



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์
การพัฒนาแบบการส่งเสริมความรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของแรงงาน
ในพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก
MODEL DEVELOPMENT OF PROMOTING HEALTH LITERACY TO PROTECT
DEPRESSION AMONG LABORS IN EASTERN ECONOMIC CORRIDOR

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เสาวนีย์ ทองนพคุณ

โครงการวิจัยประเภทงบประมาณจากกองทุนวิจัยและพัฒนา
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ มหาวิทยาลัยบูรพา

สัญญาเลขที่ ๐๒๒/๒๕๖๒

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์
การพัฒนาแบบการส่งเสริมความรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของแรงงาน
ในพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก
MODEL DEVELOPMENT OF PROMOTING HEALTH LITERACY TO PROTECT
DEPRESSION AMONG LABORS IN EASTERN ECONOMIC CORRIDOR

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เสาวนีย์ ทองนพคุณ
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากงบประมาณกองทุนวิจัยและพัฒนา ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๒ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่สัญญา๐๒๒/๒๕๖๒

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณแรงงานและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับแรงงานในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจภาคตะวันออกทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือจนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ช่วยเหลือ และผู้ที่เป็นกำลังใจที่ดีให้กับผู้วิจัย ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และพี่น้องทุกท่าน

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า งานวิจัยฉบับนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญที่จะเป็นประโยชน์โดยตรงสำหรับสถานประกอบการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในแรงงานที่เป็นผลผลิตของโครงการนี้ไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของแรงงานได้

ผู้วิจัย

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญและทวีความรุนแรง โดยประมาณการว่าภาวะซึมเศร้าก่อให้เกิดความสูญเสียต่อสภาพเศรษฐกิจเป็นมูลค่าถึง ๘๐๐ ล้านดอลลาร์สหรัฐในปี ๒๕๕๓ และคาดว่ามูลค่าของความสูญเสียนี้จะเพิ่มขึ้นมากกว่า ๒ เท่าในปี ๒๕๗๓ จากผลการสำรวจในประเทศไทย พบว่า ประชากรไทยมีภาวะซึมเศร้า เกือบ ๑ ล้านคน ซึ่งหมายความว่าประชากรไทย ๑๐๐ คน จะมี ๒ คนที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า จากการสำรวจความชุกของภาวะซึมเศร้าในประชากรไทยวัยแรงงาน พบว่า ภาคกลางและภาคตะวันออกมีความชุกสูงที่สุด โดยภาคตะวันออกได้ถูกประกาศให้อยู่ในโครงการระเบียบเศรษฐกิจภาคตะวันออก (EEC) ทำให้มีแรงงานหลั่งไหลเข้ามาทำงานจำนวนมาก ในปัจจุบันแรงงานในภาคตะวันออกมีประมาณ ๑ ใน ๓ ของภาพรวมทั่วประเทศ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า แรงงานเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบทางสุขภาพจากการทำงานรวมทั้งภาวะซึมเศร้า ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ และปัจจัยทางจิตสังคม

จากนโยบายไทยแลนด์ ๔.๐ ที่เน้นให้คนไทยมีความรู้ ความสามารถ และความเป็นสากล ทำให้แรงงานในยุค ๔.๐ จำเป็นต้องมีความรอบรู้ ทักษะ ความคิดสร้างสรรค์ รวมถึงต้องมีความสามารถทางเทคโนโลยีเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับประเทศ ซึ่งจากการสำรวจสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย ในปี ๒๕๕๙ พบว่า วัยทำงาน อายุ ๑๕-๕๙ ปี ร้อยละ ๔๙ มีระดับความรอบรู้สุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีงานวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาเรื่องความรอบรู้สุขภาพกับการป้องกันภาวะซึมเศร้า ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพแรงงานในยุคแรงงาน ๔.๐ ให้มีความแข็งแรงทั้งทางกายและใจเพื่อให้เป็นแรงงานที่มีคุณภาพจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญยิ่ง โดยการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานในพื้นที่ระเบียบเศรษฐกิจภาคตะวันออก และนำไปสู่การพัฒนาแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับแรงงาน และเป็นแนวทางให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้นำข้อมูลและรูปแบบไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะซึมเศร้าในแรงงานเพื่อลดผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาวต่อไป

จากผลการวิจัย พบว่า แรงงานมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ ๑๗.๑ โดยตำแหน่งงาน ระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ การหงุดหงิดว่าุ่นใจ การไม่ยากพบปะผู้คน และความรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ดังนั้นจึงมีความจำเป็นยิ่งที่ผู้บริหารควรกำหนดนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะซึมเศร้าในแรงงานเพื่อให้แรงงานมีภาวะซึมเศร้าลดลง มีความสุขในการทำงานและการดำเนินชีวิต คุณภาพชีวิตดีขึ้น ส่งผลให้ผลผลิตและผลประกอบการในสถานบริการเพิ่มมากขึ้น โดยผู้บริหารควรมีการสนับสนุนทรัพยากร จัดสภาพแวดล้อมในสถานประกอบการให้เหมาะสม และควรประสานงานกับภาคีเครือข่ายในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ อีกทั้งยังควรมีการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม และนำบทเรียนที่ได้จากการดำเนินงานมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของสถานประกอบการเพื่อให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

ผลผลิต (Output) ของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ๑) รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในแรงงาน ๒) คู่มือ รอบรู้ รู้ “ซึม (เศร้า)” ๓) บทความทางวิชาการ

ระดับนานาชาติ ผลลัพธ์ (Outcome) ได้แก่ ๑) สถานประกอบการสามารถนำรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในแรงงานได้ ส่งผลกระทบบัณฑิตการณโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายลดลง ๒) สถานประกอบการบริหารทรัพยากรมนุษย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ๓) ได้รับการอ้างอิง บทความทางวิชาการระดับชาติ/ นานาชาติ และต่อยอดการศึกษาวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ๑). การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของแรงงานในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจภาคตะวันออก ดังนั้นการนำผลการวิจัยไปใช้จึงควรพิจารณาถึงบริบทที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน และปรับใช้ให้เหมาะสมตามบริบทของสถานประกอบการ ๒) สถานประกอบการและหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องควรสร้างและจัดทำนโยบายเพื่อลดภาวะซึมเศร้า ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ๑) ควรศึกษาคุณภาพของการใช้สื่อสังคมออนไลน์ เนื่องจากจากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าการใช้สื่อสังคมออนไลน์มากกว่า ๓ ชั่วโมงต่อวันมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ดังนั้นควรศึกษาและประเมินถึงคุณภาพการใช้สื่อเพื่อให้เข้าใจถึงเหตุผลความจำเป็นของการใช้สื่อสังคมออนไลน์ หากการใช้สื่อสังคมออนไลน์นั้นๆ ส่งผลในทางลบ ควรจัดทำข้อเสนอแนะในการใช้สื่อเชิงสร้างสรรค์ป้องกันซึมเศร้าในลำดับถัดไป ๒) ควรศึกษาระบบการส่งเสริม ป้องกัน ดูแล และรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อจะได้เข้าใจและปรับระบบการให้บริการให้มีความเหมาะสมกับแรงงานมากยิ่งขึ้น ๓) ควรนำรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าไปใช้ในสถานประกอบการและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและยกระดับคุณภาพชีวิตให้กับแรงงาน

บทคัดย่อ

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของแรงงาน ในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจภาคตะวันออก

วัตถุประสงค์: การศึกษาวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจภาคตะวันออกเพื่อพัฒนาและเผยแพร่รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของแรงงานในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจภาคตะวันออก

วัสดุและวิธีการ: การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ การสุ่มตัวอย่างแบบ ๒ ขั้นตอน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๔๑๖ คน และการสนทนากลุ่มจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับแรงงานจำนวน ๒๐ คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามออนไลน์ ได้แก่ ข้อมูลด้านประชากรของแรงงาน ความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า และแบบวัดภาวะซึมเศร้า และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยนำเสนอในรูปของวิเคราะหข้อมูลใช้สถิติพรรณนา การทดสอบไคสแคว์ การวิเคราะห์แบบ Multivariable logistic regression และการการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ซึ่งผลจากการศึกษาในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพได้นำไปพัฒนารูปแบบและคู่มือ “รอบรู้ สู้ ซึม (เศร้า)” และนำกลับไปให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียประเมิน

ผลการศึกษา: แรงงานมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ ๑๗.๑ ความสัมพันธ์ของปัจจัยกับภาวะซึมเศร้า พบว่า ตำแหน่งงานในปัจจุบัน (Adjusted odds ratio [OR_{adj}] = ๗.๑๔) ระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อวัน (OR_{adj} = ๑.๘๗), ปัญหาหงุดหงิดว่าุ่นใจหรือกระวนกระวาย (OR_{adj} = ๕.๓๕) ไม่อยากพบปะผู้คน (OR_{adj} = ๙.๑๒) และความรอบรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (OR_{adj} = ๒.๔๑) มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จากการสนทนากลุ่มพบว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียยังคงสับสนระหว่างความเครียดกับภาวะซึมเศร้า สื่อสังคมออนไลน์ถูกนำมาใช้เพื่อการทำงานเท่านั้น คู่มือ รอบรู้ สู้ “ซึม (เศร้า)” และรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของแรงงานถูกพัฒนาขึ้นจากการสนทนากลุ่ม ซึ่งผลการประเมินโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียพบว่ามีความน่าสนใจและนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง

ข้อเสนอแนะ: สื่อสังคมออนไลน์และความรอบรู้สุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในแรงงาน อย่างไรก็ตามจึงมีความจำเป็นที่จะพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของแรงงานในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจภาคตะวันออกจาก ๒ ปัจจัยดังกล่าวข้างต้น

คำสำคัญ: ความรอบรู้สุขภาพ แรงงาน โปรแกรม โรงงาน อุตสาหกรรม

ABSTRACT

MODEL DEVELOPMENT OF PROMOTING HEALTH LITERACY TO PROTECT DEPRESSION AMONG LABORS IN EASTERN ECONOMIC CORRIDOR

Purpose: This study aimed identify the associated factors of risk for depression among workers in industrial factories at EEC, Thailand. Also model was developed based on health literacy concept to protect depression among them.

Patients and methods: This study applied a research and development design with mixed quantitative and qualitative method during May 2019 – May 2020. Two stage sampling was used to recruit samples totally 466 workers for survey. Workers evaluated themselves using self-administered questionnaire comprising demographic, health literacy to protect depression, and the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D). Additionally, 20 stakeholders enrolled twice focus group by using semi structured interview questionnaire. Descriptive statistical, Chi-square, and multivariable logistic regression methods were analyzed for quantitative data. A descriptive content analysis was applied for qualitative data analysis. Both quantitative and qualitative data including stakeholders brainstorming were utilized to develop model of promoting health literacy to protect depression.

Results: The prevalence of risk for depression was 17.6 of 466 industrial workers. These factors were associated significant with risk for depression as followings; job position (Adjusted odds ratio [OR_{adj}] = 1.14), hour of use online media (OR_{adj} = 1.45), moody/ anxious (OR_{adj} = 1.14), avoid to meet people (OR_{adj} = 1.14), self-behavior modification to prevent depression (OR_{adj} = 1.45). The focus group revealed that stakeholders had blur perception between stress and depression. They worked under time squeezer with workload but there were less screening for depression industrial factories. Online media was used only for working. Guidebook and model was developed and the main contents were definition and symptoms of depression, self-screening and self-care, consultation and hotline contact, health literacy improvement guideline for factories and health personal to prevent depression. The guidebook and model was very interesting and useful for stakeholders.

Conclusion: This study confirmed that online media and health literacy were imperative factors to approach depression problem among worker in industrial factories. Therefore the guidebook and model were develop base on health literacy concept. This guidebook and model may be apply to prevent depression among workers in industrial context.

Keywords: Health literacy, Labor, Intervention, Factory, Industry

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทสรุปผู้บริหาร	ข
บทคัดย่อ	ง
ABSTRACT	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ณ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ ๑ บทนำ	๑
๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	๑
๑.๒ วัตถุประสงค์ของการวิจัย	๓
๑.๓ สมมติฐานการวิจัย	๓
๑.๔ ขอบเขตของการวิจัย	๓
๑.๕ กรอบแนวความคิดของการวิจัย	๔
๑.๖ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	๔
๑.๗ หน่วยงานที่สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์	๕
๑.๘ นิยามศัพท์เฉพาะ	๕
บทที่ ๒ เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	๗
๒.๑ แนวคิดเกี่ยวกับแรงงานภาคอุตสาหกรรม	๗
๒.๒ ภาวะซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพของแรงงานภาคอุตสาหกรรม	๘
๒.๓ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)	๑๓
๒.๔ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	๑๖

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ ๓ วิธีดำเนินการวิจัย	๔๐
๓.๑ ระเบียบวิธีในการศึกษาวิจัย	๑๘
๓.๒ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	๑๘
๓.๓ เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล	๒๒
๓.๔ จริยธรรมการวิจัย	๒๔
๓.๕ การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล	๒๔
บทที่ ๔ ผลการวิจัย	๒๖
การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของ แรงงานในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจภาคตะวันออก (ระยะที่ ๑)	
ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาวะซึมเศร้า	๒๖
ส่วนที่ ๒ ข้อมูลเกี่ยวกับการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาวะซึมเศร้า	๒๙
ส่วนที่ ๓ ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง	๓๑
ส่วนที่ ๔ ระดับความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า จำแนกตามภาวะซึมเศร้า	๓๑
ส่วนที่ ๕ ความสัมพันธ์ของข้อมูลทั่วไปกับภาวะซึมเศร้า	๓๓
ส่วนที่ ๖ ความสัมพันธ์ของข้อมูลเกี่ยวกับการทำงานกับภาวะซึมเศร้า	๓๖
ส่วนที่ ๗ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบถดถอยโลจิสติกกับภาวะซึมเศร้า	๓๘
บทที่ ๕ ผลการวิจัย	๔๒
การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของ แรงงานในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจภาคตะวันออก ระยะที่ ๒ และระยะที่ ๓	
ส่วนที่ ๑ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและสถานการณ์ภาวะซึมเศร้า ในสถานประกอบการ	๔๒
ส่วนที่ ๒ สาเหตุและผลกระทบของการเกิดภาวะซึมเศร้า	๔๔
ส่วนที่ ๓ แนวทาง/ มาตรการ/ วิธีการป้องกันภาวะซึมเศร้า ในสถานประกอบการในปัจจุบันและอนาคต	๔๗
ส่วนที่ ๔ รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ของแรงงาน	๖๑
ส่วนที่ ๕ คู่มือ รอบรู้ สู้ “ซึม (เศร้า)” สำหรับวัยแรงงาน	๖๓

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ ๖ สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	๖๔
สรุปผลการวิจัยการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อลดภาวะ ซึมเศร้าของแรงงานในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจภาคตะวันออก (ระยะที่ ๑)	๖๕
สรุปผลการวิจัยการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อลดภาวะ ซึมเศร้าของแรงงานในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจภาคตะวันออก ระยะที่ ๒ และ ระยะที่ ๓	๖๗
การอภิปรายผลผลการวิจัยการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของแรงงานในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจภาคตะวันออก	๗๕
ข้อเสนอแนะ	๘๒
ผลผลิต (Output)	๘๓
ผลลัพธ์ (Outcome)	๘๓
รายงานสรุปการเงิน	๘๔
บรรณานุกรม	๘๕
ภาคผนวก	
แบบสอบถาม	
แบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง (สำหรับการสนทนากลุ่ม)	
คู่มือ รอบรู้ ผู้ ซึมเศร้า สำหรับแรงงาน	
ประวัตินักวิจัย	

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
๑	ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาวะซึมเศร้า (n=๔๑๖ คน)	๒๗
๒	ข้อมูลเกี่ยวกับการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาวะซึมเศร้า	๓๐
๓	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาวะซึมเศร้า (n = ๔๑๖ คน)	๓๑
๔	ระดับความรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าแต่ละด้านและภาพรวม จำแนกตามภาวะซึมเศร้า	๓๒
๕	ความสัมพันธ์ของข้อมูลทั่วไปกับภาวะซึมเศร้า	๓๓
๖	ความสัมพันธ์ของข้อมูลเกี่ยวกับการทำงานกับภาวะซึมเศร้า	๓๖
๗	การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบถดถอยโลจิสติก	๔๐

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
๑ กรอบแนวคิดการวิจัย	๔
๒ แสดงรูปแบบและกลวิธีการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ในพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก	๖๒
๓ แสดง คู่มือ “รอบรู้ สู้ ซึม(เศร้า)”	๖๓

บทที่ ๑

บทนำ

๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญและทวีความรุนแรงในทุกประเทศ โดยสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกเพศทุกวัย เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าอาศัยอยู่ในภูมิภาคเอเชียใต้ เอเชียตะวันออก และแปซิฟิกตะวันตก (World Health Organization, ๒๐๑๘) โดยประมาณการว่า ภาวะซึมเศร้าก่อให้เกิดความสูญเสียต่อสภาพเศรษฐกิจเป็นมูลค่าถึง ๘๐๐ ล้านดอลลาร์สหรัฐในปี ๒๕๕๓ และคาดว่ามูลค่าของความสูญเสียนี้จะเพิ่มขึ้นมากกว่า ๒ เท่าในปี ๒๕๗๓ (World health organization, ๒๐๑๖) จากผลการสำรวจขององค์การอนามัยโลกในปี ๒๐๑๗ พบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามากกว่า ๓๐๐ ล้านคนทั่วโลก โดยในปี ค.ศ. ๒๐๐๕ ถึงปี ค.ศ. ๒๐๑๕ มีอัตราการป่วยด้วย ภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ ๑๘ (World Health Organization, ๒๐๑๙b) การดำเนินโรคมักเริ่มจากมีภาวะซึมเศร้า (Depression) หลังประสบเหตุการณ์ที่ก่อความเครียดในชีวิต ถ้าบุคคลนั้นมีแนวโน้มด้านกรรมพันธุ์หรือขาดทักษะในการแก้ปัญหาหรือมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆร่วมด้วย ทำให้อาการซึมเศร้ารุนแรงและเป็นอยู่นานจนเป็นโรคซึมเศร้า หากไม่ได้รับการรักษาก็จะมีผลกระทบต่อการนัดทำงานหรือบางรายอาจฆ่าตัวตาย ระบบการดูแลเฝ้าระวังและป้องกันจึงมีความสำคัญต่อการลดอุบัติการณ์โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้พบว่าการคัดกรองด้วย ๒Q และ ๙Q จนได้รับการวินิจฉัยและรักษาด้วยยาของประเทศไทยมีความคุ้มค่าจะลดต้นทุนค่าใช้จ่ายจาก ๑๔,๓๘๑ บาท/ราย เป็น ๙๓๐ บาท/ราย (Department of Mental Health, ๒๐๑๔)

จากผลการสำรวจในประเทศไทย พบว่า ประชากรไทยมีภาวะซึมเศร้า เกือบ ๑ ล้านคน ซึ่งหมายความว่าประชากรไทย ๑๐๐ คน จะมี ๒ คนที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ทั้งนี้เพศหญิงมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชายถึง ๑.๗ เท่า (กรมสุขภาพจิต, ๒๕๕๘) จากการสำรวจความชุกของภาวะซึมเศร้าในประชากร ไทยวัยแรงงาน พบว่า เพศหญิง (ร้อยละ ๓.๘๐) มีความชุกของภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย (ร้อยละ ๒.๑๐) จำแนกเป็นอายุ ๑๕-๒๕ ปี ความชุก ร้อยละ ๑ อายุ ๓๐-๔๔ ปี ความชุก ร้อยละ ๒.๘๐ และอายุ ๔๕-๕๔ ปี ความชุกร้อยละ ๔.๑๐ โดยพบว่าภาคกลางและภาคตะวันออกมีความชุกสูงที่สุด (Aekplakorn W., ๒๐๑๔) โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขได้แบ่ง ภาวะซึมเศร้าเป็น ๔ ระดับ ได้แก่ ไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือความซึมเศร้าระดับน้อยมาก ความซึมเศร้าระดับน้อย ความซึมเศร้าระดับปานกลาง และความซึมเศร้าระดับรุนแรง (กรมสุขภาพจิต, ๒๕๖๐) ประเทศไทยมีการฆ่าตัวตายสำเร็จปีละ ๔๐๐๐ คน ส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงาน ช่วงอายุ ๓๐-๓๙ ปีมากที่สุด เพศชายมากกว่าเพศหญิง ๔ เท่า (Tantipasawasins S., ๒๐๑๙)

ภาคตะวันออกได้ถูกประกาศให้อยู่ในโครงการระเบียบเศรษฐกิจภาคตะวันออก (EEC) ทำให้มีแรงงานหลังไหลเข้ามาทำงานจำนวนมาก ข้อมูลล่าสุดจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี ๒๕๕๓ พบว่า แรงงานอายุ ๑๕-๖๐ ปี ทั่วประเทศ มีจำนวน ๓๔,๘๖๐,๔๙๔ คน ในจำนวนนี้มีแรงงานในภาคตะวันออกและภาคกลางถึง ๑๐,๑๓๗,๘๗๗ คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๕๓) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า แรงงานเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบทางสุขภาพจากการทำงาน

มากมายรวมทั้งภาวะซึมเศร้า ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ และปัจจัยทางจิตสังคม (Horesh, Klomek, & Apter, ๒๐๐๘) ซึ่งภาวะซึมเศร้าจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อประสิทธิภาพในการทำงานและการดำเนินชีวิต (Kongsomboon, ๒๐๑๐) อย่างไรก็ตามแรงงานมิได้ถูกระบุในเกณฑ์การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า (Department of Mental Health, ๒๐๑๔)

จากนโยบายไทยแลนด์ ๔.๐ ที่เน้นให้คนไทยมีความรู้ ความสามารถ และความเป็นสากล ทำให้แรงงานในยุค ๔.๐ จำเป็นต้องมีความรอบรู้ ทักษะ ความคิดสร้างสรรค์ รวมถึงต้องมีความสามารถทางเทคโนโลยีเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับประเทศ โดยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้นำแนวคิดความรู้สุขภาพ (Health Literacy) ขององค์การอนามัยโลกมาประยุกต์ใช้ โดยองค์การอนามัยโลกได้ให้แนวคิดที่ว่า ความรอบรู้สุขภาพ คือ กระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งจากการสำรวจสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย ในปี ๒๕๕๙ พบว่า วัยทำงาน อายุ ๑๕-๕๙ ปี ร้อยละ ๔๙ มีระดับความรู้สุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุราอยู่ในระดับไม่ดี (Health Education Division, ๒๐๑๕) และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีงานวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาเรื่องความรู้สุขภาพกับการป้องกันภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้ความรู้สุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่สร้างความแตกต่างระหว่างบุคคลในการจัดการสุขภาพ โดยการเฉพาะในยุคของการสื่อสารแบบออนไลน์ ยิ่งจำเป็นต้องมีความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ การประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล การกลั่นกรองและเลือกข้อมูล เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม รวมถึงการป้องกันภาวะซึมเศร้า จะต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานในภาคส่วนต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสังคมโดยรวม (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, ๒๕๖๑)

ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพแรงงานในยุคแรงงาน ๔.๐ ให้มีความแข็งแรงทั้งทางกายและใจ เพื่อให้เป็นแรงงานที่มีคุณภาพจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญยิ่ง ในการศึกษาครั้งนี้จะมุ่งศึกษากลุ่มแรงงานที่มีอายุระหว่าง ๑๘ - ๖๐ ปี และเป็นกลุ่มแรงงานในระบบ (Formal Sector) ในภาคอุตสาหกรรม โดยการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานในพื้นที่ระยอง เศรษฐกิจภาคตะวันออก และนำไปสู่การพัฒนาแบบการส่งเสริมความรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับแรงงาน และเป็นแนวทางให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้นำข้อมูลและรูปแบบไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะซึมเศร้าในแรงงานเพื่อลดผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาวต่อไป

๑.๒ วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- ๑) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจภาคตะวันออก
- ๒) เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ของแรงงานในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจภาคตะวันออก
- ๓) เพื่อเผยแพร่รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของแรงงานในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจภาคตะวันออก

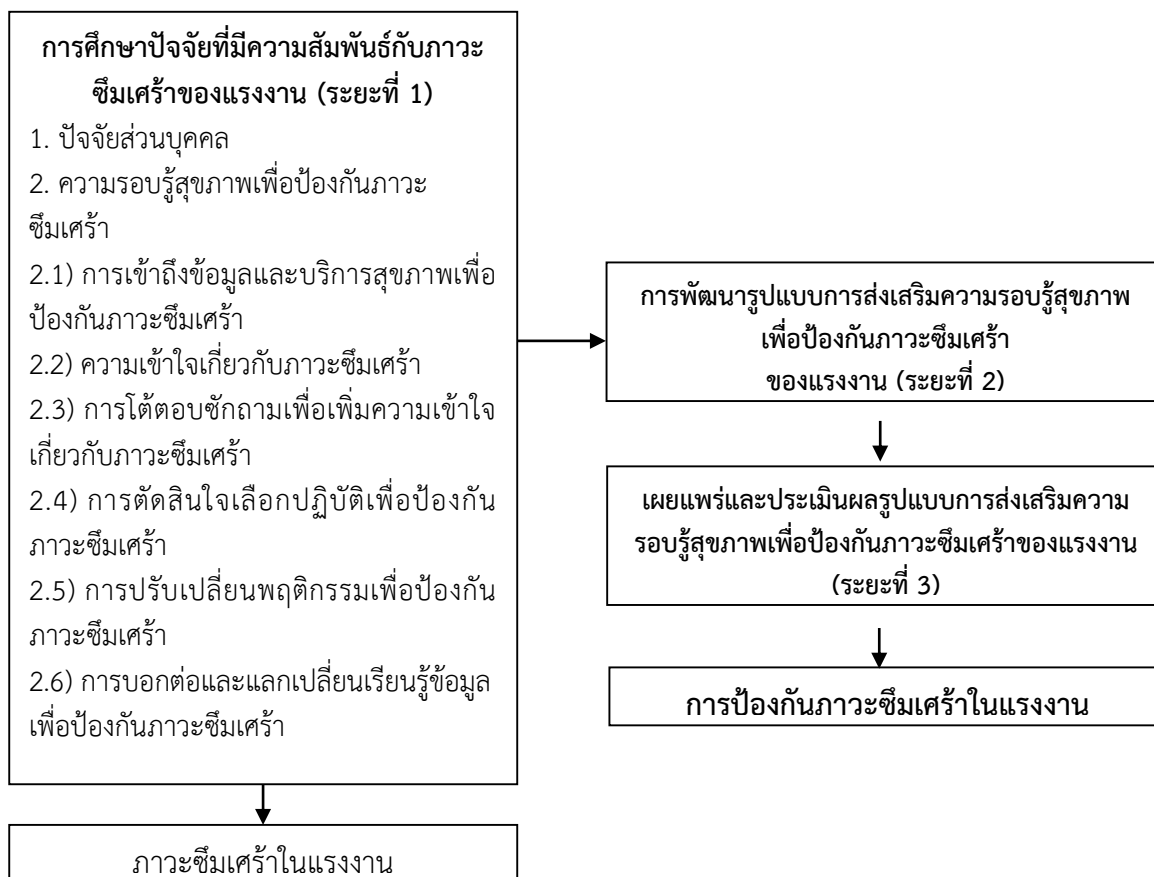
๑.๓ สมมติฐานของการวิจัย

- ๑) แรงงานในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจภาคตะวันออกไม่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า
- ๒) ปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจภาคตะวันออก
- ๓) รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของแรงงานในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจภาคตะวันออกสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

๑.๔ ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในแรงงาน พื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก โดยจะทำการศึกษาในแรงงานที่มีอายุตั้งแต่ ๑๘ - ๖๐ ปี เนื่องจากเป็นบุคคลที่ทางกฎหมายถือว่าเป็นผู้ที่บรรลุนิติภาวะที่ทำงานในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก ๓ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดฉะเชิงเทรา ชลบุรี และระยอง ในการศึกษาครั้งนี้จะดำเนินการศึกษาในกลุ่มแรงงานในระบบ (Formal Sector) โดยจะศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเท่านั้น

๑.๕ กรอบแนวความคิดของการวิจัย



ภาพที่ ๑ กรอบแนวคิดการวิจัย

๑.๖ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

๑) เพื่อสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของแรงงานในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจภาคตะวันออก

๒) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของแรงงานในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจภาคตะวันออกไปประยุกต์ใช้ในสถานประกอบการได้อย่างเหมาะสม

๓) ประเทศชาติสามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นรากฐานในการพัฒนาประเทศ หากแรงงานมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีก็จะส่งผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ

๔) เผยแพร่บทความทางวิชาการระดับชาติ/ นานาชาติ ได้รับการอ้างอิงและต่อยอดการศึกษาวิจัย

๑.๗ หน่วยงานที่สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

๑. สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ
๒. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
๓. กระทรวงสาธารณสุข เช่น กรมควบคุมโรค กรมอนามัย กองสุกศึกษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
๔. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการวางแผน นโยบาย และพัฒนาด้านสุขภาพในวัยรุ่น
๕. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๑.๘ นิยามศัพท์เฉพาะ

๑.๘.๑ ภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้า คือ กระบวนการทางจิตใจที่เป็นผลมาจากความผิดปกติทางอารมณ์ โดยจะมีการแสดงออกทางอารมณ์ เช่น อารมณ์เศร้า หดหู่ ท้อแท้ เบื่อหน่าย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ น้ำหนักลด เชื่องช้า มองโลกในด้านลบ ซึ่งส่งผลกระทบต่ออาชีพการงาน ตลอดจนความสัมพันธ์กับผู้อื่น อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบทดสอบ CES-D แบ่งเป็น ๒ ระดับ คือ เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า และไม่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า

