

ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพจิตของประชากรไทย: การวิเคราะห์พหุระดับ

Determinants of Mental Health among Thais: A Multilevel Analysis

สรพงษ์ เจริญกตยาวุฒิ และ วิราภรณ์ โพธิศิริ

วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Sorrapong Charoenkittayawut and Wiraporn Pothisiri
College of Population Studies, Chulalongkorn University, Thailand
Corresponding Author, E-mail: 6380004051@student.chula.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยระดับบุคคลและระดับชุมชนที่มีความสัมพันธ์กับการมีสุขภาพจิตที่ดีของประชากรไทย การวิจัยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากโครงการการสำรวจสภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต พ.ศ.2561 จัดเก็บโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งเป็นการสำรวจระดับประเทศที่เก็บรวบรวมข้อมูลจากประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป การวิเคราะห์คัดเลือกเฉพาะตัวอย่างที่ตอบคำถามในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตด้วยตนเอง รวมจำนวนทั้งสิ้น 27,147 ราย การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์พหุระดับแบบโลจิสติก

ผลการศึกษาพบว่า ประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปเกือบร้อยละ 80 เป็นผู้ที่มีการมีภาวะสุขภาพจิตดีตามเกณฑ์วัดสุขภาพจิตของคนไทยฉบับสั้น (TMHI-15) ตัวแปรระดับบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานภาพการทำงาน จำนวนสมาชิกในครัวเรือน สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ความสัมพันธ์และความผูกพันภายในครัวเรือน การรับรู้สุขภาพกายของตนเอง ความเชื่อตามหลักคำสอนทางศาสนา การปฏิบัติตามหลักศาสนา และคุณธรรมในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการมีสุขภาพจิตที่ดีของประชากรไทย ในระดับชุมชน พบว่า สัดส่วนของประชากรที่มีภาวะสุขภาพจิตดีในชุมชน และค่าเฉลี่ยสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนในชุมชนมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการมีสุขภาพจิตที่ดีของประชากรไทย การศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียมกันทางด้านสุขภาพจิตของประชากรในกลุ่มต่าง ๆ และแนวทางในการส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตของประชากรผ่านปัจจัยทางสังคมและสภาพแวดล้อมของครัวเรือนและชุมชน

คำสำคัญ: สุขภาพจิต; ประชากรไทย; การวิเคราะห์พหุระดับ

* วันที่รับบทความ : 22 พฤศจิกายน 2567; วันที่แก้ไขบทความ xx ธันวาคม 2567; วันที่ตอบรับบทความ : 15 ธันวาคม 2567

Abstract

This study aimed to investigate the individual- and community-level factors associated with good mental health among the Thai population. The study utilized secondary data from the 2018 Social, Cultural, and Mental Health Survey conducted by the National Statistical Office, which collected data from the population aged 15 and older. The analysis focused on respondents who provided self-reported data on their mental health, with a total of 27,147 respondents. Multilevel logistic regression was used in data analysis.

The results showed that nearly 80% of the Thai population aged 15 and older had good mental health according to the Thai Mental Health Indicator-15 (TMHI-15). Individual-level variables including sex, age, education level, marital status, employment status, household size, household socioeconomic status, family relationships and bonds, self-perceived health, religious beliefs, adherence to religious practices, and moral conduct in interpersonal interactions were all statistically significantly associated with good mental health. At the community level, both the proportion of individuals with good mental health and the average socioeconomic status of households in the community were also statistically significant predictors of good mental health. This study underscores disparities in mental health across different population groups and suggests guidelines for promoting mental health through social factors and the environment of households and communities.

Keywords: Mental health; Thais; Multilevel analysis

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตนับได้ว่าเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่ประชากรโลกจำนวนไม่น้อยกำลังเผชิญอยู่และเป็นปัญหาที่มีแนวโน้มทวีมากยิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยส่วนใหญ่แล้ว ปัญหาสุขภาพจิตมักเกิดจากแรงกดดันทางเศรษฐกิจและสังคมของบุคคล รวมไปถึงการใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ อย่างไม่เหมาะสมในการดำรงชีวิต จนทำให้บุคคลมีวิถีการดำเนินชีวิตที่ผิดแผกไปจากที่ควรจะเป็นอันส่งผลกระทบต่อภาวะอารมณ์ของบุคคลจนก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ ตามมา เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะเครียด ภาวะวิตกกังวล นอนไม่หลับ และพฤติกรรมรุนแรง เป็นต้น (World Health Organization & Calouste Gulbenkian Foundation, 2014)

จากการรายงานของ สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2563) พบว่า ในปีพ.ศ. 2561 ประเมินร้อยละ 15.8 ของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีคะแนนภาวะสุขภาพจิตที่ต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 63.1 มีภาวะสุขภาพจิตที่เท่ากับคนทั่วไป และร้อยละ 21.1 มีภาวะสุขภาพจิตที่สูงกว่าคนทั่วไป กรมสุขภาพจิต (2558) ได้ระบุว่าประเทศไทยจำนวนไม่น้อยที่คาดว่าจะมีปัญหาภาวะสุขภาพจิต โดยมีประชากรกว่า 9 แสนคนเป็นผู้ประสบปัญหาซึมเศร้า ซึ่งจำนวนดังกล่าวนี้ยังอาจไม่ครอบคลุมถึงประชากรที่มีภาวะซึมเศร้า แต่ยังไม่ได้เข้ามารับการรักษาหรือเข้ามารับการคัดกรองจากสถานบริการสุขภาพ นอกจากนี้ จากการรายงานของกรมสุขภาพจิต (ม.ป.ป.) พบว่า ปัญหาการฆ่าตัวตายของประชากรไทยยังพบว่ามีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในแต่ละปี มีผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายประมาณ 53,000 คน หรือคิดเฉลี่ยประมาณชั่วโมงละ 6 ราย หรือ

