่ย 2.30 และ 2.02 คะแนน ตามลำดับ) และ คนชายชอบที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปเป็นกลุ่มที่มีระดับความเครียดมากที่สุด คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 3.22 คะแนน สถานภาพสมรส พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก จะมีระดับความเครียดสูงที่สุด คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 2.50 คะแนน รองลงมา คือ กลุ่มสมรส และ โสด (คะแนนเฉลี่ย 1.99 และ 1.80 คะแนน ตามลำดับ) ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือจะมีระดับความเครียดสูงกว่าผู้สูงอายุที่ได้เรียนหนังสือคิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 2.50 และ 2.13 คะแนน ตามลำดับ และผู้สูงอายุที่เป็นคนชายชอบที่ไม่ได้เรียนหนังสือจะมีระดับความเครียดสูงที่สุด คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 2.94 คะแนน และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลจะมีระดับความเครียดสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 2.24 และ 2.11 คะแนน ตามลำดับ และผู้สูงอายุชายชอบที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลจะมีระดับความเครียดสูงที่สุด คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 2.75 คะแนน

5.4 ผลวิเคราะห์ตัวชี้วัดความเป็นคนชายชอบ จำแนกตามระดับความเครียด

เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบด้านเศรษฐกิจ พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานจะมีระดับความเครียดสูงกว่าผู้สูงอายุที่ทำงานอยู่ คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 2.35 และ 1.89 ตามลำดับ และผู้สูงอายุชายชอบที่ไม่ได้ทำงานจะมีระดับความเครียดมากที่สุด คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 2.77 คะแนน เช่นเดียวกับรายได้จากการทำงาน พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้จากการทำงานจะมีระดับความเครียดมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ อยู่ คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 2.37 และ 1.90 ตามลำดับ และผู้สูงอายุชายชอบที่ไม่มีรายได้จากการทำงานจะมีระดับความเครียดมากที่สุด คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 2.82 คะแนน แต่อย่างไรก็ตาม การได้รับเงินช่วยเหลือจากบุตรหลานกลับทำให้ผู้สูงอายุมีระดับความเครียดมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับเงินช่วยเหลือจากบุตรหลาน คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 2.23 และ 1.84 ตามลำดับ โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นชายชอบและได้รับเงินช่วยเหลือจากบุตรหลานจะมีระดับความเครียดมากที่สุด คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 2.84 คะแนน

องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย พบว่า ผู้สูงอายุที่ประเมินสุขภาพกายตนเองว่าไม่ดี/ไม่ดีมากๆ จะมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดสูงที่สุด 3.61 คะแนน รองลงมาเป็นผู้ที่ประเมินสุขภาพกายตนเองว่าปานกลาง และดี/ดีมากๆ ตามลำดับ (คะแนนเฉลี่ย 2.23 และ 1.62 คะแนน ตามลำดับ) และผู้สูงอายุที่เป็นชายชอบจะมีคะแนนความเครียดมากที่สุด คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 3.93 คะแนน ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังจะมีระดับความเครียดสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคเรื้อรัง (คะแนนเฉลี่ย 2.42 และ 1.86 คะแนน ตามลำดับ) และผู้สูงอายุที่เป็นชายชอบจะมีคะแนนความเครียดมากที่สุด คิดเป็นคะแนน

เฉลี่ย 2.90 คะแนน เช่นเดียวกับการมีภาวะทุพพลภาพ ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพจะมีระดับความเครียดสูงกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะทุพพลภาพ (คะแนนเฉลี่ย 2.65 และ 1.92 คะแนน ตามลำดับ) และผู้สูงอายุที่เป็นชายชอบจะมีคะแนนความเครียดมากที่สุด คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 3.17 คะแนน

องค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว พบว่า หากผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพังหรือต้องอยู่อาศัยกับคนอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรสหรือบุตรจะทำให้ผู้สูงอายุมีระดับความเครียดสูงสุด คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 2.69 คะแนนเท่ากัน รองลงมาคืออยู่กับบุตร และอยู่กับคู่สมรส/คนอื่น ที่ไม่ใช่บุตร (คะแนนเฉลี่ย 2.10 และ 1.97 คะแนน ตามลำดับ) และผู้สูงอายุชายชอบที่อยู่กับคู่สมรส/คนอื่น ที่ไม่ใช่ลูก จะมีคะแนนความเครียดมากที่สุด คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 3.61 คะแนน ในส่วนของการเยี่ยมเยียนจากบุตรหลาน พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่เคยได้รับการติดต่อจากบุตรหลานเลยจะมีระดับความเครียดสูงสุด คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 2.37 รองลงมาเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการติดต่อจากบุตรหลานเพียงปีละครั้งและเดือนละครั้ง (คะแนนเฉลี่ย 2.20 และ 2.19 คะแนน ตามลำดับ) และพบว่า ผู้สูงอายุชายชอบที่ได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุตรหลานเพียงปีละ 1 ครั้ง จะมีระดับความเครียดมากที่สุด คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 2.70 คะแนน

สำหรับความพึงพอใจในบริการสุขภาพของรัฐ พบว่า หากผู้สูงอายุไม่มีความพึงพอใจจะมีระดับความเครียดสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีความพึงพอใจในบริการสุขภาพ (คะแนนเฉลี่ย 2.75 และ 2.12 คะแนน ตามลำดับ) และความพึงพอใจในระบบขนส่งทางบก พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่พึงพอใจในเรื่องนี้จะมีระดับความเครียดสูงกว่าผู้สูงอายุที่พอใจ คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 2.52 และ 2.13 คะแนน ตามลำดับ

5.5 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) ระหว่างตัวแปรข้อมูลพื้นฐานทางประชากรและความเป็นคนชายชอบกับระดับความเครียด

จากตารางที่ 2 พบว่าสมการนี้สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรข้อมูลพื้นฐานทางประชากรและความเป็นคนชายชอบกับระดับความเครียดของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 2 ($Adjusted R^2$) และหากไม่มีปัจจัยปัจจัยใดๆเข้ามาเกี่ยวข้อง ระดับความเครียดของผู้สูงอายุจะอยู่ที่ 0.806 คะแนน (Constant) เมื่อพิจารณาจากปัจจัยอื่นๆด้วยพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความเครียดของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา เขตที่อยู่อาศัย และความเป็นคนชายชอบ ดังนี้

ปัจจัยความเป็นคนชายชอบส่งผลต่อระดับความเครียดของผู้สูงอายุเมื่อเปรียบเทียบกับคนปกติทั่วไป 0.059 คะแนน เมื่อพิจารณาตามคุณลักษณะทางประชากร พบว่า ผู้สูงอายุชายจะมีระดับความเครียดน้อยกว่าผู้สูงอายุหญิง 0.061 คะแนน ปัจจัยอายุ พบว่า หากผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มขึ้น 1

ปี จะมีคะแนนความเครียดสูงขึ้น 0.052 คะแนน ต่อมาคือปัจจัยเขตที่อยู่อาศัย พบว่า หากผู้สูงอายุมีเขตที่อยู่อาศัยในเขตเทศบาลจะส่งผลให้มีระดับความเครียดลดลง 0.029 คะแนนเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่อยู่นอกเขตเทศบาล และสุดท้าย คือ ปัจจัยด้านการศึกษา พบว่า หากผู้สูงอายุได้เรียนหนังสือจะส่งผลให้มีระดับความเครียดลดลง 0.023 คะแนนเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความเครียดของผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความเครียด	b	Beta
เพศ (กลุ่มอ้างอิง : หญิง)		
- ชาย	-0.307	-0.061***
อายุ (ปี)	0.019	0.053***
สถานภาพสมรส (กลุ่มอ้างอิง : โสด)		
- สมรส	0.295	0.057
- หม้าย/หย่า/แยก	0.634	0.122
การศึกษา (กลุ่มอ้างอิง : ไม่ได้เรียน)		
- ได้เรียน	-0.189	-0.023*
เขตที่อยู่อาศัย (กลุ่มอ้างอิง : นอกเขตเทศบาล)		
- ในเขตเทศบาล	-0.146	-0.029**
ความเป็นคนชายขอบ (กลุ่มอ้างอิง : คนทั่วไป)		
- คนชายขอบ	0.532	0.059***
Constant	0.806	
Adjust R²	0.020	