๑.๘.๒ แรงงาน หมายถึง ประชากรในวัยทำงาน ช่วงอายุ ๑๘ – ๖๐ ปี เนื่องจากเป็นบุคคลที่ทางกฎหมายถือว่าเป็นผู้ที่บรรลุนิติภาวะ และเป็นกลุ่มแรงงานในระบบ (Formal Sector) ในภาคอุตสาหกรรม ซึ่งแบ่งเป็น ๒ ประเภท คือ โรงงานอุตสาหกรรมที่มีลูกจ้างมาทำงานในขณะเดียวกันน้อยกว่า ๒๐๐ คน และโรงงานอุตสาหกรรมที่มีลูกจ้างมาทำงานในขณะเดียวกันตั้งแต่ ๒๐๐ คนขึ้นไป ในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก

๑.๘.๓ ความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความรอบรู้และความสามารถของแรงงานในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การโต้ตอบคำถามเพื่อเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า การบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันภาวะซึมเศร้า ซึ่งจำแนกนิยามศัพท์รายด้านได้ดังนี้

๑) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า (access) หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ในด้านการค้นหา เปิดรับ เข้าถึง กลั่นกรอง และการตรวจสอบข้อมูลที่น่าเชื่อถือก่อนนำมาใช้ทำความเข้าใจ

๒) ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (understand) หมายถึง ความสามารถและทักษะในการจดจำ ความเข้าใจในเรื่องสาเหตุของภาวะซึมเศร้า อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า และการป้องกันภาวะซึมเศร้า

๓) การโต้ตอบคำถามเพื่อเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (questioning) หมายถึง ความสามารถและทักษะการใช้คำถาม และการสื่อสารเจรจาเพื่อเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

๔) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า (make decision) หมายถึง ความสามารถและทักษะการตัดสินใจในการเปรียบเทียบ การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า

๕) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความสามารถและทักษะในการนำข้อมูล ประสบการณ์ มาใช้ในการวางแผน ควบคุม กำกับตนเอง และสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า

๖) การบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความสามารถและทักษะในการชักชวน บอกต่อ จูงใจ แลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกับผู้อื่นเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า

บทที่ ๒

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของแรงงานในพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดและประเด็นในการศึกษาวิจัยตามหัวข้อต่อไปนี้

- ๒.๑ แนวคิดเกี่ยวกับแรงงานภาคอุตสาหกรรม
- ๒.๒ ภาวะซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพของแรงงานภาคอุตสาหกรรม
 - ๒.๒.๑ แนวคิดและความหมายของภาวะซึมเศร้า
 - ๒.๒.๒ ระบบบริการสำหรับโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย
- ๒.๓ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)
 - ๒.๓.๑ ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ
 - ๒.๓.๒ ระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ
- ๒.๔ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๒.๑ แนวคิดเกี่ยวกับแรงงานภาคอุตสาหกรรม

๒.๑.๑ ความหมายของแรงงาน

สำนักงานราชบัณฑิตยสภา (๒๕๓๖) ได้ให้ความหมายของแรงงานไว้ว่า ประชากรในวัยทำงาน ไม่รวมถึงคนพิการ คนวิกลจริต นักเรียน นักศึกษา แม่บ้าน นักบวช ทหาร ผู้ต้องขังและผู้ประกอบกิจการเพื่อหากำไร ความสามารถในการทำงานเพื่อประโยชน์ในทางเศรษฐกิจ กิจการที่คนงานทำในการผลิตเศรษฐกิจ (สำนักงานราชบัณฑิตยสภา, ๒๕๓๖)

พระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน (๒๕๕๔) ให้ความหมายคำว่า “ลูกจ้าง” หมายถึง ลูกจ้างตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน และให้หมายความรวมถึงผู้ซึ่งได้รับความยินยอมให้ทำงานหรือทำผลประโยชน์ให้แก่หรือในสถานประกอบกิจการของนายจ้าง ไม่ว่าจะเรียกชื่ออย่างไรก็ตาม (กระทรวงแรงงาน, ๒๕๕๔)

สำนักงานสถิติ (๒๕๕๐) ให้ความหมายคำว่า กำลังแรงงานรวม หมายถึง บุคคลทุกคนที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป เป็นผู้อยู่ในกำลังแรงงานปัจจุบัน หรือเป็นผู้จัดจำแนกอยู่ในประเภทกำลังแรงงานที่รอฤดูกาล (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๕๐)

กระทรวงแรงงาน (๒๕๕๒) ให้ความหมายของ แรงงานเด็ก หมายถึง การจ้างเด็กที่มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี บริบูรณ์ แต่มีอายุไม่ต่ำกว่า ๑๕ ปีบริบูรณ์ ทำงาน (กระทรวงแรงงาน, ๒๕๖๒)

อังคณา ศิริอำพันธ์กุล (๒๐๑๘) ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะทางจิตใจที่แสดงถึงความผิดปกติไปจากเดิม เช่น หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวังเบื่อหน่าย เศร้า ขาดสมาธิ ขาดความภาคภูมิใจในตัวเอง รวมถึงมีทัศนคติด้านลบต่อตัวเองและสังคมรอบข้าง มีความผิดปกติทางกาย เช่น นอนไม่หลับ หรือหลับยาก อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า เก็บตัว มากขึ้น ส่งผลกระทบทางจิตใจ เช่น หดหู่ ท้อแท้ ไม่รู้เรื่อง

แจ่มใส สิ้นหวัง ส่งผลเสียต่อการดำเนินชีวิตประจำวันทั่วไป การทำงาน และการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น ทำให้ขาดความสุข ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาการฆ่าตัวตายได้ (Sirumpankul A., ๒๐๑๘)

หน่วยงานองค์การระหว่างประเทศ (International Labour Organization: ILO) (๒๐๐๒) ได้ให้ความหมายของแรงงานไว้ว่า ผู้ที่มีระยะเวลาตามกำหนดทำงานบางอย่างสำหรับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนในรูปแบบต่าง ๆ หรือลักษณะการจ้างงานตนเอง (International Labour Organization: ILO, ๒๐๐๒)

จากความหมายของคำว่าแรงงาน หรือคำอื่นที่มีความหมายใกล้เคียงกันของหน่วยงานต่าง ๆ ผู้วิจัยสามารถให้ความหมายของ “แรงงาน” ได้ว่า เป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง ๑๕ – ๖๐ ปี โดยในปัจจุบันมีการใช้แรงงาน ยินยอมทำงานหรือรักษาผลประโยชน์ให้กับบุคคล กลุ่มคน หรือองค์กร เพื่อหวังผลประโยชน์รับค่าตอบแทนในรูปแบบต่าง ๆ โดยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ให้คำจำกัดความของแรงงานว่าหมายถึง ประชากรในวัยทำงาน ช่วงอายุ ๑๘ – ๖๐ ปี เนื่องจากเป็นบุคคลที่ทางกฎหมายถือว่าเป็นผู้ที่บรรลุนิติภาวะ และเป็นกลุ่มแรงงานในระบบ (Formal Sector) ในภาคอุตสาหกรรม ซึ่งแบ่งเป็น ๒ ประเภท คือ โรงงานอุตสาหกรรมที่มีลูกจ้างมาทำงานในขณะเดียวกันน้อยกว่า ๒๐๐ คน และโรงงานอุตสาหกรรมที่มีลูกจ้างมาทำงานในขณะเดียวกันตั้งแต่ ๒๐๐ คนขึ้นไป ในเขตพื้นที่ระบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก ทั้งนี้เนื่องจากกฎกระทรวงว่าด้วยการจัดสวัสดิการในสถานประกอบกิจการ พ.ศ. ๒๕๔๘ ได้กำหนดให้สถานประกอบการที่มีลูกจ้างมาทำงานในขณะเดียวกันตั้งแต่ ๒๐๐ คนขึ้นไปจะต้องจัดให้มีพยาบาลระดับเทคนิคขึ้นไปประจำตลอดเวลา และแพทย์แผนปัจจุบันอย่างน้อย ๑ คน ประจำไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ ๒ ครั้ง (Centers for disease control and prevention, ๒๐๑๘)

๒.๒ ภาวะซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพของแรงงานภาคอุตสาหกรรม

๒.๒.๑ แนวคิดและความหมายของภาวะซึมเศร้า

๒.๒.๑.๑ ความหมายของภาวะซึมเศร้า

เบ็ค (Beck, ๑๙๙๗) ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นกระบวนการทางจิตใจที่เกิดด้านลบต่อตนเอง ความแปรปรวนทางด้านความคิด การรับรู้ และอารมณ์ที่ส่งผลต่อร่างกายและพฤติกรรม เช่น รู้สึกเศร้า เสียใจ ท้อแท้ หดหู่ หลีกหนี ไม่สนใจสิ่งรอบข้าง เกิดผลกระทบต่อการนอนหลับ รู้สึกไร้ค่า เกิดความคิดด้านลบ (Beck, ๑๙๖๗)

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (๒๕๕๔) ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า คือ ปฏิกริยาที่แสดงออกมาจากความรู้สึกสูญเสีย ทำให้เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น อารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย หดหู่จิตใจ ท้อแท้ สิ้นหวัง ส่งผลต่ออาการทางกายทำให้เคลื่อนไหวช้า เชื่องซึม เบื่ออาหาร น้ำหนักลดนอนไม่หลับ จนอาจนำไปสู่การทำร้ายตัวเองและการฆ่าตัวตาย (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, ๒๕๕๔)

นันทิรา หงส์ศรีสุวรรณ (๒๕๕๙) ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจที่แสดงออกถึงความผิดปกติของอารมณ์ เช่น อารมณ์เศร้า ไม่มีความสุข เบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง เชื่องซึม นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ขาดสมาธิ วิตกกังวล มองโลกในแง่ลบ (Nuntira Hongsisuwan, ๒๐๑๖)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของ ภาวะซึมเศร้า คือ กระบวนการทางจิตใจที่เป็นผลมาจากความผิดปกติทางอารมณ์ โดยจะมีการแสดงออกทางอารมณ์ เช่น อารมณ์เศร้า หดหู่ ท้อแท้ เบื่อหน่าย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ น้ำหนักลด เชื่องช้า มองโลกในแง่ลบ ซึ่งส่งผลกระทบต่ออาชีพการงาน ตลอดจนความสัมพันธ์กับผู้อื่น อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย

๒.๒.๑.๒ แนวคิดของภาวะซึมเศร้า

กลุ่มโรคซึมเศร้ามีลักษณะสำคัญคือ อารมณ์เศร้า รู้สึกว่างเปล่าหรือหงุดหงิด ร่วมกับมีอาการทางกายหรือการเปลี่ยนแปลง cognition ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน โรคที่สำคัญกลุ่มนี้ประกอบด้วย

๒.๒.๑.๒.๑ Disruptive Mood Dysregulation Disorder (DMDD)

เป็นโรคในเด็กและวัยรุ่น ผู้ป่วยมีปัญหาในการควบคุมอารมณ์ มีการระเบิดอารมณ์ตอบสนองต่อสถานการณ์หรือสิ่งยั่วยุที่รุนแรงมากกว่าที่ควรจะเป็นอย่างมาก ทั้งการแสดงออกทางวาจาและพฤติกรรมต่อบุคคลหรือสิ่งของในเวลาที่มีสติหรือสติลดลงโดยที่ไม่เหมาะสมกับระดับพัฒนาการ เกิดขึ้นเป็นประจำและเรื้อรังและมีอารมณ์ที่หงุดหงิดง่าย พร้อมทั้งจะระเบิดอารมณ์อยู่เกือบตลอดเวลา มักแสดงออกโดยมีอารมณ์โกรธ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเป็นประจำ ความซุกในเด็กและวัยรุ่นร้อยละ ๒-๕ พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงในอัตรา ๓:๑

๒.๒.๑.๒.๒ Major Depressive Disorder

สาเหตุเกิดจาก ปัจจัยด้านชีวภาพและปัจจัยด้านจิตสังคม

๑) ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่

พันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคเช่นญาติสายตรงของผู้ป่วยซึมเศร้ามีโอกาสเกิดโรคมามากกว่าประชากรทั่วไป ๒-๓ เท่า อัตราเกิดโรคร่วมในฝาแฝดพบร้อยละ ๓๗ พบความผิดปกติของยีนที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคถึงแม้ยังไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่าเป็นความผิดปกติของยีนในตำแหน่งใด

สารส่งผ่านประสาท ผู้ป่วยมี norepinephrine serotonin dopamine ต่ำลง และมีความผิดปกติ receptor ที่เกี่ยวข้อง (monoamine-deficiency hypothesis) เชื่อว่าเป็นความบกพร่องในการควบคุมประสานงานร่วมกันมากกว่าเป็นความผิดปกติที่ระบบใดระบบหนึ่ง และพบว่าสารส่งประสาทอื่นๆอาจผิดปกติด้วยเช่นกัน

ระบบต่อมไร้ท่อ การทำงานของ Hypothalamic-Pituitary-Adrenal axis(HPA axis) เพิ่มขึ้นในภาวะซึมเศร้าทำให้ระดับ glucocorticoid ในพลาสมาเพิ่มขึ้น ส่งผลยับยั้งกระบวนการ neurogenesis และ dendritic remodeling ใน hippocampus ทำให้เซลล์บริเวณนี้ฝ่อหรือตายลง คาดว่าผู้ป่วยน่าจะมี ความผิดปกติบริเวณ limbic system ซึ่งเกี่ยวข้องกับการรับรู้ อารมณ์ และความคิด รวมทั้งบริเวณ hypothalamus ซึ่งเกี่ยวข้องกับการหลั่งฮอร์โมน และ basal ganglia ซึ่งเกี่ยวกับ psychomotor activity นอกจากนี้ยังพบ growth hormone หลั่งน้อยผิดปกติ และการทำงานที่ผิดปกติของ Thyroid axis activity

ความผิดปกติทางสรีระวิทยา พบว่าสัมพันธ์กับสรีระวิทยาในการนอนเช่น เวลารอนโดยรวมน้อยลง หลับลึกน้อยลง

๒) ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่

เหตุการณ์ในชีวิตและปัจจัยสิ่งแวดล้อม เหตุการณ์ในชีวิตบางเหตุการณ์และความเครียดจากสิ่งแวดล้อมบางอย่างสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าเช่นการสูญเสียคนรัก การว่างงาน เป็นต้น

บุคลิกภาพ ผู้ป่วยมักมีแนวคิดทำให้ตนเองซึมเศร้าเช่นมองตนเองหรือโลกในแง่ลบ แต่ไม่ว่าบุคลิกภาพแบบใดก็ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้ขึ้นกับสถานการณ์แวดล้อมที่มากระตุ้น

ปัจจัยตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ เชื่อว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากความโกรธหรือความก้าวร้าวหันเข้าหาตนเอง (aggression turn-inward) ซึ่งเป็นผลจากการสูญเสียหรือการต้องแยกจากบุคคลที่มีความสำคัญหรือการสูญเสียความมั่นคงในตนเอง

ผู้ป่วยแต่ละรายมาพบแพทย์ด้วยอาการและอาการแสดงที่แตกต่างกันดังนี้

อาการด้านอารมณ์ ได้แก่ รู้สึกเศร้า หดหู่ สะเทือนใจ ร้องไห้ง่าย ผู้ป่วยไทยอาจไม่บอกว่าเศร้า แต่จะบอกว่ารู้สึกเบื่อหน่ายไปหมด จิตใจไม่สดชื่นเหมือนเดิม อารมณ์หงุดหงิดก็พบได้บ่อยเช่นกัน โดยอารมณ์เหล่านี้จะเป็นเกือบทั้งวันและเป็นติดต่อกันเกือบทุกวันนานกว่า ๒ สัปดาห์ขึ้นไป

อาการด้าน neurovegetative ได้แก่ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลียทั้งวัน ผู้ป่วยหญิงอาจมีประจำเดือนผิดปกติไป ผู้ป่วยบางรายอาจนอนหลับหรือกินมากกว่าปกติได้

อาการด้าน psychomotor อาจมีอาการ psychomotor retardation คือ อาการเชื่องช้า เฉื่อยชาลง พุดน้อย คิดนาน ซึม อยู่เฉยๆ ได้นานๆ ผู้ป่วยบางรายอาจมี psychomotor agitation คือ อาการกระสับกระส่าย อยู่เฉยๆไม่ได้ ลูกเดินไปมา

อาการด้าน cognition สมาธิผู้ป่วยแยลง เหม่อลอย หลงลืมง่าย ความคิดอ่านเชื่องช้า ลังเลใจ ไม่มั่นใจตัวเอง ผู้ป่วยจะมองโลกและชีวิตตนเองในแง่ลบ รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความหมายต่อใคร บางคนรู้สึกผิดหวังหรือตำหนิตนเอง แม้เป็นสิ่งที่ผู้อื่นเห็นว่าเป็นเรื่องเล็กน้อย ผู้ป่วยอาจจะมีความคิดอยากตาย ไปจนถึงการลงมือฆ่าตัวตายในที่สุด

ผู้ป่วยโรคนี้มักจะไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาเนื่องจากผู้ป่วยมักรู้สึกอับอายที่จะบอกว่าตนเองซึมเศร้าซึ่งบ่งว่าตนเองอ่อนแอ พบความชุกจากการสำรวจในประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๑ ร้อยละ ๓.๒ พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายในอัตราส่วน ๖:๑

๑) Persistent Depressive Disorder (Dysthymia)

เป็นโรคที่ผู้ป่วยมีอาการสำคัญคือมีอาการเศร้าที่เป็นอยู่เกือบทั้งวันเป็นเวลาติดต่อกันอย่างน้อย ๒ ปี พบความชุกจากการสำรวจในประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๑ ร้อยละ ๐.๓ พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย มักเริ่มมีอาการตั้งแต่วัยเด็ก วัยรุ่น หรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

๒) Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD)

ผู้ป่วยมีอาการสำคัญคืออารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด ไม่มีความสุขหรือวิตกกังวล ร่วมกับอาการทางกายหรือพฤติกรรมในช่วงก่อนมีประจำเดือน อาการมักจะรุนแรงขึ้นช่วงใกล้จะมีประจำเดือน และค่อยๆ ดีขึ้นหลังหมดประจำเดือน มักมีอาการทุกครั้งที่มีประจำเดือนจน

ส่งผลต่อชีวิตประจำวัน พบความชุกร้อยละ ๑.๘-๕.๘ ในหญิงที่มีประจำเดือน (พิชัย อภิษฎกุล & ศิริชัย หงสวรรณศรี, ๒๕๕๘)

๒.๒.๒ ระบบบริการสำหรับโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย

ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีรายได้ปานกลางที่อยู่ระดับบน มีประชากรมากกว่า ๖๗ ล้านคน ประชากรประมาณครึ่งหนึ่งอาศัยอยู่ในเขตเมือง โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ๑๐ ปีที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาการตอบสนองต่อปัญหาเหล่านี้อย่างต่อเนื่องซึ่งประกอบด้วย

- ๑) การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าระดับชุมชนด้วยคำถาม ๒Q
- ๒) การประเมินความรุนแรงภาวะซึมเศร้าด้วยคำถาม ๙Q
- ๓) การวินิจฉัยและรักษาโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป
- ๔) การให้บริการด้านจิตใจและสังคมโดยพยาบาลจิตเวช
- ๕) การดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและการฆ่าตัวตาย
- ๖) การส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันโรคซึมเศร้าในประชากรกลุ่มเสี่ยง

การพัฒนาระบบบริการสำหรับโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย มีเป้าหมายหลัก ๕ ประการดังนี้

- ๑) เพื่อสร้างความตระหนักต่อภาวะซึมเศร้าและกลุ่มโรคอารมณ์ซึมเศร้าชนิดต่างๆ และเพื่อลดการตีตราผ่านการให้ความรู้
- ๒) เพื่อลดการดำเนินของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยง
- ๓) เพื่อลดระยะของช่วงเวลาที่มีการซึมเศร้าและให้การดูแลที่เหมาะสมได้แต่เนิ่นๆ และมีประสิทธิผล
- ๔) ป้องกันการฆ่าตัวตายและโรคร่วมของ major depressive disorder
- ๕) ป้องกันการกำเริบและการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า

ระบบบริการที่ปรับต้องตอบสนองความต้องการและวัฒนธรรมของประเทศไทย และกลมกลืนกับระบบที่มีอยู่เดิมโดยต้องเชื่อมโยงชุมชน หน่วยบริการในชุมชน โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลจิตเวชและที่สำคัญคือการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน ได้มีการวิจัยและพัฒนาเครื่องมือและระบบต่างๆ ช่วง พ.ศ. ๒๕๔๙-๒๕๕๑ ดังนี้

- ๑) ระบุปัจจัยเสี่ยงของโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ในประเทศไทย
- ๒) การวิเคราะห์ปัจจัยด้านวัฒนธรรมที่สัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ในประเทศไทย
- ๓) การพัฒนาเครื่องมือคัดกรองละเครื่องมือประเมินได้แก่ ๒Q สำหรับคัดกรองภาวะซึมเศร้า ๙Q สำหรับประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและ ๘Q สำหรับประเมินความรุนแรงของการฆ่าตัวตาย

ประเทศไทยได้ฝึกอบรมแล้วเสร็จภายในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ แก่แพทย์เวชปฏิบัติ จำนวน ๑,๙๐๐ คน บุคลากรสาธารณสุข ๒๑๖๐๐๐ คน อาสาสมัครสาธารณสุข ๑๓๗๖๐๐๐ คน เพื่อให้ระบบเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคซึมเศร้าบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

ระบบการเฝ้าระวังและการดูแลกลุ่มโรคซึมเศร้าประกอบด้วย

๑) การคัดกรองและระบุผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงมีเกณฑ์ดังนี้ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้หญิง ตั้งครรภ์หรือหลังคลอด ผู้ติดสารเสพติดหรือแอลกอฮอล์ ผู้ที่มีอาการซึมเศร้าชัดเจน ผู้ที่มีโรคเรื้อรังแต่ไม่สามารถอธิบายอาการทางกายได้และผู้ที่เพิ่งสูญเสียญาติหรือบุคคลที่รัก ใช้ ๒Q คัดกรองในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขคัดกรอง มีการคัดกรองในระดับโรงพยาบาลชุมชน และแผนกต่างๆของโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลจิตเวช กลุ่มเสี่ยงจะได้รับการคัดกรองพร้อมกับการให้ความรู้และคำแนะนำ

๒) การประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย

กลุ่มเสี่ยงที่คัดกรอง ๒Q มีผลบวกจะได้รับการแนะนำให้ไปโรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับการประเมิน ๔Q ว่าอยู่ในระดับเล็กน้อย ปานกลางหรือรุนแรง ซึ่งจะได้รับการดูแลที่เหมาะสมตามระดับความรุนแรง นอกจากนั้นจะถูกประเมินด้วย ๘Q และได้รับการดูแลที่เหมาะสม ระบบนี้มีเป้าหมายเพื่อให้การวินิจฉัยที่เร็วให้การดูแลรักษาที่เร็วโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรงและพยายามฆ่าตัวตาย

๓) การวินิจฉัย

แพทย์จะดำเนินการวินิจฉัยที่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินด้วย ๔Q และ ๘Q เพื่อแยกโรคออกจากโรคอารมณ์สองขั้ว โรคที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด และโรคอื่นๆ

๔) การรักษา

เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าแล้วผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาตาม แนวเวชปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กรณีที่เป็นระดับเล็กน้อยจะได้รับจิตวิทยาศึกษาและการให้คำปรึกษา ขณะที่ระดับปานกลางหรือรุนแรงจะได้รับประเภทยาต้านซึมเศร้าจากแพทย์หรือจิตแพทย์ร่วมกับจิตบำบัด แนวเวชปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ถูกจัดทำขึ้นสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปพร้อมกับการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง โดยกำหนดยาต้านซึมเศร้าและระยะเวลาในการรักษาและการติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยให้เหมาะสมกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลรักษาขั้นสูงจะถูกส่งต่อไปโรงพยาบาลจิตเวชเพื่อรับการรักษาจากจิตแพทย์ ทีมสหวิชาชีพ ยาขั้นสูง การรักษาด้วยคลื่นไฟฟ้า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการรักษาอื่นๆที่จำเป็น

กรณีผู้ได้รับการคัดกรองการฆ่าตัวตาย หากอยู่ในระดับเล็กน้อยจะได้รับการค้นหาโรคร่วมและรับคำปรึกษาด้านจิตวิทยาร่วมด้วย กรณีระดับปานกลางจะถูกประเมินเพื่อดำเนินการสนับสนุนการป้องกันการฆ่าตัวตายหรืออาจต้องรับไว้ในนอนโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการ ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายในระดับสูงจะถูกรับไว้ในนอนโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดและให้การดูแลรักษาทางด้านจิตวิทยาหรือส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวชหากมีข้อบ่งชี้

๕) การติดตามดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกำเริบของโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย

ผู้ป่วยจะถูกส่งกลับไปหน่วยบริการสาธารณสุขในชุมชนหลังได้รับการดูแลรักษาด้วยกระบวนการทางจิตวิทยาและการรักษาด้วยยาพร้อมกับข้อมูลที่จำเป็นเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยจะได้รับการเยี่ยมบ้านเพื่อเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำและการฆ่าตัวตาย ทีมชุมชนจะติดตามและดูแลต่อเนื่องเป็นระยะเวลาประมาณ ๖-๑๒ เดือน ประเมินผู้ป่วยโดยใช้ ๙Q และ ๘Q จนกระทั่งไม่มีภาวะซึมเศร้าต่อเนื่องกัน ๖ เดือนจึงจะเริ่มพิจารณาให้ลดยาและหยุดยา หากมีการกลับเป็นซ้ำจะได้รับการประเมินและพิจารณาให้การดูแลรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติ

ภายในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ พบประชากรไทยที่เสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าได้รับการคัดกรองและได้รับสุขศึกษาด้านสุขภาพจิตมากกว่า ๑๔ ล้านคน มีผู้ป่วยได้รับยาด้านซึมเศร้ามากกว่า ๑.๗ ล้านคน ผู้ป่วย ๘ แสนคนได้รับการดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและการฆ่าตัวตาย การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและการดูแลรักษาส่งผลให้ผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าชนิดต่างๆสามารถเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานเพิ่มจากร้อยละ ๕.๑ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ เพิ่มเป็นร้อยละ ๔๘.๕ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ (Thoranin Kongsuk et al., ๒๐๑๗)

๒.๓ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)

Health literacy เป็นคำที่มีการนำมาใช้หลากหลายในภาษาไทย เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ใช้คำว่า “การรู้เท่าทันสุขภาพ” สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ใช้คำว่า “ความแตกฉานด้านสุขภาพ” สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา ใช้คำว่า “ความฉลาดทางสุขภาพ” กระทรวงสาธารณสุข ใช้คำว่า “ความรอบรู้สุขภาพ” ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้คำว่า “ความรอบรู้สุขภาพ” ตามกระทรวงสาธารณสุข

๒.๓.๑ ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

WHO (๑๙๙๘) ได้ให้คำจำกัดความของความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ว่า คือ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่เป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่มีอยู่ในสังคมเพื่อส่งเสริมและดูแลรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น (World Health Organization, ๑๙๙๘)

ซาร์คาโดลาส พลีเซนต์ และเกียร์ (Zarcadoolas C., Pleasant A. & Greer D.S., ๒๐๐๕) ได้ให้คำจำกัดความของความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ว่า “ทักษะที่แสดงถึงความสามารถของบุคคลในการประเมินข้อมูลข่าวสารทางด้านสาธารณสุข และการนำแนวคิดที่ได้มาเป็นแนวทางในการเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพต่าง ๆ” (Zarcadoolas, Pleasant, & Greer, ๒๐๐๕)

เพลียเซน และคูรูวิลลา (Pleasant A. & Kuruvilla S., ๒๐๐๘) ได้ให้คำจำกัดความของความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ว่า “ความสามารถในการสืบค้น สร้างความเข้าใจ วิเคราะห์ และใช้ข้อมูลทางสุขภาพในการตัดสินใจได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมเพื่อให้มีสุขภาพดี และลดความเสี่ยงต่อโรคทางสุขภาพ” (Pleasant & Kuruvilla, ๒๐๐๘)

Nutbeam (๒๐๐๘) ได้ให้คำจำกัดความของความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ว่าเป็น “สมรรถนะของแต่ละบุคคลที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ความรู้ และการสื่อสารเกี่ยวกับ

สารสนเทศด้านสุขภาพตามความต้องการเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต” (Nutbeam, ๒๐๐๘)

Nutbeam (๒๐๐๙) ได้ให้คำจำกัดความของความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ว่าเป็น “ทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล ความเข้าใจ และการใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและดูแลรักษาสุขภาพ” (Nutbeam, ๒๐๐๙)

Edwards, Wood, Davies & Edwards (๒๐๑๒) ได้ให้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ว่า “ความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้นได้รับการถ่ายทอดหรือการที่บุคคลเป็นผู้มีส่วนร่วมสร้างให้ตนเองเกิดความสามารถจนกลายเป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการเงื่อนไขทางด้านสุขภาพของตนเอง ทำให้ตนเองสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพ ตลอดจนมีการปรึกษาหารือกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ การเจรจาต่อรอง และการเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ซึ่งความสามารถเหล่านี้ในบางคนอาจมีความรู้และทักษะในการจัดการตนเองดี แต่บางคนมีการแสวงหาข้อมูลและมีการสื่อสารเพื่อปรึกษาหารือกันน้อย” (Edwards, Wood, Davies, & Edwards, ๒๐๑๒)

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (๒๕๔๑) ได้ให้ความหมายของ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ไว้ว่า “ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นการบรรลุถึงระดับความรู้ ทักษะส่วนบุคคลและความมั่นใจในการที่จะลงมือปฏิบัติเพื่อช่วยให้สุขภาพของตนเองและชุมชนดีขึ้น โดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและสภาพความเป็นอยู่” (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๔๑)

กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๕๔) ได้ให้ความหมายของ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ไว้ว่า “ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและการจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี” (กองสุศึกษา, ๒๕๕๔)

กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๖๐) ความรอบรู้และความสามารถด้านสุขภาพของบุคคลในการที่จะกลั่นกรอง ประเมิน และตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการ และผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสม (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๐)

๒.๓.๒ องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

Nutbeam, D. (๒๐๐๐) ได้กำหนดองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ความรู้ เจตคติ แรงจูงใจ ความตั้งใจที่จะกระทำ ทักษะ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยแบ่งระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น ๓ ระดับ ดังนี้

- ๑) ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional health literacy)
 - ๒) ความฉลาดทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (Communicative/Interactive health literacy)
 - ๓) ความฉลาดทางสุขภาพขั้นวิจาร์ณญาณ (Critical health literacy)
- (Nutbeam, ๒๐๐๐)

การสำรวจระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในประเทศสหรัฐอเมริกา ตามโครงการ The Healthy People ๒๐๑๐ (NAAL) กำหนดองค์ประกอบของ ประกอบด้วย (๑)

ความสามารถในการได้รับ (the capacity to obtain) (๒) ความสามารถในการจัดการ (process) และ (๓) ความสามารถในการทำความเข้าใจ (understand) เกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพพื้นฐานและบริการ (National Assessment of Adult Literacy: NAAL, ๒๐๐๖)

มาตรฐานสุขศึกษาระดับชาติของประเทศสหรัฐอเมริกา (The National Health Education Standards: NHES) กำหนดคุณลักษณะ ๘ ประการ มีพัฒนาการตามช่วงชั้น ประกอบด้วย (๑) มีความเข้าใจแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพและ (๒) มีความสามารถในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (๓) มีความสามารถในการ เข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพที่เหมาะสม (๔) มีทักษะการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและลด ความเสี่ยงที่มีต่อสุขภาพ (๕) มีทักษะการตัดสินใจเพื่อสุขภาพ (๖) มีทักษะการตั้งเป้าหมายเพื่อสุขภาพ (๗) มีทักษะการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมและหลีกเลี่ยงหรือลดความเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ (๘) มีความสามารถในการชี้แนะเรื่องสุขภาพทั้งกับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม (Centers for disease control and prevention, ๒๐๑๘)

กรมสนับสนุน กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๕๓) ได้จัดทำโครงการศึกษาและพัฒนาองค์ความรู้ เรื่อง health literacy เพื่อสร้างเสริมภูมิปัญญาและการเรียนรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชน ปี พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๔ กำหนดองค์ประกอบสำคัญ ๖ ด้าน ได้แก่ ๑) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการสุขภาพ (access) ๒) ความรู้ความเข้าใจ (cognitive) ๓) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) ๔) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) ๕) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) และ ๖) การจัดการตนเอง (self-management) (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, ๒๕๕๘)

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๖๑) ได้ให้นิยามว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ความสามารถหรือทักษะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพ ตอบข้อซักถาม จนสามารถประเมิน ตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกรับบริการ เพื่อการจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถบอกต่อผู้อื่นได้ โดยประกอบไปด้วยองค์ประกอบ ๖ ด้าน ได้แก่ ๑) การเข้าถึง ๒) ความเข้าใจ ๓) การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน ๔) การตัดสินใจ ๕) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ ๖) การบอกต่อ (Department of Health, ๒๐๑๘)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ให้ความหมายของความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความรอบรู้และความสามารถของแรงงานในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า การบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันภาวะซึมเศร้า ซึ่งจำแนกนิยามศัพท์รายด้านได้ดังนี้

๑) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า (access) หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ในด้านการค้นหา เปิดรับ เข้าถึง กลั่นกรอง และการตรวจสอบข้อมูลที่น่าเชื่อถือก่อนนำมาใช้ทำความเข้าใจ

๒) ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (understand) หมายถึง ความสามารถ และทักษะในการจดจำ ความเข้าใจในเรื่องสาเหตุของภาวะซึมเศร้า อาการและการแสดงของภาวะซึมเศร้า ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า และการป้องกันภาวะซึมเศร้า

๓) การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (questioning) หมายถึง ความสามารถและทักษะการใช้คำถาม และ การสื่อสารเจรจาเพื่อเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

๔) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า (make decision) หมายถึง ความสามารถและทักษะการตัดสินใจในการเปรียบเทียบ การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า

๕) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความสามารถและทักษะในการนำข้อมูล ประสพการณ์ มาใช้ในการวางแผน ควบคุม กำกับตนเอง และสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า

๖) การบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความสามารถและทักษะในการชักชวน บอกต่อ จูงใจ แลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกับผู้อื่นเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้แบ่งระดับของความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า เป็น ๔ ระดับ ตามแนวคิดของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ความรอบรู้สุขภาพระดับไม่ดี ความรอบรู้สุขภาพระดับพอใช้ ความรอบรู้สุขภาพระดับดี และความรอบรู้สุขภาพระดับดีมาก โดยมุ่งเน้นพฤติกรรมที่ช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้า เพื่อส่งเสริมให้แรงงานมีความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อเป็นแรงงานที่มีคุณภาพในยุคแรงงาน ๔.๐ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, ๒๕๖๑)

๒.๔ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประชากรช่วงอายุ ๒๐-๖๔ ปี เขตการปกครองสตอกโฮล์ม ประเทศสวีเดนได้ถูกสัมภาษณ์เพื่อคัดกรองอาการโดยใช้ DSM-IV และให้การวินิจฉัยซ้ำโดยจิตแพทย์ พบภาพรวมร้อยละ ๑๔ เพศหญิงร้อยละ ๑๖ เพศชายร้อยละ ๑๐ มีโรคซึมเศร้า และพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเป็นโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยยะสำคัญดังนี้ ปัญหาการขาดการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานและหัวหน้างาน ลักษณะงานที่มีปัญหา ปัญหาทางการเงิน เหตุการณ์ในชีวิตและอาการที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยด้านจิตใจ (Waldenström et al., ๒๐๐๘)

การศึกษาถูกจ้างในภาคธุรกิจ ใน ๑๑ เมืองและอำเภอต่างๆทั่วประเทศญี่ปุ่นโดยใช้แบบสอบถาม the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) พบภาพรวมร้อยละ ๒๙.๐ เพศหญิงร้อยละ ๓๒.๖ เพศชายร้อยละ ๒๗.๕ มีอาการซึมเศร้า พบปัจจัยที่สัมพันธ์อย่างมีนัยยะสำคัญกับอาการซึมเศร้าได้แก่ภาวะเครียดสูงจากการทำงาน อาการจากปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความรู้สึกนอนไม่พอ ขาดเพื่อนที่ไว้ใจ การไม่มีเทคนิคใช้คลายความเครียด พบร้อยละ ๒๗.๔ ของเพศชาย ร้อยละ ๓๒.๖ ของเพศหญิงมีความคิดที่จะฆ่าตัวตายใน ๑ ปีที่ผ่านมา

ร้อยละ ๑.๗ ของเพศชาย ร้อยละ ๑.๖ ของเพศหญิงมีความพยายามฆ่าตัวตายใน ๑ ปีที่ผ่านมา (Takada et al., ๒๐๐๙)

การศึกษาลูกจ้างก่อสร้าง ๕ ลักษณะได้แก่ ถนน อุโมงค์ สะพาน รถไฟใต้ดิน อพาร์ทเมนต์ในประเทศเกาหลีใต้ใช้ CES-D วัดภาวะซึมเศร้า พบร้อยละ ๓๗.๖ มีอาการหรือภาวะซึมเศร้าซึ่งร้อยละ ๑๕.๔ มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยหากได้รับการดูแลทางการแพทย์น่าจะลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ ๒๒.๒ ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรงซึ่งจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยและดูแลรักษาจากจิตแพทย์ พบลูกจ้างก่อสร้างถนน ลูกจ้างรับเงินรายวันมีภาวะซึมเศร้าในระดับสูง (Lim, Chi, Lee, Lee, & Choi, ๒๐๑๗) ขณะที่การศึกษาบริษัทขนาดกลางและเล็กในเมืองอินซอน เกาหลีใต้พบลูกจ้างที่มีภาวะซึมเศร้าวัดโดย CES-D สัมพันธ์อย่างมีนัยยะสำคัญกับการรายงานการบาดเจ็บจากการทำงานใน ๔ เดือนที่ผ่านมา (Kim, Park, Min, & Yoon, ๒๐๐๙)

การศึกษาบริษัทขนาดเล็กและขนาดกลางของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้โดยใช้ตัวแทน ๔ ประเทศได้แก่ อินโดนีเซีย มาเลเซีย ไทยและเวียดนาม จากบริษัทผลิตอาหารและสิ่งทอ (วัดโดย the Depression Anxiety Stress Scale: DASS-๒๑) แม้พบระดับค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของทั้ง ๔ ประเทศอยู่ในเกณฑ์ปกติแต่พบว่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงสุด ๒.๖๙ (๓.๒๒) และประเทศมาเลเซียมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ๐.๙๐ (๒.๕๔) พบปัจจัยที่มีนัยยะสำคัญต่อการทำนายภาวะซึมเศร้าของทั้ง ๔ ประเทศได้แก่ อายุ ระยะเวลาการนอนหลับ สถานะการจ้างงาน จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ (Ratanasiripong et al., ๒๐๑๖) การศึกษาลูกจ้างหญิงบริษัทอิเล็กทรอนิกส์ขนาดใหญ่และขนาดกลางในประเทศไทยโดยใช้ CES-D วัดภาวะซึมเศร้า พบร้อยละ ๒๘.๘ มีภาวะซึมเศร้า ปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้ามีนัยยะสำคัญทางสถิติได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว ขวัญกำลังใจและการสนับสนุนทางสังคม ลูกจ้างหญิงที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับแย่หรือระดับปานกลางมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้า ๕.๘๓ และ ๒.๒๑ เท่าตามลำดับเมื่อเปรียบเทียบกับสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว เช่นเดียวกับลูกจ้างหญิงที่มีขวัญกำลังใจและการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้า ๒.๕๘ และ ๔.๖๓ เท่าตามลำดับเมื่อเปรียบเทียบกับระดับที่ดี (Charoenpaitoon, Jirapongsuwan, Sangon, Sativipawee, & Kalampakomrn, ๒๐๑๒) ขณะที่การศึกษาแรงงานของโรงงานรองเท้าเมืองไฮฟง ประเทศเวียดนามใช้เกณฑ์มีอาการอย่างน้อย ๕ ข้อใน ๙ ข้อของ DSM-IV ในการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า พบมีแรงงานเพศหญิงร้อยละ ๗๗.๙ มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ ๑๘.๘ ปัจจัยความต้องการทางด้านจิตวิทยาสูง (high psychological demand) การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ การได้รับอุปกรณ์สนับสนุนการทำงานไม่เพียงพอ และการขาดงาน ที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติมี ผู้ที่มีปัจจัยเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่ไม่มีปัจจัยเหล่านี้เป็น ๓.๐, ๔.๗, ๔.๑, และ ๖.๒ เท่า ตามลำดับ (Braquehais et al., ๒๐๑๔)

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของลูกจ้างชายที่ทำงานในบริษัทที่มีลูกจ้างชายมากกว่าร้อยละ ๗๐ ในช่วง ค.ศ. ๑๙๙๐-๒๐๑๒ มี ๒๐ การศึกษาใน ๑๐ ประเทศ รายงานอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าร้อยละ ๐.๐-๒๘.๐ อย่างไรก็ตามพบว่าของลูกจ้างชายมีความเสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าประชากรทั่วไปในประเทศนั้นๆ (Roche et al., ๒๐๑๖)

บทที่ ๓ วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในแรงงาน พื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก โดยมีขั้นตอนในการดำเนินงานวิจัยดังนี้

- ๓.๑ ระเบียบวิธีในการศึกษาวิจัย
- ๓.๒ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- ๓.๓ เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล
- ๓.๔ จริยธรรมการวิจัย
- ๓.๕ การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล

๓.๑ ระเบียบวิธีในการศึกษาวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในแรงงาน พื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก โดยดำเนินการร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สถานประกอบการและแรงงานในสถานประกอบการ โดยมีขั้นตอนการศึกษา ๓ ระยะ ดังนี้

ระยะที่ ๑ การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจภาคตะวันออก

ระยะที่ ๒ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในแรงงาน (โดยใช้ผลจากการศึกษาระยะที่ ๑ เป็นฐานในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า)

ระยะที่ ๓ เผยแพร่รูปแบบการส่งเสริมความรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ในแรงงาน

๓.๒ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ ๑ การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจภาคตะวันออก

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey study) แบบการศึกษา ณ จุดเวลา (Cross – sectional study) โดยการใช้แบบสอบถามเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจภาคตะวันออก โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

๑) ประชากร

ประชากรที่ศึกษา ประชากรเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ แรงงานในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกซึ่งมี ๓ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดฉะเชิงเทรา จังหวัดชลบุรี และจังหวัดระยอง จำนวน ๑,๑๘๗,๓๐๐ คน (กรมโรงงานอุตสาหกรรม, ๒๕๖๑)

๒) กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาระยะนี้ คือ แรงงานในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก ที่มีอายุตั้งแต่ ๑๘-๖๐ ปี เนื่องจากเป็นบุคคลที่ทางกฎหมายถือว่าเป็นผู้ที่บรรลุนิติภาวะ และเป็นกลุ่มแรงงานในระบบ (Formal Sector) โดยกฎกระทรวงแรงงานว่าด้วยการจัดสวัสดิการในสถานประกอบกิจการ พ.ศ. ๒๕๔๘ ได้แบ่งโรงงานอุตสาหกรรมเป็น ๒ ประเภทตามการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพ คือ โรงงานอุตสาหกรรมที่มีลูกจ้างมาทำงานในขณะเดียวกันน้อยกว่า ๒๐๐ คน และโรงงานอุตสาหกรรมที่มีลูกจ้างมาทำงานในขณะเดียวกันตั้งแต่ ๒๐๐ คนขึ้นไป (กรมแรงงาน, ๒๕๔๘) โดยการกำหนดขนาดตัวอย่างจะใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อการประมาณค่าสัดส่วนประชากรกลุ่มเดียว

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

n = จำนวนตัวอย่าง

Z = ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติที่ความเชื่อมั่น ๙๕% เท่ากับ ๑.๙๖

d = ความคลาดเคลื่อนของการประมาณค่า กำหนดที่ ร้อยละ ๕

p = ค่าสัดส่วนประชากรที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากผลการศึกษา ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓อ.๒ส. ของกลุ่มวัยทำงานอายุ ๑๕-๕๙ ปี ภาพรวมประเทศ (กองสุศึกษา, ๒๕๖๐) พบว่า แรงงานมีความรอบรู้สุขภาพในระดับพอใช้ถึงดีมาก ร้อยละ ๕๘.๐๖ และอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ ๔๑.๙๔ ดังนั้นในการศึกษานี้ จึงกำหนดค่า p= ๐.๕๘ และ ค่า q= ๐.๔๒ แทนค่าในสูตร $n = ๓๗๔.๓$ คน เพื่อป้องกันปัญหาการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจากการเก็บรวบรวมข้อมูล จึงได้มีการคำนวณปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างให้เหมาะสม โดยใช้วิธีการ Adjusted for Non-response โดยใช้สูตร ดังนี้

$$n_{adj} = \frac{n}{(1-R)^2}$$

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่างที่กำหนด ๓๗๕ คน

n_{adj} = ขนาดตัวอย่างปรับเพื่อผู้ตอบแบบสอบถามไม่ครบ

R = อัตราการตอบไม่ตอบกลับกำหนดไว้ร้อยละ ๕

n = ๔๑๖ คน

ขนาดของตัวอย่างที่คำนวณได้เท่ากับ ๔๑๖ คน โดยการศึกษาในระยะที่ ๑ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจภาคตะวันออก ในแรงงาน ๒ กลุ่ม คือ แรงงานที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมที่มีลูกจ้างมาทำงานในขณะเดียวกันน้อยกว่า ๒๐๐ คน จำนวน ๒๐๘ คน และแรงงานที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมที่มีลูกจ้างมาทำงานในขณะเดียวกันตั้งแต่ ๒๐๐ คนขึ้นไป จำนวน ๒๐๘ คน

๓) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

- สัญชาติไทย
- แรงงานที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม พื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกอย่างน้อย ๓ เดือน นับจากวันที่ตอบแบบสอบถาม
- สามารถพูดและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ ไม่เป็นใบ้ หรือหูหนวก
- สมัยใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

๔) การสุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ทำการสุ่มตัวอย่างพื้นที่ศึกษาและหน่วยศึกษาด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ ๒ ขั้นตอน (two-stage sampling) ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ เป็นการสุ่มพื้นที่ศึกษา โดยเขตอุตสาหกรรม ที่จำแนกออกเป็น ๒ ประเภท คือโรงงานอุตสาหกรรมที่มีลูกจ้างมาทำงานในขณะเดียวกันน้อยกว่า ๒๐๐ คน และโรงงานอุตสาหกรรมที่มีลูกจ้างมาทำงานในขณะเดียวกันตั้งแต่ ๒๐๐ คนขึ้นไปทำการสุ่มจังหวัดในแต่ละเขตอุตสาหกรรมโดยใช้วิธี simple random sampling โดยโรงงานอุตสาหกรรมที่มีลูกจ้างมาทำงานในขณะเดียวกันน้อยกว่า ๒๐๐ คน คือ เขตส่งเสริมเศรษฐกิจจังหวัดชลบุรี และโรงงานอุตสาหกรรมที่มีลูกจ้างมาทำงานในขณะเดียวกันตั้งแต่ ๒๐๐ คนขึ้นไป คือ เขตส่งเสริมเศรษฐกิจจังหวัดระยอง

ขั้นตอนที่ ๒ เป็นการสุ่มหน่วยศึกษา ซึ่งได้แก่ การสุ่มแรงงานในระบบในโรงงานอุตสาหกรรม

ก. การสุ่มตัวอย่างในกลุ่มแรงงานในระบบ ทำการสุ่มด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (systematic sampling) โดยการสุ่มสถานประกอบการจากบัญชีรายชื่อสถานประกอบการที่ขอรับการจดทะเบียน และสุ่มจากบัญชีรายชื่อของโรงงานอุตสาหกรรมในพื้นที่ศึกษา โดยจะทำการสุ่ม ๓ ประเภทกิจการของโรงงานอุตสาหกรรมจากเขตส่งเสริมเศรษฐกิจจังหวัดชลบุรี และ ๓ ประเภทกิจการของโรงงานอุตสาหกรรมจากเขตส่งเสริมเศรษฐกิจจังหวัดระยอง ทั้งนี้หากไม่มีบัญชีรายชื่อที่ชัดเจน จะทำการสุ่มตัวอย่างแบบ consecutive sampling

ข. การสุ่มในตัวอย่างในกลุ่มแรงงานในระบบ ทำการสุ่มตัวอย่างแบบ consecutive sampling โดยสุ่มตัวอย่างแรงงานที่พบ ๑ คน และเว้นไปอีก ๒ คน จนกระทั่งได้ตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

ระยะที่ ๒ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ในแรงงาน (โดยใช้ผลจากการศึกษาระยะที่ ๑ เป็นฐานในการพัฒนารูปแบบรูปแบบการส่งเสริมความรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า)

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในแรงงาน

๑) ประชากร

ประชากรที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ คือ บุคคลที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับสุขภาพแรงงานทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแรงงานที่ทำงานในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก ๓ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดฉะเชิงเทรา ชลบุรี และระยอง

๒) กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาระยะนี้ คือ บุคคลที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับสุขภาพแรงงานทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแรงงานที่ทำงานในพื้นที่ระยอง เศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก โดยจำทำการศึกษาในพื้นที่เป็นโรงงานอุตสาหกรรมที่มีลูกจ้างมาทำงานในขณะเดียวกันน้อยกว่า ๒๐๐ คน เนื่องจากไม่มีบุคลากรทางด้านสุขภาพดูแลเป็นประจำ จากนั้นทำการสุ่มพื้นที่โดยการจับสลาก โดยทำการสุ่มได้โรงงานอุตสาหกรรมที่มีลูกจ้างมาทำงานในขณะเดียวกันน้อยกว่า ๒๐๐ คน คือ เขตส่งเสริมเศรษฐกิจจังหวัดชลบุรี จากนั้นทำการคัดเลือกบุคคลที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับสุขภาพแรงงานในพื้นที่ จำนวน ๒๐ คน โดยการสนทนากลุ่ม ๒ ครั้ง เพื่อร่วมแสดงความคิดเห็นในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในแรงงาน

๓) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

- สัญชาติไทย
- เป็นผู้ที่ทำงานในพื้นที่จังหวัดชลบุรี
- เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับสุขภาพแรงงาน อย่างน้อย ๓ เดือน
- สามารถพูดและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ ไม่เป็นใบ้ หรือหูหนวก
- สมัยใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และบันทึกเทป

ระยะที่ ๓ เผยแพร่รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในแรงงาน

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi structured interview) เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในแรงงาน

๑) ประชากร

ประชากรที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ คือ บุคคลที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับสุขภาพแรงงานทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแรงงานที่ทำงานในพื้นที่ระยอง เศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก ๓ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดฉะเชิงเทรา ชลบุรี และระยอง

๒) กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาระยะนี้ คือ บุคคลที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับสุขภาพแรงงานทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแรงงานที่ทำงานในพื้นที่ระยอง เศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก โดยแบ่งพื้นที่เป็นเขตอุตสาหกรรมหนักและอุตสาหกรรมเบาและเขตอุตสาหกรรมหนัก ทำการสุ่มพื้นที่เป็นเขตอุตสาหกรรมโดยการจับสลาก โดยทำการสุ่มได้เขตโดยทำการสุ่มได้โรงงานอุตสาหกรรมที่มีลูกจ้างมาทำงานในขณะเดียวกันน้อยกว่า ๒๐๐ คน คือ เขตส่งเสริมเศรษฐกิจจังหวัดชลบุรี จากนั้นทำการคัดเลือกบุคคลที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับสุขภาพแรงงานในพื้นที่ จำนวน ๒๐ คน เพื่อประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในแรงงาน

๓) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

- สัญชาติไทย
- เป็นผู้ที่ทำงานในพื้นที่จังหวัดชลบุรี
- เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับสุขภาพแรงงาน อย่างน้อย ๓ เดือน
- สามารถพูดและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ ไม่เป็นใบ้ หรือหูหนวก
- สนใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

๓.๓ เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ ๑ การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานในพื้นที่ ระยองเศรษฐกิจภาคตะวันออก

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามปลายปิด แบ่งออกเป็น ๓ ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลด้านประชากรของแรงงาน จำนวน ๒๒ ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว รายได้ ความพอเพียงของรายได้ โรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่/ สุรา การใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ การนอนหลับ การออกกำลังกาย ความสุขในการทำงาน ความเครียด และรูปแบบที่สถานประกอบการจัดขึ้นเพื่อแรงงาน ภาวะสุขภาพ สิทธิการรักษาพยาบาล ลักษณะการทำงาน และรูปแบบการใช้ชีวิตประจำวัน

ส่วนที่ ๒ ความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Nutbeam (๒๐๐๘) (Nutbeam, ๒๐๐๘) และ กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๖๐) (Department of Health, ๒๐๑๘) จำนวน ๔๘ ข้อ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า (access) ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (understand) การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (questioning) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า (make decision) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า (apply) และการบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า (Word of Mouth Communication) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ๕ ระดับ เกณฑ์การแปลผลตามเกณฑ์ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๖๑) โดยพิจารณาที่ระดับคะแนนตามเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๔ ระดับ โดยแบ่งคะแนนออกเป็นดังนี้ < ๖๐% ของคะแนนเต็ม คือ ความรอบรู้สุขภาพระดับไม่ดี $\geq 60 - < 70$ % ของคะแนนเต็ม คือ ความรอบรู้สุขภาพระดับพอใช้ $\geq 70 - < 80$ % ของคะแนนเต็ม คือ ความรอบรู้สุขภาพระดับดี ≥ 80 % ของคะแนนเต็ม คือ ความรอบรู้สุขภาพระดับดีมาก (Health Education Division, ๒๐๑๘)

ส่วนที่ ๓ แบบวัดภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (Center of Epidemiologic Studies Depression Scale [CES-D]) เป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้วัดระดับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชากรทั่วไป (Radloff, ๑๙๗๗) ซึ่งฉบับภาษาไทยแปลโดย รัชชชัย วรพงษ์ธร, วงเดือน ปันดี, และสมพร เจริญชัยศรี (๒๕๓๓) (Vorapongsathorn T., Pandii W., & S., ๑๙๙๐) (Trangkasombat, Larpboonsarp, & Havanond, ๑๙๙๗) แบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อ

คำถาม ๒๐ ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอารมณ์และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในช่วง ๑ สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นคำถาม เชิงลบ ๑๖ ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ๔ ระดับ ทั้ง ด้านบวกและด้านลบ (๐-๓) โดย ๐ คะแนน หมายถึง เหตุการณ์นั้นไม่เกิดขึ้นเลย เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้น นาน ๆ ครั้งให้ ๑ คะแนน เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นบ่อย ๆ ให้ ๒ คะแนน เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นตลอดเวลา ให้ ๓ คะแนน เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นบ่อย ๕-๗ ครั้งต่อสัปดาห์ คะแนนรวมอยู่ ระหว่าง ๐ - ๖๐ คะแนน โดยผู้ที่มีคะแนน ๒๓-๖๐ คะแนน คือ ผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (วิไล คุปต์นิรติศัยกุล และ พนม เกตุ มาณ, ๒๕๔๐)

ระยะที่ ๒ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะ ซึมเศร้า ในแรงงาน (โดยใช้ผลจากการศึกษาระยะที่ ๑ เป็นฐานในการพัฒนารูปแบบรูปแบบการ ส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า)

เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในแรงงาน คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi structured interview) โดยผู้วิจัยจะกำหนดหัวข้อและประเด็นที่ต้องการสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลตาม วัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยจะรวบรวมข้อมูลผ่านกระบวนการสนทนากลุ่ม ซึ่งจะจัด ๒ ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ ๑ สนทนากลุ่มเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การ พิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล ร่วมแลกเปลี่ยนแนวคิด ประสพการณ์ ในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะ ซึมเศร้าของแรงงาน

ครั้งที่ ๒ สนทนากลุ่มเพื่อร่วมกันพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อ ป้องกันภาวะซึมเศร้าในแรงงาน

ระยะที่ ๓ เผยแพร่รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ในแรงงาน

เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมความรอบ รู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในแรงงาน คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi structured interview) โดยผู้วิจัยจะกำหนดหัวข้อและประเด็นที่ต้องการสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลตาม วัตถุประสงค์ของการศึกษา

๓.๓.๑ การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

๓.๓.๑.๑ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ จะทำการตรวจสอบความตรงเชิง เนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๕ ท่าน ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิจากกระทรวงสาธารณสุข อาจารย์แพทย์ด้านอาชีวเวชศาสตร์ อาจารย์ ทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย อาจารย์ด้านจิตวิทยา อาจารย์ทางการส่งเสริมสุขภาพ และตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดลอง ใช้ (Try out) โดยแบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานในพื้นที่ระยอง เศรษฐกิจภาคตะวันออก ในระยะที่ ๑ มีค่า IOC เท่ากับ ๐.๘๕๗ และแบบสัมภาษณ์ในระยะที่ ๒ และ ๓ มีค่า IOC เท่ากับ ๐.๘๖

๓.๓.๑.๒ นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) โดยผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แต่เป็นกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๓๐ คน จากนั้นนำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อถือได้ของแบบสอบถาม โดยใช้วิธี Cronbach's Alpha Coefficient ด้วยโปรแกรม SPSS for Windows โดยความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า (ระยะที่ ๑) มีค่าคำนวณความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ ๐.๘๔๘

๓.๔ จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะต้องเข้าร่วมด้วยความสมัครใจเท่านั้น ทั้งในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการตอบแบบสอบถาม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถที่จะขอถอนตัวจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ทุกขณะ โดยจะไม่ได้รับผลกระทบหรือสูญเสียประโยชน์ที่พึงจะได้ กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีสมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยจะลงนามหนังสือยินยอม ยินดี และสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยหลังจากทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะการเก็บข้อมูล และลักษณะการเข้าร่วมศึกษาวิจัยอย่างชัดเจนแล้ว

ในการรักษาความลับกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชี้แจงก่อนการตอบแบบสอบถามทุกคนว่าข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยจะให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล และผู้ที่จะเข้าถึงข้อมูลมีเพียงผู้ศึกษาวิจัย ผู้ช่วยนักวิจัย และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเท่านั้น ดังนั้น จะไม่มีการถามชื่อ-นามสกุลจริง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีความมั่นใจ และกล้าที่จะเปิดเผยข้อมูลของตนอย่างเต็มที่

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนทราบว่าในการทำแบบสอบถามนั้นหากมีคำถามใดที่กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการที่จะตอบ ขอให้ข้ามไปยังข้อคำถามอื่นที่คิดว่ากลุ่มตัวอย่างจะตอบได้แทน ทั้งนี้การรายงานผลการวิจัยจะรายงานเป็นภาพรวมโดยไม่ระบุสถาบันการศึกษา การบันทึกข้อมูลผู้วิจัยจะทำการขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างทุกคนก่อนการสัมภาษณ์และอธิบายถึงเหตุผล ความจำเป็นในการบันทึกข้อมูลขณะสัมภาษณ์ การรายงานผลการวิจัยจะรายงานเป็นภาพรวมโดยไม่ระบุสถาบันการศึกษา