มากกว่า 53,000 คนในหนึ่งปี และเสียชีวิตรวม 40,000 คน จนถือได้ว่าเป็นสาเหตุการตายในลำดับต้น ๆ ของประเทศไทย (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ, 2563)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดภาวะสุขภาพจิตของประชากรที่ผ่านมามักมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับตัวแปรด้านปัจเจกบุคคลเป็นหลัก (Alegria et al., 2018; McAllister et al., 2018) โดยอาจไม่ได้ครอบคลุมถึงปัจจัยระดับชุมชนซึ่งถือได้ว่าเป็นปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมที่มีปฏิสัมพันธ์ใกล้ชิดกับบุคคล จึงทำให้องค์ความรู้ในปัจจัยที่สูงกว่าระดับบุคคลมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ยืนยันและสนับสนุนไม่มากนัก ถึงแม้ว่าตัวแบบสุขภาพที่ผ่านมามักให้ความสำคัญกับปัจจัยในระดับที่สูงกว่าระดับส่วนบุคคลว่าเป็นปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพของบุคคล (Dahlgren and Whitehead, 1991; Gnanapragasam et al., 2021) เป็นต้น โดยทั่วไปแล้ว ปัจจัยที่สูงกว่าปัจจัยระดับบุคคลมักเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางบริบท (Murayama et al., 2012) ซึ่งอาจมีหลากหลายระดับ ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดภาวะสุขภาพจิตที่พิจารณาในหลายระดับชั้นจะมีส่วนสำคัญที่จะเสนอแนวทางเชิงนโยบายหรือการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตมีความชัดเจนมากขึ้น

ด้วยเหตุและผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดภาวะสุขภาพจิตของประชากรไทย โดยครอบคลุมปัจจัยระดับบุคคลและระดับชุมชน ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวางแผนและการกำหนดนโยบายสาธารณสุขและนโยบายสังคมของประเทศไทย อันส่งผลต่อการส่งเสริม ป้องกัน และยกระดับภาวะสุขภาพจิตของประชากรไทยให้ได้อย่างทั่วหน้าต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยระดับบุคคลและระดับชุมชนที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพจิตของประชากรไทย

ระเบียบวิธีวิจัย

แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) จากโครงการการสำรวจสภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต พ.ศ.2561 ซึ่งเป็นการสำรวจข้อมูลในระดับประเทศโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ

ประชากรและตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป โดยการวิจัยครั้งนี้ได้ทำการคัดเลือกตัวอย่างที่เป็นประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และตอบคำถามในประเด็นที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตด้วยตนเอง รวมจำนวนทั้งสิ้น 27,147 ราย (ภายหลังที่ตัดตัวอย่างที่มีคำตอบไม่สมบูรณ์ออกไป) หรือคิดเป็นร้อยละ 99.84 ของผู้ตอบคำถามในส่วนของคุณภาพจิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมในโครงการการสำรวจสภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต พ.ศ. 2561 คือ แบบสัมภาษณ์ในประเด็นที่เกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของสมาชิกในครัวเรือน สังคมและวัฒนธรรม และสุขภาพจิตของประชากรไทย ซึ่งสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2563) เป็นผู้ที่ออกแบบและพัฒนาแบบสัมภาษณ์ในการสำรวจครั้งนี้

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรตามที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ภาวะสุขภาพจิต ซึ่งเป็นตัวแปรในระดับบุคคลโดยใช้แบบวัดสุขภาพจิตของคนไทยฉบับสั้น (Thai Mental Health Indicator-15: TMHI-15) พัฒนาโดยอภิชัย มงคล และคณะ (2544) โดยที่ตัวแปรตามสามารถจำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ สุขภาพจิตดี (1) และ สุขภาพจิตไม่ดี (0)

สำหรับตัวแปรอิสระที่ใช้ในการศึกษาสามารถแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ตัวแปรระดับบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานภาพการทำงาน จำนวนสมาชิกในครัวเรือน สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ความสัมพันธ์และความผูกพันภายในครัวเรือน การรับรู้สุขภาพกายของตนเอง ความเชื่อตามหลักคำสอนทางศาสนา การปฏิบัติตามหลักคำสอนทางศาสนา คุณธรรมในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และการยอมรับพฤติกรรมทางสังคม และตัวแปรระดับชุมชน ประกอบด้วย เขตที่อยู่อาศัย สัดส่วนของประชากรที่มีสุขภาพจิตดีในชุมชน และค่าเฉลี่ยสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนในชุมชน โดยที่ตัวแปรสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนเป็นการสร้างตัวแปรใหม่ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principal Component Analysis) ตามแนวทางของปัทมาว่าพัฒนางศ์ (2550)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

