

ภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยแรงงาน: ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและแนวทางการดูแล Depression in the Working Age Population: The Related Factors and the Care Guideline

คันธรส สุขกุล, วท.ม. (สรีรวิทยา) ¹

Kantarote Sookkul, M.Sc. (Physiology) ¹

ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, พ.ด. (ประชากรศาสตร์) ²

Pramote Wongsawat, Ph.D. (Demography) ²

Received: March 21, 2019 Revised: June 6, 2019 Accepted: June 27, 2019

บทคัดย่อ

ประชากรวัยแรงงานมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ในปัจจุบัน ประชากรวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลง จึงต้องแบกรับภาระการเลี้ยงดูเด็กและผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีความเครียด และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา บุคลากรทางสุขภาพจึงจำเป็นต้องทราบสถานการณ์ปัญหาของประชากรวัยแรงงาน ความชุกของภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยแรงงาน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยแรงงาน ซึ่งมีหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางจิตใจ ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยด้านการประกอบอาชีพและการทำงาน เพื่อให้สามารถนำข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการวางแผนการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยแรงงานได้ ทั้งนี้ การคัดกรองภาวะซึมเศร้าในประชากรกลุ่มต่างๆ ควรใช้เครื่องมือที่เหมาะสม เช่น แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ส่วนประชากรกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นแล้ว ควรได้รับการดูแลรักษาด้วยวิธีการต่างๆ ตามสภาพและบริบทของแต่ละคน เช่น การใช้ยา การบำบัดความคิดและพฤติกรรม

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า วัยแรงงาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง แนวทางการดูแล

¹ อาจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

¹ Lecturer, Faculty of Science and Technology, Suratthani Rajabhat University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: aiyapoo@hotmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

² Assistant Professor, Faculty of Public Health, Naresuan University

Abstract

The working age population has played an important role in the economic and social development of the country. The current population of working age is declining which having to bear the burden of raising children and the elderly and lead to stress and resulting in subsequent depression. Health care providers need to recognize the problems situation of the working age population, including the prevalence of depression and factors associated with depression among the working age population. There are several factors which including personal factors, psychological factors, socio-economic factors, and occupational factors that be able to bring the relevant factors to guide the planning for prevention of depression in the working age population. In addition, the screening for depression in population groups should use the appropriate tools, such as the screening for depression with two questions (2Q). Moreover, the population with depression should be treated with the various methods according to each person's condition and context, such as drug use, cognitive behavioral therapy.

Keywords: Depression, Working age population, Related factor, Care guideline

บทนำ

โครงสร้างประชากรของประเทศไทยจากการคาดประมาณประชากรไทยในอนาคต โดยคณะทำงานเพื่อคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 พบว่า สัดส่วนประชากรในวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 67 ในปี 2553 เป็นร้อยละ 55.10 ในปี 2583 เหตุผลสำคัญที่ทำให้สัดส่วนประชากรวัยแรงงานลดลงนั้น ส่วนหนึ่งมาจากอัตราเจริญพันธุ์รวม (total fertility rate [TFR]) ลดลง (ปีพม่า ว่าพัฒนาวงศ์, ปราโมทย์ ประสาทกุล, และสุวิทย์พร พันพื้ง, 2556) ประชากรวัยแรงงานมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ เป็นกลไกขับเคลื่อนผลผลิตของประเทศ และรับผิดชอบดูแลกลุ่มประชากรที่เหลือ คือ กลุ่มเด็กและกลุ่มผู้สูงอายุ เป็นที่พึ่งของคนในครอบครัว จึงต้องแบกรับภาระหลายด้าน ทั้งภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัว ภาระหนี้สิน ปัญหาค่าครองชีพ รวมถึงการประสบกับโรคและการบาดเจ็บทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับการทำงานทำให้เกิดความเครียด มีอารมณ์เศร้า ท้อแท้ เบื่อหน่าย ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ซึ่งพบว่า ประชากรวัยแรงงานในประเทศไทยมีแนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร้า

ที่เพิ่มมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้น การทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยแรงงาน และการประเมินภาวะซึมเศร้า จึงมีส่วนช่วยในการวางแผนการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยแรงงาน โดยมีสาระเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาของประชากรวัยแรงงาน ความชุกของภาวะซึมเศร้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า การประเมินภาวะซึมเศร้า การป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า และการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้อ่านมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยแรงงานต่อไป

สถานการณ์ปัญหาของประชากรวัยแรงงาน

กำลังแรงงาน หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยนิยามศัพท์อิงกับมาตรฐานขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labor Organization [ILO]) ส่วนแนวคิดการมีงานทำหรือการว่างงาน เป็นการจัดกลุ่มภายใต้กำลังแรงงานปัจจุบัน แบ่งภาพรวมของผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ 1) ผู้อยู่ในกำลังแรงงาน

