

ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของประชากรวัยแรงงาน Factors Influencing the Risk of Depression among Working-age Population

คันธรส สุขกุล^{1*}
ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์¹

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร¹

*e-mail: kantarote.soo@sru.ac.th

Kantarote Sookkul¹

Pramote Wongsawat¹

Faculty of Public Health, Naresuan University, Phitsanulok, Thailand¹

Received: May 18, 2023, Revised: June 22, 2023, Accepted: July 7, 2023

บทคัดย่อ

ประชากรวัยแรงงาน เป็นประชากรกลุ่มใหญ่ของประเทศ มีอายุ 15-59 ปี ซึ่งวัยแรงงานต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่อาจส่งผลต่อสุขภาพกายและจิตใจ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ปัจจุบันยังคงมีรายงานอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้า และรายงานการฆ่าตัวตายในประชากรวัยแรงงาน ภาวะซึมเศร้าในวัยแรงงานเกิดจากหลายสาเหตุ ทั้งนี้สาเหตุหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร่ายังไม่ทราบแน่ชัด การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้าของประชากรวัยแรงงาน กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรวัยแรงงาน อายุ 40 -59 ปี ที่อาศัยในจังหวัดทางภาคเหนือ จำนวน 760 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงและความเที่ยงตามเกณฑ์มาตรฐาน ร่วมกับแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบทวิ

ผลการศึกษากว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้า พบว่า 1) ปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตของบุคคลในครอบครัว รายได้เฉลี่ยแต่ละเดือน การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 2) ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความเครียด ความคิดอัตโนมัติด้านลบ การถูกฉ้อโกงจนมีภาระหนี้สิน การมีปัญหารื่องที่อยู่อาศัย การต้องทำงานจนไม่มีเวลาพักผ่อน การมีเรื่องบาดหมางกับสามี/ภรรยา หรือแฟน 3) ปัจจัยด้านการทำงาน ได้แก่ ความสำเร็จในการทำงาน การได้รับการยอมรับนับถือ การได้รับเงินเดือนและสวัสดิการ การทำงานร่วมกับผู้อื่น และ 4) ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การออกกำลังกาย การทำสมาธิหรือสวดมนต์ หรือละหมาด หรือเข้าโบสถ์ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ โดยตัวแปรข้างต้นสามารถร่วมกันพยากรณ์การเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของประชากรวัยแรงงานได้อย่างน้อย 65.4 ข้อมูลตัวแปรที่ได้สามารถนำไปใช้ในการเฝ้าระวัง และป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยแรงงานได้

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยง ประชากรวัยแรงงาน

Abstract

The working-age population constitutes a major group of the country with the age range between 15 to 59 years old. They often face various situations that can impact their physical and mental health, particularly depression. Problems of depression and suicide among the working-age population have been frequently reported in the present day. Depression in this age group can be caused by numerous factors. However, the true causes leading to depression remain unknown. This research aims to study the factors that influence the risk of depression among the working-age population. The sample group consists of 760 working-age individuals residing in a northern province whose ages range from 40-59. A multi-stage sampling method was used. Data were collected using a developed questionnaire which went through an examination for its validity and reliability according to the criteria. A depression risk screening form which contains two questions was also used. Data were analyzed using descriptive statistics and binary logistic regression. Results show that the risk of depression among these working-age population was influenced by different factors: demographic, socio-economic, psychological, work-related, and health behaviors. First, demographic and socioeconomic factors include a family history of mental illness, average monthly income, emotional support, and access to information. Second, psychosocial factors include stress, being pessimistic, being cheated and having incurring debts, housing problems, overwork, and conflicts between marriage couples or life partners. Next, work-related factors are those that relate to job performance, recognition, salary and benefits, and teamwork also affect individuals to be at risk of having depression. Finally, health behaviors refer to factors of physical exercise, meditation, prayer, consumption of alcoholic drinks, and smoking. These variables together can predict the risk of depression among the working population with an accuracy of 65.4%. The obtained variable data can be used for surveillance and prevention of depression risk among working population.

Keywords: Depression; Risk Factor; Working-Age Population

บทนำ

จากหลักฐานทางระบาดวิทยายังคงพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยแรงงานหลายประเทศ เช่น ความชุกภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยแรงงานเกาหลี ปี ค.ศ. 2016 จำแนกตามช่วงอายุ 20-29 ปี, 30-39 ปี, 40-49 ปี, 50-59 ปี เพศชายพบร้อยละ 1.2, 1.3, 1.0, 1.5 ตามลำดับ และเพศหญิงพบร้อยละ 1.0, 1.4, 2.2, 1.6 ตามลำดับ (Lee et al., 2016) และปี ค.ศ. 2017 มีรายงานความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มพนักงานเกาหลี เพศชายและหญิง ร้อยละ 1.9 และ 2.6 ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามอายุน้อยกว่า 30 ปี, 30-39 ปี, 40-49 ปี และ 50 ปีขึ้นไป เพศชายพบร้อยละ 1.5, 1.4, 1.9, 2.4 ตามลำดับ และเพศหญิง พบร้อยละ 2.0, 1.7, 2.6, 3.1 ตามลำดับ (Kang et al., 2019) เป็นต้น สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลการสำรวจประชากรไทยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2556 พบความชุกของโรคซึมเศร้า ร้อยละ 2.5 (Kittirattanapaiboon et al., 2017)

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น ภาวะที่มีอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ขาดสมาธิ วิตกกังวล มองโลกในแง่ลบ มองตัวเองไม่มีคุณค่า (Lueboonthavatchai, & Lueboonthavatchai, 2010) ภาวะซึมเศร้าของบุคคลเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น สาเหตุด้านชีววิทยา ที่อธิบายด้วยทฤษฎีชีวเคมี (Biochemical Theory) เชื่อว่าสาเหตุของภาวะซึมเศร้านั้นเกิดจากการทำงานที่ผิดปกติของระบบใดระบบหนึ่งในร่างกาย เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมอง มีความผิดปกติของสารสื่อประสาท 3 ชนิด ได้แก่ ซีโรโทนิน (Serotonin) นอร์เอปิเนฟริน (Norepinephrine) และโดปามีน (Dopamine) ความผิดปกติของการปรับสมดุลฮอร์โมน การบกพร่องทางพันธุกรรม (Lueboonthavatchai, & Lueboonthavatchai, 2010) สาเหตุทางด้านจิตสังคม (Psychosocial Factors) แบ่งออกได้เป็น 4 ด้านหลัก ได้แก่ 1) ปัจจัยภายในจิตใจหรือพลวัตทางจิตใจ 2) ปัจจัยด้านความคิด

3) ปัจจัยด้านพฤติกรรม และ 4) ปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล นอกจากนี้ยังมีอีกหลายสาเหตุที่เป็นปัจจัยของการเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยแรงงาน

ผลกระทบที่สำคัญ คือ การฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภาวะซึมเศร้าจึงถือว่าเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความรู้สึก ท้อแท้สิ้นหวัง เครียดและนำไปสู่การฆ่าตัวตาย (Robkob, Skulphan, & Sethabouppha, 2018) การศึกษาปัจจัยเสี่ยงกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ พบว่า โรคซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ 2.0 เท่า ส่วนใหญ่มีอายุ ระหว่าง 41-50 ปี (Khamma, 2013) ปีงบประมาณ 2565 จังหวัดสุโขทัย มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุด รองลงมาเป็นอุตรดิตถ์และตาก คิดเป็นอัตรา 12.42, 12.26 และ 10.74 ต่อประชากรแสนคน สำหรับจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา ได้แก่ จังหวัดพิษณุโลก คิดเป็นอัตรา 7.30 ต่อ ประชากรแสนคน (Mental Health Center 2, 2023)

ดังนั้นผู้วิจัย จึงมีความสนใจที่จะศึกษาความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยแรงงาน อายุ 40-59 ปี เพื่อนำปัจจัยไปสร้างแนวทางการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อกลุ่มประชากรวัยแรงงานต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้า และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้าของประชากรวัยแรงงาน

ทบทวนวรรณกรรม

จากการศึกษาค้นคว้าวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสามารถรวบรวมปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของบุคคล จากหลายสาเหตุ เช่น ด้านชีววิทยา ที่อธิบายด้วยทฤษฎีชีวเคมี (Biochemical Theory) เชื่อว่า สาเหตุของภาวะซึมเศร้านั้นเกิดจากการทำงานของร่างกายที่ระบบใดระบบหนึ่งมีการทำงานที่ผิดปกติ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมอง ความผิดปกติของสารสื่อประสาท ความผิดปกติของการปรับสมดุลฮอร์โมน การบกพร่องทางพันธุกรรม (Lueboonthavatchai, & Lueboonthavatchai, 2010) ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา เป็นต้น (Han, Chang, Won, Lee, & Ham, 2017) การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชของบุคคลในครอบครัว (Jaisuda, & Ruanjai, 2017; Srirattanapraphan, 2018; Kotayan, Srisuwan, & Kengpanich, 2021) การเจ็บป่วยด้วยโรค และ

จำนวนโรค (Read, Sharpe, Modini, & Dear, 2017) หรือมีโรคที่แสดงอาการทางกาย (Taweekaw, & Jitpanya, 2015; Artiwitchayanon, Mounkum, & Sumonwong, 2019) ประกันสุขภาพ (Chaney, & Torres, 2017) ส่วนสาเหตุทางด้านจิตสังคม แบ่งออกเป็น 4 ด้านหลัก (Lueboonthavatchai, & Lueboonthavatchai, 2010) ได้แก่ 1) ปัจจัยภายในจิตใจหรือพลวัตทางจิตใจ ความขัดแย้งภายในจิตใจ เกิดจากประสบการณ์ในอดีตหรือประสบการณ์ความยากลำบาก หรือประสบการณ์สะเทือนใจในวัยเด็ก รวมถึงการขาดการเลี้ยงดูที่ดีในวัยเด็ก 2) ปัจจัยด้านความคิด (Cognitive Factors) กระบวนการคิดและความคิดที่บิดเบือน ความคิดทางด้านลบ ส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรม (Jampawal, 2017) 3) ปัจจัยด้านพฤติกรรม (Behavioral Factors) พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การยอมแพ้ต่อปัญหา การไม่สู้ต่อปัญหา เป็นต้น (Lueboonthavatchai, & Lueboonthavatchai, 2010) และ 4) ปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ปัญหาความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล รวมถึงความเครียด (Nadim et al., 2016; Sulukananuruk, Jaisanook, & Muktabhant, 2016) ก่อให้เกิดอาการซึมเศร้า และปัจจัยสาเหตุด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เครือข่ายทางสังคม (Social Networks) เป็นต้น (Hsieh, Wang, Shen, & Li, 2018; Yeaujaiyen, Kunkala, Booranarek, & Kaewchuntra, 2018; Artiwitchayanon et al., 2019; Aiadsuy, Kanbuala, & Masingboon, 2020) ปัญหาที่อยู่อาศัยและสภาพความเป็นอยู่ เงินเดือน และรายได้ (Fitch et al., 2017; Burmaster et al., 2015; Chayawatto, 2016) รวมถึงปัญหาด้านการทำงาน ความพึงพอใจในงาน (Burmaster et al., 2015; Lange, Burr, Conway, & Rose, 2019; Jonglertmontree, Suwannapong, & Khongtor, 2022) ได้แก่ 1) ด้านความสำเร็จในการทำงานของบุคคล 2) ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ 3) ด้านลักษณะงานที่ทำ 4) ด้านความรับผิดชอบ 5) ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่การงาน 6) ด้านเงินเดือนและสวัสดิการ 7) ด้านสภาพและสิ่งแวดล้อมในการทำงาน 8) ด้านการทำงานร่วมกับเพื่อนร่วมงาน 9) ด้านความมั่นคงในการทำงาน ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ 1) พฤติกรรมการนอน 2) พฤติกรรมการออกกำลังกาย (Srirattanapraphan, 2018; Kuwahara, et al., 2018; Ivanova, Burns, Deschenes, Knauper, & Schmitz, 2017; Kongpoung, Amphanthong, Phetwong, & Kamnuanthong, 2021) 3) การปฏิบัติตามหลักศาสนา (Cheaplamp, Dangdomyouth, & Malai, 2019) 4) พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Ploylearmsang,

Suthiraksa, Wanasapdamrong, & Wannathip, 2017; Robkob et al., 2018) และ 5) การมีพฤติกรรม การสูบบุหรี่ (Conti et al., 2020) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ วัยแรงงาน ในพื้นที่จังหวัดแห่งหนึ่งทางภาคเหนือ ซึ่งผู้วิจัยไม่สามารถเปิดเผยชื่อจังหวัดตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ โดยเป็นวัยแรงงาน ทั้งเพศชาย เพศหญิง ที่มีอายุ 40-59 ปี

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยแรงงาน ที่มีอายุ 40-59 ปี ที่ตอบแบบสอบถามโดยสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง แบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร ไม่ทราบจำนวนประชากร (Cochran, 1953) ซึ่งได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 760 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ดังต่อไปนี้

1) แบบสอบถามปัจจัยทางประชากร และเศรษฐกิจ มีจำนวน 20 ข้อ ซึ่งเป็น คำถามชนิดเลือกตอบและเติมคำ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ พักอาศัยอยู่กับ จำนวนสมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัว ประวัติความเจ็บป่วยทางจิต การได้รับอุบัติเหตุ การใช้สารเสพติด ประวัติการทำร้ายตนเอง สิทธิการรักษาพยาบาล ระยะเวลาในการทำงาน และชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อวัน

2) แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ จำนวน 19 ข้อ แบบประเมินการรับรู้คุณค่าในตนเอง จำนวน 9 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยคะแนนที่ได้จะนำมาวิเคราะห์และแปลผลของค่าเฉลี่ย ดังนี้ $4.20 - 5.00 =$ มากที่สุด, $3.40 - 4.19 =$ มาก, $2.60 - 3.39 =$ ปานกลาง, $1.80 - 2.59 =$ น้อย, $1.00 - 1.79 =$ น้อยที่สุด

3) แบบประเมินความเครียด จำนวน 5 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ น้อยมากหรือแทบไม่มี บางครั้ง บ่อยครั้ง เป็นประจำ การแบ่งระดับความเครียด ดังนี้ $10-15 =$ มากที่สุด, $8-9 =$ มาก, $5-7 =$ ปานกลาง, $0-4 =$ น้อย

4) แบบสอบถามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต จำนวน 23 ข้อ เป็นคำถามชนิดเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ประกอบด้วย 1) ไม่ใช่ และ 2) ใช่

5) แบบประเมินความสัมพันธ์ในครอบครัว เพื่อนฝูง และชุมชน จำนวน 18 ข้อ แบบประเมินการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 19 ข้อ แบบประเมินความพึงพอใจในการทำงาน จำนวน 43 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยคะแนนที่ได้จะนำมาวิเคราะห์และแปลผลของค่าเฉลี่ย มีเกณฑ์ ดังนี้ $4.20 - 5.00 =$ มากที่สุด, $3.40 - 4.19 =$ มาก, $2.60 - 3.39 =$ ปานกลาง, $1.80 - 2.59 =$ น้อย, $1.00 - 1.79 =$ น้อยที่สุด

6) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ แบ่งเป็นพฤติกรรมการนอน พฤติกรรมการออกกำลังกาย และการปฏิบัติในหลักศาสนา เป็นคำถามชนิดเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ประกอบด้วย 1) ไม่ใช่ และ 2) ใช่ พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ เลือกตอบ 3 ตัวเลือก ประกอบด้วย 1) ไม่เคย 2) บางครั้ง และ 3) เป็นประจำ

7) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า จำนวน 2 ข้อ คำถามชนิดเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ประกอบด้วย 1) ไม่มี และ 2) มี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรง (Validity) เป็นการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence = IOC) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ ด้านจิตวิทยา จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย พบว่า แบบสอบถามด้านปัจจัยทางประชากร และเศรษฐกิจ แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ การรับรู้คุณค่าในตนเอง แบบสอบถามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต ความสัมพันธ์ในครอบครัว เพื่อนฝูง และชุมชน แรงสนับสนุนทางสังคม ความพึงพอใจในการทำงาน พฤติกรรมสุขภาพ มีค่า IOC เท่ากับ 0.933, 0.736, 0.80, 0.744, 0.977, 0.890, 0.872 และ 0.654

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ด้วยการหาความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ จากการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามหลังการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้วไปทดสอบหาค่าความเที่ยงกับวัยแรงงาน จำนวน 30 คน พบว่า แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ การรับรู้คุณค่าในตนเอง ความเครียด ความสัมพันธ์ในครอบครัว เพื่อนฝูง และชุมชน แรงสนับสนุนทางสังคม ความพึงพอใจในการ

ทำงาน และพฤติกรรมสุขภาพ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.946, 0.978, 0.937, 0.848, 0.90.9, 0.936 และ 0.746

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้ยื่นหนังสือถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้พาเข้าพื้นที่ ผู้วิจัยอธิบายโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบแบบสอบถามไม่ต้องใส่ ชื่อ-สกุลแต่อย่างใด และในการตอบข้อความถามหากมีความรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ สามารถข้ามข้อคำถามหรือยุติการตอบแบบสอบถามได้ทันที หลังจากนั้นเก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2561 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2562 และหากจำนวนตัวอย่างยังไม่ครบ ผู้วิจัยสุ่มเก็บข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อให้ครบตามจำนวน และผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์สถิติเชิงอนุมานด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก แบบทวิ (Binary Logistic Regression Analysis) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การทำวิจัยในครั้งนี้ ได้รับการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (COA No 710/2018 IRB No 0198/61) เมื่อวันที่ 26 ตุลาคม พ.ศ. 2561 ซึ่งการเก็บข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างวัยแรงงาน จำนวน 760 คน แบ่งเป็นเพศชาย 222 คน (ร้อยละ 29.2) เพศหญิง 538 คน (ร้อยละ 70.8) มีอายุ 40-49 ปี จำนวน 318 คน (ร้อยละ 41.8) และอายุ 50-59 ปี จำนวน 442 คน (ร้อยละ 58.2) มีอายุเฉลี่ย 50.2 ± 6.61 ปี สถานภาพสมรสมากที่สุด จำนวน 513 คน (ร้อยละ 67.5) ระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด รองลงมา คือ มัธยมศึกษา จำนวน 301 คน

และ 262 คน (ร้อยละ 39.6 และ 34.5 ตามลำดับ) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และรับจ้าง จำนวน 265 คน และ 262 คน (ร้อยละ 34.9 และ ร้อยละ 34.5 ตามลำดับ) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวน 317 คน (ร้อยละ 41.7) รองลงมา มีรายได้ 5,000 – 10,000 บาท จำนวน 233 คน (ร้อยละ 30.7) และไม่มีรายได้ จำนวน 36 คน (ร้อยละ 4.7) รายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ จำนวน 279 คน (ร้อยละ 36.7) รองลงมา คือ มีรายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน จำนวน 273 คน (ร้อยละ 35.9) กลุ่มตัวอย่างอาศัยร่วมกับสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 91.6) จำนวนสมาชิกในครอบครัว 2-5 คน (ร้อยละ 82.1) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 59.7) และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 40.3 ระยะเวลาในการทำงาน 20 ปี ขึ้นไป (ร้อยละ 51.3) มีชั่วโมงการทำงาน 6-10 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 73.0) การทำงานเฉลี่ย 7.8 ± 3.31 ชั่วโมงต่อวัน มีสิทธิการรักษาพยาบาลแบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท (ร้อยละ 74.2)

2. ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า

ผลการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) พบว่า วัยแรงงานมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 11.1) โดยเพศชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 10.4) ส่วนเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 11.3) จำแนกตามอายุ 40-49 ปี (ร้อยละ 9.1) และอายุ 50-59 ปี (ร้อยละ 12.4)

ในกลุ่มวัยแรงงานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เมื่อจำแนกตามรายอาการ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกเบื่อทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน เพียงอาการเดียว (ร้อยละ 15.5) มีความรู้สึกหดหู่ หรือท้อแท้สิ้นหวัง เพียงอาการเดียว (ร้อยละ 45.2) และมีทั้ง 2 อาการ (ร้อยละ 39.3)

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของประชากรวัยแรงงาน

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของประชากรวัยแรงงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งหมด 18 ตัวแปร ทำนายโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของประชากรวัยแรงงานได้ (ร้อยละ 64.50) และสามารถอธิบายผลการวิจัย แบ่งตามกรอบแนวคิด 1) ปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจและสังคม 2) ปัจจัยด้านจิตสังคม 3) ปัจจัยด้านการทำงาน และ 4) ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ รายละเอียดดังนี้

1) ปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ 1.1) ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตของบุคคลในครอบครัว พบว่า วัยแรงงานที่มีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิต

มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้า มากกว่าวัยแรงงานที่ไม่มีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิต ถึง 9.815 เท่า (95%CI:1.142-84.354) 1.2) รายได้เฉลี่ยแต่ละเดือน พบว่า วัยแรงงานที่มีรายได้เฉลี่ยแต่ละเดือน ต่ำกว่า 5,000 บาท, 5,000-10,000 บาท และมากกว่า 15,000 บาท มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าวัยแรงงานที่ไม่มีรายได้ 0.079, 0.041 และ 0.032 เท่า (95%CI:.010-.616, .004-.424, .001-.737) ตามลำดับ 1.3) การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้า ลดลง 0.334 เท่า (95%CI:.135-.826) และ 1.4) การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้า เพิ่มขึ้น 2.688 เท่า (95%CI:1.151-6.275)

2) ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ 2.1) ปัจจัยภายในจิตใจ พบว่า 2.1.1) ความเครียด เพิ่มขึ้นมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น 27.304 เท่า (95%CI:8.572-86.966) 2.1.2) การถูกฉ้อโกงจนมีภาระหนี้สิน มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้า มากกว่าการที่ไม่เคยถูกฉ้อโกง 11.830 เท่า (95%CI:2.137-65.501) 2.1.3) การมีปัญหาเรื่องที่อยู่อาศัย มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้า น้อยกว่าการที่ไม่มีปัญหาเรื่องที่อยู่อาศัย 0.070 เท่า (95%CI:.007-.715) 2.2) ปัจจัยด้านความคิด ได้แก่ 2.2.1) ความคิดอัตโนมัติด้านลบ ที่เพิ่มขึ้น มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้า สูงขึ้น 7.454 เท่า (95%CI:2.631-21.121) 2.3) ปัจจัยด้านพฤติกรรม ได้แก่ 2.3.1) การต้องทำงานจนไม่มีเวลาพักผ่อน มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้า มากกว่าวัยแรงงานที่มีเวลาพักผ่อนหลังจากทำงาน ถึง 5.051 เท่า (95%CI:1.055-24.177) 2.4) ปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ 2.4.1) การมีเรื่องบาดหมางกับสามี/ภรรยา หรือแฟน พบว่า มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้า มากกว่าวัยแรงงานที่ไม่มีเรื่องบาดหมางใจกัน มีความขัดแย้งกัน ถึง 18.886 เท่า (95%CI:3.249-109.778)

3) ปัจจัยด้านการทำงาน ได้แก่ 3.1) ความสำเร็จในการทำงานที่เพิ่มขึ้น มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้า ลดลง 0.302 เท่า (95%CI:.118-.773) 3.2) การได้รับการยอมรับนับถือเพิ่มขึ้น มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้า เพิ่มขึ้น 3.418 เท่า (95%CI:1.267-9.218) 3.3) การได้รับเงินเดือนและสวัสดิการเพิ่มขึ้น มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้า ลดลง 0.421 เท่า (95%CI:.210-.844) 3.4) การทำงานร่วมกับเพื่อนร่วมงาน การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างหัวหน้าและเพื่อนร่วมงาน มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้า ลดลง 0.264 เท่า (95%CI:.091-.766)

4) ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ 4.1) การออกกำลังกาย พบว่า วัยแรงงานที่ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาตามความเหมาะสมของสภาพร่างกาย การออกกำลังกาย ครั้งละ 15-30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน เป็นประจำ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า น้อยกว่าวัยแรงงานที่ไม่ได้ออกกำลังกาย ครั้งละ 15-30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ถึง 0.062 เท่า (95%CI:.008-.495) 4.2) การทำสมาธิหรือสวดมนต์ หรือละหมาด หรือเข้าโบสถ์ พบว่า วัยแรงงานที่ทำสมาธิหรือสวดมนต์ หรือละหมาด หรือเข้าโบสถ์ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้า มากกว่าวัยแรงงานที่ไม่ได้ทำสมาธิหรือสวดมนต์ หรือละหมาด หรือเข้าโบสถ์ ถึง 18.217 เท่า (95%CI:2.564-129.412) 4.3) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า วัยแรงงานที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (เช่น สุรา เบียร์ เป็นต้น) เป็นประจำ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้า มากกว่าวัยแรงงานที่ไม่ดื่ม ถึง 25.791 เท่า (95%CI:2.961-224.618) และ 4.4) การสูบบุหรี่ พบว่า แรงงานที่สูบบุหรี่ หรือยาเส้น เป็นประจำ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้า น้อยกว่าวัยแรงงานที่ไม่สูบบุหรี่ 0.011 เท่า (95%CI:.001-.0154) โดยตัวแปรข้างต้นสามารถร่วมกันพยากรณ์การเกิดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าของประชากรวัยแรงงานได้ ร้อยละ 65.4 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของประชากรวัยแรงงาน (n = 760)

ตัวแปรต้น	B	OR	95%CI	p-value
			Lower-Upper	
การเจ็บป่วยทางจิตของบุคคลในครอบครัว				
ไม่มี ^{ref}		1.00		
มี	2.284	9.815	1.142-84.354	0.037*
รายได้เฉลี่ยแต่ละเดือน				
ไม่มีรายได้ ^{ref}		1.00		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	-2.544	0.079	0.010-0.616	0.015*
5,000-10,000 บาท	-3.199	0.041	0.004-0.424	0.007*
มากกว่า 15,000 บาท	-3.441	0.032	0.001-0.737	0.032*
การได้รับแรงสนับสนุนด้านอารมณ์	-1.098	0.334	0.135-0.826	0.018*
การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	0.989	2.688	1.151-6.275	0.022*
ความเครียด	3.307	27.304	8.572-86.966	<0.001*
การถูกฉ้อโกงจนมีภาระหนี้สิน				
ไม่ใช่ ^{ref}		1.00		
ใช่	2.471	11.830	2.137-65.501	0.005*
การมีปัญหาเรื่องที่อยู่อาศัย				
ไม่ใช่ ^{ref}		1.00		
ใช่	-2.665	0.070	0.007-0.715	0.025*
ความคิดอัตโนมัติด้านลบ	2.009	7.454	2.631-21.121	<0.001*
การต้องทำงานจนไม่มีเวลาพักผ่อน				
ไม่ใช่ ^{ref}		1.00		
ใช่	1.620	5.051	1.055-24.177	0.043*
การมีเรื่องบาดหมางกับสามี/ภรรยาหรือแฟน				
ไม่ใช่ ^{ref}		1.00		
ใช่	2.938	18.886	3.249-109.778	0.001*
ความสำเร็จของงาน	-1.197	0.302	0.118-0.773	0.013*
การได้รับการยอมรับนับถือ	1.229	3.418	1.267-9.218	0.015*
ด้านเงินเดือนและสวัสดิการ	-0.864	0.421	0.210-0.844	0.015*
การทำงานร่วมกับผู้อื่น	-1.333	0.264	0.091-0.766	0.014*
การออกกำลังกาย ครั้งละ 15-30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน				
ไม่ใช่ ^{ref}		1.00		
ใช่	-2.775	0.062	0.008-0.495	0.009*
การทำสมาธิหรือสวดมนต์หรือละหมาด หรือเข้าโบสถ์				
ไม่ใช่ ^{ref}		1.00		
ใช่	2.902	18.217	2.564-129.412	0.004*
การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์				
ไม่เคย ^{ref}		1.00		
บางครั้ง	-0.661	0.517	0.120-2.215	0.374
ดื่มเป็นประจำ	3.250	25.791	2.961-224.618	0.003*
การสูบบุหรี่				
ไม่เคย ^{ref}		1.00		
บางครั้ง	-0.970	0.379	0.081-1.779	0.219
สูบเป็นประจำ	-4.516	0.011	0.001-0.154	0.001*