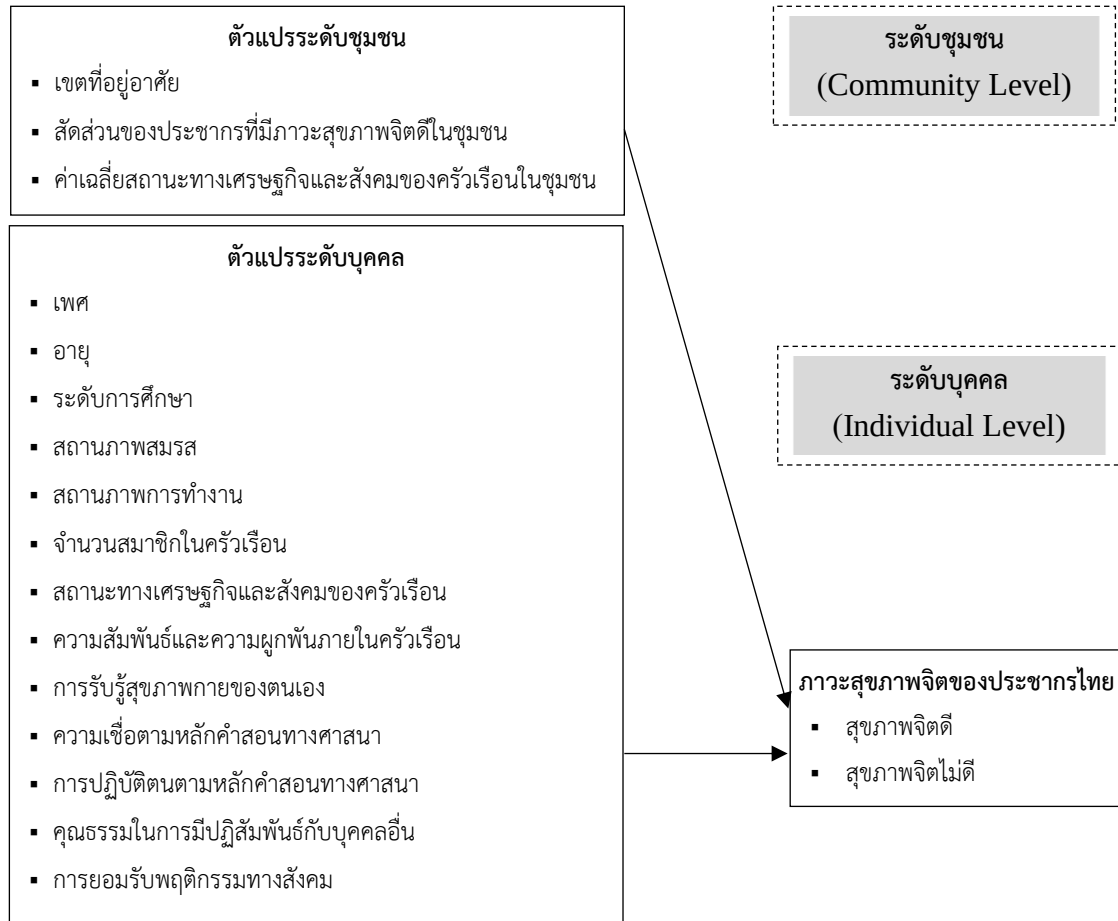
ในการออกแบบการเก็บรวบรวมข้อมูล สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2563) ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นแบบสองขั้น (Stratified Two Stage Sampling) ซึ่งมีจังหวัดเป็นสตราตัม (Stratum) รวมทั้งสิ้น 77 สตราตัม ในแต่ละสตราตัมสามารถจำแนกออกเป็น 2 สตราตัมย่อยตามลักษณะการปกครองของกรมการปกครอง ได้แก่ ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล โดยที่หน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง คือ เขตการจแนนับ (Enumeration) และหน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง คือ ครัวเรือนส่วนบุคคล โดยสัมภาษณ์หัวหน้าครัวเรือนหรือสมาชิกครัวเรือนตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์พหุระดับแบบโลจิสติก (Multilevel Logistic Regression) โดยที่ทำการตรวจสอบปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (Multicollinearity) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์เพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient) ก่อนที่จะนำตัวแปรอิสระเข้าศึกษาในตัวแบบพหุระดับ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา สามารถกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยได้ ดังนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผลการวิจัย

การนำเสนอผลการวิจัยครั้งนี้สามารถจำแนกออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

สถานการณ์ภาวะสุขภาพจิตของประชากรไทย

หากพิจารณาผลการประเมินภาวะสุขภาพจิตของประชากรตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79.8) เป็นผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ดี ในขณะที่ร้อยละ 20.2 เป็นผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ที่ไม่ดี (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 สถานการณ์ภาวะสุขภาพจิตของประชากรไทย

ภาวะสุขภาพจิต	จำนวน	ร้อยละ
- สุขภาพจิตไม่ดี	5,480	20.2
- สุขภาพจิตดี	21,667	79.8
รวม	27,147	100.00

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพจิตของประชากรไทย: การวิเคราะห์ห้พระดับ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ห้พระดับแบบโลจิสติกแบบทวิ พบว่า เพศชายมีแนวโน้มที่มีภาวะสุขภาพจิตดีเป็น 1.339 เท่าของเพศหญิง ($p<.001$) ประชากรในกลุ่มอายุ 40-49 ปี 50-59 ปี และตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพจิตดีเป็น 1.551 1.563 และ 2.728 เท่าของประชากรที่มีอายุ 15-29 ปี ตามลำดับ ($p=.001$, $p=.001$, $p<.001$ ตามลำดับ) ในขณะที่ประชากรในกลุ่มอายุ 30-39 ปี มีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพจิตดีไม่แตกต่างจากประชากรที่มีอายุ 15-29 ปี แต่อย่างใด ($OR=1.154$, $p=.192$) ในแง่ของระดับการศึกษา พบว่า ประชากรที่ได้รับการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า อนุปริญญาหรือเทียบเท่า มัธยมศึกษาตอนปลาย มัธยมศึกษาตอนต้น และประถมศึกษา มีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพจิตดีเป็น 3.068 1.978 2.117 1.906 และ 1.467 เท่าของประชากรที่ไม่ได้ศึกษา ($p<.001$, $p=.005$, $p<.001$, $p<.001$, $p=.004$ ตามลำดับ) ในขณะที่ประชากรที่ได้รับการศึกษาในระดับก่อนประถมศึกษา มีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพจิตดีไม่แตกต่างจากประชากรที่ไม่ได้ศึกษา ($OR=1.276$, $p=.112$) สำหรับสถานภาพการสมรส พบว่า ประชากรที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่มีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพจิตดีต่ำกว่าประชากรที่มีสถานภาพโสด ($OR=0.701$, $p=.002$) ในขณะที่ประชากรที่มีสถานภาพคูมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพจิตดีไม่แตกต่างจากประชากรที่มีสถานภาพโสด ($OR=1.215$, $p=.076$) ในด้านสถานภาพการทำงาน พบว่า ประชากรที่มีสถานภาพนายจ้าง ผู้ประกอบธุรกิจตนเอง/ผู้ช่วยธุรกิจ/ในครัวเรือน และลูกจ้างรัฐบาล/รัฐวิสาหกิจ มีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพจิตดีเป็น 2.641 1.274 และ 1.516 เท่าของผู้ที่กำลังศึกษา/ไม่ทำงาน ตามลำดับ ($p=.003$, $p=.008$, $p=.033$)