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

จากตารางที่ 3 สมการสามารถอธิบายความสัมพันธ์ (Adjust R²) ระหว่างตัวแปรข้อมูลพื้นฐานทางประชากรและความเป็นคนชายขอบกับระดับความเครียดของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 10.9 และหากไม่มีปัจจัยใดๆเข้ามาเกี่ยวข้อง (Constant) ระดับความเครียดของผู้สูงอายุจะอยู่ที่ 0.539 คะแนน และเมื่อพิจารณาจากปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากรและตัวชี้วัดความเป็นคนชายขอบพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความเครียดของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ มีดังนี้ การประเมินสุขภาพกาย การมีภาวะทุพพลภาพ ลักษณะการอยู่อาศัย และความพึงพอใจในบริการสุขภาพ

ปัจจัยคุณลักษณะของความเป็นคนชายขอบที่ส่งผลต่อระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมี 4 ตัว คือ 1) การประเมินสุขภาพกาย พบว่าผู้สูงอายุที่ประเมินสุขภาพกายของตัวเองว่าดี/ดีมากจะมีระดับความเครียดลดลง 0.316 คะแนนเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ประเมินสุขภาพกายของตนเองว่าไม่ดี/ไม่ดีมาก ๆ และผู้สูงอายุที่ประเมินสุขภาพกายของตัวเองปานกลางจะมีระดับความเครียดลดลง 0.183 คะแนนเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ประเมินสุขภาพกายของตนเองว่าไม่ดี/ไม่ดีมาก ๆ 2) การมีภาวะทุพพลภาพ พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะทุพพลภาพจะมีระดับความเครียดลดลง 0.090 คะแนนเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ 3) ลักษณะการอยู่อาศัย พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรสและ/หรือคนอื่น โดยที่ไม่มีบุตรจะมีระดับความเครียดลดลง 0.112 คะแนนเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง และผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตร โดยจะมีหรือไม่มีคู่สมรสและคนอื่น ๆ ก็ได้ จะมีระดับความเครียดลดลงมากที่สุด คือ 0.123 คะแนนเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง และ 4) ความพึงพอใจในบริการสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุที่มีความพึงพอใจในบริการสุขภาพจะมีระดับความเครียดลดลง 0.105 คะแนนเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่พอใจในบริการสุขภาพ

จะพบว่าตัวชี้วัดความเป็นคนชายขอบที่ส่งผลต่อระดับความเครียดมากที่สุด คือ การประเมินสุขภาพกายของผู้สูงอายุ รองลงมาคือลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ความพึงพอใจในบริการสุขภาพ และภาวะทุพพลภาพ ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความเครียดของผู้สูงอายุชายขอบ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความเครียด	คนชายขอบ	
	b	Beta
เพศ (กลุ่มอ้างอิง : หญิง)		
- ชาย	-0.005	-0.001
อายุ (ปี)	0.020	0.052
สถานภาพสมรส (กลุ่มอ้างอิง : โสด)		
- สมรส	2.747	0.495
- หม้าย/หย่า/แยก	2.689	0.485

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความเครียดของผู้สูงอายุชายขอบ (ต่อ)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความเครียด	คนชายขอบ	
	b	Beta
การศึกษา (กลุ่มอ้างอิง : ไม่ได้เรียน)		
เขตที่อยู่อาศัย (กลุ่มอ้างอิง : นอกเขตเทศบาล)		
- ในเขตเทศบาล	0.192	-0.035
การทำงาน (กลุ่มอ้างอิง : ไม่ทำงาน)		
- ทำงาน	0.574	0.078
รายได้จากทำงาน (กลุ่มอ้างอิง : ไม่มี)		
- มี	-0.678	-0.104
การได้รับเงินช่วยเหลือจากบุตรหลาน/ญาติพี่น้อง (กลุ่มอ้างอิง : ไม่ได้รับ)		
- ได้รับ	0.351	0.057
การประเมินสุขภาพกาย (กลุ่มอ้างอิง : ไม่ดี/ไม่ดีมาก)		
- ปานกลาง	-0.994	-0.183***
- ดี/ดีมาก	-1.759	-0.316***
การมีโรคเรื้อรัง (กลุ่มอ้างอิง : มี)		
- ไม่มี	-0.279	-0.050
การมีภาวะทุพพลภาพ (กลุ่มอ้างอิง : มี)		
- ไม่มี	-0.494	-0.090**
ลักษณะการอยู่อาศัย (กลุ่มอ้างอิง : อยู่ตามลำพัง)		
- อยู่กับคนอื่นที่ไม่มีคู่สมรสและไม่มีลูก	0.508	0.045
- อยู่กับคู่สมรสเท่านั้น และมีคนอื่นอยู่ด้วย ยกเว้นลูก	-0.669	-0.112*
- อยู่กับลูกเท่านั้น หรือมีคนอื่นอยู่ด้วย	-0.662	-0.123*
การเยี่ยมเยียนจากบุตรหลาน (กลุ่มอ้างอิง : ไม่เคยติดต่อ)		
- อย่างน้อยเดือนละครั้ง	0.206	0.035
- ทุกเดือน	0.162	0.027
- ทุกสัปดาห์	-0.085	0.012
- อยู่ด้วยกัน/ทุกวัน/เกือบทุกวัน	-0.167	-0.024

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความเครียดของผู้สูงอายุชายขอบ (ต่อ)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความเครียด	คนชายขอบ	
	b	Beta
ความพึงพอใจในบริการสุขภาพ (กลุ่มอ้างอิง : ไม่พอใจ)		
- พพอใจ	-0.569	-0.105**
ความพึงพอใจในบริการสาธารณสุขของรัฐ (กลุ่มอ้างอิง : ไม่พอใจ)		
- พพอใจ	-0.238	-0.033
Constant	0.539	
Adjust R²	0.109	
N = 1,042		

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

6. อภิปรายผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

6.1 อภิปรายผลการศึกษา

ในการศึกษานี้เป็นการศึกษากลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 12,695 คน แบ่งเป็นเพศชายร้อยละ 41.8 และเพศหญิงร้อยละ 58.2 อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 69 ปี ประมาณ 2 ใน 3 เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานภาพสมรส ที่เหลือเป็นหม้าย/ หย่า/ แยก มีเพียงร้อยละ 0.1 ที่มีสถานภาพโสด

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่ม คือผู้สูงอายุที่มีลักษณะทั่วไปและผู้สูงอายุที่เป็นคนชายขอบ คุณลักษณะที่ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสมืออาชีพเป็นชายขอบคือ ผู้สูงอายุที่ไม่มีงานทำ ไม่มีรายได้จากการทำงาน ไม่มีเงินช่วยเหลือจากบุตรหลาน/ ญาติพี่น้อง ประเมินสุขภาพกายตนเองว่าไม่ดี มีโรคเรื้อรัง มีภาวะทุพพลภาพ ไม่พึงพอใจในระบบบริการสุขภาพ อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลไม่ได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุตรที่อยู่นอกครัวเรือนและไม่พึงพอใจในบริการระบบขนส่งสาธารณะของรัฐ นอกจากนี้ยังมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ของลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษาและความเป็นคนชายขอบกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

จากการวิเคราะห์ผล ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีงานทำ ทั้งนี้เนื่องมาจากประเทศไทยเป็นประเทศที่มีเกณฑ์เกษียณอายุการทำงานที่ 60 ปี ดังนั้นผู้สูงอายุที่ทำงานในระบบ ต้องออกจากกร

ทำงานตามเกณฑ์อายุที่กำหนดไว้ จึงไม่มีงานทำ (WHO 2010) ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุจำนวนมากไม่มีรายได้จากการทำงาน ซึ่งตรงกับงานของสุเทพ (2552) และจิรพรรณ และคณะ (2553) ที่พบว่าการเกษียณเป็นการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีผลต่อรายได้จากการทำงาน ทำให้ผู้สูงอายุถูกกดบทบาทและความสำคัญในครอบครัวให้กลายเป็นผู้อาศัยมากกว่าผู้ให้ การมีรายได้ส่วนใหญ่มักจะเป็นเงินช่วยเหลือจากบุตรหลานและญาติพี่น้องกว่าร้อยละ 80

