

บทความวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าในชุมชนแออัดแห่งหนึ่ง A STUDY OF FACTORS RELATING TO DEPRESSIVE DISORDER AMONG PEOPLE WHO LIVE IN SLUM IN BANGKOK

มาลินี อยู่ใจเย็น พย.ม. (Malinee Yeaujaiyen, M.N.S.)¹

สุทธนันท์ กัลลกะ พย.ม. (Suthanan Kunlaka, M.N.S.)²

ศศิวิมล บุรณะเรข พย.ม. (Sasiwimon Booranarek, M.N.S.)³

ไชนภา แก้วจันทรา กศ.ม. (Kainapa Kaewchuntra, M.Ed)⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในประชาชนในชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนที่อาศัยในชุมชน จำนวน 274 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือในการวิจัยคือ แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล แบบประเมินโรคซึมเศร้า 2 คำถาม และแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และสถิติวิเคราะห์ ได้แก่ Chi-Square test ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 26.65 ระดับปานกลาง ร้อยละ 8.75 และระดับรุนแรง ร้อยละ 1.45 และ 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ การมีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด การมีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว การผ่อนคลายความเครียด การไม่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาที่ได้สามารถนำมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพจิตครอบครัวเพื่อเสริมสร้างความสุขในครอบครัวและป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า, ชุมชนแออัดกรุงเทพมหานคร

^{1,4} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ¹Email: Malinee.y@gmail.com, ⁴Email: kainapa.k@bcn.ac.th

^{2,3} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ²Email: Suthanan_pop@hotmail.com, ³Email: sasiwimon.b@bcn.ac.th
Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Thailand

Abstract

This descriptive research aimed to investigate the level of depression and factors related to depression among people in a slum area in Bangkok. A purposive sampling technique was used to recruit 274 participants in this study. A set of questionnaires included a personal facts questionnaire, a depression screening, and a depression screening developed by the Department of Mental Health. Data were analyzed using descriptive statistics (percentage), and Chi-square test. Results revealed that older persons with depressive disorder reported depression at a mild level (26.65%), moderate level (8.75%), and severe level (1.45%). Factors statistically significant related to depression included narcotic substance use in family member, family relationship problem, lack of stress relief, and lack of social support. The results of the study could be used to develop a program to strengthen mental health in family and to build a happy family and prevent further depression.

Keywords: Depression, Slum Bangkok

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะอารมณ์ด้านลบ มีอารมณ์หดหู่ เศร้าหมอง รู้สึกไม่มีความสุข ท้อแท้ในชีวิต ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมจะนำไปสู่การเป็นโรคซึมเศร้า (Naruemon, Sopin, 2014) สถิติขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) คาดว่า ในปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า จำนวน 350 ล้านคนทั่วโลก ซึ่งเป็นสาเหตุของความสูญเสียด้านสุขภาพเป็นลำดับ โดยแซงหน้าโรคหัวใจและโรคมะเร็ง ซึ่งเพิ่มจากเดิมที่องค์การอนามัยโลก เคยคาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ. 2020 ความสูญเสียด้านเศรษฐกิจและสังคมจากโรคซึมเศร้าเป็นลำดับ 2 รองจากโรคหัวใจ และหลอดเลือดในทุประเทศทั่วโลก (World Health Organization, 2016) สำหรับประเทศไทยโรคซึมเศร้าเพิ่มสูงขึ้นในทุกกลุ่มอายุ จากรายงานของการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 พบโอกาสในการเกิดโรคทางอารมณ์ตลอดช่วงชีวิตของคนไทยเท่ากับร้อยละ 1.9 โดยในกลุ่มนี้พบซึมเศร้า ร้อยละ 1.8 ซึ่งมีโอกาสเกิดในเพศชายอายุ 35 ปี และเพศหญิงอายุ 45 ปี สำหรับภูมิภาคที่พบภาวะซึมเศร้ามากที่สุดคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และกรุงเทพมหานคร ซึ่งผล

