ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของสมาชิกครัวเรือนยากจน ในพื้นที่ทุ่งกุลาร้องไห้ จังหวัดร้อยเอ็ด

สุจิตตา ฤทธิ์มนตรี, ปร.ด.[*]
ลลิตา วงศ์แก้วประจักษ์, พย.ม.[**]
วาสนา สุระภักดิ์, พย.ม.[*]
อรรถพล พันทอง, พย.บ.[***]
ทวี ศรีขาว, พย.บ.[****]

Received: April 15, 2025
Revised: March 29, 2026
Accepted: April 10, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของสมาชิกครัวเรือนยากจนในพื้นที่ทุ่งกุลาร้องไห้ จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างคือ สมาชิกครัวเรือนยากจน ในพื้นที่ทุ่งกุลาร้องไห้ จังหวัดร้อยเอ็ด สุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ จำนวน 335 คน ศึกษาในเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม 2567 เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิต (Thai GHQ-28) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า ภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างสมาชิกครัวเรือนยากจน ร้อย 53.43 ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต และร้อยละ 46.57 มีปัญหาสุขภาพจิต พบปัจจัยด้านอายุและสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตด้านอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ ปัจจัยรายได้ครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตด้านอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ ด้านความพร่องทางสังคม และด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรง ปัจจัยครอบครัวที่มีผู้มีภาวะพึ่งพิงสูงในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตด้านอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ และด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรง ปัจจัยภาระหนี้สินมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตด้านอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ และด้านความพร่องทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ข้อเสนอแนะ การวิจัยครั้งต่อไปควรวิจัยการพัฒนาโปรแกรมและประเมินผลโปรแกรมการสนับสนุนสุขภาพจิตและการดูแลผู้มีภาวะสุขภาพจิตเปลี่ยนแปลงสำหรับครัวเรือนยากจน

คำสำคัญ: ภาวะสุขภาพจิต ปัจจัย ครัวเรือนยากจน

[*] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
[**] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: icenu35@gmail.com
[***] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลปทุมรัตน์ จังหวัดร้อยเอ็ด
[****] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

Mental Health Status and Factors Associated with Mental Health among Poor Household Members in the Thung Kula Rong Hai Area, Roi Et Province

Sujitta Ritmontree, Ph.D.[*]
Lalita Wongkeawprajuk, M.N.S.[**]
Wasana Suraphak, M.N.S.[*]
Attapol Panthong, B.N.S.[***]
Thawee Srikhao, B.N.S.[****]

Abstract

This cross-sectional descriptive research aims to study the mental health status and factors associated with the mental health of poor household members in the Thung Kula Rong Hai area of Roi Et Province. The sample group consisted of 335 poor household members in this area, selected through systematic sampling. The study was conducted from February to March 2024. The research instruments included: 1) a personal information questionnaire and 2) the Thai GHQ-28 mental health questionnaire, which has a reliability coefficient of 0.90. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and chi-square analysis.

The research findings indicated that 53.43% of the sample group of poor household members had no mental health issues, while 46.57% experienced mental health problems. It was found that age and marital status were associated with mental health in terms of anxiety and insomnia. Family income was correlated with mental health regarding anxiety, insomnia, social deprivation, and severe depressive symptoms. Additionally, families with high dependency individuals were associated with mental health concerning anxiety, insomnia, and severe depressive symptoms. The factor of debt burden was significantly related to mental health in terms of anxiety, insomnia, and social deprivation at a statistical significance level of 0.05. Further research is recommended to develop and evaluate mental health support programs and management for individuals experiencing changes in mental health within poor households.

Keywords: Mental health status, Factors, Low-income households

[*] Instructor, Faculty of Nursing, Roi Et Ratjaphat University

[**] Instructor, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University; Corresponding Author E-mail: icenu35@gmail.com

[***] Professional Nurse, Pathumrat Hospital, Roi Et Province

[****] Professional Nurse, Suvarnabhumi Hospital, Roi Et Province

บทนำ

สุขภาพจิตเป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิตและศักยภาพในการดำเนินชีวิตของประชาชน อย่างไรก็ตาม ปัญหาสุขภาพจิตยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก โดยเฉพาะภายหลังการระบาดของโรคโควิด-19 ที่ส่งผลให้จำนวนผู้มีปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มสูงขึ้น องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2022) ระบุว่า ในปี ค.ศ. 2019 มีประชากรโลกประมาณ 1 ใน 8 หรือเกือบ 1 พันล้านคนที่มีภาวะผิดปกติทางจิต โดยโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลเป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นหลังการระบาดของโควิด-19

ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะความยากจนมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับปัญหาสุขภาพจิต โดยผู้ที่อยู่ในครัวเรือนยากจนหรือมีความยากจนหลายมิติ มีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลสูงกว่าประชากรทั่วไป เนื่องจากต้องเผชิญกับความเครียดจากปัญหาทางการเงิน ความไม่มั่นคงในชีวิตและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำกัด (Barrantes et al., 2022; Lemon, 2023) นอกจากนี้ความยากจนและปัญหาสุขภาพจิตยังมีความสัมพันธ์แบบสองทางกล่าวคือ ความยากจนเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางจิต ขณะเดียวกันภาวะเจ็บป่วยทางจิตก็ทำให้บุคคลมีโอกาสตกอยู่ในภาวะยากจนมากขึ้น (Marchi et al., 2024) นอกเหนือจากปัจจัยทางเศรษฐกิจแล้ว การขาดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน หรือชุมชน ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต บุคคลที่รู้สึกโดดเดี่ยว หรือขาดเครือข่ายช่วยเหลือมักมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ (Friedli, 2009; WHO, 2025)

ในประเทศไทยสถานการณ์สุขภาพจิตมีแนวโน้มรุนแรงขึ้นเช่นเดียวกัน ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตระหว่างปีพ.ศ. 2563–2567 พบว่า คนไทยมากกว่าร้อยละ 8 มีความเครียดสูง เกือบร้อยละ 10 มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า และมากกว่าร้อยละ 5 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยกลุ่มที่ได้รับผลกระทบมาก ได้แก่ ประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ และผู้ที่อยู่ในครัวเรือนเปราะบาง (WHO, 2025) นอกจากนี้ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ยังพบว่าความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงปีพ.ศ. 2565–2567 โดยเฉพาะในบางพื้นที่ชนบทและพื้นที่ที่มีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจและการเข้าถึงบริการสุขภาพ (กรมสุขภาพจิต, 2568)

แม้ว่าประเทศไทยจะมีบริการด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ประชาชนในครัวเรือนยากจนยังคงเผชิญกับอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ ทั้งจากข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่าย การเดินทาง ระยะทาง และการขาดแคลนบุคลากรสุขภาพจิตในพื้นที่ชนบท ส่งผลให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจำนวนมากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและทันท่วงที (กรมสุขภาพจิต, 2565; WHO, 2022) แม้ว่าปัญหาสุขภาพจิตจะเกิดขึ้นได้ในประชากรทุกกลุ่ม แต่ครัวเรือนยากจนในพื้นที่ชนบทมักมีความเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มอื่น เนื่องจากต้องเผชิญกับภาระทางเศรษฐกิจ ความห่างไกลจากบริการสุขภาพ และการขาดเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตและทำให้การเข้าถึงการดูแลรักษาเป็นไปได้ยากยิ่งขึ้น

พื้นที่ทุ่งกุลาร้องไห้ จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจและสังคมมาอย่างต่อเนื่อง ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีรายได้ไม่แน่นอน และเผชิญกับปัญหาความยากจนเรื้อรัง ข้อมูลจากโครงการพัฒนาโมเดลแก้จนในพื้นที่ทุ่งกุลาร้องไห้ด้วยแนวคิด “เกษตรพามี สุขภาพดีพาอยู่” ของมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ดพบว่า ในปีพ.ศ. 2566–2567 มีครัวเรือนยากจนในพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ดจำนวน 718 ครัวเรือน หรือ 3,054 คน (ระบบข้อมูลครัวเรือนยากจนระดับจังหวัด, 2566) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความเปราะบางของประชากรในพื้นที่ ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพจิต

แม้ว่าจะมีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับสุขภาพจิตในประชากรไทยหลายกลุ่ม เช่น วัยรุ่น วัยทำงาน และผู้สูงอายุอยู่บ้าง แต่ยังไม่พบการศึกษาที่มุ่งสำรวจภาวะสุขภาพจิต และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของสมาชิกครัวเรือนยากจนในพื้นที่ชนบทโดยตรง โดยเฉพาะในพื้นที่ทุ่งกุลาร้องไห้ จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งมีบริบทเฉพาะด้านความยากจนเรื้อรัง ความห่างไกล และข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงมีความสำคัญต่อการสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตของประชากรกลุ่มเปราะบาง และสามารถนำไปใช้ในการวางแผนคัดกรอง พัฒนามาตรการช่วยเหลือ ตลอดจนออกแบบระบบบริการสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ชนบทและครัวเรือนยากจนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

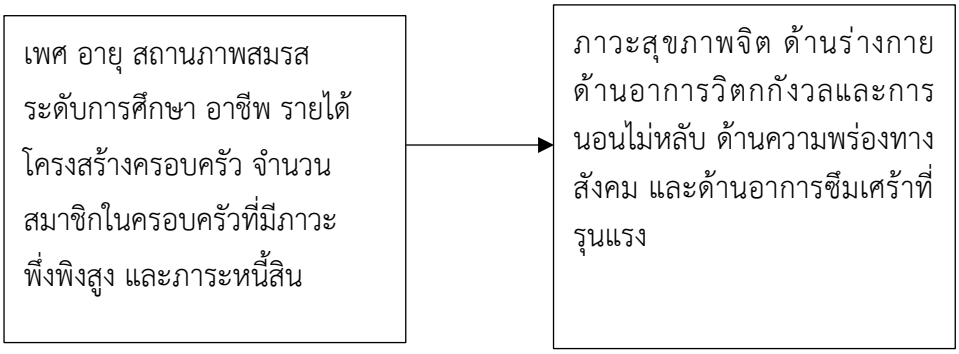
1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของสมาชิกครัวเรือนยากจนในพื้นที่ทุ่งกุลาร้องไห้ จังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของสมาชิกครัวเรือนยากจนในพื้นที่ทุ่งกุลาร้องไห้ จังหวัดร้อยเอ็ด

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติด สุขภาพจิต และครัวเรือนยากจน โดยต้นแปรต้นเป็นปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครัวเรือน โครงสร้างครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะพึ่งพิงสูง และภาระหนี้สิน ในขณะที่ตัวแปรตามได้แก่ ภาวะสุขภาพจิต ด้านร่างกาย ด้านอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ ด้านความพร่องทางสังคม และด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรง

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่องพฤติกรรมการใช้สารเสพติด สุขภาพจิตและการบำบัดแบบสั้นสำหรับผู้ใช้สารเสพติดในครัวเรือนยากจน : กรณีศึกษาพื้นที่ทุ่งกุลาร้องไห้ จังหวัดร้อยเอ็ด ใช้วิธีวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (cross-sectional survey research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเสพติดและสุขภาพจิตของสมาชิกครัวเรือนยากจน ในพื้นที่ทุ่งกุลาร้องไห้ จังหวัดร้อยเอ็ด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ประชาชนที่มีอายุ 18-65 ปี ที่พักอาศัยอยู่ในครัวเรือนยากจนตามโครงการการพัฒนาโมเดลแก้จนอำเภอในพื้นทีทุ่งกุลาร้องไห้ด้วยแนวคิด “เกษตรพามี สุขภาพดีพาอยู่” ดำเนินการโดย

มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ปีพ.ศ. 2566-2567 จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 718 ครัวเรือน หรือ 3,054 คน (ระบบข้อมูลครัวเรือนยากจนระดับจังหวัด, 2566)

กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนที่มีอายุ 18-65 ปี ที่พักอาศัยอยู่ในครัวเรือนยากจนตามโครงการการพัฒนาโมเดลแก้จนอำเภอในพื้นทีทุ่งกุลาร้องไห้ด้วยแนวคิด “เกษตรพามี สุขภาพดีพาอยู่” ดำเนินการโดยมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ปีพ.ศ. 2566-2567 คำนวณขนาดตัวอย่างของ Yamane (1973) ให้มีความคลาดเคลื่อนได้ 0.05 ได้ขนาดตัวอย่าง 335 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยดำเนินการสุ่ม 3 ขั้นตอนคือ

ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มอำเภอและตำบลตัวอย่างแบบแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเป้าหมายโครงการการพัฒนาโมเดลแก้จนอำเภอในพื้นที่ทุ่งกุลาร้องไห้ด้วยแนวคิด “เกษตรพามี สุขภาพดีพาอยู่” ดำเนินการโดยมาหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ปีพ.ศ. 2566-2567 จำนวน 3 อำเภอตัวอย่าง ในจังหวัดร้อยเอ็ด