ตามลำดับ) ในขณะที่ประชากรที่เป็นลูกจ้างเอกชนมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพจิตดีไม่แตกต่างจากผู้ที่กำลังศึกษา/ไม่ทำงานแต่อย่างใด (OR=1.091, p=.423)

สำหรับด้านตัวแปรเกี่ยวกับคุณลักษณะของครัวเรือน พบว่า หากจำนวนสมาชิกในครัวเรือนเพิ่มขึ้นมีแนวโน้มที่ประชากรจะมีสุขภาพจิตดีลดลง (OR=0.921, p=.002) และหากสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนเพิ่มขึ้นมีแนวโน้มที่ประชากรจะมีสุขภาพจิตดีเพิ่มขึ้นด้วยเช่นเดียวกัน กล่าวคือ ประชากรที่มีสถานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนในควินไทล์ที่ 5 (ร้อยละ 20 สูงสุด) 4 3 และ 2 มีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพจิตดีเป็น 3.341 2.414 1.614 และ 1.388 เท่าของประชากรที่มีสถานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนในควินไทล์ที่ 1 (ร้อยละ 20 ต่ำสุด) ตามลำดับ (p<.001, p<.001, p<.001, p=.001 ตามลำดับ) และหากบุคคลมีความสัมพันธ์และความผูกพันภายในครัวเรือนเพิ่มขึ้นมีแนวโน้มที่ประชากรจะมีสุขภาพจิตดีสูงขึ้นเช่นเดียวกัน (OR=1.559, p<.001)

ในด้านของการรับรู้สุขภาพกายของตนเอง พบว่า หากบุคคลมีการรับรู้สุขภาพกายของตนเองเพิ่มขึ้นจะมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพจิตดีเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน (OR=1.338, p<.001)

หากพิจารณาในด้านศาสนา คุณธรรมจริยธรรม และการยอมรับพฤติกรรมทางสังคม พบว่า หากบุคคลมีความเชื่อตามหลักคำสอนทางศาสนา การปฏิบัติตามหลักคำสอนทางศาสนา คุณธรรมในการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเพิ่มขึ้นแล้ว จะมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพจิตดีเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน (OR=1.057, p=.020; OR=1.093, p=.001; OR=1.246, p<.001 ตามลำดับ) ในขณะที่ตัวแปรเกี่ยวกับการยอมรับพฤติกรรมทางสังคม ได้แก่ การยอมรับความหลากหลายทางเพศ การยอมรับความสัมพันธ์นอกบรรทัดฐานการสมรส และการยอมรับการปฏิบัติตนตามมารยาทและบรรทัดฐานทางสังคมกลับไม่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของประชากรแต่อย่างใด (OR=1.003, p=.896; OR=0.954, p=.139; OR=0.975, p=.376 ตามลำดับ)

สำหรับตัวแปรบริบทในระดับชุมชน พบว่า หากชุมชนมีส่วนของประชากรที่มีสุขภาพจิตดีเพิ่มขึ้น ประชากรมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพจิตดีเพิ่มขึ้น (OR=1.071, p<.001) ในขณะที่หากชุมชนมีค่าเฉลี่ยสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนในชุมชนเพิ่มขึ้นกลับส่งผลทำให้ประชากรมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพจิตดีลดลง (OR=0.870, p<.001) สำหรับเขตที่อยู่อาศัย พบว่า ประชากรที่อาศัยนอกเขตเทศบาลมีแนวโน้มที่จะมีภาวะสุขภาพจิตดีไม่แตกต่างจากประชากรที่อาศัยในเขตเทศบาลแต่อย่างใด (OR=1.013, p=.809) แต่อย่างใด

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพจิตของประชากรไทยด้วยการวิเคราะห์พหุระดับ

ตัวแปรอิสระ	Odds Ratio	Robust SE.	Z	p-value
ระดับบุคคล (Individual Level)				
เพศ (กลุ่มอ้างอิง: หญิง)				
- เพศชาย	1.339	0.099	3.94	<.001
อายุ (กลุ่มอ้างอิง: 15-29 ปี)				
- 30-39 ปี	1.154	0.127	1.31	.192
- 40-49 ปี	1.551	0.204	3.34	.001
- 50-59 ปี	1.563	0.208	3.36	.001
- ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	2.728	0.403	6.79	<.001
ระดับการศึกษา (กลุ่มอ้างอิง: ไม่ได้ศึกษา)				
- ก่อนประถมศึกษา	1.276	0.195	1.59	.112
- ประถมศึกษา	1.467	0.195	2.88	.004
- มัธยมศึกษาตอนต้น	1.906	0.318	3.87	<.001
- มัธยมศึกษาตอนปลาย	2.117	0.371	4.29	<.001
- อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	1.978	0.483	2.79	.005
- ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	3.068	0.597	5.76	<.001
สถานภาพสมรส (กลุ่มอ้างอิง: โสด)				
- สมรสคู่	1.215	0.133	1.77	.076
- หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	0.701	0.081	-3.09	.002
สถานภาพการทำงาน (กลุ่มอ้างอิง: กำลังศึกษา/ไม่ได้ทำงาน)				
- นายจ้าง	2.641	0.862	2.98	.003
- ผู้ประกอบธุรกิจตนเอง/ผู้ช่วยธุรกิจในครัวเรือน	1.274	0.117	2.63	.008
- ลูกจ้างรัฐบาล/รัฐวิสาหกิจ	1.516	0.297	2.13	.033
- ลูกจ้างเอกชน	1.091	0.119	0.80	.423
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน	0.921	0.024	-3.14	.002
สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (กลุ่มอ้างอิง: ควินไทล์ที่ 1)				
- ควินไทล์ที่ 2	1.388	0.141	3.23	.001