ได้แก่ กำลังแรงงานที่ทำงานตามฤดูกาล และกำลังแรงงานปัจจุบัน ได้แก่ ผู้มีงานทำและผู้ว่างงาน และ 2) ผู้ไม่อยู่ในกำลังแรงงาน คือ ผู้ที่ไม่ได้ทำงาน และไม่พร้อมที่จะทำงาน เนื่องจากทำงานบ้าน นักร้อง เป็นต้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

จากรายงานสถานการณ์แรงงาน ปี 2560 พบว่าประเทศไทยมีประชากรที่อยู่ในวัยทำงานหรืออายุ 15 ปีขึ้นไป 55.96 ล้านคน เป็นผู้อยู่ในกำลังแรงงาน 38.10 ล้านคน ผู้มีงานทำ 37.46 ล้านคน ผู้ว่างงาน 0.45 ล้านคน ผู้รอฤดูกาล 0.19 ล้านคน และมีอัตราการว่างงานร้อยละ 12.40 (กระทรวงแรงงาน, 2560) นอกจากประชากรวัยแรงงานจะประสบปัญหาการว่างงานแล้ว ยังต้องประสบกับการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากการทำงาน โดยในปี พ.ศ. 2560 พบว่า แรงงานที่เคยได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากการทำงาน มีจำนวน 4.28 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11.36 ของแรงงานทั่วประเทศ (สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค, 2561) ส่วนปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วย พบว่า ประชากรอายุ 35-64 ปี มีความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนสูงที่สุดมากกว่ากลุ่มเยาวชนอายุ 15-24 ปี หรือกลุ่มสูงวัยอายุ 65 ปีขึ้นไป เมื่อสำรวจการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ประชากรอายุ 25-55 ปี มีพฤติกรรม การสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงที่สุด มากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ (กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2559)

การเปลี่ยนแปลงอัตราส่วนพึ่งพิง เกิดขึ้นเมื่อผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ประชากรวัยแรงงานต้องรับภาระเลี้ยงดูเด็กลดลงและผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น โดยในปี 2562 อัตราส่วนพึ่งพิงรวมเท่ากับ 55 กล่าวคือ มีผู้ต้องพึ่งพิง (เด็กและผู้สูงอายุ) 55 คน ต่อวัยทำงาน 100 คน แสดงให้เห็นว่า วัยทำงาน 1 คน ต้องเลี้ยงดูผู้สูงอายุ 0.30 คน และเลี้ยงดูเด็ก 0.30 คน และในปี 2583 อัตราส่วนพึ่งพิงรวมจะสูงถึง 78.30 โดยวัยทำงาน 1 คน ต้องเลี้ยงดูผู้สูงอายุ 0.6 คน และเลี้ยงดูเด็ก 0.20 คน (ปีพินิจ วัฒนาพงศ์ และคณะ, 2556) เมื่ออัตราส่วนพึ่งพิงมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เพิ่มขึ้น จึงทำให้ประชากร

วัยแรงงานที่ต้องทำงานหารายได้เพื่อเลี้ยงดูตนเองและบุคคลที่อยู่ในความรับผิดชอบ มีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น รวมถึงมีภาระหนี้สินตามมา ซึ่งพบว่า หนี้สินเฉลี่ยต่อครัวเรือน ในช่วงปี 2550-2560 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยเพิ่มจาก 116,681 บาท ในปี 2550 เป็น 178,994 บาท ในปี 2560 โดยร้อยละ 76.90 เป็นการก่อหนี้เพื่อใช้ในครัวเรือน ซึ่งเป็นหนี้เพื่อการอุปโภคบริโภคมากที่สุด คือ ร้อยละ 39 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561)

การที่ประชากรวัยแรงงานต้องประสบกับปัญหาต่างๆ ข้างต้น อาจส่งผลกระทบต่อจิตใจ ก่อให้เกิดอารมณ์เศร้า (sadness) และภาวะซึมเศร้า (depression) ตามมาได้ โดยอารมณ์เศร้าเป็นสภาวะทางอารมณ์ด้านลบที่สามารถเกิดขึ้นได้ในช่วงระยะเวลาสั้นๆ ส่วนภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น ความรู้สึกเบื่อหน่าย หดหู่ ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หดห้วง ลึนหวัง ซึ่งมีองค์ประกอบหลักของการแสดงออก 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ (emotional) ความคิด (cognitive) ร่างกาย (physical) และพฤติกรรม (behavioral) (สายฝน เอกวรังกูร, 2553; อรพรรณ ลือบุญรัชชัย และพิรพนธ์ ลือบุญรัชชัย, 2553)