ขั้นตอนที่ 2 การสุ่มอย่างเป็นระบบ (systematic random sampling) การสุ่มตัวอย่างโดยนำรายชื่อครัวเรือนยากจนในตำบลเป้าหมายในขั้นตอนที่ 1 มาเรียงกันตามทะเบียนรายชื่อครัวเรือนแต่ละตำบล แล้วหาอัตราส่วน (K) ระหว่างประชากร (N) และกลุ่มตัวอย่าง (n) จากสูตร K= N/n = 3,054/335 = 9.11 หรือ 9 ซึ่งหมายความว่าครัวเรือนประชากรยากจนทุก ๆ 9 ครัวเรือนของแต่ละตำบลจะได้รับการสุ่ม 1 ครัวเรือน ดังนั้นหมายเลขของครัวเรือนประชากรคนต่อไปจะถูกกำหนดอย่างเป็นระบบ โดยการรวมอัตราส่วนที่ได้กับหมายเลขประชากรเริ่มต้นที่ 1, 10 (1+9), 19 (10+9) .....จะเป็นครัวเรือนตัวอย่างที่เป็นอัตราส่วนของครัวเรือนประชากรแต่ละตำบล ซึ่งได้จำนวนตัวอย่างแต่ละตำบล

ขั้นตอนที่ 3 นำรายชื่อสมาชิกในครัวเรือนยากจนที่มีอายุตั้งแต่ 18-65 ปี มาจัดเรียงกันแล้วสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับฉลากมา 1 คน จะได้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นตัวแทนสมาชิกในครัวเรือนยากจน โดยกำหดเกณฑ์คัดเข้า ในการรับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ ได้แก่ 1) เพศชายหรือเพศหญิงที่มีอายุ 18-65 ปี อาศัยอยู่ในครัวเรือนยากจนตามกลุ่มตัวอย่างของโครงการการพัฒนาโมเดลแก้จนอำเภอในพื้นที่ทุ่งกุลาร้องไห้ด้วยแนวคิด “เกษตรพามี สุขภาพดีพาอยู่” 2) สามารถสื่อสารได้รู้เรื่อง 3) สมัครใจและยินดีเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีโรคทางกาย และโรคทางจิตแทรกซ้อนรุนแรงจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ และเกณฑ์การยุติเข้าร่วมโครงการ 1) เจ็บป่วย ฉุกเฉิน ร้ายแรง หรือเสียชีวิตระหว่างการดำเนินการศึกษา 2) ขอถอนตัวออกจากการวิจัย ระหว่างการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นคำถามแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ของครอบครัว ลักษณะโครงสร้างครอบครัว การมีสมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะพึ่งพิงสูง ภาระหนี้สิน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพจิต ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (General Health Questionnaire : GHQ-28) ของกรมสุขภาพจิต ฉบับภาษาไทย แปลโดย ธนานิล ชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้สำรวจหาปัญหาสุขภาพจิตในประชากรไทยที่ได้มาตรฐานและใช้คัดกรองปัญหาสำคัญ 2 ประการคือ การไม่สามารถดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ โดยปกติสุขตามที่ควรจะเป็น และการมีปัญหาที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ โดยเน้นปัญหาที่ผิดไปจากสภาวะปกติของบุคคลนั้น แบบสอบถาม GHQ-28 มีความไว (sensitivity) ร้อยละ 81.3 ความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 88.2 และมีความเชื่อถือได้ (Cronbach’s alpha) เทากับ .90 วัด 4 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) อาการทางกาย (somatic symptoms) ข้อที่ 1-7 2) อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (anxiety and insomnia) ข้อที่ 8-14 3) ความบกพร่องทางสังคม (social dysfunction) ข้อที่ 15-21 4) อารมณ์ซึมเศร้ารุนแรง (severe depression) ข้อที่ 22-28 คำถามมีจำนวน