ตัวแปรอิสระ	Odds Ratio	Robust SE.	Z	p-value
- ควินไทล์ที่ 3	1.614	0.164	4.72	<.001
- ควินไทล์ที่ 4	2.414	0.293	7.27	<.001
- ควินไทล์ที่ 5	3.341	0.548	7.36	<.001
ความสัมพันธ์และความผูกพันภายในครัวเรือน	1.559	0.056	12.34	<.001
การรับรู้สุขภาพกายของตนเอง	1.338	0.039	9.96	<.001
ความเชื่อตามหลักคำสอนทางศาสนา	1.057	0.025	2.33	.020
การปฏิบัติตามหลักคำสอนทางศาสนา	1.093	0.028	3.48	.001
คุณธรรมในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น	1.246	0.039	7.00	<.001
การยอมรับพฤติกรรมทางสังคม				
- การยอมรับความหลากหลายทางเพศ	1.003	0.030	0.13	.896
- การยอมรับความสัมพันธ์นอกบรรทัดฐาน	0.954	0.030	-1.48	.139
การสมรส				
- การยอมรับการปฏิบัติตามมารยาทและบรรทัดฐานทางสังคม	0.975	0.028	-0.89	.376
ระดับชุมชน (Community Level)				
เขตที่อยู่อาศัย (กลุ่มอ้างอิง: ในเขตเทศบาล)				
- นอกเขตเทศบาล	1.013	0.053	0.24	.809
สัดส่วนของประชากรที่มีสุขภาพจิตดีในชุมชน	1.071	0.002	48.26	<.001
ค่าเฉลี่ยสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนในชุมชน	0.870	0.011	-11.00	<.001
ค่าคงที่ (Constant)	0.0002	0.0001	-23.23	<.001
ความแปรปรวนระหว่างชุมชน	0.064	0.023		
Log Likelihood		-7793.13		
Akaike Information Criterion (AIC)		15656.26		
Bayesian Information Criterion (BIC)		15943.58		
Wald Chi-Square (p-value)		2760.25 (<.001)		

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 5 ส่วน เพื่อเชื่อมโยงนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตของประชากรไทย ดังนี้

1. ผลการวิจัย พบว่า ตัวแปรประชากรและสังคมที่มีความสัมพันธ์กับการมีสุขภาพจิตดีของประชากรไทยประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานภาพการทำงาน โดยที่ประชากรที่มีแนวโน้มที่จะมีภาวะสุขภาพจิตดีขึ้น คือ ประชากรเพศชาย กลุ่มอายุที่สูงขึ้น การได้รับการศึกษาระดับสูงขึ้น สถานภาพสมรสคู่และคนโสด และผู้ที่มีสถานภาพการทำงานเป็นนายจ้าง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ อาทิ ตัวแบบปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพของ Gnanapragasam et al. (2021) และ Dahlgren and Whitehead (1991) เป็นต้น ที่บ่งชี้ว่าปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่เป็นตัวกำหนดภาวะสุขภาพของบุคคลเกี่ยวพันหรือเริ่มต้นจากปัจจัยพื้นฐานทางประชากรและสังคมในระดับบุคคล

นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Silva et al. (2016) ที่พบว่า ประชากรเพศชายมักประสบกับปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่าเพศหญิง เนื่องด้วยประชากรเพศชายและเพศหญิงมักมีแนวโน้มในการตอบสนองต่อปัญหาและความเครียดในรูปแบบที่ต่างกันออกไป ในแง่ของอายุนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับ Hamano et al. (2010) ที่พบว่า เมื่อบุคคลมีอายุสูงขึ้นมักมีแนวโน้มที่สุขภาพจิตดีขึ้น เนื่องด้วยอายุเป็นสิ่งที่สะท้อนถึงความสามารถในการจัดการกับชีวิตและปัญหาของบุคคล หากพิจารณาถึงตัวแปรระดับศึกษา พบว่า ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของ Hamano et al. (2010) และอภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์ และคณะ (2554) ที่พบว่า เมื่อบุคคลได้รับการศึกษาในระดับที่สูงขึ้นมักมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นตามมาด้วย เนื่องด้วยการศึกษาถือได้ว่าเป็นการสะสมทุนมนุษย์ (Human Capital) ที่มีบทบาทสำคัญที่จะช่วยควบคุมและกำกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมเบี่ยงเบนของบุคคล รวมไปถึงการดูแลสุขภาพกายและใจของบุคคลอีกด้วย ในด้านของสถานภาพสมรสนั้น ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์ และคณะ (2554) ที่พบว่า กลุ่มบุคคลที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่มีสุขภาพจิตที่ต่ำกว่าบุคคลที่โสดและสมรส เนื่องด้วยการสมรสมีส่วนส่งเสริมสุขภาพทางจิตและลดความเครียดของบุคคลตามแนวคิดของตัวแบบทรัพยากรสมรส (Marital Resource Model) ที่ระบุว่า บุคคลที่ไม่ได้สมรสและบุคคลที่เคยสมรส/หม้ายและหย่ามักต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพจิตที่สูงกว่าบุคคลที่มีสถานภาพสมรส เนื่องด้วยบุคคลกลุ่มนี้อาจขาดทรัพยากรที่จะช่วยส่งเสริมและผลักดันทำให้สุขภาพจิตที่ดีขึ้นผ่านการสมรส อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการสมรสอาจพิจารณาได้ว่าเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีบุคคล ทว่าการออกจากสถานภาพสมรสจะส่งผลทำให้สุขภาพจิตของบุคคลแย่ลงในชั่วขณะหนึ่งและอาจเป็นไปได้ที่ผลกระทบที่มีต่อสุขภาพจิตของบุคคลยังคงอยู่ สำหรับตัวแปรสถานภาพการทำงาน พบว่า ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์ และคณะ (2554) ที่พบว่า บุคคลที่ประกอบอาชีพที่แตกต่างกันย่อมมีสุขภาพทางจิตที่ต่างกันออกไป ซึ่ง Gnanapragasam et al. (2021) ได้ระบุว่า สถานภาพการทำงานและสภาพแวดล้อมการ