๓.๕ การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล

ระยะที่ ๑ การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานในพื้นที่
ระบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก

การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลด้านประชากรของแรงงาน ความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้า ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด-สูงสุด

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ด้วยสถิติ Chi-square และ Multiple logistic regression

ระยะที่ ๒ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ในแรงงาน (โดยใช้ผลจากการศึกษาระยะที่ ๑ เป็นฐานในการพัฒนารูปแบบรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า)

การวิเคราะห์ข้อมูลจากสนทนากลุ่ม (Focus group) โดยภายหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยจะทำการถอดเทปบันทึกการสนทนา โดยเขียนออกมาเป็นตัวอักษรในทุก ๆ คำพูด รวมทั้งข้อมูลจากการบันทึกส่วนตัวเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม อากัปกิริยา และความรู้สึกของผู้ให้สัมภาษณ์ ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะนำมาให้รหัสเบื้องต้น หลังจากนั้นจัดข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ และตัดทอนหรือกำจัดข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องออกไป สร้างเป็นข้อสรุปย่อชั่วคราว ในการให้รหัสข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลครั้งนี้ จะทำโดยการวิเคราะห์บรรทัดต่อบรรทัด ข้อความต่อข้อความ วลีต่อวลี เพื่อมีประเด็นที่สำคัญนั้นหลุดออกไป โดยพิจารณาความสอดคล้องของข้อมูลที่จะถูกจัดกลุ่มโดยรหัสที่กำหนด ข้อมูลจะถูกนำมาแยกประเภทและจัดหมวดหมู่ของข้อมูลตามประเภทหรือลักษณะที่มีความหมาย และความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกัน จากนั้นนำข้อมูลที่จัดหมวดหมู่ทั้งหมดไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ เพื่อทดสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาอีกครั้ง และทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยนำข้อมูลมาหาข้อสรุปตามความเป็นจริงที่ปรากฏและให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ที่ศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในแรงงาน

ระยะที่ ๓ เผยแพร่รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในแรงงาน

การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi structured interview) โดยภายหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยจะนำผลการสัมภาษณ์มาทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยนำข้อมูลมาหาข้อสรุปตามความเป็นจริงที่ปรากฏและให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ที่ศึกษาวิจัยเพื่อประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในแรงงาน

บทที่ ๔

ผลการวิจัย

การพัฒนาแบบการส่งเสริมความรู้สุขภาพเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของแรงงานในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจภาคตะวันออก (ระยะที่ ๑)

การวิจัยนี้มุ่งศึกษาเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจภาคตะวันออก เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey study) แบบการศึกษา ณ จุดเวลา Cross – sectional study โดยการใช้แบบสอบถามเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจภาคตะวันออก เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ในกลุ่มแรงงานในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก ที่มีอายุตั้งแต่ ๑๘-๖๐ ปี จำนวน ๔๑๖ คน ผลการวิจัยนำเสนอด้วยการบรรยายประกอบตารางเรียงตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลเกี่ยวกับการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ ๓ ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ ๔ ระดับความรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า จำแนกตามภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ ๕ ความสัมพันธ์ของข้อมูลทั่วไปกับภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ ๖ ความสัมพันธ์ของข้อมูลเกี่ยวกับการทำงานกับภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ ๗ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบถดถอยโลจิสติกกับภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาวะซึมเศร้า

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน ๔๑๖ คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงเข้าข่ายภาวะซึมเศร้า ร้อยละ ๑๘.๐ ในขณะที่เพศชายเข้าข่ายภาวะซึมเศร้า ร้อยละ ๑๖.๑ กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง ๑๙ – ๕๕ ปี มีค่ามัธยฐานอายุ ๓๑.๒ ปี (IQR=๙) โดยผู้ที่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้าและไม่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้ามีอายุใกล้เคียงกัน กลุ่มตัวอย่างสำเร็จการศึกษาตั้งแต่ระดับประถมศึกษาถึงระดับปริญญาโทขึ้นไป โดยผู้ที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาโทขึ้นไป ร้อยละ ๒๒.๒ เข้าข่ายภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่สำเร็จการศึกษาในระดับอื่นๆ นอกจากนี้ผู้ที่ปฏิบัติงานในระดับผู้บริหารเข้าข่ายภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ ๓๑.๒ กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพโสด ร้อยละ ๒๑.๐ เข้าข่ายภาวะซึมเศร้ามากกว่าสถานภาพสมรสอื่นๆ โดยผู้ที่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้าและไม่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้ามีจำนวนบุตรใกล้เคียงกัน ด้านระดับความสัมพันธ์ในครอบครัว พบว่า ผู้ที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวในระดับปานกลาง ร้อยละ ๓๑.๔ และระดับดี ร้อยละ ๑๘.๙ จะเข้าข่ายภาวะซึมเศร้ามากกว่าสัมพันธ์ภาพในระดับอื่น กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยเดือนละ ๒๐,๐๐๐ บาท โดยผู้ที่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้าและไม่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้ามีรายได้ไม่แตกต่างกัน การมีรายได้ไม่เพียงพอและเป็นหนี้ทำให้เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า ร้อยละ ๒๓.๑ ในขณะที่การมีโรคประจำตัว ร้อยละ ๒๕.๗ การสูบบุหรี่ ร้อยละ ๒๕.๐ และการดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ ๑๘.๑ ทำให้เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า การใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์แบบ Twitter เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า ร้อยละ ๗๕.๐ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าข่าย

ภาวะซึมเศร้าและไม่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้าใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์โดยเฉลี่ย ๓ ชั่วโมง/วัน ระยะเวลาในการนอนโดยเฉลี่ย ๗ ชั่วโมง/วัน โดยผู้ที่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้าและไม่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้ามีระยะเวลาในการนอนไม่แตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างที่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้าทำงานเฉลี่ยวันละ ๑๐ ชั่วโมง/วัน ซึ่งมากกว่าผู้ที่ไม่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า และการไม่ออกกำลังกายทำให้เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า ร้อยละ ๑๘.๗ ดังแสดงในตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาวะซึมเศร้า (n=๔๑๖ คน)

ข้อมูลทั่วไป	เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า (n= ๗๑ คน)		ไม่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า (n= ๓๔๕ คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	๓๔	๑๖.๑	๑๗๗	๘๓.๙
หญิง	๓๗	๑๘.๐	๑๖๘	๘๒.๐
อายุ (ปี)				
Median (IQR), Max: Min	๓๑.๒ (๙), ๕๕: ๑๙		๓๒.๒ (๑๐), ๕๕: ๑๙	
ระดับการศึกษาสูงสุด				
ระดับประถมศึกษา	๐	๐.๐	๔	๑๐๐.๐
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	๗	๑๙.๔	๒๙	๘๐.๖
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย./ปวช.	๒๓	๑๗.๓	๑๑๐	๘๒.๗
อนุปริญญา	๑๕	๑๓.๒	๙๙	๘๖.๘
ปริญญาตรี	๒๔	๒๐.๐	๙๖	๘๐.๐
ปริญญาโทขึ้นไป	๒	๒๒.๒	๗	๗๗.๘
ตำแหน่งงานในปัจจุบัน				
ระดับปฏิบัติ	๕๘	๑๘.๘	๒๕๐	๘๑.๒
ระดับหัวหน้างาน	๘	๘.๗	๘๔	๙๑.๓
ระดับผู้บริหาร	๕	๓๑.๒	๑๑	๖๘.๘
สถานภาพสมรส				
โสด	๓๕	๒๑.๐	๑๓๒	๗๙.๐
สมรสอยู่ด้วยกัน	๓๒	๑๔.๔	๑๙๐	๘๕.๖
สมรส แยกกันอยู่	๒	๑๓.๓	๑๓	๘๖.๗
หม้าย	๒	๑๖.๗	๑๐	๘๓.๓
จำนวนบุตร (คน)				
Median (IQR), Max: Min	๑ (๑), ๔: ๑		๑.๕ (๑), ๔: ๑	

ตารางที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาวะซึมเศร้า (n=๔๑๖ คน) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า		ไม่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า	
	(n= ๗๑ คน)		(n= ๓๔๕ คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว				
มีความสัมพันธ์ระดับดีมาก	๓๑	๑๓.๗	๑๙๖	๘๖.๓
มีความสัมพันธ์ระดับดี	๒๘	๑๘.๙	๑๒๐	๘๑.๑
มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง	๑๑	๓๑.๔	๒๔	๖๘.๖
มีความสัมพันธ์ระดับน้อย	๑	๑๖.๗	๕	๘๓.๓
รายได้ (บาท/เดือน)				
Median (IQR), Max: Min	๒๐,๐๐๐(๙,๐๐๐), ๑๐๐,๐๐๐: ๙,๐๐๐		๒๐,๐๐๐(๙,๐๐๐), ๑๐๐,๐๐๐: ๙,๐๐๐	
ความพอเพียงของรายได้				
พอเพียง	๒๓	๑๓.๑	๑๕๒	๘๖.๙
เพียงพอเหลือเก็บ	๑๐	๑๓.๗	๖๓	๘๖.๓
ไม่เพียงพอ	๒๐	๒๒.๒	๗๐	๗๗.๘
ไม่เพียงพอและเป็นหนี้	๑๘	๒๓.๑	๖๐	๗๖.๙
โรคประจำตัว				
ไม่มี	๖๒	๑๖.๓	๓๑๙	๘๓.๗
มี	๙	๒๕.๗	๒๖	๗๔.๓
ประวัติการสูบบุหรี่				
ไม่สูบ	๕๑	๑๕.๘	๒๗๑	๘๔.๒
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	๖	๑๕.๘	๓๒	๘๔.๒
ปัจจุบันสูบ	๑๔	๒๕.๐	๔๒	๗๕.๐
ประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์				
ไม่ดื่ม	๔๐	๑๘.๑	๑๘๑	๘๑.๙
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	๔	๑๗.๔	๑๙	๘๒.๖
ปัจจุบันดื่ม	๒๗	๑๕.๗	๑๔๕	๘๔.๓
ระบบของโทรศัพท์ที่ใช้งาน				
ระบบ IOS	๒๒	๑๖.๘	๑๐๙	๘๓.๒
ระบบ Android	๔๙	๑๗.๒	๒๓๖	๘๒.๘

ตารางที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาวะซึมเศร้า (n=๔๑๖ คน) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า (n= ๗๑ คน)		ไม่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า (n= ๓๔๕ คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์				
เฟสบุค Facebook	๔๓	๑๔.๘	๒๔๘	๘๕.๒
ไลน์ Line	๒๕	๒๑.๗	๙๐	๗๘.๓
อินสตราแกรม Instagram	๐	๐.๐	๖	๑๐๐.๐
ทวิตเตอร์ Twitter	๓	๗๕.๐	๑	๒๕.๐
ระยะเวลาการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์โดยเฉลี่ย (ชั่วโมง/วัน)				
Median (IQR), Max: Min	๓.๐ (๔), ๑๖: ๑		๓.๐ (๒), ๑๗: ๑	
ระยะเวลาการนอนโดยเฉลี่ย (ชั่วโมง/วัน)				
Median (IQR), Max: Min	๗ (๑), ๘: ๔		๗ (๒), ๑๒: ๔	
ระยะเวลาทำงานโดยเฉลี่ย (ชั่วโมง/วัน)				
Median (IQR), Max: Min	๑๐ (๓), ๑๔: ๖		๘ (๓), ๑๘: ๐	
การออกกำลังกาย				
ไม่ออกกำลังกาย	๔๕	๑๘.๗	๑๙๖	๘๑.๓
ออกกำลังกาย	๒๖	๑๔.๙	๑๔๙	๘๕.๑

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลเกี่ยวกับการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความทุกข์มากกว่าความสุขในการทำงาน (ภาพรวม) เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า ร้อยละ ๓๖.๔ ในขณะที่มีความทุกข์มากกว่าความสุขกับเพื่อนร่วมงาน เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า ร้อยละ ๓๓.๖ มีความทุกข์มากกว่าความสุขกับนายจ้าง/ หัวหน้างาน เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า ร้อยละ ๒๒.๔ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาในการนอนหลับบ่อยครั้ง เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า ร้อยละ ๔๕.๒ ด้านปัญหาเรื่องสมาธิในการทำงานเป็นประจำ เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า ร้อยละ ๕๐.๐ ปัญหาหงุดหงิด ว้าวุ่นใจ / กระวนกระวาย เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า ร้อยละ ๖๖.๗ รู้สึกเบื่อ/เซ็งเป็นประจำ เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า ร้อยละ ๗๒.๗ และการไม่อยากพบปะผู้คนเป็นประจำ เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า ร้อยละ ๗๕.๐ ดังแสดงในตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ ข้อมูลเกี่ยวกับการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยเกี่ยวกับการทำงาน	เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า (n= ๗๑ คน)		ไม่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า (n= ๓๔๕ คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความสุขในการทำงานโดยภาพรวม				
มีความสุข	๓๖	๑๔.๒	๒๑๘	๘๕.๘
มีความสุขมากกว่าความทุกข์	๑๙	๑๖.๑	๙๙	๘๓.๙
มีความสุขมากกว่าความทุกข์	๑๖	๓๖.๔	๒๘	๖๓.๖
ความสุขในการทำงานร่วมกับเพื่อนร่วมงาน				
มีความสุข	๔๐	๑๕.๑	๒๒๕	๘๔.๙
มีความสุขมากกว่าความทุกข์	๑๙	๑๖.๕	๙๖	๘๓.๕
มีความสุขมากกว่าความทุกข์	๑๒	๓๓.๓	๒๔	๖๖.๗
ความสุขในการทำงานร่วมกับนายจ้าง/หัวหน้างาน				
มีความสุข	๔๒	๑๕.๘	๒๒๔	๘๔.๒
มีความสุขมากกว่าความทุกข์	๑๘	๑๗.๘	๘๓	๘๒.๒
มีความสุขมากกว่าความทุกข์	๑๑	๒๒.๔	๓๘	๗๗.๖
ปัญหาการนอน				
แทบไม่มี	๑๒	๘.๖	๑๒๘	๙๑.๔
เป็นบางครั้ง	๔๓	๑๘.๑	๑๙๕	๘๑.๙
บ่อยครั้ง	๑๔	๔๕.๒	๑๗	๕๔.๘
เป็นประจำ	๒	๒๘.๖	๕	๗๑.๔
ปัญหาการมีสมาธิน้อย				
แทบไม่มี	๑๐	๙.๓	๙๘	๙๐.๗
เป็นบางครั้ง	๔๙	๑๘.๐	๒๒๓	๘๒.๐
บ่อยครั้ง	๘	๒๘.๖	๒๐	๗๑.๔
เป็นประจำ	๔	๕๐.๐	๔	๕๐.๐
ปัญหาหงุดหงิดว่าวุ่นใจ/กระวนกระวาย				
แทบไม่มี	๕	๕.๖	๘๔	๙๔.๔
เป็นบางครั้ง	๔๕	๑๖.๐	๒๓๗	๘๔.๐
บ่อยครั้ง	๑๕	๔๑.๗	๒๑	๕๘.๓
เป็นประจำ	๖	๖๖.๗	๓	๓๓.๓

ตารางที่ ๒ ข้อมูลเกี่ยวกับการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาวะซึมเศร้า (ต่อ)

ปัจจัยเกี่ยวกับการทำงาน	เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า (n= ๗๑ คน)		ไม่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า (n= ๓๔๕ คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รู้สึกเบื่อ เซ็ง				
แทบไม่มี	๒	๒.๖	๗๕	๙๗.๔
เป็นบางครั้ง	๔๓	๑๕.๘	๒๒๙	๘๔.๒
บ่อยครั้ง	๑๘	๓๒.๑	๓๘	๖๗.๙
เป็นประจำ	๘	๗๒.๗	๓	๒๗.๓
ไม่อยากพบปะผู้คน				
แทบไม่มี	๑๑	๖.๑	๑๖๙	๙๓.๙
เป็นบางครั้ง	๔๓	๒๐.๙	๑๖๓	๗๙.๑
บ่อยครั้ง	๑๔	๕๓.๘	๑๒	๔๖.๒
เป็นประจำ	๓	๗๕.๐	๑	๒๕.๐

ส่วนที่ ๓ ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๔๑๖ คน เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า ๗๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๑ ในขณะที่อีก ๓๔๕ คน หรือร้อยละ ๘๒.๙ ไม่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า ดังแสดงในตารางที่ ๓

ตารางที่ ๓ จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาวะซึมเศร้า (n = ๔๑๖ คน)

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า	๓๔๕	๘๒.๙
เสี่ยงภาวะซึมเศร้า	๗๑	๑๗.๑

ส่วนที่ ๔ ระดับความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า จำแนกตามภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษา พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า การบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า และความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ภาพรวม มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยพบว่า เมื่อมีระดับความรอบรู้ด้านการป้องกันภาวะซึมเศร้าไม่ดีจะสัมพันธ์กับการเข้าข่ายภาวะ

ชิมเศร้า สำหรับความเข้าใจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.581$)
 ดังแสดงในตารางที่ ๔

ตารางที่ ๔ ระดับความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าแต่ละด้านและภาพรวม จำแนกตาม
 ภาวะซึมเศร้า

ประเด็น ความรอบรู้สุขภาพ	เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า (n= ๗๑(คน		ไม่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า (n= ๓๔๕ คน(		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า					<0.00๑
ไม่ดี	๒๐	๒๘.๒	๕๑	๑๑.๘	
พอใช้	๓๑	๑๘.๕	๑๓๗	๘๑.๕	
ดี	๒๐	๑๖.๗	๑๐๐	๘๓.๓	
ดีมาก	๐	๐.๐	๕๗	๑๐๐.๐	
การเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า					๐.๕๘๑
ไม่ดี	๑๑	๒๒.๔	๓๗	๑๑.๑	
พอใช้	๓๔	๑๕.๔	๒๐๖	๘๔.๑	
ดี	๑๘	๑๘.๔	๘๐	๘๑.๖	
ดีมาก	๓	๑๒.๐	๒๒	๘๘.๐	
การตอบซักถามเพื่อเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า					<0.00๑
ไม่ดี	๓๒	๓๗.๒	๕๔	๑๖.๘	
พอใช้	๒๓	๑๑.๓	๑๘๐	๘๘.๗	
ดี	๑๐	๑๒.๕	๗๐	๘๗.๕	
ดีมาก	๖	๑๒.๘	๔๑	๘๗.๒	
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า					๐.๐๐๕
ไม่ดี	๑๗	๒๔.๓	๔๑	๑๑.๗	
พอใช้	๔๒	๑๗.๔	๑๙๔	๘๒.๖	
ดี	๑๒	๑๓.๖	๗๖	๘๖.๔	
ดีมาก	๐	๐.๐	๒๔	๑๐๐.๐	
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า					๐.๐๐๘
ไม่ดี	๑๔	๒๕.๐	๔๒	๑๕.๐	
พอใช้	๔๕	๒๐.๕	๑๗๕	๗๙.๕	
ดี	๘	๑๐.๑	๗๑	๘๙.๙	
ดีมาก	๔	๖.๖	๕๗	๙๓.๔	

ตารางที่ ๔ ระดับความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าแต่ละด้านและภาพรวม จำแนกตามภาวะซึมเศร้า (ต่อ)

ประเด็น ความรอบรู้สุขภาพ	เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า)n= ๗๑(คน		ไม่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า)n= ๓๔๕ คน(		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า					๐.๐๐๒
ไม่ดี	๒๓	๒๙.๕	๕๕	๗๐.๕	
พอใช้	๔๔	๑๖.๒	๒๒๗	๘๓.๘	
ดี	๓	๖.๐	๔๗	๙๔.๐	
ดีมาก	๑	๕.๙	๑๖	๙๔.๑	
ความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า (ภาพรวม)					๐.๐๐๒
ไม่ดี	๑๘	๓๑.๖	๓๙	๖๘.๔	
พอใช้	๔๖	๑๗.๑	๒๒๓	๘๒.๙	
ดี	๗	๙.๓	๖๘	๙๐.๗	
ดีมาก	๐	๐.๐	๑๕	๑๐๐.๐	

ส่วนที่ ๕ ความสัมพันธ์ของข้อมูลทั่วไปกับภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษา พบว่า ความสัมพันธ์ของข้อมูลทั่วไปกับภาวะซึมเศร้า พบว่า ตำแหน่งงานในปัจจุบัน และระยะเวลาในการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อวัน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยพบว่า ตำแหน่งงานในปัจจุบันที่แตกต่างกันสัมพันธ์กับความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า ระยะเวลาในการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อวันระหว่างกลุ่มที่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้ากับกลุ่มที่ไม่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ ๕

ตารางที่ ๕ ความสัมพันธ์ของข้อมูลทั่วไปกับภาวะซึมเศร้า

ข้อมูลทั่วไป	เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า)n= ๗๑(คน		ไม่เข้าข่ายภาวะ ซึมเศร้า)n= ๓๔๕ คน(		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					๐.๖๐๐
ชาย	๓๔	๑๖.๑	๑๗๗	๘๓.๙	
หญิง	๓๗	๑๘.๐	๑๖๘	๘๒.๐	
อายุ (ปี)					๐.๔๓๖ ^a
Median (IQR), Max: Min	๓๑.๒ (๙), ๕๕: ๑๙		๓๒.๒ (๑๐), ๕๕: ๑๙		

ตารางที่ ๕ ความสัมพันธ์ของข้อมูลทั่วไปกับภาวะซึมเศร้า (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า)n= ๗๑(คน		ไม่เข้าข่ายภาวะ ซึมเศร้า)n= ๓๔๕ คน(		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับการศึกษาสูงสุด					๐.๖๙๙ ^b
ระดับประถมศึกษา	๐	๐.๐	๔	๑๐๐.๐	
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	๗	๑๙.๔	๒๙	๘๐.๖	
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย./					
ปวช.	๒๓	๑๗.๓	๑๑๐	๘๒.๗	
อนุปริญญา	๑๕	๑๓.๒	๙๙	๘๖.๘	
ปริญญาตรี	๒๔	๒๐.๐	๙๖	๘๐.๐	
ปริญญาโทขึ้นไป	๒	๒๒.๒	๗	๗๗.๘	
ตำแหน่งงานในปัจจุบัน					๐.๐๒๓
ระดับปฏิบัติ	๕๘	๑๘.๘	๒๕๐	๘๑.๒	
ระดับหัวหน้างาน	๘	๘.๗	๘๔	๙๑.๓	
ระดับผู้บริหาร	๕	๓๑.๒	๑๑	๖๘.๘	
สถานภาพสมรส					๐.๓๙๗ ^b
โสด	๓๕	๒๑.๐	๑๓๒	๗๙.๐	
สมรสอยู่ด้วยกัน	๓๒	๑๔.๔	๑๙๐	๘๕.๖	
สมรส แยกกันอยู่	๒	๑๓.๓	๑๓	๘๖.๗	
หม้าย	๒	๑๖.๗	๑๐	๘๓.๓	
จำนวนบุตร (คน)					๐.๘๘๙ ^a
Median (IQR), Max: Min	๑ (๑), ๔: ๑		๑.๕ (๑), ๔: ๑		
ระดับความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว					๐.๐๕๘ ^b
ระดับดีมาก	๓๑	๑๓.๗	๑๙๖	๘๖.๓	
ระดับดี	๒๘	๑๘.๙	๑๒๐	๘๑.๑	
ระดับปานกลาง	๑๑	๓๑.๔	๒๔	๖๘.๖	
ระดับน้อย	๑	๑๖.๗	๕	๘๓.๓	
รายได้ บาท)/เดือน (					๐.๘๓๕ ^a
Median (IQR), Max: Min	๒๐,๐๐๐(๙,๐๐๐), ๑๐๐,๐๐๐: ๙,๐๐๐		๒๐,๐๐๐(๙,๐๐๐), ๑๐๐,๐๐๐: ๙,๐๐๐		

ตารางที่ ๕ ความสัมพันธ์ของข้อมูลทั่วไปกับภาวะซึมเศร้า (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า)n= ๗๑(คน		ไม่เข้าข่ายภาวะ ซึมเศร้า)n= ๓๔๕ คน(		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ความพอเพียงของรายได้					๐.๑๐๔
พอเพียง	๒๓	๑๓.๑	๑๕๒	๘๖.๙	
เพียงพอเหลือเก็บ	๑๐	๑๓.๗	๖๓	๘๖.๓	
ไม่เพียงพอ	๒๐	๒๒.๒	๗๐	๗๗.๘	
ไม่เพียงพอและเป็นหนี้	๑๘	๒๓.๑	๖๐	๗๖.๙	
โรคประจำตัว					๐.๑๕๕
ไม่มี	๖๒	๑๖.๓	๓๑๙	๘๓.๗	
มี	๙	๒๕.๗	๒๖	๗๔.๓	
ประวัติการสูบบุหรี่					๐.๒๓๗
ไม่สูบ	๕๑	๑๕.๘	๒๗๑	๘๔.๒	
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	๖	๑๕.๘	๓๒	๘๔.๒	
ปัจจุบันสูบ	๑๔	๒๕.๐	๔๒	๗๕.๐	
ประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์					๐.๘๒๐
ไม่ดื่ม	๔๐	๑๘.๑	๑๘๑	๘๑.๙	
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	๔	๑๗.๔	๑๙	๘๒.๖	
ปัจจุบันดื่ม	๒๗	๑๕.๗	๑๔๕	๘๔.๓	
ระบบของโทรศัพท์ที่ใช้งาน					๐.๙๒๐
ระบบ IOS	๒๒	๑๖.๘	๑๐๙	๘๓.๒	
ระบบ Android	๔๙	๑๗.๒	๒๓๖	๘๒.๘	
การใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์					๐.๑๓๓
เฟสบุ๊ค Facebook	๔๓	๑๔.๘	๒๔๘	๘๕.๒	
ไลน์ Line	๒๕	๒๑.๗	๙๐	๗๘.๓	
อินสตราแกรม Instagram					
หรือ ทวิตเตอร์ Twitter	๓	๓๐.๐	๗	๗๐.๐	
ระยะเวลาการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์โดยเฉลี่ย ชั่วโมง)/วัน(					๐.๐๐๑ ^a
Median (IQR), Max: Min	๓.๐ (๔), ๑๖: ๑		๓.๐ (๒), ๑๗: ๑		
ระยะเวลาการนอนโดยเฉลี่ย (วัน/ชั่วโมง)					๐.๑๙๕ ^a
Median (IQR), Max: Min	๗ (๑), ๘: ๔		๗ (๒), ๑๒: ๔		
ระยะเวลาทำงานโดยเฉลี่ย (วัน/ชั่วโมง)					๐.๑๐๒ ^a
Median (IQR), Max: Min	๑๐ (๓), ๑๔: ๖		๘ (๓), ๑๘: ๐		

ตารางที่ ๕ ความสัมพันธ์ของข้อมูลทั่วไปกับภาวะซึมเศร้า (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า)n= ๗๑(คน		ไม่เข้าข่ายภาวะ ซึมเศร้า)n= ๓๔๕ คน(		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การออกกำลังกาย					๐.๓๐๗
ไม่ออกกำลังกาย	๔๕	๑๘.๗	๑๙๖	๘๑.๓	
ออกกำลังกาย	๒๖	๑๔.๙	๑๔๙	๘๕.๑	

หมายเหตุ : ^a คือ ค่าสถิติจาก Mann-Whitney Test, ^b คือ ค่าสถิติจาก Fisher's exact test

ส่วนที่ ๖ ความสัมพันธ์ของข้อมูลเกี่ยวกับการทำงานกับภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษา พบว่า ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลเกี่ยวกับการทำงานกับภาวะซึมเศร้า พบว่า ความสุขในการทำงานโดยภาพรวม ความสุขในการทำงานร่วมกับเพื่อนร่วมงาน การมีปัญหการนอน ปัญหาการมีสมาธิน้อย ปัญหาหงุดหงิด/กระวนกระวาย/ว้าวุ่นใจ ความรู้สึกเบื่อ เซ็ง และความรู้สึกไม่อยากพบปะผู้คน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ ๖

ตารางที่ ๖ ความสัมพันธ์ของข้อมูลเกี่ยวกับการทำงานกับภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยเกี่ยวกับการทำงาน	เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า)n= ๗๑(คน		ไม่เข้าข่ายภาวะ ซึมเศร้า)n= ๓๔๕ คน(		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ความสุขในการทำงานโดยภาพรวม					๐.๐๐๑
มีความสุข	๓๖	๑๔.๒	๒๑๘	๘๕.๘	
มีความสุขมากกว่าความทุกข์	๑๙	๑๖.๑	๙๙	๘๓.๙	
มีความสุขมากกว่าความทุกข์	๑๖	๓๖.๔	๒๘	๖๓.๖	
ความสุขในการทำงานร่วมกับเพื่อนร่วมงาน					๐.๐๒๔
มีความสุข	๔๐	๑๕.๑	๒๒๕	๘๔.๙	
มีความสุขมากกว่าความทุกข์	๑๙	๑๖.๕	๙๖	๘๓.๕	
มีความสุขมากกว่าความทุกข์	๑๒	๓๓.๓	๒๔	๖๖.๗	
ความสุขในการทำงานร่วมกับนายจ้างหรือหัวหน้างาน					๐.๕๐๙
มีความสุข	๔๒	๑๕.๘	๒๒๔	๘๔.๒	
มีความสุขมากกว่าความทุกข์	๑๘	๑๗.๘	๘๓	๘๒.๒	
มีความสุขมากกว่าความทุกข์	๑๑	๒๒.๔	๓๘	๗๗.๖	

ตารางที่ ๖ ความสัมพันธ์ของข้อมูลเกี่ยวกับการทำงานกับภาวะซึมเศร้า (ต่อ)