(Percentage correct =94.3%, Nagelkerke R² = 0.654 ref = reference variable, *p < .05)

อภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของประชากรวัยแรงงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอภิปรายผล ได้ดังนี้ วัยแรงงานที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Jaisuda, & Ruanjai, 2017) โดยผู้ที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าถึง 5.6 เท่า (Srirattanapraphan, 2018) รวมถึงการมีประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว (OR 14.52, 95%CI:3.58 - 58.79, p-value <.001) (Kotayan, Srisuwan, & Kengpanich, 2021)

วัยแรงงานที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าการไม่มีรายได้ จากการศึกษา พบว่า การไม่มีอาชีพ และการมีรายได้ที่ไม่เพียงพอ สามารถพยากรณ์โรคซึมเศร้าได้ (ร้อยละ 6.8) (Pongchitsiri, 2018) และสอดคล้องกับผลของ Taweekaeaw, & Jitpanya (2015) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่าบุคคลที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ หรือต้องออกจากงานส่งผลให้ขาดรายได้ ค่าใช้จ่ายไม่พอกับรายรับ ย่อมเกิดความเครียดจนเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Chayawatto, 2016)

การไม่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในประชาชน หากบุคคลได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม (Social Support) จากเครือข่ายทางสังคม (Social Networks) ที่เพียงพอจะทำให้เกิดความเข้มแข็งทางจิตใจ และช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า (Yeaujaiyen et al., 2018) แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ จะรวมถึงการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การแสดงความรู้สึกเป็นห่วง จากบุคคลอันเป็นที่รัก บุคคลรอบข้าง หากได้รับแรงสนับสนุนน้อยอาจจะมีผลต่อกำลังใจ และความรู้สึก การศึกษาของ Hsieh et al., (2017) พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสำคัญในพยาบาลที่เคยได้รับความรุนแรงจากที่ทำงาน โดยพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวสูงกว่ามีอาการซึมเศร้าวาลลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การสนับสนุนจากครอบครัวไม่เพียงพอจะทำให้ขาดกำลังใจ ในการมีชีวิตอยู่ เกิดความรู้สึกไร้คุณค่า ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (Artiwitachayanon et al., 2019) แม้ผลการศึกษาที่ผ่านมา จะพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า กล่าวคือ เมื่อแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น การเกิดภาวะซึมเศร้าจะลดลง (Aiadsuy et al., 2020) และการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร การให้คำแนะนำ การให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดความมั่นใจ (Reassurance) ช่วยให้ผู้บุคคลปรับตัวได้ จึงมีความจำเป็น สำหรับระยะที่บุคคลถูกรุมเร้าด้วยความเครียดต่าง ๆ หรือมีความต้องการในการจัดการกับ

ภาวะเจ็บป่วยมากขึ้น แต่ผลการศึกษาครั้งนี้กลับพบโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเมื่อได้รับข้อมูลข่าวสาร ทั้งนี้อาจเป็นเพราะข้อมูลข่าวสารมากเกินไป อาจส่งผลต่อความเครียด เกิดภาวะ Headline Stress Disorder ภาวะเครียดหรือวิตกกังวลมากที่เกิดขึ้นจากการเสพข่าวทางสื่อต่าง ๆ ที่มากเกินไป อาจเป็นข่าวที่หดหู่ส่งผลต่อจิตใจ และอาจเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

การถูกฉ้อโกงจนมีภาระหนี้สิน พบว่า เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของประชากรวัยแรงงาน ทั้งนี้การถูกฉ้อโกงอาจส่งผลถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจของวัยแรงงานและครอบครัว ทำให้เงินไม่เพียงพอ กับรายจ่ายก่อให้เกิดความเครียด และเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด ซึ่งพบว่า ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจมีรายได้ไม่พอใช้และเป็นหนี้มีแนวโน้มมีภาวะซึมเศร้ามกกว่าสถานภาพเศรษฐกิจอื่น ๆ และสถานภาพทางเศรษฐกิจไม่พอใช้ มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า เกือบ 15 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มพอใช้และเหลือเก็บ (Lertthongthai, & Nimnuan, 2014)

วัยแรงงานที่มีปัญหาเรื่องที่อยู่อาศัย มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้า น้อยกว่ากลุ่มไม่มีปัญหาเรื่องที่อยู่อาศัย มีรายงานการศึกษาของ Yaiyong & Lueboonthavatchai (2011) พบว่า การพักอาศัยไม่ใช่ของตนเอง ไม่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้ ลักษณะการอยู่อาศัยเป็นแบบต่างคนต่างอยู่ และความขัดแย้งในครอบครัวอาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ การอาศัยอยู่กับคู่สมรสหรือบุตรหลานและได้รับความรัก ความห่วงใยซึ่งกันและกัน ส่งผลดีต่อความรู้สึก โดยสรุปลักษณะที่พักอาศัยและบุคคลที่พักอาศัยที่ต่างกันจะมีภาวะซึมเศร้าที่แตกต่าง (Malai, Chaiyoyingyong, Dangdomyouth, & Cheaplamp, 2019)

ความเครียดทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยแรงงาน มีรายงานว่า ความเครียดในระดับปานกลาง และระดับสูง มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (Nadim et al., 2016) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sulukananuruk et al., (2016) พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดสูงและรุนแรงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามกเป็น 11 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดน้อยและปานกลาง นอกจากนี้วัยแรงงานที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า การมีกระบวนการความคิดด้านลบ 3 ด้าน คือ มุมมองด้านลบต่อตนเอง มองว่าตนเองไร้ความสามารถ ไม่เป็นที่ต้องการของใคร มุมมองด้านลบต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว มองว่าคนรอบข้างหรือสังคมภายนอกมีแต่การเอารัดเอาเปรียบ แสวงหาผลประโยชน์ มุมมองด้านลบต่ออนาคต มองว่า

อนาคตมีความยากลำบาก ท้อแท้สิ้นหวังส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (Jampawal, 2017; Lueboonthavatchai, & Lueboonthavatchai, 2010)

การทำงานจนไม่มีเวลาพักผ่อนเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า รวมถึงภาระงานที่มาก งานที่ยากไม่ตรงความสามารถ และการทำงานไม่เป็นเวลามีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้ารุนแรงในข้าราชการตำรวจ (Suwantawakup, 2019) การทำงานจนไม่มีเวลาพักผ่อนทำให้เกิดความเหนื่อยล้า พบว่า ความเหนื่อยล้าในระดับปานกลาง มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงสูง เป็น 12.18 เท่า กลุ่มที่มีความเหนื่อยล้าในระดับรุนแรงมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า เป็น 20.50 เท่า เทียบกับกลุ่มที่ไม่มีความเหนื่อยล้า (Boonpanitch, Kalayasiri, & Buathong, 2018) แรงงานที่มีชั่วโมงการทำงาน >44 ชั่วโมง/สัปดาห์ เทียบกับทำงาน ≤44 ชั่วโมง/สัปดาห์ มีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าถึง 1.48 เท่า (Li, Dai, Wu, Gao, & Fu, 2019) เช่นเดียวกับ Fushimi (2019) พบว่า การทำงานเป็นเวลามากกว่า 45 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะซึมเศร้า (OR=2.17) และลักษณะการทำงาน เช่น ระบบกะ ทำงานกลางคืน หรือลักษณะงานมีเวลาอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า เป็นต้น (Jonglertmontree et al., 2022)