กระทบที่เกิดปัญหาสุขภาพจิตทำให้เกิดภาระโรคค่อนข้างสูง (Vipulakorn, 2015)

อาการที่พบในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีอาการทั้งทางร่างกาย อารมณ์พฤติกรรมและการเคลื่อนไหว เช่น นอนไม่หลับ หงุดหงิดง่าย หรือหลับไม่สนิท ท้องอืด เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ปวดเมื่อยตามตัว อ่อนเพลียไม่มีแรง เชื่องช้า ไม่อยากทำงาน อารมณ์หดหู่เศร้าหมองไม่สดชื่น หงุดหงิด เบื่อหน่ายและมีความคิดอยากตาย (American Psychiatric Association, 2002) อาการดังกล่าวที่แสดงออกทางร่างกายในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคและรักษาอย่างถูกต้องรวดเร็วตลอดจนเนื่องจากในผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการแสดงไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ที่ภาวะซึมเศร้าไม่ได้เข้ารับการรักษาเพราะคิดว่าตนเองไม่เป็นอะไรมาก ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยที่เรื้อรังหรือการกลับเป็นซ้ำเป็นบ่อย (Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, 2016) ในระยะยาวหากมีภาวะซึมเศร่าบ่อยครั้งและคงอยู่นานอาจพัฒนากลายเป็นโรคซึมเศร้า และฆ่าตัวตายได้มากที่สุด โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เกิดจากหลาย

ปัจจัยที่มีบทบาทและมีผลต่อกันได้แก่ 1) ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ โรคเรื้อรังทางกายหลายโรค ฮอโมนจากการตั้งครรภ์ และหลังคลอด การใช้สารเสพติด 2) ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว 3) ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Pan et al, 2010; Kunka, Sangon & Thaweekoon, 2011)

กรุงเทพมหานครเป็นศูนย์กลางของประเทศที่มีการเจริญเติบโตของเศรษฐกิจ ทำให้มีการอพยพย้ายถิ่นของประชาชนจากต่างจังหวัดเข้ามาทำงาน ประชาชนจำนวนมากที่มีรายได้น้อยยังไม่สามารถซื้อที่อยู่อาศัยครอบครองได้ จึงรวมตัวเพื่อสร้างที่อยู่อาศัยทำให้เกิดชุมชนแออัดขึ้น จากความแออัดของการอยู่อาศัย การมีสภาพบ้านเรือนไม่คงทน ขาดการสุขาภิบาลและสาธารณสุข การมีรายได้ไม่แน่นอน รวมถึงการมีปัญหาด้านสุขภาพกาย (Kaewdam, Bunprom & Kaigate, 2013) อาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งกรมสุขภาพจิตพบว่า การแก้ปัญหาที่ได้ผลนั้นต้องพัฒนาระบบตั้งแต่การค้นหาผู้ป่วยแล้วนำเข้าสู่ระบบการดูแลรักษา การค้นหาโรคซึมเศร้าในชุมชนจะใช้การตรวจคัดกรองโรคเพื่อลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือลดความรุนแรงของโรคลง (Wongsurapakit & Santiprasitkul, 2012) ชุมชนแออัดในเขตราชเทวี เป็นชุมชนที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกรุงเทพให้บริการวิชาการทางด้านสุขภาพแก่ประชาชนที่อาศัยอยู่ ประชาชนส่วนใหญ่เป็นประชาชนที่ไม่มีที่ดินเป็นของตนเอง มีการย้ายถิ่นฐานจากที่อื่น สภาพบ้านเรือนไม่คงทน ประชาชนส่วนใหญ่ อาชีพรับจ้าง และค้าขาย ประชาชนบางส่วนมีปัญหาทางสุขภาพกายโรคเรื้อรัง จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในชุมชนแออัดที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ ยังไม่พบว่ามีการศึกษาในกลุ่มวัยอื่นๆ ทำให้การนำงานวิจัยมาใช้ในการอ้างอิงอาจมีความแตกต่างในการอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้า ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพจิตจึงเห็นความสำคัญของการศึกษาดังกล่าวในชุมชนแห่งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าไปใช้ในการวางแผนดำเนินงาน ป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าให้เฉพาะเจาะจงเหมาะสมกับบริบทของชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าของประชาชนในชุมชนแออัด