อย่างที่ทราบกันดีว่าการเป็นผู้สูงอายุยังหมายถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย กลายเป็นบุคคลที่มีความเสื่อมสภาพทางสรีรวิทยา ในการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุเกือบร้อยละ 15 ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพร่างกายที่ไม่ดีและไม่ดีมาก ๆ เกือบครึ่งหนึ่งคิดว่าตนเองมีสุขภาพกายปานกลางและบางส่วนเห็นว่าตนเองยังมีสุขภาพกายดีและดีมาก ๆ การประเมินตนเองจากงานของ ศศิพัฒน์ (2544) พบว่าผู้สูงอายุประเมินตนเองว่าแก่หรืออายุมากแล้วสิ่งนี้จะส่งผลกระทบต่อบุคลิกภาพทางกาย ความรู้สึกทางด้านจิตใจและการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่นเดียวกับการเป็นโรค กว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรัง และประมาณ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุมีภาวะทุพพลภาพ จากการของ ศศิพัฒน์ (2544) พบว่าผู้สูงอายุที่เผชิญกับสภาพโรคร้ายไข้เจ็บเพราะสภาพร่างกายและอวัยวะต่างๆเริ่มเสื่อมลง ส่งผลให้เกิดความกดดันทางอารมณ์

ประเด็นความสัมพันธ์ในครอบครัวประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุยังมีลักษณะการอยู่อาศัยที่ดีคืออยู่กับบุตรพร้อมด้วยคู่สมรสหรือหลานหรือญาติพี่น้อง จากงานของจิรภรณ์ และคณะ (2543) พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุตรหรืออยู่กับบุตรจะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขและมีภาวะทางอารมณ์ที่ดีขึ้น ตรงกับการศึกษาในครั้งนี้ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุตร ทุกสัปดาห์/ เกือบทุกวัน/ ทุกวัน/ อยู่ด้วยกัน จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น

หลังจากที่ได้เกณฑ์ของความเป็นคนชายขอบในการคำนวณครั้งนี้ใช้วิธีการคำนวณหาความเป็นคนชายขอบของผู้สูงอายุ โดยประยุกต์จากค่าดัชนีความยากจนของคน (HPI) ของ UNDP (สำนักมาตรฐานการพัฒนาดังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2548) และได้หาค่าความสัมพันธ์ของความเป็นคนชายขอบกับระดับความเครียด โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ปัจจัยความเป็นคนชายขอบที่ส่งผลต่อระดับความเครียดของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุชายขอบคิดเป็นร้อยละ 8.2 ของผู้สูงอายุทั้งหมด และจากการวิเคราะห์ผล พบว่า ผู้สูงอายุชายขอบจะมีระดับความเครียดสูงกว่าผู้สูงอายุทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยแบ่งการอภิปรายออกตามปัจจัยที่มีผลต่อระดับความเครียดของผู้สูงอายุชายขอบอย่างมีนัยสำคัญ ดังนี้

สุขภาพกาย พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมาก โดยเฉพาะการประเมินสุขภาพกาย ผู้สูงอายุที่ประเมินสุขภาพกายดีและดีมากจะส่งผลต่อการลดลงของระดับความเครียดมากกว่าปัจจัยตัวอื่นๆ ในหลายงานวิจัยพบว่าสุขภาพกายและความสุขมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกัน (รักษพล และวิราภรณ์ 2554; culter 1973; ชูติไกร 2551) โคนเฉพาะอย่างยิ่งในวัยสูงอายุ (Gray et al. 2008) ผู้สูงอายุที่มีร่างกายแข็งแรงจะไม่พบความผิดปกติทางด้านอารมณ์ (บรรลุ 2531) เช่นเดียวกันกับปัจจัยภาวะทุพพลภาพ ความพึงพอใจในระบบบริการสุขภาพ จะส่งผลต่อระดับความเครียดที่ลดลงเช่นเดียวกัน

ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีผลต่อความเครียดของผู้สูงอายุมีอยู่ 2 ปัจจัยคือ ลักษณะการอยู่อาศัย พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตรจะมีระดับความเครียดลดลงมากที่สุด รองลงมาคือผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรสหรือบุคคลอื่น โดยที่ไม่มีบุตรอยู่ด้วย จากงานของจิราภรณ์ และคณะ (2543) พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุตรหรืออยู่กับบุตรจะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขและมีภาวะทางอารมณ์ที่ดีขึ้น

6.2 ข้อเสนอแนะ

- 1). ควรมีการกระจายสถานบริการทางด้านสุขภาพเพื่อให้เข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุทุกกลุ่ม เพราะการเข้าถึงและความพึงพอใจต่อระบบบริการสุขภาพมีผลต่อระดับความเครียดของผู้สูงอายุ
- 2). ปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ส่งผลต่อระดับความเครียดของผู้สูงอายุคือสุขภาพ ควรมีมาตรการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีไม่มีโรคภัยไข้เจ็บและไม่มีภาวะทุพพลภาพ
- 3). ลักษณะการอยู่อาศัย กว่าครึ่งหนึ่งอยู่โดยไม่มีบุตรในบ้านซึ่งสาเหตุเกิดจากการย้ายถิ่นเพื่อไปทำงานของลูก จากการศึกษาจะเห็นว่าการอาศัยอยู่กับบุตรจะส่งผลต่อความเครียดที่ลดลง ควรส่งเสริมให้มีการกระจายของแหล่งงานและอาชีพไปยังท้องถิ่นต่างๆ เพื่อลดปัญหาการย้ายออกไปทำงาน ก็อาจทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขมากขึ้น

FACTORS AFFECTING MARGINALIZED OLDER PERSONS' STRESS

KITTIYAPORN SUTTHIBUT 5537250 PRPR/M

M.A. (POPULATION AND SOCIAL RESEARCH)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: ROSSARIN GRAY, Ph.D.,
AMARA SOONTHORNDHADA, Ph.D.**EXTENDED SUMMARY****1. Background and rationale for the study**

Thailand has experienced rapid changes of population structure. This is similar to the rapid decline of fertility and mortality due to medical and public health advancement (Pramote et al. 2012). Since 2000-2001, these changes have resulted in rising aging population, leading Thailand into the “aging society”. Expectedly, Thailand will become the aged society in 2028 (Chompoonuch Phrompakdi 2013).

Older persons' deteriorating health together with increasing ages yield negative impacts on economic and social aspects at micro level, including household living standard and self-reliance. Their quality of life is hit hard, particularly in income matters. This is especially mentioned to poverty faced by those without income security in old ages and those living alone. When talking about health and “mental health”, life changes and less bodily functions cause health problems and, subsequently, mental health crises in older persons much more than people from other generations (Rossarin and Natjera 2012). At macro level, the rising number of older person negatively affects social participation and employment. In the production sector, labour force is declining in number constantly. At national level, all these aforementioned affect the economic growth, escalating public expenditures on the

elderly's service delivery, welfare and social security in the future considerably (Chalermopol 2013; Chompoonuch 2013).