ทำงานมีบทบาทสำคัญต่อภาวะสุขภาพในมิติของเป้าหมาย ความรู้สึกเป็นเจ้าของ และการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน ในขณะที่การว่างงานหรือการทำงานในบริบทที่ไม่มั่นคงอาจส่งผลทำให้ความเครียดสูงขึ้นและเกิดแรงกดดันทางด้านการเงินตามมาอีกด้วย

2. ผลการวิจัย พบว่า คุณลักษณะของครัวเรือนที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของประชากรไทย ประกอบด้วย จำนวนสมาชิกในครัวเรือน สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน และความสัมพันธ์และความผูกพันภายในครัวเรือน ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับ Ruiz-Tagle and Urria (2022) ที่พบว่า การเพิ่มขึ้นของขนาดครัวเรือนอย่างมากอาจส่งผลทำให้บุคคลอาจเผชิญกับปัญหาสุขภาพจิตได้ เนื่องจากจำนวนสมาชิกในครัวเรือนมีความเกี่ยวข้องกับการแบ่งปันทรัพยากรภายในครัวเรือนที่มากขึ้นที่จะดูแลสมาชิกทุกคนภายในครัวเรือน ด้วยเหตุนี้ จึงอาจส่งผลกระทบต่อแรงกดดันหลายมิติ อาทิ ความแออัดในพื้นที่อาศัยในครัวเรือน แรงกดดันทางสภาพเศรษฐกิจและการเงินของครัวเรือน และการจัดสรรทางด้านเวลา เป็นต้น สำหรับด้านบริบทด้านสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนนั้น ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับ Sajjadi et al. (2020) ที่พบว่า บุคคลที่สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงขึ้นจะมีปัญหาสุขภาพจิตลดลง หรือหากบุคคลมีรายได้สูงขึ้นจะมีแนวโน้มที่มีภาวะสุขภาพจิตที่ดีสูงขึ้นด้วยเช่นเดียวกัน ในแง่ของความสัมพันธ์และความผูกพันภายในครัวเรือนนั้น ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ Yang et al. (2021) ที่พบว่า หากบุคคลอยู่ในบรรยากาศของครอบครัวที่มีการสื่อสารภายในครอบครัวที่ดี มีการแสดงออกถึงความรักและความห่วงใย และสนใจสุขภาพของสมาชิกในครัวเรือนจะส่งผลภาวะสุขภาพจิตดีขึ้นหรือปัญหาสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัวลดลง

3. ผลการวิจัย พบว่า หากบุคคลมีการรับรู้สุขภาพกายของบุคคลสูงขึ้นส่งผลต่อแนวโน้มที่ประชากรจะมีภาวะสุขภาพจิตดีขึ้นเช่นเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sajjadi et al. (2020) และ อภิชาติ จำรัสฤทธิ์รักษ์ และคณะ (2554) ที่พบว่า บุคคลที่เผชิญกับความเจ็บปวดทางด้านร่างกายหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้มักมีปัญหาสุขภาพจิตสูง ทั้งนี้ การเจ็บป่วยทางจิตมักมีลักษณะที่ซับซ้อนหรืออาจเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน การเจ็บป่วยทางการและจิตอาจเป็นภาวะที่เกิดร่วมกันได้ และในบางสาเหตุการเกิดความผิดปกติทางด้านร่างกายของบุคคลอาจส่งผลต่อสุขภาพทางจิตหรือการแสดงออกของอาการทางจิตตามมาได้อีกด้วย (Gnanapragasam et al., 2021)

4. ผลการวิจัย พบว่า หากบุคคลมีความเชื่อและการปฏิบัติตามหลักคำสอนทางศาสนา และคุณธรรมในการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นสูงแล้วย่อมมีแนวโน้มที่จะมีภาวะสุขภาพจิตดีขึ้น ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Hackney and Sanders (2003) ที่พบว่า อุดมการณ์ศาสนาและความผูกพันทางศาสนาหรือองค์กรทางศาสนามีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของบุคคล เนื่องจากความเชื่อและความผูกพันทางศาสนาถือได้ว่าเป็นองค์ประกอบพื้นฐานของบุคคลที่มีต่อแนวทางที่ใช้ในการจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตและมีมุมมองต่อปัญหาและสถานการณ์ และวิถีชีวิตของบุคคลที่แตกต่างกันออกไป (Behere, Das, Yadav, & Behere,

2013) อีกทั้ง ความเชื่อในหลักศาสนายังช่วยทำให้บุคคลเกิดความเชื่อในมุมมองแง่บวก และการจัดการกับปัญหาตามแนวทางของธรรมะในด้านบวกนั่นเอง (Weber & Pargament, 2014)