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 18 ถึง 60 ปี อาศัยอยู่ในชุมชนในเขตราชเทวี จำนวน 1,317 คน ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางเครซีและมอร์แกน โดยใช้ระดับความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 297 คน จากนั้นผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) กำหนดคุณสมบัติ ดังนี้ 1) ประชาชนที่มีสัญชาติไทยและเชื้อชาติไทย อาศัยในเขตราชเทวี ในกรุงเทพมหานคร 2) ไม่เป็นโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์แล้ว 3) อายุตั้งแต่ 18 ถึง 60 ปี ไม่จำกัดเพศ 3) สามารถติดต่อสื่อสารเป็นภาษาไทย และ 4) ให้ความร่วมมือและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของประชาชนในชุมชนแออัด กรุงเทพมหานคร ใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยครอบครัว การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายและทางจิตเวช

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ของกรมสุขภาพจิต มีค่าความไว (Sensitivity) ร้อยละ 97.3 แปลผลดังนี้ ถ้าคำตอบ “ไม่มี” ทั้ง 2 คำถาม คือ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า แต่ถ้าคำตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่ง คือมีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า

ส่วนที่ 3 แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าจำนวน 9 ข้อ บอกความถี่ของอาการภายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ละข้อมี 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย (คะแนน=0) มีบางวันไม่บ่อย (คะแนน=1) มีค่อนข้างบ่อย (คะแนน=2) และมีเกือบทุกวัน (คะแนน=3) มีค่าคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-27 คะแนน การแปลผล ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรค

ซึมเศร้าระดับน้อยมาก (คะแนน < 7) มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย (คะแนน 7-12) มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง (คะแนน 13-18) และมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง (คะแนน ≥ 19) แบบสอบถามมีความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของแบบประเมินมีค่าเท่ากับ 0.78

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกับผู้ร่วมวิจัยจำนวน 3 คนในชุมชน โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้ช่วยนำในการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การดำเนินการวิจัย รวมถึงชี้แจงถึงสิทธิในการปฏิเสธการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ หลังจากนั้นผู้วิจัยใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม ประเมินในกลุ่มที่มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า เก็บข้อมูลโดยใช้ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของแบบสอบถาม

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครชุม ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวิธีการ

ดำเนินการวิจัย วัตถุประสงค์และรายละเอียดของขั้นตอนการวิจัย โดยข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับการนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมและกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมมีสิทธิยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น กรณีที่ผลการประเมินระดับซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับรุนแรง ผู้วิจัยดำเนินการส่งต่อไปเพื่อเข้ารับการรักษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะ และสถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) เพื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านต่างๆ ที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของประชาชนโดยใช้สถิติ Chi-Square test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 274 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.2 อายุระหว่าง 25-34 ปี ร้อยละ 30.7 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 85.8 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 46.0 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 37.2 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 41.2 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 5,001-10,000 บาท

ตารางที่ 1 แสดงระดับภาวะซึมเศร้าของประชาชนในชุมชนแออัด (n=274)

ระดับภาวะซึมเศร้า	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	182	66.4
มีภาวะซึมเศร้า	92	33.6

ตารางที่ 2 แสดงระดับภาวะซึมเศร้าของประชาชนในชุมชนแออัด (n=274)

ระดับภาวะซึมเศร้า	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ภาวะซึมเศร้าระดับน้อยมาก	173	63.1
ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย	73	26.6
ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง	24	8.7
ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง	4	1.4

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านร่างกายกับภาวะซึมเศร้า (n=274)