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยแรงงาน

จากข้อมูลของสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่ได้ดำเนินการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 ในปี พ.ศ. 2557 โดยสำรวจความชุกของภาวะซึมเศร้าในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ด้วยเครื่องมือที่เป็นชุดคำถาม 20 ข้อ เกี่ยวกับอาการซึมเศร้า การวิเคราะห์ใช้การวินิจฉัยตามหลักเกณฑ์ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition (DSM-IV) พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 3.80 และ 2.10 ตามลำดับ) โดยช่วงอายุ 15-25 ปี พบความชุกร้อยละ 1 ช่วงอายุ 30-44 ปี พบความชุกร้อยละ 2.80 และช่วงอายุ 45-59 ปี พบความชุกร้อยละ 4.10 (วิชัย เอกพลากร, 2559) นอกจากนี้ จากการศึกษาของ Sujinnapram, Meksawan, and Pongthananikorn

(2018) พบความชุกของภาวะซึมเศร้าของประชากรวัยทำงานในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 29.40

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยแรงงาน

ประชากรวัยแรงงานเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ค่อนข้างสูง ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าสรุปได้ 4 ประเด็น ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล มีดังนี้

1.1 เพศ จากการศึกษาพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (วิชัย เอกพลากร, 2559) ซึ่งสาเหตุที่เพศหญิงพบความชุกมากกว่าเพศชายอาจเนื่องจากเพศหญิงต้องสวมบทบาทหลายอย่างในเวลาเดียวกัน ทั้งการทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้ และต้องรับผิดชอบดูแลงานบ้าน อบรมเลี้ยงดูบุตร และดูแลสมาชิกในครอบครัว ผู้หญิงจึงต้องอยู่ในภาวะจำยอมทน ต้องเผชิญกับความเครียดเรื้อรัง (วไลพรรณ เอี่ยมกมล, ชนกวรจิตปัญญา, และสุนิดา ปรีชาวงษ์, 2556; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ, 2555)

1.2 การเจ็บป่วย การมีโรคประจำตัว เมื่อเกิดการเจ็บป่วย หรือมีโรคประจำตัว จะทำให้มีการค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากการที่ต้องเข้ารับการรักษาพยาบาล และต้องพึ่งพิงบุคคลอื่น รวมถึงความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาปัจจัยด้านการเจ็บป่วย การมีโรคประจำตัว ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้ที่มีความเจ็บปวดร่างกาย การเจ็บป่วยจนต้องไปพบแพทย์ และจำนวนของโรคประจำตัวที่มาก จะยังมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว (Read, Sharpe, Modini, & Dear, 2017) นอกจากนี้ ระดับความรุนแรงของโรคชนิดของโรค และระยะเวลาการป่วยเป็นโรค ล้วนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (นิตยา จรัสแสง และคณะ, 2555)

1.3 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของบุคคลในครอบครัว ครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นโรคซึมเศร้า สมาชิกอื่นจะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงกว่าครอบครัว

อื่น นอกจากนี้ยังพบว่า หากบิดามารดาคนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า บุตรจะมีโอกาสเป็นในอัตราสูงถึง 2 เท่า และหากทั้งบิดาและมารดาเป็นโรคซึมเศร้า บุตรจะมีโอกาสเป็นสูงกว่าเด็กทั่วไป 4 เท่า (ดรณวรรณ จันทร์แก้ว, ชนกวรจิตปัญญา, และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, 2555)

2. ปัจจัยทางจิตใจ มีดังนี้

2.1 ความเครียด พบว่า บุคคลที่ประสบความเครียดทางอารมณ์จะมีภาวะซึมเศร้า ดังรายงานที่ระบุว่า การมีความเครียดในระดับปานกลางและระดับสูงจะทำให้มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงกว่าบุคคลที่มีความเครียดในระดับน้อย (Lee & Kim, 2015)

2.2 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) ซึ่งเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในตนเอง เกี่ยวกับการยอมรับนับถือตนเอง เชื่อมั่นในตนเอง หากบุคคลรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้น้อย ดังการศึกษาของจิรนนท์ บุญนา (2555) ที่ศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของพนักงานบริษัทแห่งหนึ่ง พบว่า พนักงานที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงหรือมีความรู้สึกต่อตนเองในด้านบวก จะมีภาวะซึมเศร้าน้อย ในทางตรงกันข้าม พนักงานที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ หรือมีความรู้สึกในด้านลบ จะมีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น

3. ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม มีดังนี้

3.1 ภาวะเศรษฐกิจ คือ รายได้ต่อเดือน และความเพียงพอของรายได้ พบว่า กลุ่มที่มีรายได้ไม่พอใช้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า 15 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีรายได้พอใช้และมีเงินเหลือเก็บ (จันทร์รัตน์ เลิศทองไทย, 2556) และจากการศึกษาการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าด้วยกระบวนการเรียนรู้สาเหตุ ในประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะเสี่ยงซึมเศร้า พบว่า ปัญหารายรับไม่เพียงพอกับรายจ่ายเกิดเนื่องจากผลผลิตทางการเกษตรที่ได้มีราคาถูกลง และผลผลิตลดลง แต่สินค้าอื่นๆ ปรับราคาเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลต่อการเกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าตามมา (สามารถ สุวรรณภักดี และอรณณสุชน้อย, 2557)

3.2 สภาพครอบครัว พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า โดยสตรีวัยแรงงาน

ที่มีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวไม่ดี มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 5.83 เมื่อเทียบกับสตรีที่มีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวดี (Charoenpaitoon, Jirapongsuwan, Sangon, Sativipawee, & Kalampakorn, 2012) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การมีปัญหาสัมพันธ์ภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของประชาชนที่มีอายุ 18-60 ปี (มาลินี อยู่ไยเย็น, สุทธนันท์ กัลละ, ศศิวิมล บุรณะเรข, และไชนภา แก้วจันทร์, 2561) ส่วนปัญหาด้านการเงินในครอบครัว ปัญหาการเลี้ยงดูบุตร เป็นสาเหตุของการทะเลาะเบาะแว้ง แยกกันอยู่ หรือมีปัญหาจิตใจความในครอบครัวตามมา (ปรัลธิดา ทองศรี, อารยา เขียงของ, และธนยศ สุมลย์โรจน์, 2561)

4. ปัจจัยด้านการประกอบอาชีพและการทำงาน มีดังนี้

4.1 ความมั่นคงในงาน แบ่งออกเป็น 2 ประการ คือ รูปแบบการจ้างงาน และลักษณะอาชีพ ซึ่งล้วนมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยแรงงาน โดยรูปแบบการจ้างงานแบ่งออกเป็นลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว และพนักงานพาร์ทไทม์ จากการศึกษาพบว่า คนงานที่ได้รับการจ้างงานที่ไม่มั่นคง คนงานชั่วคราว และคนงานรายวัน มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 1.50 เท่า เมื่อเทียบกับคนงานที่เป็นลูกจ้างประจำ (Kang, Kang, Lee, & Yoon, 2016) สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มแรงงานสตรีที่ทำงานในโรงงานผลิตเสื้อผ้าที่พบว่า แรงงานแบบพาร์ทไทม์มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าแรงงานที่เป็นลูกจ้างประจำ (Fitch et al., 2017) เมื่อพิจารณาตามลักษณะอาชีพพบว่า คนงานที่ใช้แรงงานมีคะแนนภาวะซึมเศร้าสูงกว่าพนักงานตามออฟฟิศ หรือผู้บริหาร (Kim et al., 2016)

4.2 สภาพแวดล้อมในการทำงาน พบว่าสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการทำงาน การประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยงสูง ผู้ทำงานมีโอกาสป่วยด้วยอาการซึมเศร้าสูงกว่าอาชีพที่ไม่มีความเสี่ยงสูงถึง 8.30 เท่า ซึ่งส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (An et al., 2015) นอกจากนี้ยังพบว่า การได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน การได้รับบาดเจ็บซ้ำจากการทำงาน ระยะเวลาพักรักษาตัว

ในโรงพยาบาล และความรุนแรงของการบาดเจ็บ เป็นปัจจัยทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้า (Chin et al., 2017; Lin et al., 2014)

4.3 การดกงานหรือว่างงาน พบว่า อาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังการสูญเสียงาน (Kim, Muntaner, Kim, Jeon, & Perry, 2013; Yoon, Choi, Jang, Lee, & Park, 2017) เมื่อประชากรวัยแรงงานอยู่ในภาวะดกงานหรือว่างงาน ย่อมนำมาซึ่งการสูญเสียรายได้ ในขณะที่ยังมีภาระรายจ่ายอยู่อย่างต่อเนื่อง ทำให้มีความเครียดและอาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้าในบุคคลธรรมดาและผู้ป่วยทางจิตเวช แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

1. การประเมินด้วยตนเอง โดยใช้แบบประเมินต่างๆ เช่น แบบสำรวจภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory [BDI]) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) แบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q), The Nine-Item Patient Health Questionnaire (PHQ-9), Thai Depression Inventory (TDI) (ธรรมนาถ เจริญบุญ, 2554)