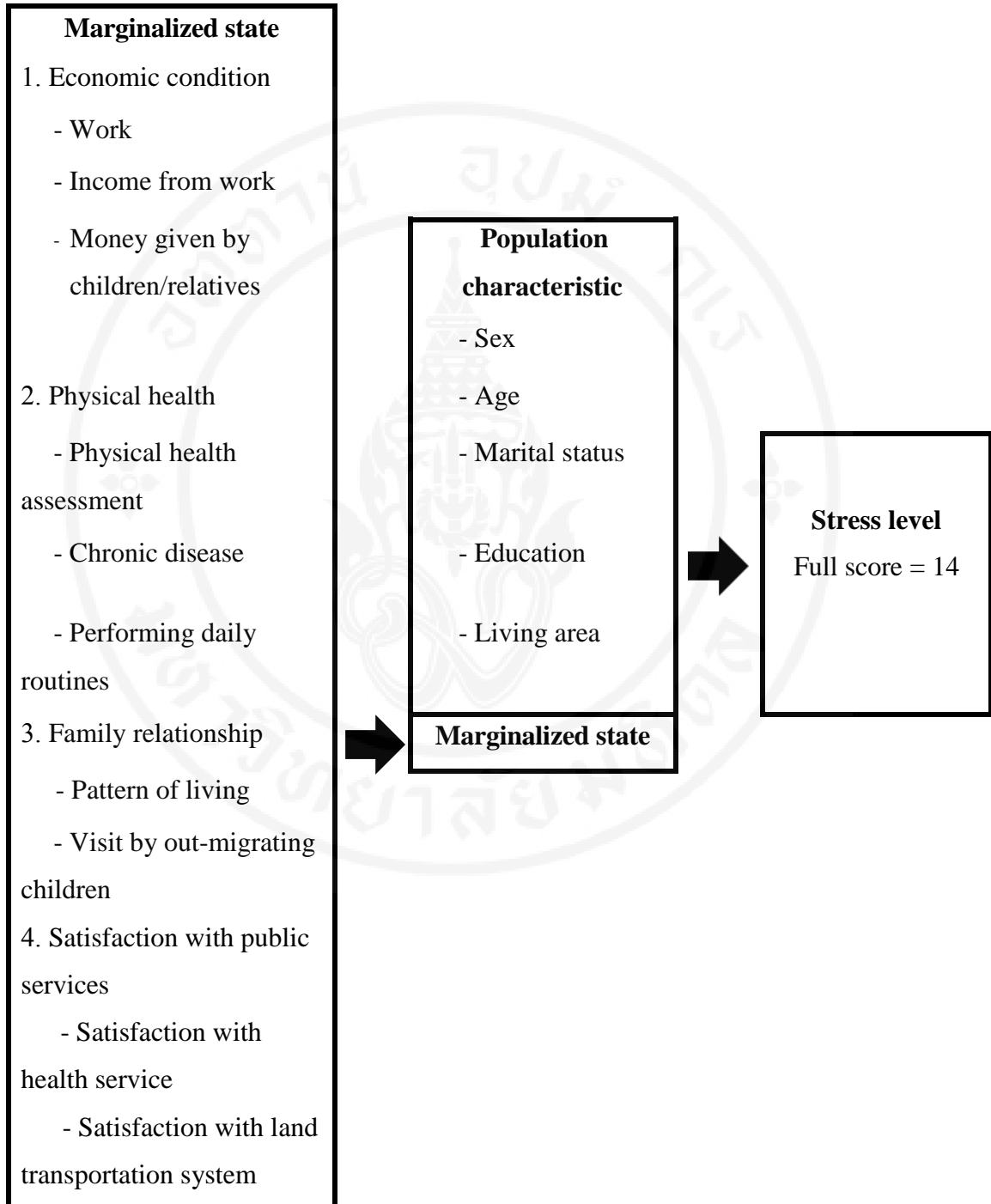
By realizing aging population and preparing for the aging society, the government releases relevant plans and measures to deal with the situation. The government delivers the protection of rights and welfare to older persons, recognized as vulnerable population because of their decreasing healthiness and consequent risks to illnesses, rights deprivation and inaccessibility to public services (Pramote et al. 2012).

Aging population is in need of care and support and the increasing number of this population group brings about the realization of what will happen. This study makes an attempt to protect aging population from marginalization and, therefore, seeks factors affecting marginalized older persons and how these factors influence their stress.

2. Objective

1. To explore marginalized older persons' mental health in comparison to general older persons
2. To explore the relationship of demographic, economic, health and social characteristics that affect marginalized older persons' mental health

3. Research framework of the study on older persons' stress



4. Research methodology

This quantitative study applied secondary data from the “2011 Survey on Older Persons in Thailand” conducted by the National Statistical Office. The survey involved in a total of 12,695 older persons (5,311 males and 7,384 females) aged 60 years and over.

4.1 Research tool

The questionnaire used in the 2011 Survey on Older Persons in Thailand was the tool to measure the stress level. In the questionnaire, one question item “*In the past one month before this interview, how often did you have the following symptoms or feelings?*” was applied to this study. Seven symptoms and feelings written in the question cover (National Statistical Office, 2011):

1. Less appetite
2. Over-thinking or anxiety
3. Moodiness or annoyance
4. Disappointment in life
5. Life is worthless
6. Unhappiness and sorrow
7. Loneliness

The stress measurement comes with the full score of 14 and interpretation, for instance “Never” stands for 0, “Sometimes” for 1 and “Regularly” for 2. A higher score implies a higher stress level.

4.2 Variable

There are three variable groups, namely population characteristic, marginalized state and stress level. Population characteristic takes in sex, age, marital status, education and living area. The marginalized state has: 1. Economic condition including work, income from work and money given by children or relatives; 2. Physical health including health assessment, chronic disease and performing daily routines; 3. Family relationship including living pattern and visit by out-migrating children and; 4. Satisfaction with public service, namely health service and land transportation system.

4.3 Method of scoring the marginalized state

Literature review gave an idea about the scoring method. The scoring principle is that the most positive impact on a person's quality of life will obtain the highest score. Hence, the scores in descending order to 0 is equivalent to the least positive impact on the quality of life (being marginalized in other words). To give an example, self-health assessment has scoring criteria: Very healthy = 4; Healthy = 3; Moderately healthy = 2; Unhealthy = 1 and; Very unhealthy = 0. If a respondent assesses his/her health as very unhealthy, the respondent's quality of life is lower than those assessing differently, implying the respondent is prone to marginalization.

4.4 Calculation step to determine the marginalized state

This study makes use of Human Development Index (HDI) of UNDP (Office of Social Development and Human Security Standards, 2005).

Step 1 Calculating indexes of each indicator

$$\text{Indexes of each indicator (I)} = \frac{\text{Indicator score} - \text{lowest score}}{\text{Highest score} - \text{lowest score}}$$

Step 2 Calculating the composite index of each component

The sum and mean method are excluded from calculation due to differences in each index's database and concept. UNDP's calculation formula helps reduce variance. HDI takes the three cube and then calculating the cube root of 3 (Rewadee, 2010).

$$C = \left[\frac{I_1^\alpha + I_2^\alpha + \dots + I_n^\alpha}{n} \right]^{1/\alpha}$$

By C = Component

I = Index

n = Number of index in component

$\alpha = 3^*$

* $\alpha = 3$, this number is most appropriate for variance reduction when calculating (UNDP, 2005)

Step 3 Calculating indexes of marginalized state

The formula is the same as the composite index calculation.

Index of marginalized state

$$= \left[\frac{C_1^\alpha + C_2^\alpha + \dots + C_n^\alpha}{n} \right]^{1/\alpha}$$

By C = Component
 n = Number of component
 α = 3

Step 4 Setting criteria of marginalization

The calculation determines three levels of quality of life, namely good quality of life, moderate quality of life (belonged to general people) and being marginalized. All three levels are indicated by the following values (Panitcha, 1994).

Good quality of life has the score higher than $\bar{x}+1SD$

Moderate quality of life has the score higher than $\bar{x}+-1SD$

Being marginalized has the score lower than $\bar{x}-1SD$

5. Result

5.1 Population and social characteristics

The total number of study group is 12,695 aged 60 years and over. 5,311 represent men (41.8 percent) and 7,384 for women (58.2 percent). Most are in 60-69 years (57.2 percent), 70-79 years (33.4 percent) and 80 years and over (9.4 percent). The average age is 69.13 years. The oldest sampled is 102 and the youngest is 60.

Over half of sampled are married (65.5 percent), followed by the widowed or separated or divorced (34.4 percent). The single has the lowest number (0.1 percent). Two thirds have elementary education (77.6 percent) and few are the uneducated (10.1 percent). About half live in municipal areas (57.1 percent) and the remaining lived outside the municipal areas (42.9 percent).

5.2 Criteria for categorizing older persons

Table 1 shows two categories of older person, general and marginalized. By using mean (\bar{x}) and standard deviation (SD), there are 1,042 marginalized older persons or 8.2 percent.

Table 1 Number and percentage by category of older persons

Category of older person	Calculation	Score	Number of person	Percent
General older person	$\bar{x}+1SD$ $\bar{x}-1SD$	>0.0074 $0.0032-0.0074$	11,653	91.8
Marginalized older person	$\bar{x}-1SD$	<0.0032	1,042	8.2

Remark: $\bar{x} = 0.0053$, $SD = 0.0021$

5.3 Analysis of the relationship between population characteristic and marginalized state, and stress level

The percentages of marginalized state among elderly females and males are not much different, or 8.2 and 8.3 respectively. Elderly people in 70-79 are most marginalized, or 8.5 percent. The widowed, separated, divorced and single share the similar percentages of being marginalized. The uneducated fall into the marginalized state more than the educated, or 9.6 and 8.1 percent respectively. Those living in municipal areas are likelier to marginalization, 8.7 percent, than those living outside the areas 7.5 percent.