ตัวแปร	ภาวะซึมเศร้า				P value
	มีภาวะซึมเศร้า		ไม่มีภาวะซึมเศร้า		
	(n=101)		(n=173)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว					.443
มีโรคประจำตัว	41	20.0	84	30.6	
ไม่ป่วย	60	21.9	89	32.5	
สมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคประจำตัว					.215
มีโรคประจำตัว	44	16.1	94	34.3	
ไม่ป่วย	57	20.8	79	28.8	
การใช้สารเสพติด					.091
ใช้ยาเสพติด	39	14.2	85	31.0	
ไม่ใช้ยาเสพติด	62	22.6	88	32.1	
การมีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด					.049*
ใช้ยาเสพติด	95	34.7	78	28.5	
ไม่ใช้ยาเสพติด	43	15.7	58	21.2	

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านจิตใจกับภาวะซึมเศร้า (n=274)

ตัวแปร	ภาวะซึมเศร้า				P value
	มีภาวะซึมเศร้า		ไม่มีภาวะซึมเศร้า		
	(n=101)		(n=173)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สัมพันธภาพในครอบครัว					.010*
รักใคร่ปรองดอง	32	11.7	35	12.8	
ทะเลาะเบาะแว้งเป็นประจำ	69	25.2	138	50.4	
ความรู้สึกพึงพอใจในงานที่ทำ					.980
พึงพอใจ	25	9.1	130	47.4	
ไม่พึงพอใจ	76	27.7	43	15.7	
การผ่อนคลายความเครียด					.013*
มีวิธี	34	12.4	138	50.4	
ไม่มีวิธี	67	24.5	35	12.8	

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านสังคมกับภาวะซึมเศร้า (n=274)

ตัวแปร	ภาวะซึมเศร้า				P value
	มีภาวะซึมเศร้า		ไม่มีภาวะซึมเศร้า		
	(n=101)		(n=173)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
มีเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด					.485
มีเหตุการณ์ความเครียด	54	19.7	100	36.6	
ไม่มีเหตุการณ์ความเครียด	47	17.2	73	26.6	
การมีส่วนร่วมในกิจกรรมในชุมชน					.315
มีส่วนร่วมเป็นประจำ	58	21.2	105	41.9	
ไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรม	43	15.7	58	21.2	
การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม					.003*
มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม	34	12.4	90	32.8	
ไม่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม	67	24.5	83	30.3	

จากตารางที่ 1 พบว่า ประชาชนในชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานคร จำนวน 274 คน เมื่อประเมินภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 66.4 และมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 33.6

จากตารางที่ 2 พบว่า ประชาชนในชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานคร จำนวน 274 คน เมื่อประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ส่วนใหญ่พบผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 0-6 คะแนน (ร้อยละ 63.1) ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าระดับน้อย 7-12 คะแนน (ร้อยละ 26.6) ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง 13-18 คะแนน (ร้อยละ 8.7) ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง มากกว่า 19 คะแนน (ร้อยละ 1.4) ตามลำดับ

จากตารางที่ 3 พบว่า ครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติดมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าครอบครัวที่ไม่ใช้สารเสพติด (ร้อยละ 34.7 และร้อยละ 15.7, $p = .049$)

จากตารางที่ 4 พบว่า ครอบครัวที่มีการทะเลาะเบาะแว้งเป็นประจำมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าครอบครัวที่รักใคร่ปรองดอง (ร้อยละ 25.2 และร้อยละ 11.7, $p = .010$) และการไม่มีวิธีผ่อนคลายความเครียดโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าการมีวิธีผ่อนคลายความเครียด (ร้อยละ 24.5 และ

ร้อยละ 12.4, $p=.013$)

จากตารางที่ 5 พบว่า การไม่มีแหล่งสนับสนุนมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าการมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม (ร้อยละ 24.5 และร้อยละ 12.4, $p=.003$)

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ระดับภาวะซึมเศร้าของประชาชนในชุมชนแออัด