ทั้งสิ้น 28 ข้อ แต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือก 4 คำตอบ โดยประเมินตามความรู้สึกของ ตนเองในแต่ละข้อ การคิดค่าคะแนนถ้าตอบตัวเลือกที่ 1 และ 2 จะให้คะแนนเป็น 0 แต่ถ้าตอบตัวเลือกที่ 3 และ 4 จะให้ค่าคะแนนเป็น 1 ถ้าคะแนนรวมทั้งหมดตั้งแต่ 6 ขึ้นไปถือว่ามีแนวโน้มที่ผิดปกติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาความสอดคล้อง เหมาะสม ระหว่างข้อคำถามกับตัวแปรที่ศึกษา และวัตถุประสงค์การวิจัย และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม Thai GHQ-28 ไปทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค Cronbach’s alpha coefficient) ได้ เท่ากับ 0.90

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุมัติให้ดำเนินการจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยมนุษย์ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ทำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ถึงผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ รวมถึงผู้นำชุมชนเพื่อขอความอนุเคราะห์ เก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป้าหมายที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้วิจัย โดยจะไปพบครัวเรือนยากจนเป้าหมาย เพื่อขอความยินยอมในการให้ข้อมูลไว้เป็นลายลักษณ์อักษร จากนั้นสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้า (face to face interview) และบันทึกคำตอบเอง ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

4. ภายหลังสัมภาษณ์เสร็จแล้ว ผู้ช่วยนักวิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลที่ได้รับในแบบสัมภาษณ์อีกครั้ง ก่อนจะเก็บรวบรวมแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดกลับคืนนักวิจัย

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลจากแบบสอถามทุกชุด จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาประมวล จัดระเบียบข้อมูล ลงรหัสและนำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการใช้สารเสพติด สุขภาพจิตและการบำบัดแบบสั้นสำหรับผู้ใช้สารเสพติดในครัวเรือนยากจน : กรณีศึกษาพื้นที่ทุ่งกุลาร้องไห้ จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยโครงร่างการวิจัยได้ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เลขที่ 089/2566 ลงวันที่ 24 ตุลาคม 2566 ก่อนที่จะมีการเก็บข้อมูลตามกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยได้อธิบาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย และอาสาสมัครสามารถตัดสินใจโดยอิสระ เพื่อนำไปใช้ในผลการวิจัยเท่านั้น โดยในการตอบแบบสอบถามจะเป็นข้อมูลความลับไม่เปิดเผยชื่ออาสาสมัคร รวบรวมและนำเสนอข้อมูลในภาพรวม เก็บรักษาข้อมูลและทำลายข้อมูลเมื่อดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพจิต ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิตใช้การทดสอบไคสแคว์ (chi-square test)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 335 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 75.22 มีอายุเฉลี่ย 37 ปี โดยอยู่ในช่วงอายุ 30-44 ปีมากที่สุด ร้อยละ 31.94 สถานภาพสมรสโสดเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 44.18 การศึกษาระดับชั้นมัธยมต้นมากที่สุด ร้อยละ 44.78 ประกอบอาชีพ รับจ้างทั่วไปเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 48.66 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 54.03 ส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยายมากที่สุดร้อยละ 62.39 สมาชิกครอบครัวที่มีภาวะพึ่งพิงสูง (ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้) เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 51.64 โดยผู้พึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเรื้องรังและผู้สูงอายุ ร้อยละ 62.43 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาระหนี้สินเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 55.82

ภาวะสุขภาพจิตของสมาชิกครัวเรือนยากจน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 53.43 และมีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 46.57 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

จำนวน ร้อยละ ภาวะสุขภาพจิตของสมาชิกในครัวเรือนยากจน (n= 335)

ภาวะสุขภาพจิตของสมาชิกในครัวเรือนยากจน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต (0 - 5 คะแนน)	179	53.43
มีปัญหาสุขภาพจิต (6 คะแนนขึ้นไป)	156	46.57
รวม	335	100
(Mean = 5.7, *SD* = 7.23, Min = 0, Max = 18)		

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของสมาชิกครัวเรือนยากจน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตด้านอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตด้านอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ รายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตด้านอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ ด้านความพร่องทางสังคม และด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรง ครอบครัวที่มีผู้มีภาวะพึ่งพิงสูงในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตด้านอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ และด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรง ภาระหนี้สินมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตด้าน ด้านอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ ด้านความพร่องทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของสมาชิกครัวเรือนยากจน (n=335)