2. การประเมินโดยผู้รักษา ในประเทศไทยใช้ 2 เกณฑ์ หรือ 2 ระบบ ในการวินิจฉัย คือ ICD (International Classification of Diseases and health-related disorders) ซึ่งพัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก และ DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders) ซึ่งพัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association) (พจนา เปลี่ยนเกิด, 2557)

ทั้งนี้ ระบบการดูแลเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในประชาชน เริ่มต้นจากวิธีการคัดกรองด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ซึ่งเป็นการคัดกรองที่ใช้ได้กับทุกกลุ่มวัย เพื่อค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงหรือแนวโน้มที่จะป่วย ผู้ที่มีผลการคัดกรองว่ามีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มจากการคัดกรองแบบ 2Q จะต้องเข้าสู่ขั้นตอนการประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินความรุนแรง

ของภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) หรือแบบประเมินระดับความรุนแรงเฉพาะกลุ่มวัยที่แตกต่างกันไป (อัมพรเบญจพลพิทักษ์ และลัดดา ดำริการเลิศ, 2553)

การป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยแรงงาน

การป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยแรงงานที่เป็นกลุ่มเสี่ยง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่เกี่ยวข้องกับบุคคล ครอบครัว และชุมชน และส่วนที่เกี่ยวข้องกับที่ทำงาน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ส่วนที่เกี่ยวข้องกับบุคคล ครอบครัว และชุมชน มีดังนี้

1.1 บุคคล โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิต ในส่วนการส่งเสริมสุขภาพกาย เน้นการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงที่จะส่งผลเสียต่อสุขภาพ และให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย สำหรับการส่งเสริมสุขภาพจิต เน้นการเพิ่มความรู้ สร้างความตระหนัก และส่งเสริมการทำกิจกรรมที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เช่น การออกกำลังกาย จากการติดตามผลของการออกกำลังกายในคนงานชาวญี่ปุ่นเป็นเวลา 5.80 ปี พบว่า คนงานกลุ่มที่มีการออกกำลังกายแบบ moderate exercise เช่น วิ่งจ็อกกิ้ง เต้นแอโรบิก และที่มีการออกกำลังกายแบบ vigorous exercise เช่น การวิ่งเร็ว ปั่นจักรยานเร็ว สามารถช่วยลดการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Kuwahara et al., 2018) นอกจากนี้ การศึกษายังพบว่า กิจกรรมการทำสวนสามารถช่วยลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยแรงงานได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการมีกิจกรรมทางกายทำให้ร่างกายได้เคลื่อนไหว ได้ออกกำลังกาย และได้ใช้เวลาว่างในการผ่อนคลายจิตใจ (Lee et al., 2017)

1.2 ครอบครัว โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพจิตของคนในครอบครัว จัดกิจกรรมโดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน เน้นการสร้างสัมพันธ์ที่ดีของคนในครอบครัว ส่งเสริมการมีกิจกรรมร่วมกันของครอบครัว และการดูแลช่วยเหลือกันของคนในครอบครัว ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ จากการศึกษาค้นพบว่า ความสุขจากครอบครัวช่วยเพิ่มระดับสมรรถภาพชีวิตกับการทำงาน และกำลังใจจากครอบครัวเป็นแรงผลักดันให้คนทำงานในภาคอุตสาหกรรมไฟฟ้า

อุปสรรคได้ การส่งเสริมสมรรถภาพชีวิตการทำงานด้วยโปรแกรมการบริหารจัดการด้านเวลาการทำงาน ควบคู่กับการสร้างความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว เป็นอีกแนวทางในการสร้างสัมพันธ์ที่ดีของบุคคลในครอบครัว (จัมพรให้ลาของ, ศิริพันธ์ กิตติสุขสถิต, และมะลิวัลย์ ชันเล็ก, 2560)

1.3 ชุมชน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน สร้างเครือข่ายสุขภาพจิต ทุกภาคส่วนทำงานร่วมกัน โดยชุมชน หน่วยงานสาธารณสุข และองค์กรอื่นๆ ในชุมชนให้การดูแล ช่วยเหลือประชากรวัยแรงงานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (Goldie, Elliott, Regan, Bernal, & Makurah, 2016)

2. ส่วนที่เกี่ยวข้องกับที่ทำงาน มีดังนี้

2.1 ลักษณะงาน โดยเน้นการฝึกทักษะการจัดการความเครียดจากการทำงาน เช่น การจัดอบรมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy [CBT]) โดยเน้นที่การปรับความคิดของบุคคล เสริมทักษะการเผชิญปัญหา และการปรับพฤติกรรมป้องกันตนเองเมื่อเกิดความเครียดจากการทำงาน รวมถึงการส่งนักจิตวิทยาเข้าไปให้ความรู้ ช่วยเหลือ และการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่จะส่งผลให้เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าในวัยแรงงาน (D'Arcy & Meng, 2014; Harvey et al., 2014)