จากการศึกษาพบว่า ประชาชนในชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานคร จำนวน 274 คน มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 33.6 เมื่อประเมินด้วยแบบสอบถาม 2 Q และมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 28.1 เมื่อประเมินด้วยแบบสอบถาม 9Q ซึ่งระดับของภาวะซึมเศร้าจากการศึกษาครั้งนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาภาวะซึมเศร้าในชุมชนแออัดทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยการศึกษาของชนิตตา พลอยเสื่อมแสง พบระดับภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 32 ในชุมชนบ้านมะกอก จังหวัดมหาสารคาม (Chanuttha, Saithip, Chopaka, Wannaporn, 2017) และ การศึกษาของ Pranay และ Rhythm (2016) พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 30.2 ในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนแออัด จากการที่ภาวะซึมเศร้าของคนในชุมชนริมทางรถไฟมักจะสัมผัสพบมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 33.6 ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็น

ว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหา พบได้ทุกชุมชนสังคมและสามารถตรวจพบได้ในผู้ใช้บริการสุขภาพพระตำบลดอนเมืองเช่น กทม.สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่หนาแน่น โดยเฉพาะการเผชิญกับความเครียดกับสิ่งแวดล้อม มลพิษทางอากาศ การใช้ชีวิตประจำวัน และการมีรายได้น้อยจะส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้า

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า คือ การมีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติดสัมพันธ์ภาพในครอบครัว การผ่อนคลายความเครียด การไม่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม

สะท้อนให้เห็นว่า ปัญหาการใช้สารเสพติดยังคงเป็นปัญหาที่วนเวียนในสังคมไทยเนื่องจากเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัยซึ่งทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย การใช้สารเสพติดเป็นระยะเวลานานจะส่งผลให้สารสื่อประสาทมีการเปลี่ยนแปลงและทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาโดยจะมีลักษณะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่าย ฉุนเฉียว ก้าวร้าวและอาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมมากขึ้นส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชน กล่าวคือ เมื่อมีบุคคลในครอบครัวมีการใช้สารเสพติดอาจจะทำให้สัมพันธ์ภาพในครอบครัวลดลง เกิดปัญหาการทะเลาะวิวาท และเกิดความเครียดสะสมในครอบครัวและอาจเกิดปัญหาการหย่าร้างตามมา (Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, 2016) ในบางรายอาจพบว่า ผู้ที่มีปัญหาการติดสุราจะมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิดและมีความรู้สึกต่อต้านเองในทางลบ ก่อให้เกิดการพยายามทำร้ายตนเองตามมายุ่งไปกว่านั้นร้อยละ 47 ในผู้ที่ติดสุราพบว่าการป่วยด้วยโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยคือ โรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล เช่นเดียวกับการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตในประชาชนไทยอายุ 18 ปี พบว่า ร้อยละ 19.6 มีปัญหาจากการใช้สุราและสารเสพติด โดยเป็นปัญหาจากการใช้สุรา ร้อยละ 18.0 และการใช้สารเสพติด ร้อยละ 4.1 (Vipulakorn, 2015) และการศึกษาที่พบผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติด พบภาวะปัญหาสุขภาพจิตร่วม ได้แก่ ผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 42.1) โรคจิต (ร้อยละ 7.9) และโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 5.3) และการศึกษาพบว่า การดื่มสุราและการไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้เป็นปัจจัยทำนายในการเกิดภาวะซึมเศร้า (Yodkul, 2012)

ในส่วนของปัจจัยการไม่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในประชาชนเป็นไปทิศทางเดียวกับทฤษฎีและงานวิจัยก่อนหน้า แสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า กล่าวคือ หากบุคคลได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม (social support) จากเครือข่ายทางสังคม (social networks) ที่เพียงพอจะทำให้เกิดความเข้มแข็งทางจิตใจ และช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า ในทางตรงข้ามหากบุคคลได้รับการสนับสนุนที่ไม่เพียงพอจะทำให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวข้องกับความรักใคร่ผูกพัน การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสได้ดูแลผู้อื่น การได้รับการยกย่องว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่า มีความสมานฉันท์ที่ดีกับเครือข่าย และการได้รับคำแนะนำจากบุคคลที่มีความรู้ความสามารถ (Rihmer & Angst, 2000)