ปัจจัยที่ศึกษา	ภาวะสุขภาพจิต							
	ด้านอาการทางกาย		ด้านอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ		ด้านความพร่องทางสังคม		ด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรง	
	χ^2	*p*-value	χ^2	*p*-value	χ^2	*p*-value	χ^2	*p*-value
1. เพศ	1.65	0.73	3.95	0.78	2.78	0.73	7.73	0.36
2. อายุ	11.97	0.62	85.01	0.00*	3.38	0.94	10.92	0.69
3. สถานภาพสมรส	31.10	0.35	98.50	0.00*	14.65	0.79	36.33	0.11
4. ระดับการศึกษา	77.08	0.47	69.79	0.69	85.05	0.57	87.51	0.19
5. อาชีพ	23.44	0.75	21.45	0.79	21.17	0.38	28.70	0.42
6. รายได้ครอบครัว	28.35	0.13	113.12	0.00*	117.31	0.00*	95.33	0.00*
7. ลักษณะครอบครัว	16.99	0.31	17.58	0.23	9.48	0.58	14.31	0.49
8. ครอบครัวมีผู้มีภาวะพึ่งพิงสูง	51.15	0.99	118.10	0.00*	26.04	1.00	21.51	0.00*
9. ภาระหนี้สิน	7.67	0.95	97.03	0.00*	52.51	0.00*	9.71	0.59

*p <0.05

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างสมาชิกครัวเรือนยากจนในพื้นที่ทุ่งกุลาร้องไห้ จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการวิจัยพบว่า สมาชิกครัวเรือนยากจนในพื้นที่ทุ่งกุลาร้องไห้ จังหวัดร้อยเอ็ด ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 53.43 ขณะที่ร้อยละ 46.57 มีปัญหาสุขภาพจิต สะท้อนให้เห็นว่าครัวเรือนยากจนในพื้นที่ชนบทเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางทางสุขภาพจิต แม้ว่าบางส่วนจะสามารถปรับตัวและเผชิญกับปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมได้ แต่ยังมีประชากรจำนวนมากที่เผชิญกับปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและการดำเนินชีวิตในระยะยาว การที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งไม่มีปัญหาสุขภาพจิต อาจอธิบายได้จากการมีปัจจัยคุ้มกันทางสังคม เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนจากชุมชน และการมีเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล (WHO, 2025) อย่างไรก็ตาม การที่กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งมีปัญหาสุขภาพจิต อาจเกิดจากความยากจน ความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ และภาระหนี้สิน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและความเครียด โดยเฉพาะในครัวเรือนยากจนและครัวเรือนเปราะบาง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความยากจนหลายมิติสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า และความยากจนกับปัญหาสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์แบบสองทาง (Barrantes et al., 2022; Marchi et al., 2024) นอกจากนี้ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตยังเป็นอุปสรรคสำคัญ เนื่องจากประชาชนในพื้นที่ชนบทมักเผชิญข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่าย การเดินทาง และการขาดแคลนบุคลากรสุขภาพจิต ส่งผลให้ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและทันท่วงที สอดคล้องกับรายงานของกรมสุขภาพจิตและองค์การอนามัยโลกที่ระบุว่า กลุ่มประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำและอยู่ในพื้นที่ห่างไกลเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตและเข้าถึงบริการได้น้อยกว่ากลุ่มอื่น (กรมสุขภาพจิต, 2568; WHO, 2022)

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของสมาชิกครัวเรือนยากจนในพื้นที่ทุ่งกุลาร้องไห้ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของสมาชิกครัวเรือนยากจนในพื้นที่ทุ่งกุลาร้องไห้ จังหวัดร้อยเอ็ด ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัว การมีสมาชิกที่มีภาวะพึ่งพิงสูงในครอบครัว และภาระหนี้สิน โดยปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตด้านอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ รวมทั้งบางปัจจัยยังสัมพันธ์กับด้านความพร่องทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อภิปรายแต่ละปัจจัยดังต่อต่อไปนี้