On average, the score of stress level stays at 2.17. Marginalized older persons obtain the stress level with score 2.67, greater than general older persons with score 2.12. When considering the demographic characteristic, female elderly feel stressed more than male elderly, with score 2.34 and 1.93 respectively. The score specifying the highest stress level is 2.75 in female marginalized persons. Those in 80 years and over have the highest stress with score 2.54, those in 70-79 years with score 2.30 and 60-69 years with score 2.02. Marginalized elderly aged 80 years and over gain the highest stress level, score 3.22.

Looking at average scores of stress in relation to marital status, education and living area, the highest stress level belongs to those widowed, divorced and

separated, with score of 2.50, followed by those married and single with score 1.99 and 1.80 respectively. Uneducated people have the level of stress with score 2.50 higher than educated people with score 2.13. The marginalized uneducated older persons gain the highest stress, score 2.94. People living outside municipalities suffer from stress greater than people living in municipalities, with score 2.24 and 2.11 respectively. The stress level in marginalized older persons living outside municipalities stays at score 2.75.

5.4 Analysis of indicators to marginalized state by stress level

Economic components reveal that jobless older persons experience stress larger than persons having jobs with average scores of 2.35 and 1.89 respectively. The marginalized jobless older persons receive the average score of 2.77 indicating the highest stress. Persons having no income from work receive 2.37 on average, also indicating the stress higher than persons having income, 1.90. The average highest score of stress at 2.82 happens to marginalized persons having no income from work. Nonetheless, a contrasting finding is that receiving money from children produces the higher stress level, score 2.23, than receiving no money from them, score 1.84. Marginalized older persons receiving money from children gain the greatest level of stress at 2.84 averagely.

The physical health component reveals that 3.61 is the average score representing the biggest stress level of elderly assessing their health as unhealthy or very unhealthy. Score 2.23 represents elderly having moderate healthiness and 1.62 represents good or very good health. Marginalized persons have the average score of 3.93 indicating the highest stress level. About chronic disease on average, stress in people with chronic diseases reaches 2.90 more than people without diseases, score 1.86. The average score of highest stress at 2.90 exists in marginalized people. Similar to those living with disabilities, they earn 2.65 on average meaning they have more stress than those having no disability, score 1.92. The average score of stress level remains at 3.17 in marginalized people.

In family relationship, elderly living alone and elderly living with persons, neither spouses nor children, share the same score at 2.69. Living with children and living with spouses or others give score 2.10 and 1.97 respectively. Marginalized

elderly living with spouses or other people feel stressed most with the average score of 3.61. Elderly not having children's visits make the highest score at 2.37 averagely. Children' visits once per year or month make the scores of 2.20 and 2.19 respectively. Marginalized elderly having children's visits once per year earn the highest stress with the average score of 2.70.

On satisfaction with public health service, older persons feeling dissatisfied with health service have the stress, average score of 2.75, greater than those feeling satisfied, average score of 2.12. Non-satisfying land transportation service causes the stress in older persons with the average score of 2.52 while those satisfied have less stress, average score of 2.13.

5.5 Multiple regression analysis of the relationship between population characteristic and marginalized state, and stress level

Table 2 demonstrates the factors of demographic characteristic and the marginalized state and their relationship to stress level, adjust $R^2=2$. Without factors interfering, the stress level stays at 0.806 (Constant). Factors significantly influencing the stress level are sex, age, education, living areas and marginalized state.

In comparison with general older persons, the marginalized state influences the stress in marginalized persons with score 0.059. Male older persons feel less stress, score 0.61, than females. Every one year older moves the score up at 0.052. Living in municipality causes stress reduction with score 0.029 when comparing to living outside municipality. Stress reduction, with score 0.023, is also found in educated older persons when comparing with uneducated persons.

Table 2 Factor affecting older persons' stress level

Factor affecting older persons' stress level	b	Beta
Sex (Reference group: Female)		
- Male	-0.307	-0.061***
Age (years)	0.019	0.053***

Table 2 Factor affecting older persons' stress level (Continued)

Factor affecting older persons' stress level	b	Beta
Marital status (Reference group: Single)		
- Married	0.295	0.057
- Widowed/divorced/separated	0.634	0.122
Education (Reference group: Uneducated)		
- Educated	-0.189	-0.023*
Living area (Reference group: Outside municipality)		
- In municipality	-0.146	-0.029**
Marginalized state (Reference group: General older person)		
- Marginalized older person	0.532	0.059***
Constant	0.806	
Adjust R²	0.020	

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

Table 3 explains Adjust R² between the population characteristic and the marginalized state, and stress level at 10.9. If preserving a constant, the stress level stays at 0.539. The stress level is affected, significantly and statistically, by factors of population characteristic and marginalized state.

The marginalized state factor includes four factors, namely health assessment, having disability, living pattern and satisfaction with health service. First on health assessment, respondents answering healthy or very healthy receive the lower stress at 0.316 in comparison with those answering unhealthy or very unhealthy. Respondents assessing their health as moderately healthy achieve the reducing stress at 0.183 when comparing with those unhealthy or very unhealthy. Second on disability, older persons without disability have the reducing stress at 0.090 when comparing with those with disabilities. Third on living pattern, older persons living with spouses or others also have the reducing stress at 0.112 compared with older persons living alone. Persons living with children, and with or without spouses and others, experience the most reducing stress at 0.123 compared with those living alone. Fourth on satisfaction with public health service, the elderly feeling satisfied with

health services, their stress reduces at 0.105 compared with those not satisfied with the service.

With regard to the marginalized state, factors influencing the stress level are health assessment, living pattern, satisfaction with health service and disability respectively.

Table 3 Factor affecting marginalized older persons' stress level

Factor affecting marginalized older persons' stress level	Marginalized older person	
	b	Beta
Sex (Reference group: Female)		
- Male	-0.005	-0.001
Age (years)	0.020	0.052
Marital status (Reference group: Single)		
- Married	2.747	0.495
- Widowed/divorced/separated	2.689	0.485
Education (Reference group: Uneducated)		
- Educated	0.130	0.016
Living area (Reference group: Outside municipality)		
- In municipality	0.192	-0.035
Work (Reference group: Not working)		
- Working	0.574	0.078
Income from work (Reference group: Not having income)		
- Having income	-0.678	-0.104
Receiving money from children/relatives (Reference group: Not receiving)		
- Receiving	0.351	0.057
Health assessment (Reference group: Unhealthy/very unhealthy)		
- Moderately healthy	-0.994	-0.183***
- Healthy/very healthy	-1.759	-0.316***

Table 3 Factor affecting marginalized older persons' stress level (Continued)

Factor affecting marginalized older persons' stress level	Marginalized older person	
	b	Beta
Having chronic disease (Reference group: Having chronic disease)		
- Not having chronic disease	-0.279	-0.050
Having disability (Reference group: Having disability)		
- Not having disability	-0.494	-0.090**
Living pattern (Reference group: Living alone)		
- Living with someone else, neither spouses nor children	0.508	0.045
- Living with spouse and someone else, not children	-0.669	-0.112*
- Living with children and/or with someone else	-0.662	-0.123*
Visit by children (Reference group: Never)		
- Once a month at least	0.206	0.035
- Every month	0.162	0.027
- Every week	-0.085	0.012
- Living with children/every day/almost every day	-0.167	-0.024
Satisfaction with health service (Reference group: Not having satisfaction)		
- Having satisfaction	-0.569	-0.105**
Satisfaction with land transportation system (Reference group: Not having satisfaction)		
- Having satisfaction	-0.238	-0.033
Constant	0.539	
Adjust R²	0.109	
N = 1,042		

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

6. Discussion and recommendation

6.1 Discussion

Of 12,695 studied group aged 60 years and over, males constitute 41.8 percent and females do 58.2 percent. The average age is 69. Two thirds are married, the remaining are widowed, divorced and separated. Single persons make up 0.1 percent only.

This study explores the stress condition in older persons, who are categorized into the general and the marginalized. The factors partly responsible for marginalization are joblessness, having no income from work and receiving no money from children and relatives, unhealthiness, chronic disease, disability, dissatisfaction with health service and transportation system, residency outside the municipality and having no visit from out-migrating children. The study also looks into the correlation between population characteristics, namely sex, age, marital status, education and the marginalized state, and mental health.