2.2 สภาพแวดล้อม สภาพแวดล้อมในที่ทำงาน ส่งผลทั้งต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของพนักงาน ดังนั้น จึงเน้นการให้ความรู้เรื่องความปลอดภัยจากการทำงาน รวมถึงการแนะนำการจัดสถานที่ทำงานให้ได้สัดส่วน สะอาดปลอดภัย นอกจากนี้ การสร้างกิจกรรมการมีส่วนร่วมของคนในองค์กร สร้างการมีสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเพื่อนร่วมงาน และผู้บังคับบัญชา และส่งเสริมกิจกรรมการออกกำลังกายหรือการจัดสถานที่พักผ่อนหย่อนใจในที่ทำงาน เพื่อลดความตึงเครียดและแรงกดดันที่เกิดจากงานและการทำงาน รวมถึงการสร้างแกนนำทีมดูแลสุขภาพจิตในองค์กรหรือหน่วยงาน เพื่อเป็นผู้ทำหน้าที่ประสานงานระหว่างหน่วยงานกับเจ้าหน้าที่พยาบาลหรือทีมสุขภาพจิต จะสามารถช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยแรงงานได้ (D'Arcy & Meng, 2014; Harvey et al., 2014)

การให้การดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

บุคคลทั่วไปที่มีภาวะซึมเศร้า รวมทั้งประชากรวัยแรงงาน ควรได้รับการดูแลช่วยเหลือโดยการบำบัดรักษาซึ่งมีหลายรูปแบบ ดังนี้ (ดราวารรณ ต๊ะปิ่นตา, 2556; สายฝน เอกวางกูร, 2553)

1. การรักษาทางกายภาพ (physical therapies) ที่สำคัญคือ การรักษาด้วยยาต้านภาวะซึมเศร้า (antidepressant drug) ซึ่งแบ่งตามกลไกการออกฤทธิ์ได้เป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม tricyclic กลุ่ม monoamine oxidase inhibitor กลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitors และกลุ่ม new generation ซึ่งแพทย์จะระบุการใช้ยาที่แตกต่างกันไปตามสภาพอาการของแต่ละบุคคล การรักษาด้วยยาส่งผลต่อสารสื่อประสาทในสมองส่วนที่ควบคุมความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม ให้กลับสู่สภาวะสมดุล

2. การรักษาด้วยไฟฟ้า (electro convulsive therapy [ECT]) ใช้ในกลุ่มที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้าจะส่งผลต่อสารสื่อประสาทในสมองส่วนที่ควบคุมความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม ให้กลับสู่สภาวะสมดุล

3. การบำบัดทางจิตใจหรือการทำจิตบำบัด (psychotherapy) เป็นการให้หลักการสัมพันธภาพรายบุคคล และรายกลุ่ม โดยผู้บำบัดใช้การพูดคุยกับผู้ป่วย วิเคราะห์สภาพปัญหา เพื่อนำไปสู่การยอมรับปัญหา สาเหตุ และมุ่งหาแนวทางแก้ไขปัญหของตนเอง รวมถึงการส่งเสริมการปรับตัวที่เหมาะสม ทั้งนี้มีแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการบำบัดทางจิตสังคม ที่ผู้บำบัดสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางตามความเหมาะสม ดังนี้

3.1 การบำบัดด้วยการออกกำลังกาย (exercise therapy [ET]) มีหลักฐานว่าการออกกำลังกายมีผลต่อภาวะซึมเศร้า (Kuwahara et al., 2018) ซึ่งนอกจากจะเป็นปัจจัยป้องกันภาวะซึมเศร้าแล้ว ยังสามารถรักษาอาการซึมเศร้าได้

3.2 การบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy [CT]) เน้นการแก้ไขความคิดด้านลบ กระตุ้นให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามองเห็นและเข้าใจความคิดด้านลบ และผลกระทบ

ที่เกิดขึ้นจากความคิดที่บิดเบือน จากนั้นเข้าสู่กระบวนการปรับวิธีคิดทางลบที่บุคคลมีต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต ให้เป็นไปในแนวทางที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

3.3 การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy [CBT]) เป็นกระบวนการที่มุ่งให้บุคคลได้ปรับเปลี่ยนรูปแบบ วิธีการ และกระบวนการคิด ใช้หลักการสะท้อนให้บุคคลมองเห็นลักษณะความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่บ่งชี้ภาวะซึมเศร้า พร้อมทั้งสร้างความตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องแก้ไข

3.4 จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy [IPT]) เน้นการบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป้าหมายของการบำบัดคือ เพื่อช่วยให้บุคคลมีแนวทางและวิธีการที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นในสังคม