ปัจจัยเกี่ยวกับการทำงาน	เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า)n= ๗๑(คน		ไม่เข้าข่ายภาวะ ซึมเศร้า)n= ๓๔๕ คน(		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ปัญหาการนอน					<๐.๐๐๑
แทบไม่มี	๑๒	๘.๖	๑๒๘	๓๖.๔	
เป็นบางครั้ง	๔๓	๖๐.๑	๑๙๕	๕๖.๕	
บ่อยครั้ง	๑๔	๑๙.๖	๑๗	๕.๐	
เป็นประจำ	๒	๒.๘	๕	๑.๔	
ปัญหาการมีสมาธิ					๐.๐๐๓ ^b
แทบไม่มี	๑๐	๑๔.๑	๙๘	๒๘.๓	
เป็นบางครั้ง	๔๙	๖๙.๐	๒๒๓	๖๔.๖	
บ่อยครั้ง	๘	๑๑.๑	๒๐	๕.๘	
เป็นประจำ	๔	๕.๖	๔	๑.๑	
ปัญหาหงุดหงิด/กระวนกระวาย/ว้าวุ่นใจ					<๐.๐๐๑
แทบไม่มี	๕	๗.๐	๘๔	๒๔.๓	
เป็นบางครั้ง	๔๕	๖๓.๓	๒๓๗	๖๘.๖	
บ่อยครั้ง	๑๕	๒๑.๑	๒๑	๖.๑	
เป็นประจำ	๖	๘.๖	๓	๐.๘	
รู้สึกเบื่อ เซ็ง					<๐.๐๐๑
แทบไม่มี	๒	๒.๘	๗๕	๒๑.๕	
เป็นบางครั้ง	๔๓	๖๐.๖	๒๒๙	๖๖.๖	
บ่อยครั้ง	๑๘	๒๕.๓	๓๘	๑๑.๐	
เป็นประจำ	๘	๑๑.๓	๓	๐.๘	
ไม่อยากพบปะผู้คน					<๐.๐๐๑ ^b
แทบไม่มี	๑๑	๑๕.๖	๑๖๙	๔๙.๐	
เป็นบางครั้ง	๔๓	๖๐.๖	๑๖๓	๔๗.๑	
บ่อยครั้ง	๑๔	๑๙.๖	๑๒	๓.๕	
เป็นประจำ	๓	๔.๒	๑	๐.๓	

หมายเหตุ : ^b คือ ค่าสถิติจาก Fisher's exact test

ส่วนที่ ๗ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบถดถอยโลจิสติกกับภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ ๗ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้าที่ละตัวแปร พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ตำแหน่งงาน ระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อวัน ความสุขในการทำงานโดยภาพรวม ความสุขในการทำงานร่วมกับเพื่อนร่วมงาน ปัญหาการนอน ปัญหาการมีสมาธิน้อย ปัญหาหงุดหงิดว่าวุ่นใจหรือกระวนกระวาย ความรู้สึกเบื่อ เซ็ง ความรู้สึกไม่อยากพบปะผู้คน ความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบอกต่อและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูล โดยมีความสัมพันธ์ดังนี้

ตำแหน่งงาน พบว่า ผู้ที่มีตำแหน่งงานในระดับบริหารจะเสี่ยงภาวะซึมเศร้ามากเป็น ๔.๗๖ เท่า (๑/๐.๒๑) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีตำแหน่งในระดับหัวหน้างาน ($p = 0.008$)

ระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อวัน พบว่า ผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าจะใช้สื่อสังคมออนไลน์เฉลี่ยต่อวันมากกว่า ๓ ชั่วโมงต่อวันมากเป็น ๑.๗๘ เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ($p = 0.029$)

การมีความสุขในการทำงานโดยภาพรวม พบว่า ผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าจะมีความสุขในการทำงานโดยภาพรวมมากกว่าความสุขเป็น ๓.๔๖ เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ($p = 0.001$)

การมีความสุขในการทำงานร่วมกับเพื่อนร่วมงาน พบว่า ผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าจะมีความสุขในการทำงานร่วมกับเพื่อนร่วมงานมากกว่าความสุขเป็น ๒.๘๑ เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ($p = 0.009$)

ปัญหาการนอน พบว่า ผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าจะมีปัญหาการนอน นอนไม่หลับเป็นบางครั้งมากเป็น ๒.๓๕ เท่า ($p = 0.013$) และปัญหาการนอนไม่หลับบ่อยครั้งและเป็นประจำมากเป็น ๗.๗๘ เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ($p < 0.001$)

ปัญหาการมีสมาธิน้อย พบว่า ผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าจะมีปัญหาการมีสมาธิน้อยเป็นบางครั้งมากเป็น ๒.๑๕ เท่า ($p = 0.037$) และปัญหาการมีสมาธิน้อยบ่อยครั้งและเป็นประจำมากเป็น ๔.๙๐ เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ($p = 0.001$)

ปัญหาหงุดหงิด ว้าวุ่นใจ หรือกระวนกระวาย พบว่า ผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าจะมีปัญหาหงุดหงิดว้าวุ่นใจเป็นบางครั้งมากเป็น ๓.๑๙ เท่า ($p = 0.018$) และปัญหาหงุดหงิดว้าวุ่นใจบ่อยครั้งและเป็นประจำมากเป็น ๑๔.๗๐ เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ($p < 0.001$)

รู้สึกเบื่อ/ เซ็ง พบว่า ผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าจะรู้สึกเบื่อ เซ็ง เป็นบางครั้งมากเป็น ๗.๐๔ เท่า ($p = 0.008$) รู้สึกเบื่อ เซ็ง บ่อยครั้งและเป็นประจำมากเป็น ๒๓.๗๘ เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ($p < 0.001$)

ไม่อยากพบปะผู้คน พบว่า ผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าจะไม่อยากพบปะผู้คนเป็นบางครั้งมากเป็น ๔.๐๕ เท่า ($p < 0.001$) และไม่อยากพบปะผู้คนบ่อยครั้งและเป็นประจำมากเป็น ๒๐.๐๙ เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ($p < 0.001$)

การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ พบว่า ผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าจะมีความรอบรู้ในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพในระดับไม่ดี-พอใช้มากเป็น ๒.๑๓ เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ($p=0.008$)

การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ พบว่า ผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าจะมีความรอบรู้ในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในระดับไม่ดี-พอใช้มากเป็น ๒.๑๕ เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ($p=0.023$)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า ผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าจะมีความรอบรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับไม่ดี-พอใช้มากเป็น ๒.๙๐ เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ($p=0.002$)

การบอกต่อและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูล พบว่า ผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าจะมีความรอบรู้ในการบอกต่อและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลในระดับไม่ดี-พอใช้มากเป็น ๓.๗๔ เท่า ($p=0.013$) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยกับภาวะซึมเศร้าแบบถดถอยโลจิสติก พบว่า ตำแหน่งงานในปัจจุบัน ระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อวัน ปัญหาหงุดหงิดว่าุ่นใจหรือกระวนกระวาย ไม่อยากพบปะผู้คน และความรอบรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังนี้

เมื่อมีการควบคุมตัวแปร ระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อวัน ปัญหาหงุดหงิดว่าุ่นใจหรือกระวนกระวาย ไม่อยากพบปะผู้คน และความรอบรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า ตำแหน่งงานมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่มีตำแหน่งงานในระดับบริหารจะเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าน่ามากเป็น ๗.๑๔ เท่า ($1/0.14$) เมื่อเทียบกับตำแหน่งงานในระดับหัวหน้างาน ($p=0.008$)

เมื่อมีการควบคุมตัวแปร ตำแหน่งงานในปัจจุบัน ปัญหาหงุดหงิดว่าุ่นใจหรือกระวนกระวาย ไม่อยากพบปะผู้คน และความรอบรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า ผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าจะใช้สื่อสังคมออนไลน์เฉลี่ยต่อวันมากกว่า ๓ ชั่วโมงต่อวันมากเป็น ๑.๘๗ เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ($p=0.036$, ๙๕%CI: ๑.๐๔ – ๓.๓๕)

เมื่อมีการควบคุมตัวแปร ตำแหน่งงานในปัจจุบัน ระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อวัน ไม่อยากพบปะผู้คน และความรอบรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า ผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าจะมีปัญหาหงุดหงิดว่าุ่นใจหรือกระวนกระวาย บ่อยครั้งและเป็นประจำมากเป็น ๕.๓๕ เท่า ($p=0.006$, ๙๕%CI: ๑.๖๒ – ๑๗.๗๐) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า

เมื่อมีการควบคุมตัวแปร ตำแหน่งงานในปัจจุบัน ระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อวัน ปัญหาหงุดหงิดว่าุ่นใจหรือกระวนกระวาย และความรอบรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า ผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าจะไม่อยากพบปะผู้คนเป็นบางครั้งมากเป็น ๓.๐๓ เท่า ($p=0.005$, ๙๕%CI: ๑.๔๐ – ๖.๕๔) และไม่อยากพบปะผู้คนบ่อยครั้งและเป็นประจำมากเป็น ๙.๑๒ เท่า ($p<0.001$, ๙๕%CI: ๓.๑๕ – ๒๖.๔๒) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า

เมื่อมีการควบคุมตัวแปร ตำแหน่งงานในปัจจุบัน ระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อวัน ปัญหาหงุดหงิดว่าุ่นใจหรือกระวนกระวาย และไม่อยากพบปะผู้คน พบว่า ผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะ

ชิมเคร้าจะมีความรอบรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับไม่ดี-พอใช้มากเป็น ๒.๔๑ เท่า ($p=0.007$, ๙๕%CI: ๑.๑๗ – ๔.๙๕) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เสี่ยงต่อภาวะชิมเคร้า

ตารางที่ ๗ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบถดถอยโลจิสติก

ปัจจัย	Crude OR	p-value	Adjusted OR	๙๕%CI	p-value
ตำแหน่งงานในปัจจุบัน					
ระดับปฏิบัติ	๐.๕๑	๐.๒๒๙	๐.๓๒	๐.๐๙ – ๑.๑๓	๐.๐๗๖
ระดับหัวหน้างาน	๐.๒๑	๐.๐๑๗	๐.๑๔	๐.๐๓ – ๐.๕๙	๐.๐๐๘
ระดับผู้บริหาร	-	๐.๐๓	-	-	๐.๐๒๒
ระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อวัน					
ใช้ ๐-๓ ชั่วโมงต่อวัน	-	-	-	-	-
ใช้มากกว่า ๓ ชั่วโมงต่อวัน	๑.๗๘	๐.๐๒๙	๑.๘๗	๑.๐๔ – ๓.๓๕	๐.๐๓๖
ความสุขในการทำงานโดยภาพรวม					
มีความสุข	-	๐.๐๐๒	-	-	๐.๔๑๔
มีความสุขมากกว่าความทุกข์	๑.๑๖	๐.๖๒๖	๐.๙๙	๐.๓๕ – ๒.๘๒	๐.๙๘๐
มีความสุขมากกว่าความทุกข์	๓.๔๖	๐.๐๐๑	๒.๐๗	๐.๖๓ – ๖.๘๐	๐.๒๓๐
ความสุขในการทำงานร่วมกับเพื่อนร่วมงาน					
มีความสุข	-	๐.๐๓๐	-	-	๐.๖๐๖
มีความสุขมากกว่าความทุกข์	๑.๑๑	๐.๗๒๔	๐.๖๗	๐.๒๓ – ๑.๙๓	๐.๔๕๔
มีความสุขมากกว่าความทุกข์	๒.๘๑	๐.๐๐๙	๐.๕๖	๐.๑๖ – ๑.๙๙	๐.๓๗๓
ปัญหาการนอน					
แทบไม่มี	-	<๐.๐๐๑	-	-	๐.๔๙๐
เป็นบางครั้ง	๒.๓๕	๐.๐๑๓	๑.๔๐	๐.๖๓ – ๓.๐๙	๐.๔๐๙
บ่อยครั้ง/เป็นประจำ	๗.๗๘	<๐.๐๐๑	๒.๐๑	๐.๖๒ – ๖.๔๗	๐.๒๔๒
ปัญหาการมีสมาธิน้อย					
แทบไม่มี	-	๐.๐๐๕	-	-	๐.๖๒๗
เป็นบางครั้ง	๒.๑๕	๐.๐๓๗	๑.๒๒	๐.๔๘ – ๓.๑๐	๐.๖๘๓
บ่อยครั้ง/เป็นประจำ	๔.๙๐	๐.๐๐๑	๐.๖๙	๐.๑๗ – ๒.๗๕	๐.๖๐๒
ปัญหาหงุดหงิดหรือกระวนกระวาย/ว้าวุ่นใจ/					
แทบไม่มี	-	<๐.๐๐๑	-	-	๐.๐๑๐
เป็นบางครั้ง	๓.๑๙	๐.๐๑๘	๒.๐๗	๐.๗๓ – ๕.๘๗	๐.๑๗๒
บ่อยครั้ง/เป็นประจำ	๑๔.๗๐	<๐.๐๐๑	๕.๓๕	๑.๖๒ – ๑๗.๗๐	๐.๐๐๖

ตารางที่ ๗ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบถดถอยโลจิสติก (ต่อ)

ปัจจัย	Crude OR	p-value	Adjusted OR	๙๕%CI	p-value
รู้สึกเบื่อ เซ็ง					
แทบไม่มี	-	<๐.๐๐๑	-	-	๐.๔๑๘
เป็นบางครั้ง	๗.๐๔	๐.๐๐๘	๒.๓๘	๐.๔๔ – ๑๒.๘๒	๐.๓๑๔
บ่อยครั้ง/เป็นประจำ	๒๓.๗๘	<๐.๐๐๑	๓.๓๘	๐.๕๓ – ๒๑.๕๙	๐.๑๙๙
ไม่อยากพบปะผู้คน					
แทบไม่มี	-	<๐.๐๐๑	-	-	<๐.๐๐๑
เป็นบางครั้ง	๔.๐๕	<๐.๐๐๑	๓.๐๓	๑.๔๐ – ๖.๕๔	๐.๐๐๕
บ่อยครั้ง/เป็นประจำ	๒๐.๐๙	<๐.๐๐๑	๙.๑๒	๓.๑๕ – ๒๖.๔๒	<๐.๐๐๑
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ					
ไม่ดี-พอใช้	๒.๑๓	๐.๐๐๘	๑.๖๒	๐.๗๗ – ๓.๔๑	๐.๒๐๗
ดี-ดีมาก	-	-	-	-	-
ความเข้าใจ					
ไม่ดี-พอใช้	๑.๐๐	๐.๙๙๘	๐.๖๖	๐.๓๑ – ๑.๔๑	๐.๒๘๔
ดี-ดีมาก	-	-	-	-	-
การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความเข้าใจ					
ไม่ดี-พอใช้	๑.๖๓	๐.๑๑๑	๐.๖๔	๐.๒๖ – ๑.๕๗	๐.๓๒๗
ดี-ดีมาก	-	-	-	-	-
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ					
ไม่ดี-พอใช้	๒.๑๕	๐.๐๒๓	๑.๐๓	๐.๓๘ – ๒.๗๙	๐.๙๔๗
ดี-ดีมาก	-	-	-	-	-
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม					
ไม่ดี-พอใช้	๒.๙๐	๐.๐๐๒	๒.๔๑	๑.๑๗ – ๕.๙๕	๐.๐๑๗
ดี-ดีมาก	-	-	-	-	-
การบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูล					
ไม่ดี-พอใช้	๓.๗๔	๐.๐๑๓	๒.๐๐	๐.๕๔ – ๗.๓๗	๐.๒๙๘
ดี-ดีมาก	-	-	-	-	-

บทที่ ๕

ผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของแรงงาน ในพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก ระยะที่ ๒ และระยะที่ ๓

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของแรงงานในพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก (ระยะที่ ๒) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัย คือ บุคคลที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับสุขภาพแรงงานทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแรงงานที่ทำงานในพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก จำนวน ๒๐ คน ประกอบด้วย ผู้แทนเจ้าของสถานประกอบการจำนวน ๒ คน ผู้แทนจากกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน จำนวน ๑ คน ผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จำนวน ๑ คน ผู้แทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๑ คน หัวหน้างาน พยาบาลจิตเวช และนักวิชาการสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานสุขภาพของแรงงานจากโรงพยาบาล จำนวน ๓ คน ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน ๒ คน และแรงงานในสถานประกอบการ จำนวน ๑๐ คน เพื่อร่วมแสดงความคิดเห็นในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในแรงงาน ผลการวิจัยนำเสนอด้วยพรรณนาเรียงตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ ๑ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในสถานประกอบการ

ส่วนที่ ๒ สาเหตุและผลกระทบของการเกิดภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ ๓ แนวทาง/ มาตรการ/ วิธีการป้องกันภาวะซึมเศร้าในสถานประกอบการในปัจจุบันและอนาคต

ส่วนที่ ๔ รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของแรงงาน

ส่วนที่ ๕ คู่มือ รอบรู้ สู้ “ซึม (เศร้า)” สำหรับวัยแรงงาน

ส่วนที่ ๑ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในสถานประกอบการ

จากการร่วมแสดงความคิดเห็นในเรื่องความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในสถานประกอบการจากบุคคลที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับสุขภาพแรงงานสามารถจำแนกเป็น ๒ ประเด็น คือ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในสถานประกอบการ ดังนี้

๑.๑ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

กลุ่มตัวอย่างทุกคนล้วนแล้วแต่เคยได้ยินคำว่า “ภาวะซึมเศร้า” โดยเคยได้ยินจากแหล่งที่แตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นจากโทรทัศน์ สื่อสังคมบนโลกออนไลน์ ชาวบ้านในชุมชน เพื่อนร่วมงาน และบุคลากรทางสุขภาพ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ชาวบ้านเนี่ย เขาจะพูดคำนี้กันเยอะมาก แต่ด้วยความที่หนูเป็น อสม. หนูก็จะรู้ว่าไม่ใช่ทุกคนที่จะเป็นเนาะ...พอเขาเหงานิดนึง เขาจะพูดว่าเขาเป็นซึมเศร้า เราก็ต้องคอยไปอธิบายว่า มันไม่ใช่เนาะ มันต้องประเมินก่อนนะ” (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน)

“คำนี้เคยได้ยินจากสื่อ จากหมอ มานานแล้ว...ถ้าให้ฟังก็ว่ามันเหมือนคนที่ก้าวผ่านความทุกข์ไม่ได้ ก้าวไม่ผ่านมันก็ทุกข์อยู่นั่น เราเองก็เหมือนกันถูกมีย บางครั้งเราเองยังต้องใช้เวลา แต่ถ้าเราก้าวผ่านมัน ให้สติ หรือคิดแบบสัมมาทิฐิ พี่เองก็จะสอนพนักงานเรื่องสัมมาทิฐิไปด้วย ทุกครั้งที่พี่เข้าไปแผนกละ ๕ นาที ทุกคนจะตอบได้หมด ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค มันจะต่อเนื่อง กฎแห่งกรรม อะไรเนี่ยพี่ก็จะสอนแบบนี้ค่ะ” (ผู้แทนเจ้าของสถานประกอบการ)

“เคยดูจากโทรทัศน์อะค่ะ...ก็อาจจะเกิดจาก เครียด พักผ่อนน้อย อะไรพวกนี้หรือเปล่า ไม่เข้าใจเหมือนกันอะค่ะ” (แรงงาน)

โดยกลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อคิดเห็นว่า “ภาวะซึมเศร้า” คือ ความทุกข์ ความเครียด ความวิตกกังวล ความหงุดหงิด ความเศร้า ความเบื่อหน่าย หรือความร่าเริงผิดปกติ ซึ่งจะแสดงออกทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ภาวะซึมเศร้าก็ประมาณคล้ายๆว่า เหมือนเบื่อหน่ายชีวิตอะไรพวกนี้ครับ รู้สึกหงุดหงิด ไม่สูงส่งกับใครอะไรแบบครับ เราจะสังเกตจากพฤติกรรมของพนักงานครับ ปกติเขาเป็นคนร่าเริงแจ่มใสใช้ไหมครับ แล้วอยู่ดี ๆ วันหนึ่ง เดินชนกัน แต่ไม่ทักทายกัน ก้มหน้าก้มตาอะไรแบบนี้ครับ” (แรงงาน)

“น่าจะเครียด เจ็บข้อม ไม่พูด ไม่จา เก็บตัวอยู่คนเดียว อยู่กับโทรศัพท์ประมาณนี้ประมาณนี้ อะครับ” (แรงงาน)

“ก็คิดว่าเป็นโรคทางระบบประสาทชนิดหนึ่งที่เราไม่สามารถที่จะควบคุม หรือปรับอารมณ์ได้อะค่ะ...ก็อย่างเช่น แสดงออกให้เห็นตรง ๆ เลยว่ามีความทุกข์ ความเครียด ความวิตกกังวล เศร้าผิดปกติ แยกตัวออกไป จากสังคม ไม่พูดไม่จา หรือร่าเริงผิดปกติเหมือนพยายามกลบเกลื่อนอะไรอย่างเงี้ยอะค่ะ” (แรงงาน)

๑.๒ สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในสถานประกอบการ

บุคลากรทางสุขภาพในโรงพยาบาลมักจะพบผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่แสดงอาการทางกายร่วมกับทางจิตจากการมารักษาที่สถานพยาบาล ในขณะที่ผู้บริหารหรือแรงงานที่ทำงานในสถานประกอบการมักจะพบแต่ผู้ที่มีความเครียดสูง หรือความสับสน เนื่องจากไม่เคยมีการประเมินภาวะซึมเศร้าในสถานประกอบการมาก่อน นอกจากนี้แรงงาน ๗ ใน ๑๐ คน บอกว่า ไม่เคยมีเพื่อนร่วมงานที่อยู่ในภาวะซึมเศร้า ส่วนมากจะมีแค่ความเครียดเท่านั้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“ถ้าป่วยจริง ๆ เนี่ย จะมีน้อย เนื่องจากว่าคอนโทรลตัวเองไม่ได้แล้ว จิตใจไม่สบายแล้วมันปล่อยออกทางกาย ปวดหัว ทานข้าวไม่ได้ ท้องอืด ไม่สามารถไปทำงานได้แล้วเนี่ยแหละ ถึงจะมาตรวจที่โรงพยาบาล ด้านหน้าเราคัดกรอง แล้วเราถึงจะเจอ” (บุคลากรทางสุขภาพ)

“คนใช้ทางจิตเวชก็เยอะเหมือนกันค่ะ เกือบสองพันคน พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงาน เป็นคนพื้นที่บ้าง ไม่ใช่พื้นที่บ้าง แต่คนใช้ซึมเศร้าเกินครึ่งนะค่ะ...บางโรงงานเขาก็ประเมินความสุขในวัยทำงาน ภาวะเครียด บางโรงงานก็มีห้องให้คำปรึกษา...ถ้ามันมีปัญหา เราก็จะปรึกษากัน

กับทางโรงงานว่าเราจะไปทำเชิงรุก คือไปทำกิจกรรมสร้างสุขในวัยทำงานให้ เขาสนใจหรือเปล่า” (บุคลากรทางสุขภาพ)

“ส่วนใหญ่จะมี (ภาวะซึมเศร้า) แต่เขายังสามารถดูแลตัวเองได้ แต่กรณีที่มี (ภาวะซึมเศร้า) แล้ว อาการหนักที่ต้องกินยา ก็ไม่ได้มีเยอะอะไร...ส่วนใหญ่ในโรงงาน ก็จะมีทุกที่ แต่จะมากจะน้อย บางทีก็ขึ้นกับว่าโรงงานเขาจะมีกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายสภาพจิตใจเขาอย่างไร...บางโรงงานค่อนข้างแอคชั่นในเรื่องสุขภาพของพนักงาน นอกจากตรวจสุขภาพแล้ว เขาก็จะประเมินเรื่องความเครียดด้วย ถ้าเครียดมาก เขาก็จะโทรมาปรึกษามาทางหัวหน้าฝ่าย” (บุคลากรทางสุขภาพ)

“ยังไม่ค่อยเจอใครเป็นซึมเศร้านะคะ มีแต่เคสที่เดินเข้ามาขอยา มียานอนหลับมึนเราก็คงสอบถามว่า ทำไม อะไร เราก็คงชวนคุยโน่นนี่นั่น จนเค้าคุยกับเราอะคะ” (บุคลากรทางสุขภาพ)

“ก็ยังไม่ได้พิสูจน์ว่าเป็นซึมเศร้าจริงหรือเปล่า แต่เครียดอะมีคะ เพราะว่าเราสังเกตได้จากสีหน้า ท่าทาง การทำงานที่เหมือนจะขาด ลา มาสายบ่อย หน้าตาก็ไม่ค่อยยิ้มแย้ม อีกอย่างฝ่ายบุคคลก็จะทราบว่ามีใครโทรมาทวงหนี้ ก็จะพอรู้แล้วว่าคนนี้มีปัญหานั้น เราไม่ค่อยสังเกตพฤติกรรมอะไรอย่างเงี้ยอะคะ” (ผู้แทนเจ้าของสถานประกอบการ)

“ไม่เคยไม่ได้ยินว่าใครพูดว่าเป็น (ซึมเศร้า) นะคะ แต่ว่าถ้าสังเกตจากคนรอบข้าง อาจจะมึนหน่อยที่อาจจะมึนเรื่องเครียดอะ” (แรงงาน)

“ไม่เข้าใจเหมือนกันว่ามัน (ซึมเศร้า) คืออะไร แต่ก็ไม่ได้ยินว่าใครเป็น โรงงานเราเล็กๆ เราก็คูณกันทุกคนอะคะ” (แรงงาน)

ส่วนที่ ๒ สาเหตุและผลกระทบของการเกิดภาวะซึมเศร้า

จากการร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสาเหตุและผลกระทบของการเกิดภาวะซึมเศร้าในสถานประกอบการจากบุคคลที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับสุขภาพแรงงานสามารถจำแนกเป็น ๔ ประเด็น คือ สาเหตุและผลกระทบของตนเอง สาเหตุและผลกระทบของครอบครัว สาเหตุและผลกระทบของสถานประกอบการ และสาเหตุและผลกระทบของชุมชน ดังนี้

๒.๑ สาเหตุและผลกระทบของตนเอง

กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้ให้ข้อคิดเห็นว่าสาเหตุความเครียดมักจะเริ่มต้นมาจากตนเอง โดยมาจากปัญหาทางด้านจิตใจ แล้วจึงส่งผลกระทบต่อร่างกาย หากไม่สามารถจัดการกับความทุกข์นั้นๆ ได้ ก็จะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ในขณะที่แรงงาน ๘ ใน ๑๐ คน ได้ให้ความเห็นว่า สาเหตุหลักของความเครียด/ ภาวะซึมเศร้า คือ เรื่องเศรษฐกิจ เรื่องเงิน และเรื่องหนี้สิน ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก็จะมี จิตไม่เต็มมันจะก่อให้เกิดความอ่อนแอด้านร่างกาย มันทำให้ภูมิคุ้มกันตกลงก็จะเจ็บป่วยง่าย...หมายถึง ถ้าทางจิตจิตไม่สบายแล้วอะ มันก็จะปล่อยออกทางกาย มันออกมาทางปวดหัว ทานข้าวไม่ได้ ท้องอืด แบบมีความกังวลอะ” (บุคลากรทางสุขภาพ)

“ถ้าเกิดจากคนที่ไม่มีวิธีการจัดการกับตัวเองที่ดีจะมีผลกระทบกับตัวเขาเอง ทั้งการงาน ทั้งครอบครัว คือ ผมมองว่าทุกคนมันมีในตัวหมดแหละ (ภาวะซึมเศร้า) ทุกคนเหนื่อย ทุกคนเครียด ทุกคนมีภาระ เพียงแต่ว่าเขาจะควบคุมตัวเองได้ไหม ถ้าควบคุมตัวเองได้ บริหารจัดการได้ ก็ใช้

ชีวิตอยู่ได้ตามปกติ แต่ถ้าเกิดว่ามันกระทบจิตใจจนเกินไป หรือหนักเกินไปจนเขาไม่ไหว ก็ต้องให้หมอใช้ยาเข้าไปช่วย ถ้ามันคุมได้ มันก็จะห่าง ๆ ไป แล้วก็ปรับวิธีการใช้ชีวิตใหม่” (บุคลากรทางสุขภาพ)

“ตอนนี้โควิดเนาะ ก็น่าจะเป็นเรื่องเศรษฐกิจ ตอนนี้คนเครียดกันมากเลย เนื่องจากตังค์ (เงิน) ไม่พอมั้ง ไหนจะค่าห้อง โรงงานหยุด แล้วก็ผ่อนรถ ผ่อนบ้านไว้ แล้วก็เกิดความเครียด ว่าตัวเองจะหาเงินมาทันไหม ส่งได้ไหม อะไรอย่างเงี้ยะ” (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน)

“สาเหตุหลัก ๆ ก็คือเรื่องตังค์ (เงิน) ครับ ส่วนมากกว่าเขาจะเป็นหนี้ เป็นหนี้นอก ระบบ แล้วก็เหมือนกับว่าเงินเดือนแต่ละเดือนเขานี้ คือใช้เดือนชนเดือนอะไรแบบนี้ครับ เขาก็อาจหมุนไม่ทัน ก็เครียด ไม่มีสมาธิในการทำงาน ขาดสมาธิไปแล้วก็ การเป็นตัวของตัวเองคือเปลี่ยนไป จากเคยสนุกสนานร่าเริง ก็เป็นคนแบบเก็บตัว เงียบ ไม่พูดคุยอะไรแบบนี้ครับ” (แรงงาน)

“ส่วนมากชอบมาบ่นเรื่อง เงิน ๆ ทอง ๆ บางคนมาบ่นอาทิตย์นึงก็หลายครั้งเลย ค่ะ...บางทีถ้าเขายืม ให้ยืม อะค่ะ” (แรงงาน)