ปัจจัยด้านอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพจิตส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 30–44 ปี ซึ่งเป็นวัยทำงานและวัยที่ต้องรับผิดชอบทั้งการหารายได้และการดูแลสมาชิกในครอบครัว จึงมีแนวโน้มเผชิญกับความเครียด ความวิตกกังวล และปัญหาการนอนหลับมากกว่าวัยอื่น สอดคล้องกับแนวคิดพัฒนาการทางจิตสังคมของ Erikson ที่ระบุว่า วัยผู้ใหญ่ตอนกลางเป็นช่วงของการสร้างความมั่นคงและรับผิดชอบต่อครอบครัว หากไม่สามารถจัดการกับบทบาทดังกล่าวได้ อาจนำไปสู่ความรู้สึกกดดันและปัญหาสุขภาพจิต (Erikson, 1963) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Pengpid & Peltzer (2023) ที่พบว่า วัยทำงานมีความเสี่ยงต่อภาวะเครียดและซึมเศร้าสูงกว่าวัยอื่น โดยเฉพาะผู้ที่มีภาระทางเศรษฐกิจและครอบครัวสูง (Pengpid & Peltzer, 2023)

ด้านสถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสแบบคู่มีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มอื่น โดยเฉพาะด้านอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ ทั้งนี้อาจเกิดจากภาระในการดูแลคู่สมรส บุตร และสมาชิกในครอบครัวร่วมกับการหารายได้เลี้ยงครอบครัว ทำให้เกิดความเครียดสะสมและความกดดันทางจิตใจ โดยเฉพาะในครัวเรือนยากจนที่มีทรัพยากรจำกัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Pengpid & Peltzer (2023) ที่พบว่า ผู้ที่มีภาระครอบครัวสูงหรือขาดการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ มีแนวโน้มเกิดความเหงา ความเครียด และปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น แม้ว่าจะอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวก็ตาม ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การมีคู่สมรสหรือครอบครัวไม่ได้เป็นปัจจัยคุ้มกันเสมอไป หากความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความตึงเครียด หรือมีภาระความรับผิดชอบสูงเกินไป ก็อาจส่งผลต่อสุขภาพจิตได้

ด้านรายได้ครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มที่มีรายได้สูง โดยสัมพันธ์ทั้งกับอาการวิตกกังวล การนอนไม่หลับ ความพร่องทางสังคม และอาการซึมเศร้าที่รุนแรง สะท้อนให้เห็นว่า ความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของครัวเรือนยากจน สอดคล้องกับการศึกษาของ Barrantes et al. (2022) ที่พบว่า ความยากจนหลายมิติสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาของ Marchi et al. (2024) ที่พบว่า ความยากจนและปัญหาสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์แบบสองทางกล่าวคือ ความยากจนเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ขณะเดียวกันผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตก็มีโอกาสตกอยู่ในภาวะยากจนมากขึ้น การมีสมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะพึ่งพิงสูงมีความสัมพันธ์กับอาการวิตกกังวล การนอนไม่หลับ และอาการซึมเศร้าที่รุนแรง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลต้องแบกรับภาระด้านเวลา ค่าใช้จ่าย และความรับผิดชอบในการดูแลสมาชิกที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงเกิดความเครียดสะสม และส่งผลต่อสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Wrede et al. (2025) ที่พบว่า ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าในผู้ดูแล โดยเฉพาะในผู้ที่มีความกังวลอย่างต่อเนื่อง รู้สึกโดดเดี่ยวทางสังคม เหนื่อยล้าจากการดูแล และได้รับผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยที่เชื่อมโยงกับอาการวิตกกังวล การนอนไม่หลับ และภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้การดูแลที่ยาวนานและเข้มข้นอาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถปฏิบัติบทบาทได้ดี เกิดความรู้สึกผิดและความเครียดเรื้อรัง ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นในระยะยาว (Wrede et al., 2025)

ด้านภาระหนี้สิน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีปัญหาสุขภาพจิตมีภาระหนี้สิน และภาระหนี้สินมีความสัมพันธ์กับอาการวิตกกังวล การนอนไม่หลับ และความพร่องทางสังคม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความเครียดจากการชำระหนี้และความไม่มั่นคงทางการเงิน ซึ่งส่งผลให้บุคคลเกิดความกังวลเรื้อรัง นอนไม่หลับ และหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ Hassan et al. (2021) ที่ทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะการเงินและสุขภาพจิตพบว่า ความเครียดทางการเงินและความรู้สึกไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล ความเครียด และภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีรายได้น้อยหรือมีภาระหนี้สินสูง นอกจากนี้งานทบทวนดังกล่าวยังชี้ให้เห็นว่า ความกังวลเกี่ยวกับหนี้สินสามารถก่อให้เกิดวงจรของความเครียดและปัญหาสุขภาพจิต ส่งผลให้บุคคลมีความพร่องทางสังคม และคุณภาพชีวิตลดลง อีกทั้งผู้ที่มีภาระหนี้สินมักหลีกเลี่ยงการเข้าสังคมหรือขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น เนื่องจากรู้สึกอับอายและกังวลต่อสถานะทางการเงินของตน ทำให้ขาดเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม ซึ่งยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น สอดคล้องกับรายงานของ WHO (2025) ที่ระบุว่าการมีเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และการขาดการเชื่อมโยงทางสังคมจะเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนำไปพัฒนานโยบายและโปรแกรมที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มประชาชนที่มีความเสี่ยง โดยเฉพาะในกลุ่มครัวเรือนยากจน

