

## สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลกับความเสี่ยง ในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของวัยแรงงานในประเทศไทย

มยุรา จรรยารักษ์ อุมารณณ์ ภัทรวานิชย์ และมาลี สันภูวรรณ

### บทนำ

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

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

## แนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

เมื่อมุมมองทางสุขภาพขยายกว้างสู่ความเป็นองค์รวมที่ไม่สามารถแยกออกจากได้ สุขภาพจิตจึงเชื่อมโยงอยู่กับองค์ประกอบอื่นๆ เพื่อประกอบรวมเป็นสุขภาพ ซึ่งครอบคลุม ทั้ง 4 มิติ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคมและปัญญาหรือจิตวิญญาณ (อภิรักษ์ และคณะ 2552)

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

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

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

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

## วัตถุประสงค์

เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นปัจจัยระดับสังคมส่งผลต่อความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของวัยแรงงานในประเทศไทย

## แหล่งข้อมูล เครื่องมือ และสถิติที่ใช้ในการศึกษา

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

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

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

## ผลการวิจัย

### ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

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

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยระดับบุคคล ระดับชุมชน และระดับสังคม

(n = 62,229)

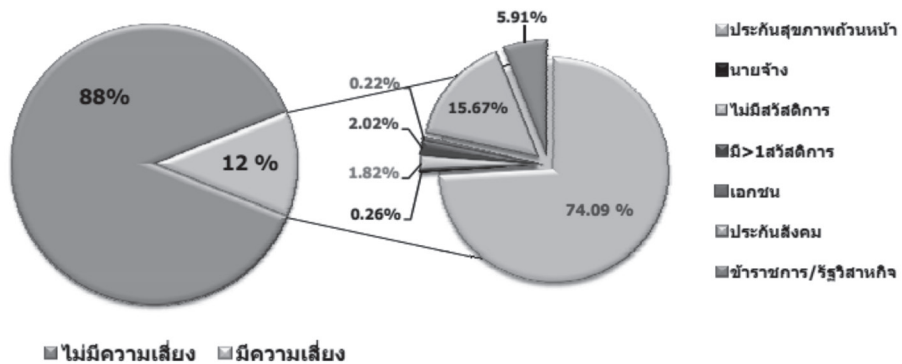
ปัจจัย		จำนวน ร้อยละ		ปัจจัย		จำนวน ร้อยละ	
<b>ปัจจัยระดับบุคคล</b>							
<b>เพศ</b>				<b>หนี้สินครัวเรือน</b>			
-หญิง		31,255	50.2	-ไม่มี		19,914	32.0
-ชาย		30,974	49.8	-มี		42,315	68.0
<b>อายุ อายุเฉลี่ย 35.69 ปี (S.D. = 12.365)</b>				<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,978 บาท (S.D. =10,009.13)</b>			
-อายุ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

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2552

หมายเหตุ\* ข้าราชการ พนักงาน ลูกจ้างในหน่วยงานราชการ และพนักงาน ลูกจ้างในหน่วยงานรัฐวิสาหกิจ

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

รูปที่ 1 การกระจายร้อยละของวัยแรงงานที่มีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตจำแนกตามสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2552



ที่มา: คำนวณจากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2552

### ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของวัย แรงงาน

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

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

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

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

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุแบบทวิภาคของปัจจัยที่ส่งผลต่อความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของวัยแรงงาน

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



ตารางที่ 2 (ต่อ)

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

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

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2552

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

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

และเป็นที่น่าสังเกตว่าวัยแรงงานที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล 1.2 เท่า