การมีเรื่องบาดหมางใจกับสามี หรือภรรยา หรือ แฟน ซึ่งเป็นบุคคลที่รัก ย่อมก่อให้เกิดความสะเทือนใจ ความเสียใจ ผิดหวัง และก่อให้เกิดความเครียด และนำมาสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า อธิบายได้ว่า ปัญหาความสัมพันธ์กับคู่รัก อันเนื่องมาจากการไม่ได้รับการยอมรับ ความรู้สึกถึงการไม่เอาใจใส่ใจดูแล คนรักไม่เห็นความสำคัญ และคิดว่า มีคนอื่น ทำให้รู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง ทำให้มองว่าตนเองแย่ ตนเองไม่ดีที่สุดในที่สุด (Kaewjanta, & Rungreangkulki, 2020)

วัยแรงงานที่มีความสำเร็จในการทำงาน มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้า ลดลง รายงานการศึกษาของ Thorsen, Jensen, & Bjerner (2016) พบว่า การขาดความเจริญก้าวหน้าในอาชีพการงาน ความชัดเจนของบทบาทในงานต่ำ ขาดความไว้วางใจในการบริหารจัดการงาน เป็นตัวพยากรณ์ที่สำคัญในการเกษียณอายุก่อนกำหนดในพนักงานที่มีอายุมาก ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลในความก้าวหน้าและการประสบความสำเร็จในอาชีพ การงาน พนักงานที่มีประสบการณ์ไม่ดีในการเลือกปฏิบัติมีความเป็นไปได้สูงที่จะมีภาวะซึมเศร้า (Lee et al., 2017) และการสนับสนุนขององค์กรจะมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญกับอาการซึมเศร้า (Gu, Qiu, Tian, Yang, & Wu, 2020)

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า แรงงานที่ได้รับการยอมรับนับถือ มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเนื่องมาจากการความคาดหวังจากหัวหน้า หรือเพื่อนร่วมงาน ส่งผลต่อภาวะเครียด ทำให้มีโอกาสดเกิดภาวะซึมเศร้าได้

ปัจจัยด้านเงินเดือนและสวัสดิการ พบว่า วัยแรงงานที่มีเงินเดือนและสวัสดิการเพิ่มขึ้น มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับ Fitch et al., (2017) พบว่า ภาวะซึมเศร้าของคณงานในบังคลาเทศลดลง 11% ในทุกเดือนที่มีรายได้เพิ่มขึ้นอีก 1,000-taka (12 เหรียญสหรัฐ) ทั้งนี้มีการทดลองเพิ่มเงินค่าจ้างให้แก่กลุ่มแรงงานในโรงงาน เปรียบเทียบกับแรงงานที่โรงงานในพื้นที่เดียวกันที่จ่ายเงินค่าจ้างตามปกติ พบว่า พนักงานโรงงานที่ปรับเพิ่มเงินค่าจ้างสูงขึ้นมีอาการซึมเศร้าน้อยกว่าแรงงานในโรงงานที่ได้รับค่าจ้างปกติ (Burmester et al., 2015)

วัยแรงงานที่มีความพึงพอใจในการทำงานร่วมกับผู้อื่นเพิ่มขึ้น มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับ Tanaka et al., (2017) พบว่า อาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้นในพนักงานที่ได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานในระดับต่ำ นอกจากนี้การขาดความยุติธรรมในการทำงานจากเพื่อนร่วมงาน หรือหัวหน้างาน กระทบต่อการเกิดอาการซึมเศร้า (Lange et al., 2019) และการกลั่นแกล้งอย่างรุนแรงจากเพื่อนร่วมงานมีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคซึมเศร้า (Lange, Burr, Rose, & Conway, 2020) สาเหตุที่สำคัญของการเกิดความขัดแย้ง ส่วนหนึ่งมาจากการสื่อสารที่อาจจะมีผิดพลาด หรือจากการสร้างมนุษย์สัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน หรือหัวหน้างานที่ล้มเหลว (Jonglertmontree et al., 2022)

พฤติกรรมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย พบว่า วัยแรงงานที่ออกกำลังกาย ครั้งละ 15-30 นาที อย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 วัน เป็นประจำ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้า น้อยกว่าวัยแรงงานที่ไม่ได้ออกกำลังกาย พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายมีผลต่อภาวะซึมเศร้า 0.5 เท่า (Srirattanapraphan, 2018) การออกกำลังกายสม่ำเสมอมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Kongpoung et al., 2021) และอาการภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์กับความถี่ในการออกกำลังกายที่ลดลง มีหลักฐานการศึกษาที่ระบุว่าอาการซึมเศร้าเป็นอุปสรรคของการออกกำลังกาย (Ivanova et al., 2017) และการออกกำลังกายมีผลต่อภาวะซึมเศร้า เพราะนอกจากจะเป็นปัจจัยป้องกันภาวะซึมเศร้าแล้ว ยังสามารถรักษาอาการซึมเศร้าได้ (Kuwahara et al., 2018)

วัยแรงงานที่ทำสมาธิหรือสวดมนต์ หรือละหมาด หรือเข้าโบสถ์ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้า มากกว่าวัยแรงงานที่ไม่ได้ทำสมาธิหรือสวดมนต์ หรือละหมาด หรือเข้าโบสถ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อาจเนื่องจาก ความเชื่อด้านศาสนามีอิทธิพลต่อความรู้สึกและการกระทำของมนุษย์ เมื่อเกิดความทุกข์ใจและกังวลใจ ชาวพุทธมักหันมาใช้หลักคำสอนทางศาสนา การทำสมาธิหรือสวดมนต์เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เพื่อดับความทุกข์ ความเศร้าโศก เสียใจ การปรับตัวโดยอาศัยการยึดหลักธรรมะ ทำสมาธิ ทำบุญใส่บาตร มีพระเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ เมื่อมีความทุกข์ก็ไปทำบุญตักบาตร มักช่วยให้สบายใจขึ้น (lueboonthavatchai, Jodpimai, & Saengsong, 2018) ภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุจาก “จิต” ถ้าจิตไปเกาะเกี่ยวกับความทุกข์ ความทรงจำในอดีตหรือปัจจุบันที่ไม่ดีจะทำให้ “จิตตก” เกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง หดหู่ เศร้า ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Cheaplamp et al., 2019)

การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของประชากรวัยแรงงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ วัยแรงงานที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (เช่น สุรา เบียร์ เป็นต้น) เป็นประจำ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้า มากกว่าวัยแรงงานที่ไม่ดื่ม สอดคล้องกับการศึกษาของ Ploylearmsang, Suthiraksa, Wanasapdamrong, & Wannathip (2017) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป พบว่า การดื่มสุรามาก เป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ พฤติกรรมการดื่มสุรา มีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับปานกลางกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และพฤติกรรมการดื่มสุราและการฆ่าตัวตายนั้นมีความสัมพันธ์กันทั้งในแง่ที่ความผิดปกติของสารเคมีในสมองทำให้บุคคลเสี่ยงต่อการติดสุราและการฆ่าตัวตาย หรืออาจมีสาเหตุจากปัจจัยจากสภาพแวดล้อม (Robkob et al., 2018)