5. ผลการศึกษา พบว่า สภาพแวดล้อมของชุมชนที่อาศัยมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของประชากร กล่าวคือ หากบุคคลอาศัยในชุมชนที่มีสัดส่วนของประชากรที่มีสุขภาพจิตดีและมีค่าเฉลี่ยสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนในชุมชนที่ไม่สูงย่ำแย่ส่งผลทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะมีภาวะสุขภาพจิตดีสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Powell et al. (2024) ที่พบในทำนองเดียวกัน เนื่องด้วยชุมชนที่มีการส่งเสริมการเชื่อมโยงทางสังคมที่ดีและการตระหนักรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตที่ดีร่วมกันแล้ว จะทำให้ช่วยลดภาวะตึงเครียดทางจิตใจของสมาชิกภายในชุมชน นอกจากนี้ ผลการศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Sajjadi et al. (2020) ที่พบว่า หากลักษณะชุมชนที่อาศัยมีระดับการพัฒนาของชุมชนที่สูงขึ้นกลับส่งผลทำให้ภาวะสุขภาพจิตของบุคคลลดลง เนื่องด้วยสภาพแวดล้อมส่งผลต่อความยุ่งยากและความซับซ้อนในชีวิตของบุคคลในระดับที่สูงขึ้น และยังส่งผลต่อการเผชิญกับเหตุการณ์ในชีวิตที่อาจทำให้ความสัมพันธ์ทางสังคมลดลงไป (พันธุ์ทิพย์ รามสูต, 2540)

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะใน 2 ส่วน ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะจากการศึกษาวิจัย

1.1 ข้อค้นพบจากการศึกษา พบว่า ประชากรที่มีคุณลักษณะในมิติเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และสถานภาพการทำงานที่แตกต่างกันย่อมส่งผลภาวะสุขภาพจิตของบุคคลแตกต่างกัน นั่นสะท้อนถึงความไม่เท่าเทียมกันของภาวะสุขภาพจิตของประชากร (Mental Health Inequality) หรือความเหลื่อมล้ำทางสังคมและสาธารณสุขที่ประชากรกลุ่มต่าง ๆ อาจมีโอกาสดูแลสุขภาพจิตของตนเอง และเข้าถึงการรักษาสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน ด้วยเหตุนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจึงควรส่งเสริมและดูแลสุขภาพจิตของประชากรในแต่ละกลุ่มที่มีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพจิต

1.2 สภาพแวดล้อมภายในครัวเรือนมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของประชากร ดังนั้น ภาครัฐหรือหน่วยที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องส่งเสริมความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคมภายในครัวเรือนโดยเฉพาะอย่างยิ่งครัวเรือนที่มีสมาชิกในครัวเรือนสูง เช่น การพัฒนาและส่งเสริมด้านอาชีพ เป็นต้น เพื่อช่วยลดความเครียดจากปัญหาทางเศรษฐกิจ นอกจากนี้ ยังควรมีการสนับสนุนกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภายในครัวเรือน เช่น การให้คำปรึกษาภายในครัวเรือน และกิจกรรมที่เสริมสร้างความผูกพัน เป็นต้น

1.3 ข้อค้นพบจากการวิจัย พบว่า การรับรู้สุขภาพกายของบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ภาวะสุขภาพจิต ดังนั้น ภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนและเสริมสร้างมิติสุขภาพกายและ สุขภาพใจไปควบคู่กัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพกายที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดปัญหา สุขภาพจิตตามมา

1.4 ความเชื่อและการปฏิบัติตนตามหลักศาสนา และคุณธรรมจริยธรรมในการปฏิสัมพันธ์กับ ผู้อื่นมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของประชากร ด้วยเหตุนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรส่งเสริมการศึกษา หลักคุณธรรมและจริยธรรมในการดำเนินชีวิต เพื่อส่งเสริมความสุขส่วนบุคคลและการอยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข ในสังคม นอกจากนี้ ยังควรส่งเสริมเครือข่ายทางสังคมที่ยึดหลักศาสนาและคุณธรรมจริยธรรมในการดำเนิน ชีวิต เช่น การจัดกิจกรรมทางศาสนาในชุมชน เป็นต้น

1.5 ข้อค้นพบจากการวิจัย พบว่า สภาพแวดล้อมของชุมชนที่อาศัยมีความสัมพันธ์กับภาวะ สุขภาพจิตของประชากร ดังนั้น การส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตที่ดีในระดับบุคคลเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ ในการสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดี หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องสร้างสภาพแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อ สุขภาพจิตที่ดีทั้งชุมชน เช่น กิจกรรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพให้ผู้คนในชุมชน กิจกรรมเสริมสร้างสัมพันธ์ใน ชุมชน เป็นต้น นอกจากนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องคำนึงถึงมิติทางเศรษฐกิจของชุมชน โดยพยายามลด ปัญหาความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและสังคมภายในชุมชนและสร้างความเสมอภาคและความเกื้อกูลทางด้าน เศรษฐกิจภายในชุมชน

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

2.1 เนื่องด้วยการวิจัยครั้งนี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากโครงการสำรวจสถานะทางสังคม วัฒนธรรม และสังคม พ.ศ.2561 ซึ่งออกแบบแบบสัมภาษณ์และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ จึงทำให้เกิดข้อจำกัดบางประการในการคัดเลือกตัวแปรอิสระที่คาดว่าจะจะเป็นปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดภาวะสุขภาพจิต ของประชากรไทย ด้วยเหตุนี้ การวิจัยครั้งต่อไปอาจพิจารณาตัวแปรอิสระอื่น ๆ ที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับ ภาวะสุขภาพจิตของประชากรไทย

2.2 การศึกษาครั้งนี้ครอบคลุมตัวแปรอิสระที่ใช้ในการศึกษาในตัวอย่างพบระดับเพียง 2 ระดับ ได้แก่ ระดับบุคคลและระดับชุมชน ดังนั้น การวิจัยครั้งต่อไปอาจครอบคลุมตัวแปรอิสระในระดับอื่นในตัวอย่าง อาทิ ระดับครอบครัว ระดับท้องถิ่น และระดับจังหวัด เป็นต้น