Mostly, older persons do not work because of the retirement age set at 60. This regulation drives formal older workers to retire and live unemployed (WHO 2010). A large number of older persons earn no income from work. As said by Suthep (2009) and Jirapan et al (2010), retirement is a social change affecting older persons' income from work and, consequently, they have smaller roles as well as importance. Many turn to be tenants instead of givers. If having income, the major source of it is their children and relatives, 80.0 percent.

Becoming aging implies physical changes that cause physiological deterioration in a person. About 15 percent of respondents live unhealthy and very unhealthy. Nearly half live moderately healthy and fewer reporting a good and very good health. Sasiphat (2001) conducted the self-assessment and revealed if older persons assessed themselves as old or very old, this would affect their physical characters, mental feelings and daily routines. Not different from ill persons, above half of older persons with chronic illnesses and one thirds of persons living with disabilities. According to Sasiphat (2001), older persons suffering from diseases due to weakening physical functions and organs would encounter the emotional pressure.

Around half of older persons achieve satisfying living patterns. They live with spouses or children or grandchildren or relatives. Jiraporn et al. (2000) find that older persons whose children pay visits or live with are happy and gain a healthier emotional condition. This finding is similar to what this study has. Older persons having children's visits every week or almost every day or every day or living with children would experience a more pleasant mental health.

UNDP's Human Development Index (HPI) benefited the calculation to determine the marginalized state (Office of Social Development and Human Security Standards, 2005). The relationship between the marginalized state and the stress level was analyzed by entering the multiple regression formula. Next presents the discussion of findings from this analysis.

Marginalized state influencing older persons' stress

Marginalized older persons constitute 8.2 percent of the total number of older persons. Largely, the marginalized feel stressed more than general older persons with statistical significance. The discussion below is based on factors significantly influence the stress level in marginalized persons.

Physical health is associated with the stress level directly and substantially. As seen from health assessment, good and very good health result in stress decline more than other factors. This result is not far from what found in studies that the physical health moves in the same direction as happiness (Raksapol and Wiraporn 2011; Culter 1973; Chitukrai 2008). In old ages particularly (Grey et al. 2008), healthy older persons experience no emotional disorders (Banlu 1988). Having satisfaction with health services and living without disability also lessen the level of stress.

Family relationship influences stress in older persons. Those living with children have the most reduced stress, followed by those living with spouses or others. According to Jiraporn et al (2000), older persons having visits from or living with children are happier and obtain the better emotional state.

6.2 Recommendation

1). Health centers should be dispersed for wider accessibility of older persons from all age groups as the accessibility and satisfaction with health service system influence their stress level.

2). There should be measures promoting healthy living without diseases and disabilities as health is the most critical factor towards older persons' stress.

3). Employment and career opportunities should be spread nationwide in order to solve problems from migration. The reasons behind this are that, children migrate out for jobs elsewhere making over half of older persons living without them. Older persons will have a happier life if their children live with them.

บรรณานุกรม

- กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ. (2527). **ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้เกษียณอายุราชการในเขตอำเภอเมืองและเขตอำเภอหาดใหญ่**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรมสุขภาพจิต. (2541). **ความเครียดและสุขภาพจิตของคนไทย**. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2543). **คู่มือคลายเครียด**. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2545). **สุขภาพจิต**. นนทบุรี: ฝ่ายแผนงาน กรมสุขภาพจิต.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2547). **พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เจ.เอส. การพิมพ์.
- กระทรวงสาธารณสุข. (มปป). **บทบาทผู้สูงอายุต่อสังคม ครอบครัว ชุมชน**. สืบค้นเมื่อวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2555 สืบค้นจาก <http://hp.anamai.moph.go.th/soongwai/statics/about/soongwai/topic006.php>.
- กาญจนา ตั้งชลทิพย์ ปัทมา ว่าพัฒนางศ์ เฉลิมพล แจ่มจันทร์ อุไรวรรณ คณิตสุขเกษม ภาณี วงษ์เอก และสุรีย์พร พันพึ้ง. (2553). **คุณค่าผู้สูงอายุ: ภาพสะท้อนมุมมองจากคนสองวัย**. ประชากรและสังคม สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กาญจนา เทียนลาย และธีรณรงค์ สกฤตศรี. (2555). **ประชากรชายขอบ: มุมมองในเชิงจำนวนและการกระจาย**. ประชากรชายขอบและความเป็นธรรมในสังคมไทย. สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล.
- กาญจนา ไทยเจริญ. (2543). **ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- กุลภา วจนสาระ. (2555). **มองหาความเป็นในสังคมไทยผ่านคนชายขอบ**. ประชากรชายขอบและความเป็นธรรมในสังคมไทย. สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล.
- คณะกรรมการการศึกษาวิจัยและวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. (2525). **แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2525-2544**. คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ

- คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2545). **แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545-2564**. กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี.
- จิตรกัญญาณ์ บุญญา. (2539). **สุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดพิจิตร**: ศึกษาเฉพาะกรณีชมรมผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองตะพานหิน. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต (จิตวิทยาการแนะแนว). พิษณุโลก: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา, จันทรเพ็ญ แสงเทียนฉาย, ยุพิน อังสุโรจน์ และ Ingersoll, D.B. (2543). **ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุไทย: การศึกษาเชิงคุณภาพ**. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 1(3), 21-27.
- จิระพรรณ สุปัญญา, ศิริรัตน์ ศรีสุทธิพันธ์พร, เบญจวรรณ กิจควรรดี และวิรัชพัชร คงตระกูลพิทักษ์. (2554). **ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุบ้านหนองไผ่ ต.หนองไผ่ อ.เมือง จ.อุตรธานี**. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี : อุตรธานี.
- จุฑามาศ แก้วพิจิตร. (2552). **ภาวะหนี้สิน ระดับความเครียด ความสุข และบทบาทของนักพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในโรงงานอุตสาหกรรมแห่งหนึ่ง**. วารสารพัฒนบริหารศาสตร์ ปีที่ 9 ฉบับที่ 3 : 251-274.
- เจาะลึกระบบสุขภาพ. (2557). **อีก 7 ปีไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์**. สืบค้นจาก <http://www.hfocus.org/content/2014/04/6885>. สืบค้นเมื่อ 15 ตุลาคม 2558.
- เฉลิมพล แจ่มจันทร์. (2556). **ข้อพิจารณาโมทัศน์ใหม่ของ “นิยามผู้สูงอายุ” และ “อายุเกษียณ” ในประเทศไทย**. วารสารประชากร ปีที่ 4 ฉบับที่ 1.
- ชมพูนุช พรหมภักดี. (2556). **การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย**. บทความวิชาการ ปีที่ 3 ฉบับที่ 16 สิงหาคม 2556. สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา.
- ชุตีไกร ดันดิชขวนิช. (2551). **ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณัฐเมธี สัยเวช. (2557). **ผู้สังคมผู้สูงอายุ**. สืบค้นจาก <https://thaipublica.org/2014/10/to-aging-society/>. สืบค้นเมื่อ 11 มกราคม 2560.
- เดชรัต สุขกำเนิด. (2550). **เศรษฐศาสตร์ธรรมภิบาล: วิถีวิทยาการศึกษาสังคมไทย(5)**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เดือน ศรีส่อง. (2544). **สุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเมืองเกษ อำเภอกษัตริย์ จังหวัดร้อยเอ็ด**. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต (จิตวิทยาการศึกษา). มหาสารคาม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