วัยแรงงานที่สูบบุหรี่ หรือยาเส้น เป็นประจำ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้า น้อยกว่าวัยแรงงานที่ไม่สูบบุหรี่ กล่าวคือ โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่มักเกี่ยวข้องกับการติดนิโคติน การสูบบุหรี่และการใช้ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท โดยทั่วไปจะกระตุ้นระบบในสมอง ทำให้ความรู้สึกทางอารมณ์ด้านลบลดลง การสูบบุหรี่หรืออาจเกี่ยวข้องกับการผ่อนคลาย เนื่องจากผู้สูบได้รับสารนิโคติน (Conti et al., 2020)

สรุป

ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มตัวอย่างวัยแรงงาน พบร้อยละ 11.1 ในเพศชาย ร้อยละ 10.4 ในเพศหญิง ร้อยละ 11.3 และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้าของประชากรวัยแรงงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ปัจจัยทางประชากร และเศรษฐกิจ ประกอบด้วย รายได้เฉลี่ยแต่ละเดือน ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตของบุคคล

ในครอบครัว ปัจจัยด้านจิตสังคม ประกอบด้วย ความคิดอัตโนมัติด้านลบ ความเครียด การมีเรื่องบาดหมางกับสามี/ภรรยา หรือแฟน การทำงานจนไม่มีเวลาพักผ่อน การมีปัญหาเรื่องที่อยู่อาศัย การถูกฉ้อโกงจนมีภาระหนี้สิน ปัจจัยด้านสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ปัจจัยด้านการทำงาน ประกอบด้วย ความพึงพอใจในงานด้านความสำเร็จของงาน ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ ด้านเงินเดือนและสวัสดิการ และ ด้านการทำงานร่วมกับผู้อื่น ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย การออกกำลังกาย การทำสมาธิหรือสวดมนต์ หรือละหมาด หรือเข้าโบสถ์ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ซึ่งปัจจัยทั้งหมดทำนายโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของประชากรวัยแรงงาน ได้ร้อยละ 64.50

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. วัยแรงงานควรออกกำลังกาย ครึ่งละ 15-30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ฝึกควบคุมอารมณ์ พุดให้กำลังใจตนเองอยู่เสมอ ครอบครัวควรให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาเหมาะสมเพื่อลดสาเหตุของความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของประชากรวัยแรงงาน นอกจากนี้ ควรจัดอบรมพิชภัยจากการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ เนื่องจากพฤติกรรมดังกล่าวยังสามารถนำไปสู่ความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของประชากรวัยแรงงานได้

2. เจ้าของสถานประกอบการ ผู้นำชุมชน และบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ควรแนะนำวัยแรงงานให้ยอมรับการทำงานร่วมกับผู้อื่น ยอมรับนับถือในตนเองและยอมรับความผิดพลาด เมื่อความสำเร็จของงานไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้ รวมถึงดูแลเฝ้าระวังมากยิ่งขึ้นในวัยแรงงานที่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตของบุคคลในครอบครัว มีเรื่องบาดหมางกับสามี/ภรรยา หรือแฟน ปัญหาเรื่องที่อยู่อาศัย ถูกฉ้อโกงจนมีภาระหนี้สิน เหตุดังกล่าวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของประชากรวัยแรงงาน

References

- Artiwitchayanon, A., Mounkum, S., & Sumonwong, W. (2019). Factors predicting depression in continuous ambulatory peritoneal dialysis Patients. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 27(2), 49-59. [in Thai]
- Adisuy, N., Kanbuala, W., & Masingboon, K. (2020). Factors related to depression among patients with moderate traumatic brain injury. *Ramathibodi Nursing Journal*, 35(4) 18-34. [in Thai]

- Burmester, K.B., Landefeld, J.C., Rehkopf, D.H., Lahiff, M., Sokal-Gutierrez, K., ... Fernald, L.C.H. (2015). Impact of a Private Sector Living Wage Intervention on Depressive Symptoms Among Apparel Workers in the Dominican Republic: A Quasi-experimental Study. *BMJ Open*. Retrieved April 20, 2022, from <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/5/8/e007336.full.pdf>
- Boonpanitch, P., Kalayasiri, R., & Buathong, N. (2018). Depression and fatigue among flight attendants in Thailand. *Chulalongkorn Medical Journal*, 62(6), 1023 – 35. [in Thai]
- Chaney, B.H., & Torres, E. (2017). Covariates of identified stress and depression among seasonal farmworkers. *International Journal Environmental Research and Public Health*, 14(7), 711. <https://doi.org/10.3390/ijerph14070711>
- Chayawatto, C. (2016). Depression in the caregivers of stroke patients. *Region 4-5 Medical Journal*, 35(1), 14-27. [in Thai]
- Cheaplamp, S., Dangdomyouth, P., & Malai, C. (2019). Remedy for people with depression by dharma: nature according to the Buddhist way. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 33(3), 1-13. [in Thai]
- Cochran, W.G. (1953). *Sampling Techniques*. New York: John Wiley & Sons.
- Conti, C.L., Borçoi, A.R., Almança, C.C.J., Barbosa, W.M., Archanjo, A.B., ... Álvares da Silva, A. M. (2020). Factors associated with depressive symptoms among rural residents from remote areas. *Community Mental Health Journal*, 56(7), 1292–1297. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00637-0>
- Fitch, T.J., Moran, J., Villanueva, G., Sagiraju, H.K.R., Quadir, M.M., & Alamgir, H. (2017). Prevalence and risk factors of depression among garment workers in Bangladesh. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(3), 244 – 254.
- Fushimi, M. (2019). Depressive symptoms and related factors among workers in care institutions for older persons in Japan: a cross sectional study. *European Geriatric Medicine*, 10, 957–964.
- Gu, Z-H., Qiu, T., Tian, F-O., Yang, S-H., & Wu, H. (2020). Perceived organizational support associated with depressive symptoms among petroleum workers in China: a cross-sectional study. *Psychology Research and Behavior Management*, 13, 97–104.
- Hsieh, H.-F., Wang, H.-H., Shen, S.-H., & Li Y.-C. (2018). Predictors of depressive symptoms among psychiatric nurses who suffered from workplace violence. *Journal of Advanced Nursing*, 74(2), 425-432. <https://doi.org/10.1111/jan.13451>
- Han, K-M., Chang, J., Won, E., Lee, M-S., & Ham, B-J. (2017). Precarious employment associated with depressive symptoms and suicidal ideation in adult wage workers. *Journal of Affective Disorders*, 218, 201–209.
- Ivanova, E., Burns, R.J., Deschenes, S.S., Knauper, B., & Schmitz, N. (2017). A Longitudinal investigation of anxiety and depressive symptomatology and exercise behavior among adults with type 2 diabetes mellitus. *Canadian Journal of Diabetes*, 41, 73–81.
- Jaisuda, M., & Ruanjai, T. (2017). Prevalence of depressive mood and related factors among HIV/AIDS Patients at Somdej Phrayanasangworn Hospital, Chiang Rai. *Lampang Medical Journal*, 38(2), 39-48. [in Thai]
- Jampawal, T. (2017). Psychological theories of depression. *Buddhist Psychology Journal*, 2(2), 1-11. [in Thai]
- Jonglertmontree, W., Suwannapong, K., & Khongtor, O. (2022). Depression in seafarers: the work-related factors and Preventive Approaches. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 49(1), 245-260. [in Thai]
- Khamma, A. (2013). Risk factors associated with suicide: a case - control study in Sukhothai