ข้อจำกัดการวิจัย

เป็นการศึกษาแบบ cross sectional ทำให้ได้ขนาดของปัญหาในช่วงเวลาหนึ่งและกลุ่มตัวอย่างจำกัดเฉพาะซึ่งอาจมีความแตกต่างจากชุมชนแออัดอื่นๆ เช่น บริบทวัฒนธรรมระยะเวลาในการศึกษา

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการให้การดำเนินการดังนี้

1. เสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและการจัดการภาวะซึมเศร้าให้แก่ประชาชน เช่น การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพจิตครอบครัวเพื่อเสริมสร้างความสุขในครอบครัวและป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้า
2. การประสานความร่วมมือระหว่างเครือข่ายทางสังคมอย่างเป็นรูปธรรมต่อเนื่องและยั่งยืน เพื่อเป็นการสนับสนุนแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้กับประชาชนในการจัดการภาวะซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ดูแล และกลุ่มผู้ป่วยทางจิต
2. ควรมีการศึกษาเชิงกึ่งทดลองในกลุ่มผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า

References

- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic statistical manual of mental disorders*. (4 th ed). Text revision: Washington DC.
- Chanuttha P., Saithip S., Chopaka W., & Wannaporn W., (2017). Quality of Life and factors affecting the risk of depression in people aged more than 50 years, Banmakok Community, Maha Sarakham, *Bulletin of Suanprung*, 33(1), 14-30. (in Thai).
- Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. (2016). *Depression*. Retrieved from: <https://med.mahidol.ac.th/ramamenthal/generalknowledge/general/09042014-1017> (in Thai).
- Kaewdam, J., Bunprom, P., & Kaigate, B. (2013). Health and enviroental management problems in slum area: Case study of Soi Soda community, Dusit district, Bangkok metropolis. Srinakharinwirot Research and Development (*Journal of Humanities and Social Sciences*), 5(9), 34-45. (in Thai).
- Kunlaka, S., Sangon S., Thaweekoon., (2011). A survey of depression research in Thailand. *Rama Nursing Journal*, 17(3), 412-429. (in Thai).
- Naruemon, S., Sopin, S. (2014). Factors associated with depression in nursing students. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health Nursing*, 29(3), 11-27. (in Thai).
- Pan, A., Lucas, M., Sun, Q., van Dam R.M, Franco OH, Manson J.E, & Hu, F.B. (2010). Bidirectional association between depression and type 2 diabetes mellitus in women. *Archives of Internal Medicine*, 170(21), 1884-1891.
- Pranay J., & Rhythm P., (2016). Depression among old age in urban slums, *Int J Cur Res Rev*, 8(12), 1-5.
- Rihmer, Z., & Angst J., (2000). *Epidemiology of bipolar disorder*. In: Kasper, S.Hirschfeld, R.M.A.(editors.), Handbook of Bipolar Disorder. Taylor and Francis, New York.
- Vipulakorn, P. (2015). *Department of Mental Health, Thai Mental Health Survey*. Retrieved from: <http://www.forums.dmh.go.th/index.php?topic=138165.0> (in Thai).
- World Health Organization. (2016). Fact sheet N°369. 2 Retrieved from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en>
- Wongsurapakit, S. & Santiprasitkul, S. (2012). Situation of depression in pre-Screened risk groups in Muang district, Chiang Rai province. *Thai Journal of Nursing Council*, 27(3), 91-105. (in Thai).
- Yodkul, S. (2012). Predictive factors of depression among older people with chronic disease in Buriram Hospital. *Journal of nurses' association of Thailand, North-Eastern Division*, 30(3), 50-7. (in Thai).