๒.๒ สาเหตุและผลกระทบของครอบครัว

จากการร่วมแสดงความคิดเห็นในเรื่องสาเหตุและผลกระทบของครอบครัวจากบุคคลที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับสุขภาพแรงงานกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้ให้ข้อคิดเห็นว่าครอบครัวก็เป็นสาเหตุของความเครียด/ ภาวะซึมเศร้าที่สำคัญ โดยเฉพาะในเรื่องแฟน / คู่รัก / คู่ชีวิต ในขณะที่ถ้าเป็นกลุ่มที่อายุมากขึ้นจะมีสาเหตุมาจากเรื่องสุขภาพ ดังคำกล่าวที่ว่า

“...วัยแรงงานมักจะเป็นเรื่องส่วนตัวกับเรื่องงาน วัยแรงงานจะมีปัญหาทั้งเศรษฐกิจ ทั้งคู่รัก เปลี่ยนคู่รัก อะไรเยอะ ๆ แยะ ๆ มากมาย มันเป็นปัญหาหลักของงานจิตเวชเลย” (บุคลากรทางสุขภาพ)

“...หมายความว่ามันจะเป็นคู่กันไป ถ้าเขามีงานแล้วเขาจะไม่มีเวลาดูแลครอบครัว ทำงานเยอะเกินไป พอถึงเวลากลับมา แล้วมันไม่ได้เป็นอย่างที่เขาคิด เขาก็จะเพล (ผิดหวัง) ไปช่วงนึง ...บางคนก็หนี้เยอะ ภาระเยอะ ไม่ระวังตัวเอง คิดว่ามันจะมีไอทีตลอด ต้องมีโบนัสเท่านั้นตลอด แต่พอถึงเวลา โบนัสมันไม่ได้ตามเป้า เขาก็จะเริ่มเครียด ทะเลาะเบาะแว้ง อาจจะมีลงไม้ลงมือบ้าง ก็เป็นปัญหาครอบครัวอะครับ ถ้ามาโรงพยาบาลครั้งแรกๆ เนี่ย ส่วนใหญ่จะต้องมีครอบครัวหรือคนที่ดูแล เขามาให้ข้อมูลด้วย” (บุคลากรทางสุขภาพ)

“ถ้าเป็นวัยทำงานก็จะมีหลายสาเหตุ ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย เรื่องแฟน เรื่องครอบครัวอะไรเงี้ยค่ะ ถ้าอายุประมาณ ๕๐ ก็จะเป็นปัญหาเรื่องสุขภาพ มีโรคประจำตัว บางคนก็จะมีเรื่องครอบครัว ห่วงลูกห่วงหลานอะไรเงี้ยค่ะ” (บุคลากรทางสุขภาพ)

“ที่ได้ยินมาจากคนในโรงงาน สาเหตุอันดับ ๑ น่าจะเป็นเรื่องครอบครัว แบบว่าขอเลิกกันอย่างนี้อะครับ” (แรงงาน)

๒.๓ สาเหตุและผลกระทบของสถานประกอบการ

กลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อคิดเห็นว่าสาเหตุความเครียด/ ภาวะซึมเศร้าอาจจะมาจากการทำงานมากเกินไปจนทำให้ขาดสมดุลของชีวิต หรือการมีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนร่วมงาน สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อความผิดพลาดในการทำงาน ทำให้สถานประกอบการบางแห่งต้องปรับเปลี่ยนตำแหน่ง

งานให้เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น ในขณะที่บางสถานประกอบการอาจจะไม่เข้าใจในปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นและใช้เหตุผลแวดล้อมในการกดดันให้ออกจากงาน ดังคำกล่าวที่ว่า

“ถ้าเค้ามีภาวะซึมเศร้า แขนงอนมันจะกระทบต่องาน การทำงานก็จะมีผิดพลาด ภูมิคุ้มกัน ก็จะแบบหลง ๆ ลืม ๆ แรงจูงใจในการทำงานก็จะมี...อีกสิ่งหนึ่งก็คือโรคซึมเศร้าน่าจะไม่อยากทำกิจกรรม พูดด้วยก็ไม่พูดด้วยประมาณนั้น” (ผู้แทนเจ้าของสถานประกอบการ)

“...ก็ถ้าเป็นเรื่องงาน ส่วนมากจะเป็นเรื่องการเร่งงานให้เสร็จ ผลิตให้ทันกำหนดส่งอะไรอย่างจ้ะครับ พวกนี้มันทำให้เกิดความเครียด” (แรงงาน)

“น่าจะมึนนะคะ ถ้าเขามีสุขภาพใจที่ไม่ดีแล้ว สุขภาพกายก็น่าจะตามมา แล้วประสิทธิภาพในการทำงานก็น่าจะลดลงละ ก็จะเป็นผลในระยะยาว...ตอนนี้มีสาเหตุเรื่องเศรษฐกิจด้วยอะคะ กับอีกอันหนึ่งก็คือความเครียดในการทำงานหนักเกินไป ไม่มีเวลาพักผ่อน แล้วก็น่าจะทำให้มี บาลานซ์ (ความสมดุล) ของการใช้ชีวิตของตัวเองกับครอบครัวมันเสียไป” (แรงงาน)

“ปัญหากับเพื่อนร่วมงาน คือ ทะเลาะกับหัวหน้างาน อะไรพวกนี้...ผลกระทบก็คือทำให้ขาดความรับผิดชอบ แล้วมันก็เกิดความผิดพลาดนั้นแหละ” (แรงงาน)

“...ถ้าเป็นโรงงาน มีระบบระเบียบเยอะ ส่วนใหญ่ก็มักจะมีแต่กลุ่มที่มีความเครียด เช่น เครียดเรื่องปัญหาครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจของตัวเอง ปัญหากับงานที่เขาทำ...ถ้าเขาเป็นทางโรงงานก็ต้องดูงานให้เขาว่างงานตรงนี้ทำได้มัย อาจต้องเปลี่ยนงานให้เหมาะ” (บุคลากรทางสุขภาพ)

“เราก็จะสังเกตดูได้เลยคนไหนไม่พูดเราก็จะจับออกมา คอยไปเรื่องนั้นเรื่องนี้ แล้วแต่สถานการณ์ คิดว่าเราจะคุยกับเค้ายังไงให้เค้าคลายเครียด พนักงานจะลาออกจากการงานก็มีเหมือนกัน เราก็พูดเลยจะออกทำไม เราจะให้ตัวแทนพนักงานออกมาพูดเลยว่าพนักงานรักเค้า ไม่อยากให้เค้าออกจากงาน พนักงานก็จะออกมาพูด ฟัง ๆ ก็จะออกทำไม พวกหนูรักพี่ หัวหน้างานคนนั้นก็ไม่คิดจะออกจากงานอีกเลย...เราใช้วิธีนี้คือถ้าตัวเองไม่เห็นคุณค่าของตัวเอง แต่พนักงานเห็นอะ เราก็ต้องให้คนอื่นมาช่วยพูดด้วย” (ผู้แทนเจ้าของสถานประกอบการ)

“ก็แล้วแต่โรงงาน บางทีเวลาพนักงานมีความรู้สึกเครียด หัวหน้างานเค้าก็จะมองเห็นนะ แล้วก็เข้าใจ ซึ่งมันก็จะโอเค...แต่บางที บางโรงงานเนี่ย พนักงานเขาร้องไป ก็เหมือนว่าอะไร จะทำงานมัย อยากทำงานรีเปลา ถ้าอยากทำงานก็ทำไป ถ้าทำไม่ได้ก็ออกไป” (บุคลากรทางสุขภาพ)

๒.๔ สาเหตุและผลกระทบของชุมชน

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้ให้ความคิดเห็นว่า ภาวะซึมเศร้า มักไม่มีผลกระทบกับชุมชน ผลกระทบส่วนมากมักจะเกิดขึ้นในครอบครัวมากกว่า แต่เนื่องจากในปัจจุบันมีสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด ๑๙ ทำให้ประชาชนในชุมชนเกิดความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล รวมถึงมีการรังเกียจกันในชุมชน เนื่องจากเป็นจังหวัดที่มีพื้นที่สีแดงของการระบาด อีกทั้งมีประชาชนในชุมชนป่วยด้วยโรคโควิด ๑๙ ทำให้ผู้นำชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องต้องทำความเข้าใจและแก้ไขปัญหาความกลัวและความวิตกกังวลต่างๆ ที่เกิดขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“คนทำงานโรงงานมักจะอยู่คนเดียวอะ เป็นแบบครอบครัวเดี่ยว มันก็จะยาก คือถ้ามีแฟนก็จะให้แฟนมาคุยด้วย แต่ส่วนใหญ่คนที่ เป็น (ซึมเศร้า) คือคนที่อยู่คนเดียว บางคนก็ติดพนันบ้างอะไรบ้าง ก็กระทบกันไปหมด” (บุคลากรทางสุขภาพ)

“ส่วนมากที่ทำงานมา ๙ ปี เศษที่เจอมันจะเป็นแบบอาการเบื้องต้นนะคะ ยังใช้ชีวิตได้ค่อนข้างปกติ ไม่ส่งผลกระทบต่อชุมชนค่ะ” (บุคลากรทางสุขภาพ)

“ถ้าพูดถึงสภาวะจิตตก ในหมู่บ้านตอนนี้ก็มาจากเรื่องไอ้โรคโควิดนั่นแหละ ยอมรับว่าชาวบ้านจิตตก เครียด วิตกกังวล อะไรอย่างเงี้ยนะ แต่ว่า ก็ไม่ได้ไปถึงขั้นที่จะฆ่าตัวตายหรืออะไรอย่างเงี้ย...เราก็มีทำประชาคมกับชาวบ้านเพื่อลดความจิตตก” (แกนนำชุมชน)

“เรื่องโควิดทำให้คนในชุมชนเครียด กังวล แล้วก็มีการรังเกียจกันในชุมชน ทั้งในเรื่องการดำรงชีวิตของเค้า ที่มันจะไม่ใช่ปกติเหมือนเดิม จะไปไหนก็เฝ้าระวัง ผู้ประกอบการร้านอาหารก็ได้รับผลกระทบ พ่อค้า แม่ค้า แผงลอย ก็ได้รับผลกระทบ ก็อยู่ประมาณนี้ครับ...ในส่วนของการเฝ้าระวังสุขภาพจิต ทางโรงพยาบาลจะลงเข้าไปมากกว่า ของเราจะเข้าไปในส่วนของการควบคุมโรคและป้องกัน ในเรื่องของการทำงานสะอาด การควบคุมโรคบ้านที่เกิดเหตุ ก็พอจะลดความกังวลของคนในชุมชนไปได้บ้าง” (ผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)

ส่วนที่ ๓ แนวทาง/ มาตรการ/ วิธีการป้องกันภาวะซึมเศร้าในสถานประกอบการในปัจจุบันและอนาคต

จากการร่วมแสดงความคิดเห็นในเรื่องแนวทาง/ มาตรการ/ วิธีการป้องกันภาวะซึมเศร้าในสถานประกอบการในปัจจุบันและอนาคตจากบุคคลที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับสุขภาพแรงงาน สามารถจำแนกเป็น ๒ ประเด็น คือ แนวทาง/ มาตรการ/ วิธีการป้องกันภาวะซึมเศร้าในสถานประกอบการในปัจจุบัน และมาตรการ/ วิธีการป้องกันภาวะซึมเศร้าในสถานประกอบการในอนาคต ดังนี้

๓.๑ แนวทาง/ มาตรการ/ วิธีการป้องกันภาวะซึมเศร้าในสถานประกอบการในปัจจุบัน

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดความรอบรู้สุขภาพ (Health Literacy) ขององค์การอนามัยโลกมาประยุกต์ใช้ โดยองค์การอนามัยโลกได้ให้แนวคิดที่ว่า ความรอบรู้สุขภาพ คือ กระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งในแนวคำถามผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น ๖ ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การกล้าตอบคำถามเพื่อเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การกล้าตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า และการบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องต่อความเข้าใจในการรายงานผลครั้งนี้ผู้วิจัยได้รวมการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าเข้าไว้ด้วยกัน ดังนี้

๑) การเข้าถึงข้อมูล ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และบริการสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า

การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า (access) คือ ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ในด้าน

การค้นหา เปิดรับ เข้าถึง กลั่นกรอง และการตรวจสอบข้อมูลที่น่าเชื่อถือก่อนนำมาใช้ทำความเข้าใจ ในขณะที่ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (understand) คือ ความสามารถและทักษะในการจดจำ ความเข้าใจในเรื่องสาเหตุของภาวะซึมเศร้า อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า ผลกระทบของ ภาวะซึมเศร้า และการป้องกันภาวะซึมเศร้า จากการร่วมแสดงความคิดเห็นในเรื่องการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า พบว่า บุคลากรทางสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ได้มีการดำเนินการทั้งเชิงรับและเชิงรุก โดยจะมีช่องทางพิเศษ รวมถึงการให้บริการแบบจุดเดียว เบ็ดเสร็จ (one stop service) และมีการเผยแพร่ข้อมูลผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ บอร์ด ประชาสัมพันธ์เพื่อให้แรงงานเข้าถึงบริการได้สะดวกมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียก็ ยังให้ข้อคิดเห็นว่า กลุ่มวัยแรงงานมีบริบทการทำงานที่เข้าถึงได้ค่อนข้างยาก อีกทั้งวัยแรงงานก็เข้าถึง ข้อมูลเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าได้ไม่ทั่วถึง แม้ว่าในบางสถานประกอบการจะมีการพูดคุยกับพนักงาน ในช่วงเช้า (morning talk) ก็ตาม ในขณะที่การทำงานแบบเชิงรุกก็จะมีเริ่มสร้างเครือข่ายและ ประสานงานกับสถานประกอบการในการเข้าไปให้ข้อมูลเพื่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าให้กับแรงงาน ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก็ทำเชิงรุก ก็คือที่นี้จะทำควบคู่กันมาทั้งเชิงรับเชิงรุก อย่างบริษัทที่เป็น เครือข่ายเนี่ย ส่วนใหญ่เค้าก็จะมีมาตรการรองรับ คือของพี่ทำสถานประกอบการปลอดโรคปลอดภัยไกล ใจเกินสุขด้วย...มันก็จะมีการประเมินพวกความเครียดอะไรพวกนี้กับพนักงาน แล้วก็น้อง ๆ เค้าก็จะ มา consult (ปรึกษา) กับเรา หรือบางครั้ง เค้ามีความรู้ดีกว่าพนักงานเค้าเครียด ๆ นะ เค้าก็จะให้พี่ แบบไปให้ความรู้เรื่องการผ่อนคลายอะไรพวกนี้” (บุคลากรทางสุขภาพ)

“เราทำงานทั้งสองแบบค่ะ ทั้งเชิงรับเชิงรุก คืออย่างบางโรง (โรงงาน) เนาะ ถ้าเราเข้ากับโรงงานได้ดี เขาก็จะประเมินให้หมด พวกความสุข ภาวะเครียด ในวัยทำงานอะไรพวกนี้ บางทีเขาก็ทำตอนตรวจสุขภาพประจำปี...ตอนนี้มีทำประมาณ ๕ โรงงาน จาก ๕ พันโรงงานนะ แต่ อย่างว่าแหละ ตอนนั้นคนไข้มันเยอะอะเนาะ พอโรงงานมันเยอะ แล้วมันมีปัญหาเนี่ย เราก็จะปรึกษากันก่อนว่าให้เราจะไปทำเชิงรุก คือไปทำกิจกรรม สร้างสุขในวัยทำงานให้หรือเปล่า...ถ้าเคสไหนที่เค้า ทำไม่ได้ เค้าก็จะโทรมาหาเราก่อนแล้วก็จะส่งคนไข้มา รถโรงงานเค้าก็จะมาส่งให้ เราจะเปิดเป็นทาง ลัดให้ มันเป็น one stop (การให้บริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ) ด้วยไง มันจะได้ง่าย โรงพยาบาลเรา พยายามปรับระบบ ที่ให้มันเหมาะสมกับ กับเอื้อกับบริบทคนทำงานโรงงาน เพราะว่าฝั่งบำบัดยาเสพติดเราก็คงเปิดตอนเย็นให้” (บุคลากรทางสุขภาพ)

“งานยาเสพติดเนี่ยจะควบคู่กับงานสุขภาพจิต ฉะนั้นเจ้าหน้าที่จะคละ ๆ กัน ไป ก็จะมีพยาบาลจิตเวชมาขึ้นเวรนอกเวลาเรื่องของยาเสพติด ถ้าคนไข้ (ซึมเศร้า) เขาไม่สะดวกใน เวลาทำงาน เขาเลิกงานแล้วมาในวันที่พยาบาลจิตเวชอยู่เวร เราก็คงให้เขามารักษาด้วยได้ ไม่มีปัญหา เพียงแต่ต้องนัดกันก่อน เขาจะได้ไม่ต้องลางาน และอีกอันนึง คือ การเข้าถึงส่วนงาน ถ้าเกิดได้เข้าไป ในบริษัทในเรื่องของยาเสพติด เราก็จะพูดถึงเรื่องนี้ (ภาวะซึมเศร้า) ด้วย ก็แล้วแต่ว่าบริษัทไหนจะเห็น ความสำคัญ” (บุคลากรทางสุขภาพ)

“โรงงานบางที่เขามีการทำ morning talk ถ้าสัมพันธ์ภาพระหว่างหัวหน้า งานกับลูกน้องดี มักจะได้ผล” (บุคลากรทางสุขภาพ)

“คนกลุ่มแรงงานพวกนี้ เขาเข้าถึงข้อมูล (ซีมีเศร้า) ได้น้อยมาก...ถ้าตัวของโรงพยาบาลทำ คิดว่าเขาก็ยังไม่ได้เข้าถึงอยู่ดี เพราะว่าชีวิตคนทำโรงงาน ๖ โมงเช้าไปทำงาน ๖ โมงเย็น กลับมาบ้าน ซึ่งสถานประกอบการน่าจะทำให้เขาเข้าถึงได้มากกว่า...สถานประกอบการ เช่น อาจจะ เป็น ในเรื่องของ มอนิ่งทอล์ค (Morning talk) ตอนเช้า หรือจะเป็นหลักการเซฟตี้ (ความปลอดภัย) อะไรอย่างนี้ คือกิจกรรมของเขามันมีอยู่แล้วแหละ หลายกิจกรรมของบริษัท เขาจะมีการสอดแทรก เข้าไป อันนี้ น่าจะช่วยให้เยอะ... .. ส่วนในโรงพยาบาลเนี่ย ถ้าประชาชนทั่วไป เราก็จะมีพื้นที่สำหรับ จัดบอร์ด ประชาสัมพันธ์ อันนี้มันมีของมันอยู่แล้ว” (บุคลากรทางสุขภาพ)

“ทาง รพ.สต. ก็มีประชาสัมพันธ์นะคะ แล้วก็มิเพจ มีการให้ความรู้ผ่านทาง หน้าเพจ ในกลุ่มของวัยรุ่น วัยทำงานอะไรอย่างนี้...บางคนที่ไม่ได้ใช้พวกสื่อโซเชียลทั้งหลาย บางทีก็ อาจจะไม่ถึง แต่เราก็จะเจอเค้า ปกติเราจะมีการทำแบบสำรวจไข่ม้อยคะ แบบสำรวจก็คือเราจะให้ อสม. แล้วก็ผู้นำชุมชน ส่วนมากก็จะเป็น อสม. แล้วก็ทำแบบสำรวจทุกปีคะ เพราะว่าเราต้องเก็บข้อมูล มาลงในโปรแกรมของเราทุกปีอยู่แล้ว เพราะว่าเราจะมีแบบคัดกรองมีการสอบถามอะไรแบบนี้ก็จะ เข้าถึง...มีแบบทดสอบความเครียด มันก็จะรวมอยู่ในนั่นด้วยคะ” (บุคลากรทางสุขภาพ)

“ตามที่สัมผัสมา คนในโรงงานเขาจะมีความรู้ที่ดีกว่าชาวบ้านเยอะ แต่ไม่ แน่ใจว่าทุกโรงงานมั๊ย... หนูว่า อสม. เนี่ย เป็นตัวช่วยที่ดีมาก สำหรับหมอ ถ้าเราสงสัยใคร เราก็จะทำ ๒Q แล้วเราก็ส่งต่อไปให้พี่ที่โรงพยาบาล” (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน)

“ในส่วนของกลุ่มแรงงานเนี่ย ผมจะไม่ค่อยรู้รายละเอียดครับ เพราะว่าใน ส่วนของกลุ่มแรงงานเนี่ย ผมไม่ค่อยได้เจอเลย เข้าเคาก็ไปทำงาน เย็นผมก็เลิกงาน เวลามันไม่ค่อย ตรงกัน ผมจะเจอแต่กลุ่มผู้สูงอายุกับ อสม. มากกว่า” (ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)

ในส่วน of สถานประกอบการก็จะมี การให้ข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อ ป้องกันภาวะซีมีเศร้าในภาพรวมร่วมกับกิจกรรมทางด้านสุขภาพอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นการจัดบอร์ด การ ประชุมในแต่ละสัปดาห์ การจัดโครงการอบรมให้ความรู้ การตรวจสุขภาพประจำปี แต่เนื่องจาก สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด ๑๙ จึงทำให้โครงการดังกล่าวต้องหยุดชะงักลงไป ในขณะที่ แรงงาน ๖ ใน ๑๐ คน กล่าวว่า สถานประกอบการของตนเองไม่เคยมีกิจกรรมการณรงค์ที่เกี่ยวข้อง กับเรื่องภาวะซีมีเศร้าและสุขภาพอื่นๆ จะมีก็แต่เพียงการณรงค์ จัดบอร์ด ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องความ ปลอดภัยในการทำงานเท่านั้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“เราอาจจะไม่ได้ทำบอร์ดในเรื่อง (ซีมีเศร้า) โดยเฉพาะ แต่เราทำแบบ ภาพรวม เพราะว่าพนักงานเราดูแล้วไม่ได้เกิดซีมีเศร้าถึงขนาดนั้นนะคะ หลายคนก็แก้ไขปัญหาลแล้ว เราทำตามภาพรวมสุขภาพร่างกาย เทรนด์ (Trend) ตอนนี้อะไร ก็ไปอย่างนั้นเลยคะ เพื่อให้เนื้อหา เป็นที่น่าสนใจคะ แต่เราให้ความรู้คะ” (ผู้แทนเจ้าของสถานประกอบการ)

“ความรู้เรื่องพวกนี้ เราเอามาจากทางหน่วยงานราชการ ก็อย่างง่าย ๆ คือ เอามาจากพี่ที่โรงพยาบาล คือ ตอนแรกเราดูผลตรวจสุขภาพ โอ้ว แอ พี่ที่โรงพยาบาล ก็เข้ามา ช่วง นั้นจะมีทางสาธารณสุขเข้ามาหลายที่ เราก็บอกว่าอยากณรงค์เรื่องนี้ พี่เขาก็มีโครงการตรงนี้พอดี ก็ จะคอยให้คำแนะนำต่าง ๆ ซึ่งจริง ๆ แล้วต้นปีนี้มีแพลนว่าเราจะทำโครงการณรงค์เรื่องเกี่ยวกับ สุขภาพพนักงานตัวนี้แหละ แต่ดันเกิดโควิดก่อน มันก็เลยไม่เป็นรูปธรรม” (ผู้แทนเจ้าของสถาน ประกอบการ)

“เอาข้อมูลมาจากกระทรวงสาธารณสุขใจคะ โอ้โห กระทรวงสาธารณสุขมีข้อมูลเยอะแยะตาแป๊ะไก่ โหลตมา แล้วเราก็ไม่ได้สอนแค่เรานะ เรามีซึบคอนแทรคด้วย เค้าเข้ามาก่อสร้างขยายโรงงาน พี่ก็ต้องให้เค้ามานั่งฟัง อย่างโควิดนี่คืออะไร โควิดน่าตั้งแต่แปลว่ามงกุฏ สมัยก่อนเนี่ยคนยังไม่รู้ ญี่ปุ่นเค้ามาม แต่เราต้องรู้เราอยู่โรงงานเราเป็นผู้บริหารเราต้องใส่ใจในเรื่องสุขภาพ เค้า มันไม่ใช่เรื่องเล่น ๆ ที่จีนจะมาสร้างโรงพยาบาลจะมาสนใจอะไรยังงี้ เพราะฉะนั้นเราต้องเตรียมตัว พี่ก็เลยต้องเริ่มตั้งแต่ปลาย ๆ มกราคมมาเรื่อย ๆ แล้วอีกอย่างหนึ่งตอนนั้นตอนที่เรายังไม่รู้ว่ามีใครติดไม่ติดโรงงานเราทำได้เลย พอรู้ว่าคนนี้แพนกลับจากเกาหลี เราให้พนักงานคนนั้นหยุดไปเลย ๑๔ วัน ตั้งแต่รัฐบาลยังไม่ได้กำหนดด้วยซ้ำ แล้วเราก็ให้หยุดแต่เราจ่ายเงินเดือนปกติ ให้เค้าลาป่วยได้ไม่เกิน ๓๐ วัน เราให้หยุดหมดเลย แพนใครไปสนามมวยเราให้หยุดหมดเลย ๑๔ วันไม่ต้องมา แล้วเราเองไม่ต้องไปถามใครว่าเขาจะจ่ายเงินยังงี้ เราต้องดูแลพนักงานเรา เรารู้ว่าเค้ามีสติอะไร เราก็ให้เค้าไปตามนั้น พนักงานที่นี้น่ารักมาก เราสั่งอะไร เราบอกอะไร เค้าจะมีความศรัทธาเรา เพราะ ๑๕-๑๖ ปีที่เราทำมาเนี่ย กว่าสร้างตัวนี้ขึ้นมาได้ มันไม่ใช่่ง่าย สร้างให้เค้าฟังเราอะคะ เพราะเรามีข้อมูลที่แน่น แล้วก็ชัดเจนนะคะแล้วก็นำเอาไปปฏิบัติได้เค้าจะฟังเรา ก็เลยเป็นเรื่องที่ง่าย” (ผู้แทนเจ้าของสถานประกอบการ)

“คือในส่วนของซิมเศร้าเนี่ย ที่โรงงานยังไม่เคยทำกิจกรรมอะไรเลย ยังไม่มีหน่วยงานที่เข้ามาซัพพอร์ตทางด้านนี้ซะ ถ้าถามโดยตรง ก็น่าจะยังไม่มีใครสนใจเรื่องนั้นมั้งครับ มันอาจจะยังไม่มีใครเคยเป็นในโรงงานนั้นแหละ” (แรงงาน)

“ก็มีการดูแลนะคะ คือมีคุณหมอเข้ามาตรวจเช็คสุขภาพทุก ๆ ปีเลยคะ แบบตรวจเลือด วัดความดัน ตรวจปัสสาวะ เอกซเรย์ปอด ตรวจสายตา ทัว ๆ ไปคะ หรือว่าโรคจากการทำงานก็มีคะ...แล้วก็มีโครงการรณรงค์ของบริษัท อย่างเช่น healthcare ก็คือ พยายามที่จะมีแคมเปญให้พนักงานได้รวมสนุก เช่น ในเรื่องลดคอเลสเตอรอล ลดน้ำหนัก ลดความอ้วน มีการรณรงค์ให้ทานอาหารเพื่อสุขภาพคะ...ในส่วนของจิตใจ ส่วนใหญ่ก็น่ารวม ๆ อะคะ คือจะมีพระเข้ามาในช่วงปีใหม่ เทศกาลสำคัญ บริษัทก็จะมาเลี้ยงพระ ทำบุญ ตักบาตรคะ” (แรงงาน)

“ที่บริษัทใช้ไหมครับ ก็จะมีที่สำคัญเลยครับ คือ Monday morning meeting ก็คือพนักงานทุกคนของเราจะมาประชุมกันทุกเช้าวันจันทร์ แล้วทาง GM (ผู้จัดการ) มีข่าวสารอะไรก็จะแจ้งพนักงานทั้งหมดเลย ในรอบอาทิตย์นั้น มีเทรน (Trend) เกี่ยวกับสุขภาพอะไรบ้าง มีกิจกรรมอะไรบ้างที่เราจะทำรอบอาทิตย์นี้” (แรงงาน)

“พวกการทำบอร์ด แผ่นพับ ใบปลิว เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ ก็ไม่เห็นนะครับ” (แรงงาน)

“ถ้าอบรม ไม่มีครับ ไม่เคยมีเรื่องการอบรมอะไรเลย บอร์ดหรือให้ความรู้เรื่องสุขภาพ ผมยังไม่เห็นนะครับ ที่ผ่านมาก็มีแต่เรื่องทางแซฟตี้พวกสวมแว่นตานิรภัย หรือว่าหน้ากากกันฝุ่น สวมถุงมือ อะไรครับผมที่บอร์ด เขียนไว้อย่างนั้นครับ” (แรงงาน)

๒) ถ้าได้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

การได้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (questioning) คือ ความสามารถและทักษะการใช้คำถามและการสื่อสารเจรจาเพื่อเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ให้ความคิดเห็นว่า การพูดคุยเป็นการลดความวิตก

กังวล ความเครียด หรือภาวะซึมเศร้าที่สำคัญ โดยเมื่อแรงงานมีปัญหาทางด้านจิตใจ ผู้ที่เกี่ยวข้องควรเปิดโอกาสให้มีการพูดคุย ได้ตอบ ซักถาม และหาทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งที่ผ่านมาในสถานประกอบการมักจะใช้กิจกรรม morning talk ในการพูดคุยกับแรงงาน สำหรับในชุมชนจะมีการทำประชาคมและทำความเข้าใจในเรื่องสุขภาพผ่านทางแกนนำชุมชนเพื่อลดภาวะที่จะกระทบต่อจิตใจและภาวะซึมเศร้า ดังคำกล่าวที่ว่า

“คือผมเป็น HR (ฝ่ายบุคคล) ถ้ามีคนในโรงงานเป็นซึมเศร้า เบื่องตันเลย ต้องเรียกมาพูดคุยกันครับ ว่าเขามีประเด็นอะไร เป็นยังไง เขาต้องการให้เราช่วยเหลืออะไรบ้างแบบนี้ครับ จะได้พูดคุยว่าเขาต้องการอะไรให้เราช่วยพอร์มามากน้อยแค่ไหน เราจะได้จับประเด็นถูก เราจะได้แก้ถูกทาง” (แรงงาน)