- Province. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 58(1), 3-16. [in Thai]
- Kittirattanapaiboon, P., Tantirangsee, N., Chutha, W., Tanaree, A., Kwansanit, P., & Assanangkornchai, S. (2017), Prevalence of mental disorders and mental health problems: Thai national mental health survey 2013. *Journal of Mental Health of Thailand*, 25(1), 1-19. [in Thai]
- Kuwahara, K., Honda, T., Nakagawa, T., Yamamoto, S., Hayashi, T., & Mizoue, T. (2018). Intensity of leisure-time exercise and risk of depressive symptoms among Japanese workers: A cohort study. *Journal of Epidemiology*, 28(2), 94-98.
- Kang, D., Yang, J.W., Choi, W.J., Ham, S., Kang, S.-K., & Lee, W. (2019). Anxiety depression and sleep disturbance among customer-facing workers. *Journal of Korean Medical Science*, 34(48), 1-14.
- Kaewjanta, N., & Rungreangkulki, S. (2020). Working-Age Northeastern Thai Males' Perception of Causes of Depression. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 35(4), 18-34. [in Thai]
- Kotayan, P., Srisuwan, P., & Kengpanich, S. (2021). Prevalence and associated factors of depression among older adults in Primary care unit at Phramongkutklao Hospital. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*, 11(1), 31-49. [in Thai]
- Kongpoung, P., Amphanthong, P., Phetwong, W., & Kamnuanthong, S. (2021). The relate factors of depression among the elderly in Wangluek Subdistrict Administrative Organization Area, Samchuk District, Suphanburi. *Journal of Social Science and Buddhist Anthropology*, 6(11), 338-348. [in Thai]
- Lange, S., Burr, H., Conway, P.M., & Rose, U. (2019). Workplace bullying among employees in Germany: prevalence estimates and the role of the perpetrator. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 92, 237-247.
- Lange, S., Burr, H., Rose, U. & Conway P.M. (2020). Workplace bullying and depressive symptoms among employees in Germany: prospective associations regarding severity and the role of the perpetrator. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 93, 433-443.
- Lertthongthai, C., & Nimnuan, C. (2014). Quality of life in chronic low back pain patients from orthopedic disease. *Chulalongkorn Medical Journal*, 58(4), 419 – 31. [in Thai]
- Lee, S.H., Lee, H.S., Kim G.H., Lee, J.-H., Lee, K.-J., & Kim, J.J. (2016). The association between perceived discrimination and depression/anxiety disorders among Korean workers: analysis of the third Korean Working Conditions Survey. *Annals of Occupational and Environmental Medicine*, 28, 32.
- Lee, H.S., Kim, G.H., Jung, S.W., Lee, J-H., Lee, K-J. & Kim, J-J. (2017). The association between perceived discriminations and well-being in Korean employed workers: the 4th Korean working conditions survey. *Annals of Occupational and Environmental Medicine*, 29, 46.
- Li, Z., Dai, J., Wu, N., Gao, J., & Fu, H. (2019). The mental health and depression of rural-to-urban migrant workers compared to non-migrant workers in Shanghai: a cross-sectional study. *International Health*, 11(1), S55-S63.
- Lueboonthavatchai, O., & Lueboonthavatchai, P. (2010). *Psychosocial Treatment for Depressive Disorder*. Bangkok: Chulalongkorn University Press. [in Thai]
- Lueboonthavatchai, O., Jodpimai, S., & Saengsong, P. (2018). A study of depression and grief experiences from loss in The Thai elderly. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 32(3), 33-47. [in Thai]

- Malai, C., Chaiyoyingyong, R., Dangdomyouth, P., & Cheaplump, S. (2019). Factors related to depression among older adults in community, Ratchaburi Province. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 39(3), 67-76. [in Thai]
- Mental Health Center 2. (2023). *Summary of Operating Results for the Year 2022*. Retrieved June 16, 2023, from <https://www.mhc2.go.th/newweb/files/docs/OperationResults2021.pdf>. [in Thai]
- Nadim, W., AlOtaibi, A., Al-Mohaimed, A., Ewid, M., Sarhandi, M., Saquib, J., ... Saquib, N. (2016). Depression among migrant workers in Al-Qassim, Saudi Arabia. *Journal of Affective Disorders*, 206, 103-108.
- Ploylearmsang, C., Suthiraksa, S., Wanasapdamrong, C., & Wannathip, W. (2017). Depression, quality of life and factors affecting the risk of depression in people aged more than 50 years, Banmakok Community, Maha Sarakham. *Academic Psychiatry and Psychology Journal*, 33(1), 14-15. [in Thai]
- Pongchitsiri, S. (2018). Abstract: prevalence and predicting factors of depression among elderly in primary care unit, Chachoengsao Province. *Journal of the Department of Medical Services*, 43(5), 81-86. [in Thai]
- Read, J.R., Sharpe, L., Modini, M., & Dear, B.F. (2017). Multimorbidity and depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 221, 36-46.
- Robkob, W., Skulphan, S., & Sethabouppha, H. (2018). Depression, alcohol drinking behaviors, and suicidal risks of adolescents. *Nursing Journal*, 45(4), 144-158. [in Thai]
- Sulukananuruk, C., Jaisanook, W., & Muktabhant, B. (2016). Association of depression and stress with HbA1c level of type 2 diabetic patients attending the diabetes clinic of Nampong Hospital, Khon Kaen Province. *Srinagarind Medical Journal*, 31(1), 34-46. [in Thai]
- Srirattanapraphan, S. (2018). The prevalence of depression and associated factors in patients with diabetic mellitus in Lahansai Hospital. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospital*, 33(3), 249-264. [in Thai]
- Suwantawakup, A. (2019). Conditions and risk factors of severe depression and high suicide risk among Thai police officers. *Journal of The Police Nurses*, 11(1), 228-234. [in Thai]
- Taweekaeaw, C., & Jitpanya, C. (2015). Relationships among Social support, self-management, coping, medication adherence, and depression in adult patients with type 2 diabetes. *Kuakarun Journal of Nursing*, 22(2), 107 - 121. [in Thai]
- Thorsen, S.V., Jensen, P.H., & Bjørner, J.B. (2016). Psychosocial work environment and retirement age: a prospective study of 1876 senior employees. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 89, 891-900.
- Tanaka, O., Maeda, E., Fushimi, M., Iwata, T., Shimizu, T., ... Murata, K. (2017). Precarious employment is not associated with increased depressive symptoms: a cross-sectional study in care service workers of Japan. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 243, 19-26.
- Yaiyong, O., & Lueboonthavatchai, P. (2011). Depression and grief of the elderly at the elderly associate in Nonthaburi Province. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 56(2), 117-128. [in Thai]
- Yeaujaiyen, M., Kunlaka, S., Booranarek, S., & Kaewchuntra, K. (2018). A study of factors relating to depressive disorder among people who live in slum in Bangkok. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 34(3), 100-107. [in Thai]