สรุป

ภาวะซึมเศร้ากำลังเป็นปัญหาสำคัญในประชากรวัยแรงงาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยแรงงาน ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางจิตใจ ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยด้านการประกอบอาชีพ และการทำงาน โดยเฉพาะปัจจัยทางจิตใจ ที่ประกอบด้วย ความเครียดและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การประเมินภาวะซึมเศร้าจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ทั้งในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และกลุ่มที่ยังไม่พบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยใช้เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสม ทั้งนี้ ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ สามารถนำไปสู่การวางแผนการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยใช้รูปแบบเฉพาะที่เหมาะสมกับประชากรวัยแรงงาน อันเป็นการวางแผนการป้องกันในระดับปฐมภูมิสำหรับบุคลากรทางสุขภาพในชุมชน อย่างไรก็ตาม ในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือโดยการบำบัดรักษาที่เหมาะสม เช่น การใช้ยา การรักษาด้วยไฟฟ้า การบำบัดทางจิตใจ

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงแรงงาน. (2560). *สถานการณ์และการเตือนภัยด้านแรงงาน ปี 2560 (มกราคม-ธันวาคม 2560)*. สืบค้นจาก http://www.mol.go.th/sites/default/files/full_2560.pdf
- กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2559). *รายงานประจำปี 2558*. สืบค้นจาก <http://thaincd.com/document/file/download/paper-manual/Annual-report-2015.pdf>
- จรัมพร โชติสายง, ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต, และมะลิวัลย์ ชันเล็ก. (2560). งาน ครอบครัว สังคม: สมดุลชีวิตกับการทำงานที่มากกว่าการจัดสรรเวลาของแรงงานในภาคอุตสาหกรรมการผลิต. *วิศวกรรมสาร มก.*, 30(100), 87-102.
- จันทร์รัตน์ เลิศทองไทย. (2556). *ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังจากโรคทางกระดูกและกล้ามเนื้อ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิรินันท์ บุญนา. (2555). *ความทุกข์ของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในพนักงานรัฐวิสาหกิจที่มีอายุตั้งแต่ 50-60 ปี บริษัท กสท โทรคมนาคม จำกัด (มหาชน) ในเขตกรุงเทพมหานคร* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดร.ณรรณ จันทรแก้ว, ชนกวพร จิตปัญญา, และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์. (2555). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวรวารสารคนรินทร์*, 4(3), 14-28.
- ดราวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2556). *ภาวะซึมเศร้า: การบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- ธรรมนาถ เจริญบุญ. (2554). แบบประเมินและแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย: ข้อควรพิจารณาในการเลือกใช้. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 11(4), 667-676.
- นิตยา จรัสแสง, ศิริพร มงคลถาวรชัย, เพชรรัตน์ บุตะเปีย, สมลักษณ์ บุญจันทร์, พรนิภา หาญละคร, และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. (2555). ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(4), 439-446.
- ปราติมา ทองศรี, อารยา เขียงทอง, และธนยศ สุมาลัยโรจน์. (2561). ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในข้าราชการตำรวจจราจรเขตนครบาล. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 32(1), 59-76.
- ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์, ปราโมทย์ ประสาทกุล, และสุริย์พร พันพื้ง. (บ.ก.). (2556). *การศึกษาวิเคราะห์ผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศจากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- พจนา เปลี่ยนเกิด. (2557). โรคซึมเศร้า: บทบาทพยาบาลในการดูแลรักษา. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(1), 18-21.
- มาลินี อยู่ใจเย็น, สุทธนันท์ กัลละ, ศศิวิมล บุรณะเรข, และไฉนภา แก้วจันทร์. (2561). การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าในชุมชนแออัดแห่งหนึ่ง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 34(3), 100-107.
- วไลพรณ เอี่ยมกมล, ชนกวพร จิตปัญญา, และสุนิดา ปรีชาวงษ์. (2556). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะวัยผู้ใหญ่. *วารสารเกื้อการุณย์*, 20(1), 30-41.
- วิชัย เอกพลากร. (บ.ก.). (2559). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, ศิริพร จิรวัดนกุล, ธรณินทร์ กองสุข, สุพัตรา สุขาวห, จินตนา ลี้จิ่งเพิ่มพูน, และเยาวเรศ สุดตะโท. (2555). เพศหญิงหรือความเป็นหญิง... จึงนำมาสู่การเป็นโรคซึมเศร้า. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(1), 61-74.