2. ควรจัดกิจกรรมการให้ความรู้และฝึกอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตในชุมชน เพื่อให้สมาชิกในครัวเรือนเข้าใจถึงอาการและความสำคัญของสุขภาพจิต รวมถึงพัฒนาบริการสนับสนุนทางจิตใจ เช่น การให้คำปรึกษาและการบำบัดทางจิตวิทยาแก่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรพัฒนาโปรแกรมและประเมินผลโปรแกรมการสนับสนุนสุขภาพจิตและการดูแลผู้มีภาวะสุขภาพจิตเปลี่ยนแปลง สำหรับสมาชิกครัวเรือนยากจน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.) ผู้สนับสนุนทุนวิจัย ขอบคุณอาสาสมัครและผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2565). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2565*. กระทรวงสาธารณสุข.

กรมสุขภาพจิต. (2568). *อัตราป่วยรายใหม่และความชุกโรคซึมเศร้าในคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2565–2567*. คลังความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.

ธนานิล ชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, และชัชวาล ศิลปะกิจ. (2539). ความเชื่อถือได้และความแม่นตรงของ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 41*(1), 2–17.

ระบบข้อมูลครัวเรือนยากจนระดับจังหวัด. (2566). *ระบบข้อมูลครัวเรือนยากจนระดับจังหวัดร้อยเอ็ด*. http://www.ppaos.com/ppaos/frontend/web/index.php

Barrantes, N., Cubillos, P., & Vargas, G. (2022). Does multidimensional poverty affect depression? Evidence from a nationwide survey in Chile. *Progress in Development Studies, 22*(2), 123–139. https://doi.org/10.1177/14649934211059402

Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). W. W. Norton.

Friedli, L., & World Health Organization Regional Office for Europe. (2009). *Mental health, resilience and inequalities*. WHO Regional Office for Europe. https://iris.who.int/handle/10665/107925

Hassan, M. F., Hassan, N. M., Kassim, E. S., & Said, Y. M. U. (2021). Financial wellbeing and mental health: A systematic review. *Estudios de Economía Aplicada, 39*(4). https://doi.org/10.25115/eea.v39i4.4590

Lemon, C. (2023). Commentary: Poverty and mental health. *International Journal of Social Psychiatry, 69*(4), 1055-1056. https://doi.org/10.1177/00207640231160214

Marchi, M., Pain, O., Alkema, A., Xia, C., Thio, C. H. L., Chen, L., Schalkwijk, W., Galeazzi, G. M., Ferrari, D., Pingani, L., Kweon, H., Evan-Lacko, S., Hill, W. D., & Boks, M. P. (2024). Investigating the impact of poverty on mental illness in the UK biobank using mendelian randomization. *Nature Human Behaviour, 8*, 1771-1783. https://doi.org/10.1038/s41562-024-01919-3

Pengpid, S., & Peltzer, K. (2023). Prevalence and associated factors of incident and persistent loneliness among middle-aged and older adults in Thailand. *BMC Psychology, 11*, 70. https://doi.org/10.1186/s40359-023-01115-4

World Health Organization. (2022, June 22). *World mental health report: Transforming mental health for all*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338

World Health Organization. (2025, July 14). *Mental health and social connection in Thailand*. https://www.who.int/thailand/news/feature-stories/detail/mental-health-and-social-connection-in-thailand

Wrede, N., Töpfer, N. F., Wilz, G., & Pfeiffer, K. (2025). Caregiver burden and depressive symptoms in family caregivers of older adults: A network analysis. *Journal of Affective Disorders, 387*, 119547. https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.119547

Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (3rd ed.). Harper & Row.