2.3 ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนถึงปัญหาความไม่เท่าเทียมกันทางด้านสุขภาพจิตของประชากรไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมิติทางเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานภาพการทำงาน และสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ด้วยเหตุนี้ การศึกษาครั้งต่อไปอาจทำการศึกษาในกลุ่มย่อย (Sub-Group Population) เพื่อทำให้เข้าใจถึงสาเหตุของความไม่เท่าเทียมกันของภาวะสุขภาพของประชากรไทยในแต่ละกลุ่มย่อย เพื่อให้สามารถออกแบบนโยบายเพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพของประชากรในกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2558). เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 14 และการประชุมวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กครั้งที่ 12. กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต. (ม.ป.ป.). รายงานอัตราการฆ่าตัวตาย (รายต่อแสนประชากร) ปี พ.ศ. 2540-2560. ออนไลน์. https://www.dmh.go.th/report/suicide/stat_prov.asp
- ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์. (2550). ความสอดคล้องระหว่างดัชนีวัดสถานภาพเศรษฐกิจสังคมที่สร้างโดยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบหลักและโมเดลได้อีออปิต. *วารสารพัฒนบริหารศาสตร์*. 48 (3), 125-140.
- พันธุ์ทิพย์ รามสูต. (2540). *ระบาดวิทยาสังคม*. กรุงเทพมหานคร: พี.เอ. ลีฟวิ่ง.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ. (2563). *จับตาทิศทางสุขภาพจิตคนไทย ปี 2563*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2563). *การสำรวจสถานะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต พ.ศ.2561*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- อภิชัย มงคล, วัชนิ หัตถพนม, ภัสรา เชษฐโชติศักดิ์, วรณประภา ชลอกุล, ละเอียต ปัญโญใหญ่, และสุจิต สุวรรณชีพ. (2544). การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (ระดับบุคคล). *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 46 (3), 209-225.
- อภิชาติ จำรัสฤทธิ์รักษ์, อุมารณ ภัทรวานิชย์, ปราโมทย์ ประสาทกุล, รศรินทร์ เกรย์, กวิสรา พชรเบญจกุล, เรวดี สุวรรณพเก้า, และภูวนัย พุ่มไทรทอง. (2554). *สถานการณ์สุขภาพจิตคนไทย: การวิเคราะห์พหุปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมระดับบุคคลและระดับจังหวัด*. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล เอพีพี พรินติ้ง กรุ๊ป.
- Alegria, M., NeMoyer, A., Falgàs Bagué, I., Wang, Y., & Alvarez, K. (2018). Social Determinants of Mental Health: Where We Are and Where We Need to Go. *Curr Psychiatry Rep*. 20 (11), 95. doi:10.1007/s11920-018-0969-9
- Behere, P. B., Das, A., Yadav, R., & Behere, A. P. (2013). Religion and mental health. *Indian J Psychiatry*. 55 (Suppl 2), S187-194. doi:10.4103/0019-5545.105526

- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies.
- Gnanapragasam, S. N., Astill Wright, L., Pemberton, M., & Bhugra, D. (2021). Outside/inside: social determinants of mental health. *Ir J Psychol Med*, 1-11. doi:10.1017/ipm.2021.49
- Hackney, C. H., & Sanders, G. S. (2003). Religiosity and Mental Health: A Meta-Analysis of Recent Studies. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 42 (1), 43-56. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/1387984>
- Hamano, T., Fujisawa, Y., Ishida, Y., Subramanian, S. V., Kawachi, I., & Shiwaku, K. (2010). Social capital and mental health in Japan: a multilevel analysis. *PLoS One*. 5(10), e13214. doi:10.1371/journal.pone.0013214
- McAllister, A., Fritzell, S., Almroth, M., Harber-Aschan, L., Larsson, S., & Burström, B. (2018). How do macro-level structural determinants affect inequalities in mental health? – a systematic review of the literature. *International Journal for Equity in Health*. 17 (1), 180. doi:10.1186/s12939-018-0879-9
- Murayama, H., Fujiwara, Y., & Kawachi, I. (2012). Social capital and health: a review of prospective multilevel studies. *J Epidemiol*. 22 (3), 179-187. doi:10.2188/jea.je20110128
- Powell, N., Dalton, H., Lawrence-Bourne, J., & Perkins, D. (2024). Co-creating community wellbeing initiatives: what is the evidence and how do they work? *Int J Ment Health Syst*. 18 (1), 28. doi:10.1186/s13033-024-00645-7
- Ruiz-Tagle, J., & Urria, I. (2022). Household overcrowding trajectories and mental well-being. *Social Science & Medicine*. 296, 114051. doi:<https://doi.org/10.1016/j.socsci-med.2021.114051>
- Sajjadi, H., Harouni, G. G., Rafiey, H., Vaez-Mahdavi, M., Vameghi, M., & Mohaqeqi Kamal, S. H. (2020). Contextual and Individual Determinants of Mental Health: A Cross-sectional Multilevel Study in Tehran, Iran. *J Prev Med Public Health*. 53 (3), 189-197. doi:10.3961/jpmph.19.150
- Silva, M., Loureiro, A., & Cardoso, G. (2016). Social determinants of mental health: A review of the evidence. *The European Journal of Psychiatry*. 30, 259-292.
- Weber, S. R., & Pargament, K. I. (2014). The role of religion and spirituality in mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(5). Retrieved from https://journals.lww.com/co-psychiatry/Fulltext/2014/09000/The_role_of_religion_and_spirituality_in_mental.9.aspx
- World Health Organization, & Calouste Gulbenkian Foundation. (2014). *Social determinants of mental health*. Geneva: World Health Organization.
- Yang, Z., Cui, Y., Yang, Y., Wang, Y., Zhang, H., Liang, Y., . . . Shang, L. (2021). The Relationship Between Mental Health Problems and Systemic Family Dynamics Among High School and University Students in Shaanxi Province, China. *International Journal of Public Health*. 66. doi:10.3389/ijph.2021.1603988