- สามารถ สุวรรณภักดี, และอารมย์ สุขน้อย. (2557). การจัดการปัจจัยเสี่ยงภาวะซึมเศร้าด้วยกระบวนการเรียนรู้สาเหตุ กรณีศึกษา อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 23(3), 403-411.
- สายฝน เอกวรรณ. (2553). *รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ส.เอเชียเพรส.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *การสำรวจภาวะการทำงานของประชากรทั่วราชอาณาจักร ไตรมาสที่ 4: ตุลาคม-ธันวาคม 2557*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). *สรุปผลที่สำคัญ การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2560*. สืบค้นจาก <http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/สำรวจ/ด้านสังคม/รายได้รายจ่ายครัวเรือน/ภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน.aspx>
- สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค. (2561). *รายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ปี 2560*. สืบค้นจาก <http://envocc.ddc.moph.go.th/contents?g=11>
- อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย, และพีรพนธ์ ลีอนุชวัชชัย. (2553). *การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัมพร เบญจพลพิทักษ์, และลัดดา คำริการเลิศ. (2553). *การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: แนวทางการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าและผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย*. สืบค้นจาก <http://resource.thaihealth.or.th/library/hot/13264>
- An, S. J., Chung, Y. K., Kim, B. H., Kwak, K. M., Son, J. S., Koo, J. W., ... Kwon, Y. J. (2015). The effect of organisational system on self-rated depression in a panel of male municipal firefighters. *Annals of Occupational and Environmental Medicine*, 27(1), 1.
- Charoenpaitoon, S., Jirapongsuwan, A., Sangon, S., Sativipawee, P., & Kalampakorn, S. (2012). Factors associated with depression among Thai female workers in the electronics industry. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 95(Suppl. 6), 141-146.
- Chin, W. S., Shiao, J. S., Liao, S. C., Kuo, C. Y., Chen, C. C., & Guo, Y. L. (2017). Depressive, anxiety and post-traumatic stress disorders at six years after occupational injuries. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 267(6), 507-516.
- D'Arcy, C., & Meng, X. (2014). Prevention of common mental disorders: Conceptual framework and effective interventions. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(4), 294-301.
- 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.
- Goldie, I., Elliott, I., Regan, M., Bernal, L., & Makurah, L. (2016). *Mental health and prevention: Taking local action for better mental health*. Retrieved from <https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/mental-health-and-prevention-taking-local-action-for-better-mental-health-july-2016.pdf>

- Harvey, S. B., Joyce, S., Tan, L., Johnson, A., Nguyen, H., Modini, M., & Groth, M. (2014). *Developing a mentally healthy workplace: A review of the literature*. Retrieved from https://www.headsup.org.au/docs/default-source/resources/developing-a-mentally-healthy-workplace_final-november-2014.pdf?sfvrsn=8
- Kang, M. Y., Kang, Y. J., Lee, W., & Yoon, J. H. (2016). Does long-term experience of nonstandard employment increase the incidence of depression in the elderly?. *Journal of Occupational Health*, 58(3), 247-254.
- Kim, S. S., Muntaner, C., Kim, H., Jeon, C. Y., & Perry, M. J. (2013). Gain of employment and depressive symptoms among previously unemployed workers: A longitudinal cohort study in South Korea. *American Journal of Industrial Medicine*, 56(10), 1245-1250.
- Kim, W., Park, E. C., Lee, T. H., Ju, Y. J., Shin, J., & Lee, S. G. (2016). The impact of occupation according to income on depressive symptoms in South Korean individuals: Findings from the Korean Welfare Panel Study. *International Journal of Social Psychiatry*, 62(3), 227-234.
- 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.
- Lee, K. J., & Kim, J. I. (2015). Relating factors for depression in Korean working women: Secondary analysis of the fifth Korean National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES V). *Asian Nursing Research*, 9(3), 265-270.
- Lee, K. J., Jung, S. W., Lee, H. S., Kim, G. H., Lee, J. G., Lee, J. H., & Kim, J. J. (2017). Relationship of activities outside work to sleep and depression/anxiety disorders in Korean workers: The 4th Korean working condition survey. *Annals of Occupational and Environmental Medicine*, 29, 51.
- Lin, K. H., Shiao, J. S., Guo, N. W., Liao, S. C., Kuo, C. Y., Hu, P. T., ... Guo, Y. L. (2014). Long-term psychological outcome of workers after occupational injury: Prevalence and risk factors. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(1), 1-10.
- 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.
- Sujinnapram, M., Meksawan, K., & Pongthananikorn, S. (2018). Relationship between dietary pattern and depression among a working age population in Bangkok. *Journal of Public Health*, 48(3), 296-307.
- Yoon, H. J., Choi, J. W., Jang, S. Y., Lee, S. A., & Park, E. C. (2017). The effect of job loss on depressive symptoms: The results from the Korean Welfare Panel Study (2007-2013). *International Journal of Social Psychiatry*, 63(1), 57-62.