- นฤพนธ์ คิ้วงวิเศษ. (2558). **Aging**. คำศัพท์ทางมานุษยวิทยา Anthropology Concepts. สืบค้นจาก <http://www.sac.or.th/databases/anthropology-concepts/glossary/4> . สืบค้นเมื่อ 10 เมษายน 2558.
- นภาพร ชโยวรรณ และจอห์น โนเดล. (2542). การอยู่อาศัย และการเกื้อหนุนโดยครอบครัวของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ : วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพร ชโยวรรณ, มาลินี วงษ์สิทธิ์ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย. (2532). **สรุปผลการวิจัยโครงการผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคมและประชากรของผู้สูงอายุในประเทศไทย**. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพร วงษ์ใหญ่. (2542). **ความคาดหวังและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจังหวัดพะเยา**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช). บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นภาพร อติวานิชยพงศ์. (2552). **เส้นทางสู่ผู้ประกันสังคม**. กรุงเทพฯ: มูลนิธิเพื่อนหญิง.
- นิตา ชูโต. (2525). **คนชราไทย**. สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- บรรลุ ศิริพานิช. (2526). **บริการสุขภาพจิตผู้สูงอายุ**. รายงานการประชุมวิชาการทางสุขภาพจิต ครั้งที่ 26.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2531). **พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาวและแข็งแรง**. รายงานการวิจัย ทุนอุดหนุนองค์การอนามัยโลก.
- บุษยามาส สินธุประมา. (2539). **สังคมวิทยาสูงอายุ**. เชียงใหม่: โรงพิมพ์สมพรการพิมพ์.
- ประชา ฤาษตกุล และสุนิสา ตะสัย. (2550). **ความเครียดและการแก้ปัญหาความเครียดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดสงขลา**. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี.
- ประสพ รัตนากร. (2526). **การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ: สุขภาพจิตผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: กองวิชาการกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ประเวศ วะสี และพระไพศาล วิสาโล. (2551). **กรุ่นกลิ่นความสุข**. กรุงเทพฯ: กรีน-ปัญญาญาณ.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัทมา ว่าวัฒนวงศ์. (2553). **นิยามผู้สูงอายุด้วยช่วงชีวิตข้างหน้า**. คุณค่าผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย, บรรณาธิการ สุชาดา ทวีสิทธิ์ และสวรัช บุญमानนท์. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัทมา ว่าวัฒนวงศ์. (2554). **จุดเปลี่ยนประชากรประเทศไทย**. ประชากรและสังคม 2554. จุดเปลี่ยนประชากร จุดเปลี่ยนสังคมไทย. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ปราโมทย์ ประสาทกุล สุทธิดา ชนวนัน และกาญจนา เทียนลาย. (2555). **ผู้สูงอายุ: คนวงในที่จะถูกผลักให้ไปอยู่ชายขอบ**. ประชากรและสังคม 2555: ประชากรชายขอบและความเป็นธรรมในสังคมไทย. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปรีดา เฉลิมเผ่า กอนันตกุล. (2544). **ชีวิตชายขอบ : ตัวตนกับความหมาย : กรณีศึกษา เกย์ หลิงรักรักรักรัก คนชรา คนเกย์ขยะ วัยรุ่น เด็กข้างถนน**. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร.
- ปวีดา โพธิ์ทอง, สุพัตรา พุ่มพวง และสุนทรี ชะชาติย์. (2554). **ความเครียด การปรับตัว และความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี**. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีที่ 22 ฉบับที่ 2
- พนัญญา พานิชวิฑูรย์. (2537). **การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เป็นสมมติสำหรับผู้สูงอายุในชนบท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรพรม ไชยชัยภูมิ และภรณ์ สิริโชติ. (2554). **ความต้องการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุของเทศบาลตำบลโนนไทย อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา**. วารสารคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ปีที่ 28 ฉบับที่ 1 หน้า 93.
- พรพจน์ กิ่งแก้ว. (2538). **องค์ประกอบทางด้านครอบครัวที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ตำบลช้างเผือก อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่**. การค้นคว้าแบบอิสระสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มนสิการ กาญจนะจิตรา, สุภรต์ จรัสสิทธิ์ และ ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา. (2555). **เกษียณเมื่อไหร่ให้ใครกำหนด?**. สืบค้นจาก http://www2.ipsr.mahidol.ac.th/ConferenceVIII/Download/Article_Files/16-Retire-Manasigan.pdf. สืบค้นเมื่อ 6 กุมภาพันธ์ 2560.
- มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์. (2538). **ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและวิธีการจัดการกับความเครียดของหัวหน้าภาควิชากับสุขภาพองค์การในวิทยาลัยพยาบาล**. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- ไมตรี ดิยะรัตนกุล. (2536). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร: กรณีศึกษา ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต มหาบัณฑิต (วิจัยประชากรและสังคม). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรีรินทร์ เกษย์ และณัฐจิรา ทองเจริญชูพงศ์. (2555). **ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ**. วารสารประชากร. ปีที่ 3 ฉบับที่ 2: 45-58.

- รศรินทร์ เกรย์, อุมารณณ์ ภัทรวาณิชย์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์ และเรวดี สุวรรณพเก้า. (2556). **มนทัศน์ใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ: มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคมและสุขภาพ**. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- รักษพล สนินทยา และวิราภรณ์ โพธิศิริ. (2554). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดน่าน**. การประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: เดือนตุลา. หน้า 55.
- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย. (2550). สืบค้นจาก http://library2.parliament.go.th/giventake/content_cons50/cons2550.pdf. สืบค้นเมื่อ 5 มกราคม 2557.
- เรื่องรอง ชาญวุฒิชรรม. (2547). **คนชราในสถานสงเคราะห์ : ชีวิตและตัวตน**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา.
- ถำเนาวิ เรื่องยศ. (2535). **ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรชัย ทองไทย. (2549). **อายุเริ่มต้นของผู้สูงอายุไทย**. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2549. กรุงเทพฯ: จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์.
- วรเวศน์ สุวรรณระดา และอาภาพรณ คำวชิรพิทักษ์. (2552). **ปัญหาเบี่ยงชีฟสำหรับผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วิชาญ ชูรัตน์, โยชิน แสวงดี และสุพาพร อรุณรักษ์สมบัติ. (2555). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย**.วารสารประชากร. ปีที่ 3 ฉบับที่ 2: 91-106.
- วิทยา ธรรมเจริญ. (2555). **อิทธิพลของปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในที่มีต่อความสุขของผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สถิติประยุกต์): สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ และโยชิน แสวงดี. (2533). **ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและการมีโครงการพัฒนาที่มีต่อวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในหมู่บ้านภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย**. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริวรรณ ศิริบุญ และมาลินี วงษ์สิทธิ์. (2535). **ข้อเท็จจริงและทัศนคติของผู้สูงอายุและคนหนุ่มสาวในกรุงเทพมหานครต่อบทบาททางเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2544). **สวัสดิการผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2538). **จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (มปป). **การรวบรวมความคิดเห็นจากกลุ่มประชากรชายขอบ เรื่องวาระการพัฒนาดังปี 2558**. สืบค้นจาก http://th.one.un.org/documents/UN%20report_Thai%20%20Final.pdf. สืบค้นเมื่อ 20 มีนาคม 2557
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). **การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล**. กรุงเทพฯ: วิเจ. พรินต์ติ้ง.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ. (2546). **ลักษณะครอบครัวอีสานกับการส่งเสริมสุขภาพจิต**.
ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. (2539). **สังคมวิทยาภาวะสูงอายุ: ความเป็นจริงและการคาดการณ์ในสังคมไทย**.
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมิต อาชนิจกุล. (2537). **เครียดเป็นบ้า**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: คับเบิ้ลเนชั่น พรินต์ติ้ง.
- สายพิณ ยอดกุล และจิตภินันท์ ศรีจักร โคตร. (2555). **ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์**. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ปีที่ 30 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน.
- สุเทพ ธรรมะตระกูล. (2552). **การวิจัยและพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ**. เพชรบูรณ์:
มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2543). **การขยายตัวของโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพในประชากรไทย: สมมติฐานที่เริ่มจากข้อมูลงานวิจัยในประชากรสูงอายุ**. วารสารพหุสาขาวิชาผู้สูงอายุ, 1(1), 42-50.
- สุมาลี ทองแก้ว. (2544). **คิดอย่างไรไม่ให้เครียด**. นิตยสารหมอชาวบ้าน. เล่มที่ 266.
- สุรกุล เจนอบรม. (2534). **วิทยาการผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการศึกษานอกโรงเรียน คณะครุศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุริชัย หวันแก้ว. (2546). **กระบวนการกลายเป็นคนชายขอบ**. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- สุริยา สมุทกุลปดี และพัฒนา กิติอาษา. (2542). **มานุษยวิทยากับโลกาภิวัตน์: รวมบทความ นครราชสีมา: สำนักวิชาเทคโนโลยีสังคมมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี**.
- สุริย์ บุญญาอนุพงศ์. (2534). **รายงานการศึกษาเรื่อง เยาวชนและคนหนุ่มสาวยุคปัจจุบันในทัศนะของผู้สูงอายุ**. โครงการชราภาพศึกษา สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- สุรัสวดี ชื่อตรง. (2547). **ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามการรับรู้ของผู้สูงอายุในครอบครัวอีสาน: การศึกษาเชิงคุณภาพ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สโรชพันธุ์ สุภาวรรณ และชไมพร กาญจนกิจสกุล. (2557). **การประกอบสร้างภาพลักษณ์ของผู้สูงอายุ**. วารสารสังคมศาสตร์ ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 (ม.ค – มิ.ย)
- สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. (2542). **รายงานการวิจัย เรื่องระบบการเกษียณอายุตามลักษณะงาน**. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2556). **รายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583**. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). **สรุปผลที่สำคัญ การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550**. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2554). **สรุปผลที่สำคัญ การสำรวจสุขภาพจิตคนไทย พ.ศ.2551-2553**. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2556). **สำรวจประชากรและเคหะ พ.ศ. 2553ที่วราชอาณาจักร**. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). **การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557**. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักมาตรฐานการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2548). **การศึกษาและพัฒนาดัชนีชี้วัดมาตรฐานความมั่นคงของมนุษย์**. กรุงเทพฯ: สำนักมาตรฐานการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์, อุมารณ ภัทรวานิชย์, ปราโมทย์ ประสาทกุล, รศรินทร์ เกรย์, กวิสรา พชรเบญจกุล, เรวดี สุวรรณนพเก้า, ภูวนัย พุ่มไทรทอง. (2554). **สถานการณ์สุขภาพจิตคนไทย: การวิเคราะห์พหุปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมระดับบุคคล และระดับจังหวัด**. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อภิชัย มงคล, วัชณี หัตถพนม, ภัสรา เชษฐโชติศักดิ์, วรรณประภา ชะลอกุล, ละเอียด ปัญญาใหญ่ และสุจริต สุวรรณชีพ. (2544). **ความสุขและสุขภาพจิตในบริบทของสังคมไทย**. วารสารสมาคมนักจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. ปีที่ 46 ฉบับที่ 3: 227-231.
- อรพรรณ ถิ่นบุญธวัชชัย. (2545). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. กรุงเทพฯ: ด่านสุทธาการพิมพ์.