“หัวหน้างานเนี่ย ทำ (Morning talk) ทุกเช้าเพื่อบอกข้อบกพร่อง หรือเป้าหมายในการทำงานร่วมกัน เหมือนกับให้ความรู้...ก็จะดีค่ะ จริง ๆ อะ morning talk เนี่ยเป็นความเตรียมพร้อมของการทำงานของพนักงาน หรือเป็นการมอบหมายงานแต่ละวันให้ หรือการสอบถามสารทุกข์สุกดิบของพนักงาน แบบว่าวันนี้ทุกคนเป็นไงบ้าง วันนี้เป็นมาอย่างไร แต่ส่วนใหญ่คนที่ไม่ค่อยแข็งแรง คนที่ป่วยจะไม่ค่อยกล้าแสดงออก ไม่กล้าร้องขอ เพราะกลัวตัวเองจะเป็นตัวปัญหา” (บุคลากรทางสุขภาพ)

“โดยส่วนตัวหนูเนี่ย ตอนนี้อยู่เกี่ยวกับโควิดนะ เวลาหนูไปอยู่ตรงไหนเนี่ย หนูจะพยายามอธิบายให้เขาลดความตระหนกลง คือหลังจากในพื้นที่เรามีเคส เขาก็จะกลัวไปทั่ว จะมากอย่ถามหนูว่า ไปเซเว่นไหม คนนั้นนะ ไปตลาดนัดไหม อะไรอย่างเงี้ยอะ ถ้าหนูอยู่ในที่ชุมชน หนูก็จะพยายามอธิบายลดความตระหนกเขาลง ว่ามันไม่ใช่แบบนั้นนะ ให้เข้าใจให้ถูกต้องมากขึ้น ถ้าสำหรับตัวหนูนะ เพราะว่าหนูจะอยู่ในชุมชนเยอะ เวลาเราไปรวมกลุ่ม ประชุม หรืออะไรอย่างเงี้ย ถ้ามีโอกาสก็จะพูด ให้เขารู้ความจริงในสิ่งที่เขากังวล แล้วมันจะดีขึ้น” (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน)

“ไอ้โควิด ก็ต้องอธิบายในชาวบ้านฟัง ชาวบ้านก็เลยคลายเครียดกันขึ้นมาหน่อย ไอ้เวลาที่เรามาทำประชาคมในเรื่องนี้ เราก็จะมีคนหมอมามาเดินแจกแมส แจกเจล แจกกระดาษทิชชู อ่านเนี่ย เรียกอะไรนะ แผ่นพับ...ผมก็มีวิทยุอยู่เครื่องนะหมอ ผมก็จะอธิบายให้ฟัง นู่นนั่นนั่น เป็นเสียงตามสายในหมู่บ้าน มันเป็นวิทยุที่ผมติดเครื่องไป ผมก็ไปทิมเดียวกับหมอจากโรงพยาบาล ผมประกาศ เรียนเชิญชาวบ้าน อย่างงั้น อย่างงี้ ตอนนี้อยู่เฝ้าระวัง ผมก็จะแจ้งทุกคน” (แกนนำชุมชน)

๓) กล้าตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า

การกล้าตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า คือ ความสามารถและทักษะการตัดสินใจในการเปรียบเทียบ และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของแรงงานในพื้นที่ระบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก จากการร่วมแสดงความคิดเห็น พบว่า บุคคลที่มีความสำคัญต่อการกล้าตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า คือ ญาติและผู้บริหารของสถานประกอบการ ซึ่งที่ผ่านมาบุคลากรทางด้านสุขภาพ ได้มีการประสานงานร่วมกันทั้งกับญาติและสถานประกอบการในการดูแล ป้องกันภาวะซึมเศร้าที่อาจจะเกิดขึ้น หรือเกิดขึ้นแล้วในแรงงาน โดยสิ่งที่จะต้องสร้างคือ ความไว้วางใจ ความเชื่อใจ เพื่อให้แรงงานกล้าที่จะตัดสินใจในการบอกเล่าและปรึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นทางด้านจิตใจของตนเอง โดยที่ผ่านมาสถานประกอบการบางแห่งได้มีสายด่วนในการให้คำปรึกษา มี

การแก้ไขปัญหาก็จะส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าโดยเฉพาะในเรื่องหนี้สิน มีการจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพทางกายเพื่อลดปัญหาสุขภาพทางใจ มีการประสานงานกับโรงพยาบาลเพื่อดูแลแรงงานที่มีภาวะซึมเศร้าและต้องพักรักษาตัว รวมถึงการปรับเปลี่ยนตำแหน่งงานให้เหมาะกับแรงงานที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นต้น อย่างไรก็ตามยังคงมีแรงงานบางส่วนที่ไม่กล้าที่จะพูดคุยถึงปัญหาที่เกิดขึ้นให้กับหัวหน้างานหรือผู้บริหารฟัง แต่มีความสะดวกใจที่จะพูดคุยกับเพื่อนสนิทมากกว่า ดังคำกล่าวที่ว่า

“มันเคยมีคนไข้ขาดยาและก็เลยเรียกญาติเค้ามารักษา แล้วก็ถามไปทางโรงงานทางโรงงานบอกว่าถ้าเขาไม่สบายก็ต้องให้เขากินยาให้พักผ่อน รักษาจนเป็นปกติ กลับมาทำงานก่อนแล้วจะลองดูอีกที ก็คือถ้าหัวหน้างานเห็นความสำคัญ เขาก็จะปรับงานให้เหมาะกับคนป่วยกับพนักงานของเขา แต่ถ้าบางคนหรือบางบริษัทที่อาจจะเข้าไม่ถึง ส่วนใหญ่ก็ให้ออก” (บุคลากรทางสุขภาพ)

“พนักงานส่วนมากจะกล้านะครับ ที่จริงพนักงานจะกล้าเดินเข้ามาฝ่ายบุคคลนะครับ ไม่ว่าจะเป็นอะไรก็ตามแม้กระทั่งหัวหน้างานก็กล้าเข้ามาคุย เข้ามาปรึกษา เราก็ดำเนินการแก้ไขให้เลยครับ” (แรงงาน)

“ถ้าด้านจิตใจ ก็จะมีพี่ที่เป็น GM เรียกเข้าไปคุย ถ้ามีเรื่องเครียด มีปัญหาเรื่องอะไร ก็จะไปคุยกับแถมครับผม...พี่เค้าก็จะแนะนำครับผม แนะนำว่าให้ทำอย่างนั้น ทำอย่างนี้ครับผม ถ้าคุยเรื่องเงินกับแถม ก็จะทำให้คุยแบบว่าเป็นหนี้อะไรอยู่ บัตรอะไรประมาณนี้ แต่เรื่องเงินผมยังไม่เคยไปปรึกษาแถมครับผม” (แรงงาน)

“บางโรงงานจะมีการให้คำปรึกษา เขาตั้งชื่อศูนย์ร่วมใจวัยทำงานเนี่ยแหละ คนภายในโรงงานก็ต้องเป็นคนให้คำปรึกษานะ หลายคนในโรงงานจะถูกตั้งเป็นสายด่วนเลยแหละ” (บุคลากรทางสุขภาพ)

“บางคนกว่าจะมาหาเรา มารักษาก็ปล่อยไว้นาน...บางโรงงานเค้าก็จะ morning talk ถามสารทุกข์สุขดิบอะไรอย่างเงี้ย ใครมีอะไรอยากจะคุย อยากจะขอปรึกษาอะไร ถ้าเคสไหนที่เค้าทำไม่ได้ เค้าก็จะโทรมาก่อน แล้วก็ให้รถโรงงานมาส่งให้...ถ้าสัมผัสสภาพระหว่างหัวหน้างานกับลูกน้องดี มักจะได้ผล แล้วแต่โรงงาน แล้วแต่บริบทของโรงงานด้วยใจ คนแต่ละคนมันไม่เหมือนกันอะ” (บุคลากรทางสุขภาพ)

“ในเรื่องของความสำเร็จ คือเราโชคดีอย่างหนึ่งคือเราได้ผู้บริหารที่สนับสนุนตลอดทุกกิจกรรม ตลอดทุกโครงการที่เราทำ ไม่ว่าเราจะร้องขอเรื่องงบประมาณ เรื่องไปอะไรแบบนี้ครับ บางครั้งผู้บริหารยังไม่ทันได้ถามเลยครับว่าแล้วบริษัทจะได้อะไร พนักงานจะได้อะไรแบบนี้ครับ แล้วพนักงานก็ให้ความร่วมมือดีครับ เราก็จะจัดกิจกรรมช่วงพักกลางวันของพนักงาน มีการออกกำลังกาย มีกิจกรรม เราก็จะไปจัดที่แคนทีน (โรงอาหาร) ช่วงพักกลางวันพอเขากินข้าวเสร็จเขาก็จะมาทำกิจกรรมอะไรแบบนี้ครับ” (แรงงาน)

“เมื่อ ๒ ปีที่แล้ว ก็ได้ feedback จากพนักงานว่า พนักงานเราลาออก เขาก็เหมือนอ้างว่ากลับบ้าน แต่ที่จริงเรารู้ว่าเป็นเพราะหนี้สิน เราก็เลยทำการติดต่อกับทางธนาคารออมสิน ให้ลองเข้ามาได้ไหม พนักงานกู้โดยเสียดอกเบี้ยต่ำแล้วบริษัทจะเป็นคนหักเงินนำส่งให้ออมสิน เหมือนบริษัทประกันสินะ พนักงานบางคนติดแบล็กลิสนะคะ แต่ก็ได้ มันจะมีวงเงินฉุกเฉินของออมสิน ๓ หมื่นบาท โดยไม่ต้องดูแบล็กลิสเลย เราก็เลยเสนอโครงการตัวนี้ให้กับทางเจ้านาย ก็ได้รับการอนุมัติมาคะ เราก็ดูแลพนักงานไม่ให้เขาเครียด ซึมเศร้า...พนักงานที่นี้น่ารักมาก เราสั่งอะไร เรา

บอกอะไร คำจะมีความศรัทธาเรา เพราะ ๑๕-๑๖ ปีที่เราทำมาเนี่ย กว่าจะสร้างตัวนี้ขึ้นมาได้ มันไม่ใช่่ง่าย สร้างให้เค้าฟังเราอะคะ เพราะเรามีข้อมูลที่แน่นแล้วก็ชัดเจนนะคะแล้วก็เอาไปปฏิบัติได้ คำจะฟังเรา ก็เลยเป็นเรื่องที่ง่าย” (ผู้แทนเจ้าของสถานประกอบการ)

“พนักงานที่นี่ ค่อนข้างให้ความร่วมมือดีคะ ก็มีกิจกรรมนะคะ กิจกรรมประกวด เอ่อ เกี่ยวกับการลดคอเลสเตอรอล ในปี ถ้าประกวดก็ สมมติเดิมที สมมติคนนี้ เอ่อ ค่า BMI สูง แล้วใครลด ได้มากกว่ากันจ้ะ เรามีรางวัลให้ พนักงานก็ ค่อนข้างจะ เอ่อ เข้าร่วมกิจกรรมกันดี” (ผู้แทนเจ้าของสถานประกอบการ)

“เวลามีปัญหา ผมไม่กล้าเดินไปพูดกับ HR หรอก แต่กับเพื่อนก็กล้ากล้าพูด อยู่ครับ” (แรงงาน)

“เวลาเพื่อนมีปัญหา ก็มีแต่บ่น ส่วนมากบ่นกับเพื่อนสนิท เราก็แนะนำ ก็ให้เขาใจเย็นก่อน แล้วก็ให้เขาค่อย ๆ คิด” (แรงงาน)

๔) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า คือ ความสามารถและทักษะในการนำข้อมูล ประสพการณ์ มาใช้ในการวางแผน ควบคุม กำกับตนเอง และสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า จากการร่วมแสดงความคิดเห็นสามารถจำแนกได้ ๒ ประเด็น คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของแรงงานเพื่อรักษาภาวะซึมเศร้า โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า พบว่า ที่ผ่านมาจากผู้บริหารและสถานประกอบการได้มีการพยายามที่จะป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มแรงงาน โดยในบางสถานประกอบการจะดูแลแรงงานในสถานประกอบการของตนเองแบบครบวงจร นั่นคือ เปิดโอกาสให้มีการพูดคุย ซักถาม ให้ข้อคิด แนวทางการปฏิบัติ ทั้งในเรื่องงานและเรื่องส่วนตัว มีการจัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษา มีสายด่วน และมีพยาบาลประจำ อีกทั้งยังนำผลการตรวจสุขภาพประจำปีมาวิเคราะห์เพื่อหวังผลในการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกาย เพื่อให้จิตใจดีตามมา นอกจากนี้ยังมีการประสานหน่วยงานภายนอกทั้งจากศูนย์สุขภาพจิตเขต ๖ โรงพยาบาล และหน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่เพื่อให้เข้ามาอบรม รวมถึงการสร้างกระบวนการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของแรงงาน ซึ่งทางทีมวิทยากรอบรมก็ยอมรับว่าเป็นเรื่องยากที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของแรงงาน แต่ก็จะใช้เทคนิคการพูดคุย ๆ ซ้ำ ๆ และแสดงให้เห็นถึงความปรารถนาดีในการที่จะดูแลช่วยเหลือ ในขณะที่ภาคส่วนชุมชน แกนนำ อสม. ก็จะมีการคัดกรอง พูดคุยกับคนในพื้นที่ และทางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็จะช่วยในการสนับสนุนงบประมาณ แต่ก็ยังมีบางสถานประกอบการ โดยเฉพาะสถานประกอบการขนาดเล็กที่ยังไม่ได้มีการดำเนินการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า จะมีแต่เพียงการดูแลผ่านระบบประกันสังคมเท่านั้น ในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของแรงงานเพื่อรักษาภาวะซึมเศร้า พบว่า แรงงานที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าและเข้าสู่กระบวนการดูแลรักษาทางบุคลากรทางด้านสุขภาพจะพยายามประสานญาติให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและให้ข้อมูล ในขณะเดียวกันหากแรงงานยินยอมก็จะประสานไปยังสถานประกอบการเพื่อวางแผนร่วมกันในเรื่องของการลา การปรับเปลี่ยนงานและพฤติกรรมของแรงงาน ดังคำกล่าวที่ว่า

“เราเคยทำที่ศูนย์อนามัยภาค ๖ เคยเข้ามาคัดกรอง (ซึมเศร้า) ให้เรา พนักงานเราก็มีซึมเศร้าเหมือนกัน ส่วนใหญ่ก็ไม่ซึมเศร้าที่ไม่ซึมเศร้าเพราะว่าฝ่ายบุคคลจะมีคิวเข้าไป

ประเด็นแรกเลยคือเราไปให้ความรู้ สองเราไปให้คำแนะนำ สามถ้าเค้ามีข้อสงสัยหรืออะไรเค้าก็จะบอกเรา ตัวนี้เราก็เลยพูดง่ายๆเรา active อะค่ะ เค้าก็เลยไม่ซึมเศร้า เช่น เราเคยมีเคสหนึ่งที่สมัยก่อนเราไม่รู้เลย เราพูดเสร็จก็จะไปแล้วนะ ใครมีข้อสงสัยหรือยังบอกด้วยนะ มีพนักงานคนหนึ่งเราไม่คิดว่าเค้าจะพูด เค้ายกมือขึ้นเลยนะค่ะ ถามว่าเอาหนูจำหนูเป็นอะไร หนูออกมาหน้าแถว เอาผู้จัดการออกมาด้วย “พี่คะหัวหน้างานไม่เคยสอนงานหนูเลย เอาแต่ด่า ๆ ว่า ๆ” อ้าว ผู้จัดการเป็นจริงอย่างนี้น้องเค้าพูดมัย ปรากฏว่าผู้จัดการบอกว่า ครีพี่ ผมไม่เคยสอน แล้วนี่เค้ามีทุกข้อสงสัยจะแก้ยังงี้ “ต่อไปผมจะสอนก่อนครี” แล้วก็แก้ปัญหาได้ ต่อไปพนักงานคนนั้นพี่ก็เข้าไปถาม เครียดอีกมัย ไม่เครียดแล้วพี่ แล้วก็สิ่งใดที่ผู้จัดการทำ double standard กับพนักงานก็จะไม่มีอีกเลย เราเข้าไปดูตั้งแต่ลาพักก่อน คนนั้นใช้สิทธิ์ คนนี้ใช้เส้น คนนี้ลาได้ คนนี้ลาไม่ได้ เดียวนี้ไม่มี เราล้ารับปากได้ แต่อาจจะมีการซ้อมเศร้า มีเรื่องเงินเล็ก ๆ อันนี้เป็นปกตินะ ในภาวะแบบนี้ พี่เป็นคนตลก เวลาเข้าไปพี่ก็จะเล่านิทาน โน่นนี่นั่น จะถามความคิดเห็นก็ตกลงไปเพราะฉะนั้นพนักงานก็จะกล้าได้ตอบกลับมา คนที่นี้ไม่ได้กลัวฝ่ายบุคคลนะค่ะ คนที่นี้กล้าที่จะบอกความจริงแบบ face to face เลยค่ะ เพราะฉะนั้นเราก็จะไม่กลัวว่าเค้าจะเป็นโรคซึมเศร้าเพราะมีอะไรเค้าก็จะบอกเราอะไรยังงี้ค่ะ เพราะมีศูนย์เพื่อนใจวัยทำงาน ศูนย์ที่ปรึกษาค่ะ” (ผู้แทนเจ้าของสถานประกอบการ)

“เรามีพยาบาลประจำนะค่ะ แล้วก็ Counselling (การให้คำปรึกษา) ของทุป็นัมเบอร์วัน ตลอด ๒๔ ชั่วโมง เรามีสายฮอตไลน์นะค่ะ แล้วก็กิจกรรมสุขภาพทุกอย่างที่สถานประกอบการควรจะมีค่ะ สร้างสุขอะไรอย่างนั้นนะค่ะ ปลอดภัยปลอดภัย ใจเป็นสุขเนี่ย ตั้งแต่อดีตเรามีหมดเลยนะ เราดูแลเรื่องสุขภาพ เราให้ความสำคัญเรื่องสุขภาพพนักงานมาเป็นอันดับหนึ่งนะค่ะ employer first customer second อะค่ะ” (ผู้แทนเจ้าของสถานประกอบการ)

“ที่นี้เราดูแลแบบ family (ครอบครัว) จริง ๆ ทำให้เค้าพร้อมที่จะเข้ามาหาเรา เราพร้อมที่จะให้คำปรึกษา โดยมุ่งหวังดีต่อเค้า มันก็เลยปิดปัญหา พวกซึมเศร้าก็จะไม่มี อาจจะมีปัญหาเรื่องเงิน แต่ที่ต้องแก้ เรื่องเงินพี่ก็ต้องตามมาช่วยเรื่องนี้” (ผู้แทนเจ้าของสถานประกอบการ)

“เราก็จะดูเรื่องของสุขภาพ เพราะว่า ผลการตรวจสุขภาพของพนักงานพบว่า พนักงานเราคอเลสเตอรอลค่อนข้างสูง แรก ๆ ประมาณ ๖๐% ที่ผิดปกติ ง่าย ๆ คือ อ้วนไป ผอมไป อะไรต่าง ๆ แล้วก็เพิ่มขึ้นมาเป็นประมาณ ๗๐% เราก็มองว่าถ้าปล่อยปัญหาไปแบบนี้มีสิทธิ์ที่จะเป็นโรคเบาหวาน ความดัน เราก็เลยพยายามรณรงค์เรื่องให้ลดหวาน มัน เค็ม โดยการปรับเปลี่ยนทางโรงอาหาร ให้ โรงอาหารใช้น้ำมันดอกทานตะวัน เครื่องปรุง เราก็พยายามไม่เอาเครื่องปรุงวางไว้ให้เต็ม คราวนี้เก็บอกแม่ครัวมาให้ทำเป็นรสชาติกลาง ๆ แล้วส่วนขนมหวานก็คือปรับเปลี่ยน แต่ไม่ได้เปลี่ยนทีเดียว ก็คืออาทิตย์นึงมีผลไม้ซัก ๒ วัน แล้วก็ทุกวันพุธ เราก็จะเป็นอาหารเพื่อสุขภาพ จะไม่มีพวกของทอด ก็จะเป็นพวกผักต้ม น้ำพริก แล้วก็ต้มจืด อะไรก็ค่ะ ข้าวก็เปลี่ยนให้พนักงานกินข้าวไรซ์เบอร์รี่ แต่จะมีปัญหาคือพนักงานเขาไม่โอเคใจ แบบพนักงานไลน์ผลิตก็มองว่ากินไม่อยู่ท้อง บางคนแบบท้องผูก อาจจะเป็นอุปทานอะค่ะ พอพนักงานไม่แฮปปี้ เราก็เลยเปลี่ยนเป็นข้าว กข ๔๓ ซึ่งมันก็ช่วยลดน้ำตาล...เราดูแลพนักงานเราหมด ทั้งกายทั้งใจนั่นแหละ” (ผู้แทนเจ้าของสถานประกอบการ)

“แล้วมันทำให้เกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย เซ็ง อะไรอย่างเนี่ย แต่ว่าการอยู่กันแบบพี่แบบนี้แล้วมันพูดคุยกันได้ มันคงทำให้เขารู้สึกว่าเขาผ่อนคลายมากกว่า...อย่างบางคน

นะให้โอกาสเค้านะ ควรเผื่อระวังสักนิดนึง ให้ดูแลเค้าบ้าง ให้เค้ากินยาสม่ำเสมอ สังเกตพฤติกรรมเค้าอะไรอย่างเงี้ย” (บุคลากรทางสุขภาพ)

“เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมันยากที่สุด เวลาพูดให้เขาฟังเขาก็เหมือนรับรู้ เราคิดว่าเราบอกเขาแล้ว แล้วเราก็จะบอกซ้ำ ๆ ย้ำ ๆ ถ้าเขาเห็นเรา เขาก็จะรู้ว่า เที้ย เราปรารถนาดีกับเขาไรเงี้ย” (บุคลากรทางสุขภาพ)

“อย่างที่เราเข้าไปในโรงงาน โรงงานเขาเริ่มตระหนักว่าเศรษฐกิจมันไม่ค่อยดีอะ พนักงานเค้ามีความเครียดนะ เราก็ไปให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิตกับการผ่อนคลายความเครียดอะไรอย่างเงี้ย...พี่ก็ให้ความรู้เรื่องความเครียดมันจะทำอะไรให้บ้าง ผลกระทบของคนสุขภาพจิตดีกับจิตไม่ดี จิตดีมันจะทำเช่นไร จิตไม่ดีมันจะก่อให้เกิดความอ่อนแอ สุขภาพด้านร่างกายมันมันทำให้ภูมิคุ้มกันมันตกอะ มันจะเจ็บป่วยง่าย” (บุคลากรทางสุขภาพ)

“ในครั้งแรกเนี่ย เราจะคุยกับคนป่วย ไม่ค่อยรู้เรื่อง บางคนเขามาอาการหนักแบบว่า เอ่อ สติหลุด เราจะคุยกับเขาไม่ค่อยเข้าใจ ก็พยายามหาคนที่ดูแลเขา ไม่ว่าจะเป็นญาติ หรือเป็นครอบครัว หรือผู้ใกล้ชิด มาถามสาเหตุ เราถึงจะคุยกับเขาเข้าใจ แล้วก็ให้ยาตรงตามที่เขาต้องการได้...ถ้าเขาเดินมาคนเดียวบางทีมันเป็น ข้อมูลฝ่ายเดียว บางทีจริงไม่จริง เราคาดเดาไม่ถูก” (บุคลากรทางสุขภาพ)

“การกินยา เหมือน บางยา บางตัวมันต้องกินเช้า ถ้ามันต้องกินตอนเช้า แล้วไปทำงาน เราจะทำไม่ได้ มันก็ต้องปรับให้มากินเย็น มันก็ต้องคุยกัน เพราะบางโรงงานก็ไม่ได้เห็นด้วยกับการหยุดงาน เขามองว่าเป็นเหตุผลส่วนตัว” (บุคลากรทางสุขภาพ)

“ถ้าพนักงานอะมี หมายถึงว่า เขารู้เหตุผลว่า ถ้าช่วงนี้เขายังต้องการฟื้นฟูสภาพจิตใจ หรือฟื้นฟูร่างกาย ต้องมีการกินยา การกินยามีผลกระทบ เช่น ทำให้ง่วง ทำให้อยากนอนอะไรอย่างเงี้ย มันก็มีผลต่องาน ถ้าเกิดเขาทำงานกับเครื่องจักร อันนี้จะคุยกัน ๒ ฝ่าย ก็คือทางหัวหน้างานจะคุยกับพยาบาลจิตเวช เบื้องต้นก็อาจจะให้หยุดงานสัก ๗-๑๔ วัน อันนี้ก็ต้องดูว่าบริษัทโอเคไหม...คนที่มีปัญหา มาพอได้เข้าสู่กระบวนการบำบัดหรือกินยาแล้ว ส่วนมากจะสามารถกลับไปทำงาน กลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ แต่ก็มีที่กลับมาเป็นอีก อาจจะไปโดนเรื่องกระทบจิตใจอะไรมาแล้วจัดการไม่ได้” (บุคลากรทางสุขภาพ)

“เอ่อ ตอนนี้ เขาให้ อสม. ทำแค่ ๒Q เนอะ หนูก็จะถามแค่ ๒ คำถามแค่นั้น ถ้าใช้ข้อใดข้อหนึ่ง หนูก็แจ้งทางทีมหม่อว่าหนูก็ไปเจอตรงนั้นมา คุณหมอมองลงไปดูไหม จะพาไป อะไรอย่างเงี้ย หรือไม่ก็ขอเบอร์เขามา หมอก็จะโทรคุยว่ายังไง เขาจะทำ ๔Q อีกทีหนึ่งอะคะ” (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน)

“ในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพเนี่ยจะเป็นงานของโรงพยาบาล ถ้าเป็นใน อบต.หรือ อปท.แห่งอื่นจะเป็น รพ.สต. ที่อยู่ในเขตเค้าก็จะเน้นให้ครับ เค้าก็จะเขียนโครงการมาของบ สปสช. จากเทศบาลประมาณนี้ครับ... ในกลุ่มแรงงานเนี่ย ยังไม่ได้ทำเป็นรูปธรรมมากนักกะครับ ก็จะมีในส่วนของกลุ่มเยาวชน กลุ่มวัยรุ่นมากกว่า ซึ่งมันเป็นของงานพัฒนาชุมชน งานส่งเสริมคุณภาพชีวิตประมาณนี้ครับ” (ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)

“เราจะมีกลุ่มเพื่อนใจ ไว้คอยปรับทุกข์ สร้างสุข แก้ปัญหา แล้วก็พัฒนา EQ พนักงานอยู่เรื่อย ๆ จะมีกิจกรรมต่าง ๆ เข้ามาให้ตลอด โดยมีทางเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเข้ามาครับ” (แรงงาน)

“กรมสุขภาพจิต มี contact มาตลอดเลยครับ เพราะว่าโครงการปลอดโรค ปลอดภัย ใสใจ เป็นสุข มันต้อง contact ทุกด้านเลยครับ ก็ต้องร้องขอความรู้จะครับ เพราะเราไม่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพเลย เราต้องให้ทางผู้เชี่ยวชาญมาทำให้ครับ” (แรงงาน)

“ก็มีอบรมนะครับพี่ เกี่ยวกับเรื่องเลิกบุหรี่บ้าง ออกกำลังกายบ้าง...แล้วก็มีการตรวจ สุขภาพประจำปี ตรวจหมดลูกด้วยนะครับ...เรื่องดูแลจิตใจน่าจะเป็นกี่ยาสิครับ มันแข่งปีละครั้ง สนุกดีครับ ผมเป็นนักกีฬาด้วย” (แรงงาน)

“โรงงานเราเล็ก ก็มีแต่ประกันสังคม ไม่ได้อบรมอะไรที่เกี่ยวกับสุขภาพ จะมีก็แต่ทาง อบต. มาตรวจฉีดยาบ้าง” (แรงงาน)

๕) การบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า

การบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า คือ ความสามารถและทักษะในการชักชวน บอกต่อ จูงใจ แลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกับผู้อื่นเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า จากการร่วมแสดงความคิดเห็นในผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พบว่า บุคลากรทางด้านสุขภาพจะมีการติดต่อประสานงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลต่างๆ กับสถานประกอบการผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ อีกทั้งยังมีการอบรมเจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคลของโรงงาน ในลักษณะครู ก. ครู ข. และขยายผลไปยังสถานประกอบการอื่นๆ ขณะที่ในสถานประกอบการก็ได้รับความร่วมมือจากเจ้าของสถานประกอบการเป็นอย่างดีในการดูแลสุขภาพกายและจิตใจของแรงงาน โดยหัวหน้างานและผู้บริหารได้มีการใช้หลัก ๓ ส. (สอดส่อง ใส่ใจ ส่งต่อ) นอกจากนี้ยังใช้สื่อสังคมออนไลน์ สื่อทางโทรทัศน์ กิจกรรม morning talk มาใช้ในการป้องกันภาวะซึมเศร้า ในด้านของแกนนำชุมชน อสม. ก็จะมีหน้าที่หลักในการพูดคุย และคัดกรองชาวบ้าน โดยใช้แบบวัด ๒Q ของกรมสุขภาพจิต เมื่อพบความผิดปกติก็จะบอกต่อไปยังโรงพยาบาลเพื่อดำเนินการต่อไป ดังคำกล่าวที่ว่า