## สรุปและอภิปรายผล

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

กับรัฐ ระบบเศรษฐกิจและความไม่เท่าเทียมกันทางสังคม ที่เบียดขับและแบ่งแยก ้วยแรงงานออกจากกัน ตามลำดับขั้นทางอาชีพด้วยเหตุผลเกี่ยวกับความมีเกียรติ ความมั่นคง และความมีอำนาจ ตลอดจนความสามารถในการเป็นที่พึงพิง และฐานะทางเศรษฐกิจของคนในสังคม (Turner 1995; สุภางค์ 2534; จำนง และคณะ 2547) เห็นได้จาก กลุ่มคนยากจนและยากจนที่สุดจะมีสวัสดิการฯ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นส่วนใหญ่ ขณะที่กลุ่มคนร่ำรวยถึงร่ำรวยที่สุดจะมีสวัสดิการฯ อยู่ในระบบประกันสังคมและสวัสดิการฯ ข้าราชการ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ 2554)

ทั้งนี้ยังพบอีกว่า ้วยแรงงานที่มีสวัสดิการฯ จากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสวัสดิการฯ ในระบบประกันสังคม มีข้อจำกัดเกี่ยวกับการใช้ยาในครอบครัวหลัก แห่งชาติ การทำหัตถการบางประเภท และระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลแตกต่างจากสวัสดิการฯ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ (สุพล จุฬารณณ์ และศุภสิทธิ์ 2547; สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ 2554) อาจทำให้ ้วยแรงงานที่มีสวัสดิการฯ จากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสวัสดิการฯ ในระบบประกันสังคมได้รับการตอบสนองด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจน้อยกว่า ้วยแรงงานที่ได้รับสวัสดิการฯ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ สอดคล้องกับการศึกษาความแตกต่างในจำนวนวันนอนและการเข้ารับรักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยเบาหวานระหว่างระบบประกันสุขภาพ ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ใช้สวัสดิการฯ ข้าราชการ มีระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาลนานกว่าสวัสดิการฯ จากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสวัสดิการฯ จากระบบประกันสังคม โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ใช้สวัสดิการฯ จากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีอัตราเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 30 วันหลังกลับบ้านสูงกว่าผู้ป่วยสวัสดิการฯ ข้าราชการ (เจเต็จ 2553) และข้อมูลปี 2552 ชี้ให้เห็นว่ารัฐบาลจ่ายเงินสนับสนุนให้ผู้ที่มีสวัสดิการฯ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในอัตราเฉลี่ย 2,393 บาทต่อคนต่อปี ส่วนระบบประกันสังคมได้รับเงินอุดหนุนในเรื่องสุขภาพเฉลี่ย 3,133 บาทต่อคนต่อปี ขณะที่ผู้ที่อยู่ภายใต้สวัสดิการฯ ข้าราชการได้รับการอุดหนุนสูงถึง 12,365 บาทต่อคนต่อปี (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย 2554) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด จนอาจทำให้ ้วยแรงงานเกิดความรู้สึกคับข้องใจเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลที่ไม่เท่าเทียมกัน เพราะความแตกต่างของจำนวนเงินอุดหนุน กอปรกับสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพของสวัสดิการฯ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และระบบประกันสังคมเป็นสิทธิเฉพาะตัวไม่ครอบคลุมถึงบุคคลในครอบครัว และเป็นสวัสดิการฯ

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

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

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

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

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

สุขภาพเป็นองค์ประกอบรวมของทุกมิติในชีวิต ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและปัญญา ดังนั้นสุขภาพของบุคคลในวัยแรงงานจึงยึดโยงอยู่กับปัจจัยระดับต่างๆ ทั้งลักษณะ

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

## ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. รัฐบาลควรประสานความร่วมมือระหว่างกองทุนเพื่อลดความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ
2. การผลการศึกษาพบว่าผู้ที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาที่มีความเสี่ยงกับปัญหาสุขภาพจิต ดังนั้น หากเป็นไปได้ รัฐบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิต หรือการสร้างเสริมความเข้มแข็งด้านจิตใจไว้ตั้งแต่ในหลักสูตรของการศึกษาระดับประถมศึกษา

## เอกสารอ้างอิง

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



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

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

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

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

**ภาคผนวก  
ภาคผนวก ก.**

**ตารางแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม**

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

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 \*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

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

**ภาคผนวก ข.**

สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล (เฉพาะอาชีพ ข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานภาคราชการ/  
รัฐวิสาหกิจ)

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