- อรวรรณ ปิรันธน์โอวาท. (2546). **การสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจ**. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ.
- ACAS. (2012). **Promoting positive mental health at work**. Retrieved January 15, 2014 from http://www.acas.org.uk/media/pdf/j/i/Promoting_positive_mental_health_at_work_JAN_2012.pdf
- Ali Mostafaei. (2012). **The relationship between stress and mental health in university students**. Retrieved January 10, 2014 Available online at www.scholarsresearchlibrary.com
- Collins, A. L., Goldman, N., and Rodriguez, G. (2008). **Is positive well-being protective of mobility limitations among older adults?.** Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 63,; 321-327.
- Cheung, Chau-Kiu, Chan, Cheng-Ming and Lee, Jik-Joen. (1999). **Beliefs about elderly people among social workers and the general public in Hong Kong.** Journal of Cross-Cultural Gerontology, 14, 131-152
- Cutler, SJ. (1973). **Voluntary Association Participation and Life Satisfaction.** Journal of Gerontology. 28 (January): 96-100.
- Easterlin, R. A. (2003). **Building a Better Theory of Well-Being.** Retrieved January 1, 2012 from <http://www-bcf.usc.edu/~easterl/papers/BetterTheory.pdf>.
- Frey, B., and Slutzer, A. (2002). **Happiness and economics.** Princeton: Princeton University Press.
- Fillenbaum, G.G. (1985). **Screening the elderly: A brief instrumental activities of Daily Living Measure.** Journal of The American Geriatrics Society.33: 688-706.
- George, LK. (2010). **Still happy after all these years: research frontiers on subjective well-being in later life.** Journal of Gerontology: SocialSciences, 65B (3), 331-229, doi:10.1093/geronb/gbq006
- Gray,R.S., Rukumnuaykit, P., Kittisuksathit, S. and Thongtha, V. (2008). **Inner happiness among Thai elderly.** Journal of Cross Cultural Gerontology. 23: 211-224
- Judge, T.A. & Locke, E. A. (1993). **Effect of dysfunctional thought processes on subjective well-being and job satisfaction.** Journal of Applied Psychology, 1993, 475-490.

- Kastenbaum, R. (1978). **Exit existence: Society's unwritten script for old age and death.** In **D. Van Tassel (Ed.) Aging, death, and the completion of being.** Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Layard, R. (2005). **หลากหลายข้อค้นพบของศาสตร์ใหม่แห่งความสุข.** แปลจาก *Lessons from a New Science.* โดย รักรดี โชติจินดา และเจริญเกียรติ ชนสุขถาวร. กรุงเทพมหานคร: สวนเงินมีมา.
- Lyyra, T., Tormakangus, T. M., Read, S., and Rantanen, T. (2006). **Satisfaction with present life predicts survival in octogenarians.** *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 61,; 319-326.
- McDowell, J. and Newell, C. (1987). **Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaire.** New York: Oxford University press
- Maddox, G.L. and Douglass, E.B., (1973). **Self-assessment of health: A longitudinal study of elderly subjects.** *Journal of Health and Social*, 14 (1): 87-93.
- Margaret Clark and Barbara Gallatin Anderson. (1967). **Culture and aging: An anthropological study of older Americans.** *American Journal of Physical Anthropology* Volume 29, Issue 1, pages 106–108.
- Nancy Brossoie. (n.d.). **Social Gerontology.** Jones and Bartlett Publishers, LLC.
- Nuessel, F. H. (1982). **The language of ageism.** *The Gerontologist*, 22, 273-276.
- Parsons, A. (1993). **Attitudes to the elderly.** St. Vincent's Nursing Monograph 1993 Selected Works.
- Pinquart, M. and Sorensen, S. (2000). **Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis.** *Psychology and Aging*, 15: 187-224.
- Pinquart, M. and Sorensen, S. (2001). **Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age.** *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 56,; 195-213.
- ProRehab. (2014). สืบค้นจาก <http://www.prorehab2home.com/th/document/Changes%20in%20the%20elderly.pdf>. สืบค้นเมื่อ 13 เมษายน 2557

- Sirnes, Thorvald. (1999). **Alt som er fast, fordamper? Normalitet og identitet i endring = All That Is Solid Melts into Air? Changing Normality and Identity.** in S. Meyer and T. Sirnes (eds). Normalitet og identitetsmakt i Norge = Normality and the Power of Identity in Norway. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Speak, D.L. (1987). **Health promotion activity in the well elderly.** Health Values. 11 (6): 25-30.
- Speak, D.L., Cowart, M.E. and Pellet, K. (1989). **Health perceptions and lifestyles of the elderly.** Research in nursing and Health, 12 (2): 93-100.
- Sung, Kyu-taik and Kim, Han Sung. (2003). **Elderly respect among young adult: Exploration of behavioral forms in Korea.** Ageing International, 28(3), 279-294
- Traxler, A. J. (1980). **Let's get gerontologized: Developing a sensitivity to aging.** the multi-purpose senior center concept: A training manual for practitioners working with the aging. Springfield, IL: Illinois Department of Aging.
- Thornton Sarah. (1995). **Club Cultures: Music, Media, and Subcultural Capital.** Cambridge: Polity Press.
- United Nation. (2013). **World Population Ageing.** Department of Economic and Social Affairs Population Division.
- World Health Organization. (2001). **The World Health Report: 2001: Mental Health: new understanding, new hope.** France: World Health Organization.

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล	กฤติยาภรณ์ สุทธิบุตร
วันเดือนปีเกิด	15 มิถุนายน พ.ศ. 2524
สถานที่เกิด	จังหวัดแพร่ ประเทศไทย
วุฒิการศึกษา	สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหาร ลาดกระบัง พ.ศ. 2543 – 2547 วิทยาศาสตรบัณฑิต (สัตวศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2555 – 2560 ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (วิจัยประชากรและ สังคม)
ที่อยู่ปัจจุบัน	8/2 หมู่ 1 ถนนช่อแฮ ตำบลนาจักร อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ 54000 โทรศัพท์ 097-298-4200 E-mail : kukoy_kmitl@hotmail.com
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน	เลขานุการห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกรุงเทพ โทรศัพท์ 02-310-3000