“เราแลกเปลี่ยน ติดต่อกับกับโรงงานตลอด อย่างบางที่โรงงานก็ถามมาว่าถ้าคนไข้เป็นจิตเวช แล้วเค้าไปทำงานอะ บางครั้งเค้าก็แบบปกปิดความลับ ทางโรงงานควรจะทำอย่างไร เราก็จะบอกว่า ถ้าคนที่เค้าปกปิดแสดงว่าเค้าควบคุมตัวเองได้และเค้าก็ไม่สะดวกให้คนอื่นรู้ หรือบางทีก็โทรมา มันเคยมีเคส คือ อยู่ ๆ เค้าก็พูดคนเดียวแล้วก็เหมือนมีสายตาแบบขวาง ๆ อะไร้ โรงงานเค้าก็โทรมา consult พี่ก็แนะนำไป” (บุคลากรทางสุขภาพ)

“ที่แรกเรามาลงแค่โรงงานเดียว แล้วค่อย ๆ ขยาย เพราะปีนึงลงได้แค่โรงถึงสองโรงเท่านั้น เพราะบุคลากรเราไม่มีเราพยายามทำเทรน HR ของโรงงาน (ฝ่ายบุคคล) เราเป็นครู ก. ก่อนแล้วไปสอนครู ข. แล้วโรงงานเค้าก็ทำต่อเองถึงปีเค้าก็จะประเมินให้เราหมด...บางทีก็จะมีบางโรงมาขอเข้าร่วม ตอนนั้นคนมาขอร่วมเยอะนะ แต่เราไม่ไหว...บางครั้งเราก็ประสานศูนย์สุขภาพจิต เขต ๖ ว่าลงได้มั๊ย มาช่วยกัน” (บุคลากรทางสุขภาพ)

“ถ้าเกิดว่าฝ่ายบุคคล หรือ นายญี่ปุ่น บอร์ดนั้น ๆ มีมาตรการอย่างนี้ มีการประชาสัมพันธ์ให้พนักงานรู้ บางคนที่เขาอาจจะแค่เครียดเล็กน้อย มาคุย คุยเสร็จแล้ว ไมโอเค ก็ส่งต่อ อันนี้ก็เป็นเปิดของเขา ก็จะทำให้พนักงานกล้าเข้ามาพูดคุยมากขึ้น” (บุคลากรทางสุขภาพ)

“โรงงานเรามีไลน์ของพนักงานทุกคนค่ะ แล้วก็ทีวีที่ canteen พนักงานจะต้องมาทานข้าวที่นี่ มีบอร์ดจัดนิทรรศการความรู้ ส่วนเรื่องโควิด ก็จะมีภาพยนตร์ให้ดู ง่าย ๆ สั้น ๆ ค่ะ...วันจันทร์ พุธ ศุกร์ วันละ ๑๕ นาทีเราก็มารายการ good morning ในตอนเช้า ตอนที่เราก่อกำลังกายร่วมกัน แต่ตอนนี้มีโควิด เราก็กักตัวมา ๒-๓ เดือนแล้ว เราก็กักตัวอยู่กับพนักงานให้ความรู้พร้อมกันทั้งโรงงานเลย” (ผู้แทนเจ้าของสถานประกอบการ)

“อันดับแรกเลยคือ พี่จะมี ๓ ส คือ พี่ต้องสอดส่องดูมียะคะ แล้วก็ใส่ใจเค้าว่า มันเกิดอะไรขึ้น ถ้าไม่ไหวพี่พี่จะส่งต่อ พี่เองก็ไม่ใช่นักจิตบำบัดดูมียะคะ เราก็ได้แต่ว่าสอดส่องไปดู เค้าเค้ามีปัญหา พูดคุยกับเค้า รับฟังเค้า เค้ามีปัญหาอะไรมียะจะให้เราช่วยเหลืออะไรมียะประมาณนี้ เรื่องเงินรึป่าว เรื่องงานรึป่าว จะได้ช่วยกัน ถ้ามันไม่ไหวพี่ก็จะส่งต่อ ส่งต่อหมอที่โรงพยาบาลแหละ ค่ะ” (ผู้แทนเจ้าของสถานประกอบการ)

“ด้านจิตใจ ก็คือ ณ ตอนนี้เราให้หัวหน้างานคอยสังเกต คอยดู แล้วก็แต่ละแผนกเราก็จะมีเบอร์โทรศัพท์สายด่วนของศูนย์สุขภาพจิต ถ้าใครมีปัญหาเราจะให้พนักงานโทรไปก่อน พนักงานก็ไม่ค่อยโทร...อย่างปัญหา เรื่องพวกภาวะความเครียดอะไรต่าง ๆ พนักงานก็จะไม่ค่อยเปิดเผยกับคนที่ไม่สนิท” (ผู้แทนเจ้าของสถานประกอบการ)

“โรงงานเคยมีความคิดอยู่ความคิดหนึ่ง คือมีบริษัทหนึ่งอะค่ะ เขาเคยมาเสนอว่าเขาจะเป็นเหมือนตัวกลางจะมีจิตแพทย์อะไร ให้เราโทรไปปรึกษา แล้วทุกสิ้นเดือนเขาจะสรุปให้ว่าพนักงานเรามีปัญหาอะไรบ้าง แต่จะไม่เปิดเผยตัวตน แต่ว่าตรงนั้นค่าใช้จ่ายค่อนข้างจะสูง เราก็เลยแบบพักโครงการนี้ก่อนค่ะ จริง ๆ ก็คืออยากให้พนักงานมี มีที่ปรึกษาอะค่ะ ถ้าเกิดพนักงานมีปัญหาอะไร คือ สามารถปรึกษาคนนี้ได้แต่ต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านนี้...เราก็ไม่ได้มีความรู้อะไรมาก แคเหมือนเบสิค พวกพื้น ๆ แต่ถ้าเป็นแบบจิตแพทย์อะไร ก็น่าจะแก้ปัญหาได้ดีกว่า อยากจะให้เหมือนจิตแพทย์เข้ามาก็อาจจะสัปดาห์ละครั้งก็ได้ พูดคุยกับพนักงานอะไรอย่างงี้ค่ะ” (ผู้แทนเจ้าของสถานประกอบการ)

“ในเรื่องการตรวจสุขภาพจิต อสม. อาจจะไม่ได้มีความรู้เยอะขนาดนั้น แต่เราจะมาฟังชาวบ้านเล่า แล้วเราจับได้ว่าคนนั้นผิดปกตินะ เราก็จะมาเล่าให้หมอฟังว่า หมอเนี่ย คนนี้มันเป็นยังไงเนี่ย มันชอบอย่างงี้ หมอก็จะบอกเราว่าคนนี้ไม่ค่อยดี พาไปดูหน่อย อะไรอย่างเงี้ยค่ะ...ตอนนี้เขาให้ อสม. ทำแค่ ๒Q แค่นั้น แบบว่า ให้จำ ๒ คำนี้ไว้ เราไม่ต้องไปให้เค้าตก เราประเมินจากเรา ถามเขา คุยเขาได้ เรา เพราะเราอยู่ในพื้นที่ทุกวันเนาะ เขาจะ รู้สึก ท้อใจไหม แบบอะไรอย่างเงี้ย ไม่ได้ยากอะไร” (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน)

“เวลามีคนไข้เค้าก็ส่งตรงไปโรงพยาบาลเลย ไม่ได้ส่งข้อมูลมาท้องถิ่น แต่เวลาประชุม อสม. ผมก็จะเข้าร่วมประชุมทุกเดือน ก็จะเห็นแต่โรงพยาบาลแจ้งว่า ส่งใบประเมินผู้มีภาวะซึมเศร้า ผู้ประเมินแบบประเมินสุขภาพจิตอยู่ประมาณนี้ครับ” (ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)

“ก็ชอบทุกอย่างที่เขามาอบรมครับ...แต่นอกจากอบรมก็ไม่มีช่องทางอื่นที่เค้าให้ความรู้กับเรา พวกทางไลน์ก็มีแต่ข่าวสารในโรงงาน...กับเพื่อนที่ทำงานก็ถามสารทุกข์สุกดิบกันทั่ว ๆ ไป มึงเครียดไหม ทำงานได้หรือเปล่า เมื่อคืนนอนหลับดีไหม” (แรงงาน)

๖) การมีส่วนร่วมจากบุคคลหรือหน่วยงานต่างๆ เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในสถานประกอบการ

จากการร่วมแสดงความคิดเห็นในผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พบว่า การป้องกันภาวะซึมเศร้าในสถานประกอบการต้องใช้การมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วนไม่ว่าจะเป็นเจ้าของสถานประกอบการ ผู้บริหาร ฝ่ายบุคคล กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ศูนย์สุขภาพจิตเขต ๖ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน ผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการมีส่วนร่วมจากแรงงานในสถานประกอบการ โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเหล่านี้จะมีบทบาทที่แตกต่างกันออกไป แต่ทุกส่วนล้วนแล้วแต่สำคัญ ดังคำกล่าวที่ว่า

“๒๐ กว่าโรงงานที่ให้โอกาสให้พี่เข้าไปเนี่ย มีไม่กี่แห่งนะ ประมาณ ๔-๕ แห่งที่เราทำเป็นเครือข่าย เรามีไลน์กลุ่มกันเนอะ คำก็แลกเปลี่ยนกัน ใครไลน์มาว่าทำโน่น ทำนี่ เขาก็จะถามกัน เราก็บอกทำอย่างงี้ คำก็บอกโอเค คำก็เห็นดีด้วยนะ ถ้ามีโอกาสจะได้มาทำไร้อะไร เราก็เหมือนได้ให้ความรู้ทางกรู๊ปไลน์ไปด้วย” (บุคลากรทางสุขภาพ)

“คือที่พี่ทำอยู่อะ ก็จะร่วมกับเขตสุขภาพจิตที่ ๖ อบรมสร้างสุขในวัยทำงาน ซึ่งพี่ทำมาแล้ว พี่ก็เอาคนในโรงงานไปอบรมเป็นแกนนำสร้างเครือข่าย เป็นเหมือนครู ก. อย่างบางโรงงานเราเห็นบรรยากาศการทำงานแล้วเรารู้ว่า การมีบรรยากาศแบบพี่น้อง ครอบครัวนะ มันทำให้พวกเราเนี่ยมีความสุข...จริง ๆ โรงงานอื่นคำก็แล้วแต่นาย นายญี่ปุ่นก็แล้วแต่ทัศนคติ แต่บังเอิญโรงงานที่เราลงไปบ่อยๆ คำโชคดีที่มีนายดี” (บุคลากรทางสุขภาพ)

“พี่คิดว่า พี่ชอบทำงานแบบนี้ เพราะงานตรงนี้ พี่ไม่ต้องการคนป่วยเข้ามาเรายอมเหนื่อยไปข้างนอกไปเต้นแรงเต้นกา ไปพูด ไปให้คำแนะนำ ดีกว่าให้เขามาหาหมอ แต่ว่าพอเราเข้าไปในโรงงาน มันเหมือนสร้างเครือข่ายให้มาเป็นคนช่วยเราได้อีกอะ ไม่ใช่เราทำคนเดียว เวลาเราออกไปหาแกนนำ ไปหาใครที่ร่วมอุดมการณ์กับเราเนี่ย มันจะรู้สึกไม่เหนื่อยและรู้สึกว่าคุณป่วยได้รับการช่วยเหลือมันโอเค...เวลาสอนพี่ก็จะบอกว่า ความเครียด ทุกคนมันมีความเครียดหมด แต่เครียดแล้วเราจะผ่อนคลายความเครียดยังไง ก็สมมติเหมือนลูกโป่งเนาะ สมมติเราเหมือนลูกโป่ง พอเครียดจริงเราก็เป่าปูด มันเข้าไปลูกโป่งมันก็พองๆ ถ้าเราไม่รู้จักปล่อยวาง หรือปล่อยปาก ลูกโป่งมันเราก็จะเครียด สักวันลูกโป่งมันก็แตก” (บุคลากรทางสุขภาพ)

“จริง ๆ ปกติแล้ว ถ้ามีภาวะเครียดเนี่ย เราจะคุยกันรายบุคคล หรือให้ HR คัดกรองให้เราอีกทีหนึ่งเป็นรายบุคคลมาเลย ว่าจากการที่เค้า counseling ไปเบื้องต้นแล้วเนี่ย มันยังเหลือประเด็นอะไรอีก” (บุคลากรทางสุขภาพ)

“เรามีเครือข่าย มี รพสต. ที่เราไปดึงข้อมูลกันได้ ในส่วนของห้องเราก็มีทีมอำเภอยู่แล้ว...จริง ๆ มันก็ไม่พอหรอก เพราะโรงงานมันเยอะเนาะ แต่มันจะไปดึงที่ไหนได้ เราก็ใช้เท่าที่มีอะ...อสม. เขาจะช่วยเหลือแค่เบื้องต้น อย่างตอนนี้ช่วงโควิดเนี่ย อสม.ก็จะเคาะประตูบ้าน อสม.ช่วยเราได้เยอะ เพราะจะให้ข้อมูลที่ถูกต้อง แต่กับเรื่องจิตใจ ถ้าไม่ใช่อบรมแบบเชี่ยวชาญ หรืออบรม counseling เรื่องบางเรื่องมันเปิดแล้วมันปิดไม่ได้เนาะ” (บุคลากรทางสุขภาพ)

“ไม่ทุกโรงงานที่เข้ามาร่วมมาสนใจในเรื่องนี้ สมมติว่าถ้ามี ๑๐๐ โรงงานน่าจะมี แค่ประมาณ ๑๐% ที่เข้ามาร่วม ก็ต้องดูอีกว่าเข้ามาร่วมเพราะทำตามนโยบายหรือทำจริงจัง

มันก็ต่างกันอีก บางโรงงานเขาก็ทำจริงจัง แบบว่าคัดกรองเป็นกิจจะลักษณะ หรือว่ามีแค่เราเป็นที่ปรึกษา แต่บางที่เขาทำแค่ตามเอกสารเฉย ๆ ก็ต้องมาดูกันอีก” (บุคลากรทางสุขภาพ)

“อสม. เค้าช่วยเราคัดกรองค่ะ ให้คำปรึกษาเบื้องต้น แนะนำอะไรยังไงค่ะ พอเค้าลงไปทำแบบสอบถาม เขาก็จะซักถามสุขภาพ อสม. เค้าก็ค่อนข้างจะเป็นคนที่รู้จัก แล้วก็สนิทกัน ก็คือเป็นคนในหมู่บ้าน การพูดคุยมันก็จะง่าย ถ้าเค้าคิดว่าคนนี้มีปัญหามะ มีปัญหาเยอะ แนะนำให้มาหาเราที่ รพ.สต. บางทีเราก็มักจะให้คำปรึกษาโดยการโทรไลน์ ใช้ไลน์ส่วนตัวเรานี้แหละ” (บุคลากรทางสุขภาพ)

“หนูว่าต้องทำงานเป็นทีม เพราะว่าหนูไม่ได้เชี่ยวชาญ ไม่ได้เป็นหมอเอง ก็ต้องพึ่งผู้เชี่ยวชาญ แต่เราก็แค่ประเมินเบื้องต้น แล้วก็ไปถามหมอ หมอมันเป็นอย่างดี โอเคไหม อะไรอย่างเงี้ยค่ะ ถ้าเป็นสุขภาพจิตโดยตรงเราก็จะประสานทางโรงพยาบาล แต่ถ้าเรื่องไม่ใหญ่โตอะไรมากนัก ทีมนี้หมอมอบทุกคน เจ้าหน้าที่ก็สามารถช่วยได้ ระดับนี้แหละค่ะ” (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน)

“ส่วนมาก ผมจะประสานโรงพยาบาล แล้วก็สาธารณสุขอำเภอ เทศบาลผมก็ประสานครับ รวม ๆ กันหมดอะครับ ต้องช่วยๆ กัน” (แกนนำชุมชน)

“ในกลุ่มของแกนนำสุขภาพเราก็จะมีวิทยากรจากโรงพยาบาลนี้แหละ มาสอนในเรื่องของการประเมินภาวะซึมเศร้า หรือว่าในการประเมินผู้ป่วยที่อยู่ในบ้านครับ พวกสุขภาพจิตพวกนี้ครับ ช่วงนี้ก็จะไปแกนนำสุขภาพที่ผ่านการอบรมจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนี้แหละครับ ที่ไปประเมินต่อ” (ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)

“ในส่วนของสวัสดิการแรงงานที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ เราจะดูแลในเรื่องของการลา แรงงานสามารถลาป่วยได้เท่าที่ป่วยจริง แต่จะได้รับค่าจ้างแค่ ๓๐ วัน ส่วนมากบริษัทใหญ่ๆ มักจะไม่มีปัญหา ที่มาร้องเรียนกันคือบริษัทเล็กๆ ที่แบบว่าพอแรงงานป่วยก็จ่ายไม่จ่าย เขาก็จะมาร้องเรียนกัน เราก็ต้องลงไปดูสถิติการลาเป็นรายๆ ไป...แต่เราไม่ได้ลงไปตรวจสอบในแต่ละโรงงานนะ เพราะภารกิจเราเยอะ แต่ถ้ามีการร้องเรียนเราจะลงไปดูค่ะ” (ผู้แทนจากกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน)

“ในฐานะที่เป็นলাম เราจะได้ใกล้ชิดกับนายพอสสมควร จะรู้นโยบาย จะรู้เกี่ยวกับแนวคิดของผู้บริหาร ในระดับนี้แหละ ที่ถ้าเกิดสมมติพนักงานเกิดความไม่เข้าใจ เอ๊ะ ทำไมบริษัทต้องทำแบบนี้ เราจะสามารถที่จะพูดในแง่บวกให้เขาเข้าใจได้มากขึ้น แล้วก็พยายามรับฟังความคิดเห็น เราก็เก็บข้อมูลตรงนั้นเอาไว้ แล้วแอบกระซิบบอกว่า พนักงานเคยพูดแบบนี้ สำหรับพนักงานเอง เราจะสามารถที่จะบอกกว่าสิ่งที่เขาเข้าใจอยู่อาจจะไม่ถูกต้อง อธิบายให้เขาคิดบวกขึ้นได้อะค่ะ” (แรงงาน)

๓.๒ มาตรการ/ วิธีการป้องกันภาวะซึมเศร้าในสถานประกอบการในอนาคต

จากการร่วมแสดงความคิดเห็น ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียล้วนแล้วแต่มีความคาดหวังเกี่ยวกับมาตรการ/ วิธีการป้องกันภาวะซึมเศร้าในสถานประกอบการทั้งจากสถานประกอบการ กรมสวัสดิการแรงงาน ชุมชน และแรงงาน ดังคำกล่าวที่ว่า

๑) มาตรการ/ วิธีการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากสถานประกอบการ

“โรงงานเคยมีความคิดอยู่ความคิดหนึ่ง คือมีบริษัทหนึ่งอะคะ เขาเคยมาเสนอว่าเขาจะเป็นเหมือนตัวกลางจะมีจิตแพทย์อะไรเงี้ย ให้เราโทรไปปรึกษา แล้วทุกสิ้นเดือนเขาจะสรุปให้ว่าพนักงานเรามีปัญหาอะไรบ้าง แต่จะไม่เปิดเผยตัวตน แต่ว่าตรงนั้นค่าใช้จ่ายค่อนข้างจะสูง เราก็เลยแบบพักโครงการนี้ก่อนอะ จริง ๆ ก็คืออยากให้พนักงานมี มีที่ปรึกษาอะคะ ถ้าเกิดพนักงานมีปัญหาอะไร คือ สามารถปรึกษาคนนี้ได้แต่ต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านนี้...เราก็ไม่ได้มีความรู้อะไรมาก แคเหมือนเบสิค พวกพื้น ๆ แต่ถ้าเป็นแบบจิตแพทย์อะไรเงี้ย ก็น่าจะแก้ปัญหาได้ดีกว่า อยากจะให้ มีเหมือนจิตแพทย์เข้ามา ก็อาจจะสัปดาห์ละครั้งก็ได้ พูดคุยกับพนักงานอะไรอย่างเงี้ยอะคะ” (ผู้แทนเจ้าของสถานประกอบการ)

“ก็คิดว่าถ้าเป็นไปได้ ก็อยากตั้งแกนนำในโรงงานที่เค้าสามารถที่จะให้คำปรึกษาได้ทุกโรงงาน เพราะว่าคนที่ทำได้ส่วนใหญ่คือเรา เวลาที่เค้าอบรมครู counseling อะไรพวกนี้ เราก็จะส่งเค้าไป แต่เดี๋ยวนั้นมันไม่ค่อยมีอบรมแบบนั้น” (บุคลากรทางสุขภาพ)

“อยากให้โรงงานประเมินความเครียดของพนักงาน ว่าเครียดมาก เครียดน้อย อาทิตย์นึงเครียดกี่ครั้ง ๒Q ๔Q ถ้าประเมินแล้วมันมีความผิดปกติก็ส่งมาที่โรงพยาบาล...ก็ไม่ต้องทำแบบ counselling ไม่ต้องขนาดนั้น” (บุคลากรทางสุขภาพ)

“จริง ๆ พี่เคยตั้งเป้าหมายไว้คือ พี่อยากจะเอา safety หรืออะไรก็แล้วแต่มาอบรม พวกนี้เค้าเหมือนจะมีเบสิคของ counseling นะ...คือไม่เป๊ะนะ แบบเฉียด ๆ อะ พี่อยากให้เค้ามาอบรมพวกอาการทางสุขภาพจิต ให้เค้าสังเกตได้เพราะปกติเค้าดูเรื่องงานกับทางกายเท่านั้น ถ้าดูการส่งเสริมสุขภาพจิตเข้าไปด้วยเนี่ย ก็จะได้” (บุคลากรทางสุขภาพ)

“พี่อยากมีเครือข่ายมากขึ้น เพราะว่าโรงงานมีตั้งไม่รู้กี่ร้อยโรง แต่เราจะค่อย ๆ ขยับเค้าเข้าไป ตอนแรกเรามีแค่สิบกว่าโรงเองนะ แล้วเราก็เชิญเข้ามาเรื่อย ๆ บางทีโรงไหนบอกอยากเข้าไปด้วย ออมาสิ ก็ตามเข้ามา เพราะพี่ทำเรื่องบุหรีด้วยไง เวลาพี่มีอะไร ประชุมดี ๆ พี่ก็เชิญเข้าไปในกลุ่ม...แต่เรื่องพวกนี้มันแยกออกจากกันไม่ค่อยได้นะ บุหรี เหล่า ความเครียดนะ ปัญหาทางด้านจิตใจอะไรเงี้ยมันมาด้วยกัน เวลาที่เค้าเครียดก็จะสูบบุหรี” (บุคลากรทางสุขภาพ)

“ก็ต้องทำช่องทาง หรือการเข้าถึงที่พนักงานสามารถเดินไปบอกกับหัวหน้างานได้ แบบว่าเครียดไม่ไหวแล้ว อยากฆ่าตัวตาย อะไรอย่างเงี้ย เป็นช่องทางด่วน หรือจะเป็นห้องพยาบาลในบริษัทก็ได้ ก็ทำช่องทางกับประชาสัมพันธ์ให้เขารู้ว่า ถ้าเกิดคุณมีอาการเหล่านี้ คุณก็ติดต่อเจ้าหน้าที่นะ เดียวเจ้าหน้าที่จะส่งต่อ หรือมีการประเมิน แล้วก็ติดต่อกับหน่วยงานที่รับผิดชอบ น่าจะลดเรื่องพวกนี้ได้ค่อนข้างสูง” (บุคลากรทางสุขภาพ)

“ในเรื่องการดูแลสุขภาพเนี่ย จริง ๆ มีโครงการอยู่นะคะ เป็นเรื่องเกี่ยวกับการพักผ่อนในช่วงพักกลางวันอะไรอย่างเงี้ยอะคะ โรงงานก็อยากจะทำห้องพักผ่อนให้สำหรับพนักงาน ตอนนี้โรงงานมีพื้นที่ไม่มากอะคะ ก็เป็นส่วนใหญ่สำหรับการผลิตซะหมดแล้ว แต่โครงการต่อไปเนี่ยจะมีสถานที่พักผ่อนให้คะ” (แรงงาน)

“อยากให้มีพวกออกกำลังกาย การเล่นกีฬาสิ มันช่วยให้เราอารมณ์ดี สนุก ร่างกายเราก็ดี บางทีถ้าเป็นกีฬาที่มีความสามัคคีอะไรอย่างนี้ครับ” (แรงงาน)

“ก็อย่างเงี้ย ก็ดีแล้วอยู่ครับผม ไม่ ไม่มีความเห็นอะไรครับ...ก็ แล้วแต่เจ้าของครับผม” (แรงงาน)

“ถ้าช่วงนี้ก็อยากให้มาตรวจโควิดค่ะ เพราะเรากำลังกังวลกันค่ะ” (แรงงาน)

๒) มาตรการ/ วิธีการป้องกันภาวะซึมเศร้าในจากกรมสวัสดิการแรงงาน

“ถ้าเกิดว่ากระทรวงแรงงาน โบนัส หรือพวกสวัสดิการ ประกันสังคมอะไร มันเปิดช่องทางว่า ถ้ามีการป่วยแบบนี้ สามารถใช้วันลาได้ ไม่หักเป็นวันลา แต่คือลาป่วยเนี่ย มันลาป่วยได้แค่วันสองวัน มีใบรับรองแพทย์ แต่อันนี้ถ้าเกิดว่า เขาจำเป็นต้องกินยาแล้ว ทำงานไม่ไหว ต้องนอนพัก ๗ วัน ๑๔ วัน มันจะมีตัวกฎหมายหรือตัวสวัสดิการอะไรรองรับหรือเปล่า ให้ทำเหมือนคนลาคลอด ตรงนี้ตัวของสวัสดิการแรงงานควรที่จะเข้ามาดูก็จะทำให้คนกล้าที่จะเปิดเผยตัวเองมากขึ้น” (บุคลากรทางสุขภาพ)

๓) มาตรการ/ วิธีการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากชุมชน

“เวลานี้คนในหมู่บ้านผม ก็จะไปจ้กรยานกันเยอะเลยครับ เย็นมาจะออกปั่น แล้วผมก็จะมีฟิตเนสในหมู่บ้าน มีที่ออกกำลังกายกลางแจ้ง ช่วงนี้พอมันปิดเพราะโควิด เขาก็หันไปเดินกัน พวกนี้มันทำให้ สุขภาพของคนในชุมชนเราดี ลดความเครียด ลดซึมเศร้าได้ ในซอยบ้านผมเนี่ย เย็นมา มันกลับจากทำงาน มันก็เดินกันคนนึง ๓๐-๔๐ รอบนะครับ” (แกนนำชุมชน)

๔) มาตรการ/ วิธีการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากแรงงาน

“มองว่าก็เป็นครอบครัว มันต้องเป็นครอบครัวก่อน เพราะว่าอย่างที่บอก โรงงานนะ เข้าทำงานเย็นกลับบ้าน ถ้าครอบครัว ช่วยกันดูแล โอกาสที่จะเกิดซึมเศร้าจะต้องกินยา จนต้องรักษา ต้องมาโรงพยาบาลอะไรจะน้อยลง ถ้าพูดถึง ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน เขาจะไม่สามารถดูคนในพื้นที่ได้ทั้งหมด มันมีทั้งประชากรพื้นที่แล้วก็ประชากรแฝง ถ้าเกิดเป็นประชากรแฝงอยู่ตามหอพัก เขาจะไม่รู้อะไรขนาดนั้น...ครอบครัวเป็นหลักแล้วก็สถานประกอบการนั่นแหละ” (บุคลากรทางสุขภาพ)

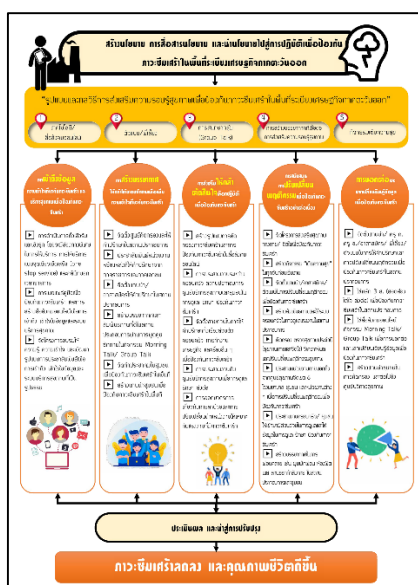
ส่วนที่ ๔ รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของแรงงาน

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญและเกิดขึ้นได้กับทุกเพศทุกวัย จากสถานการณ์ในประเทศไทยพบว่ากลุ่มแรงงานที่มีอายุ ๑๘ ถึง ๒๖ ปีมีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ซึ่งภาคตะวันออกได้ถูกประกาศให้อยู่ในโครงการระเบียบเศรษฐกิจภาคตะวันออก (EEC) ทำให้มีแรงงานหลังไหลเข้ามาทำงานจำนวนมาก จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า แรงงานเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบทางสุขภาพจากการทำงานมากมายรวมทั้งภาวะซึมเศร้า ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ และปัจจัยทางจิตสังคมซึ่งภาวะซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการทำงานและการดำเนินชีวิต

อย่างไรก็ตามผลจากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานในพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออกในระยะที่ ๑ แสดงให้เห็นว่า แรงงานเข้าข่ายภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ ๑๗.๑ โดยผู้ที่ปฏิบัติงานในระดับผู้บริหาร ผู้ที่ใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์มากกว่า ๓ ชั่วโมง/วัน ผู้ที่มีความทุกข์มากกว่าความสุขในการทำงาน ผู้มีปัญหาในการนอน ปัญหาการมีสมาธิน้อย ปัญหาหงุดหงิด/กระวนกระวาย/ว้าวุ่นใจ ความรู้สึกเบื่อ เซ็ง และความรู้สึกไม่อยากพบปะผู้คนมีความสัมพันธ์กับการเข้าข่ายภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาความรอบรู้สุขภาพเพื่อลดภาวะซึมเศร้า พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกัน

ภาวะซึมเศร้า การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า การบอกต่อและ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเข้าข่ายภาวะซึมเศร้าอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ และการร่วมสนทนากลุ่มจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการศึกษาระยะที่ ๒ พบว่า กลุ่ม ตัวอย่างทุกคนเห็นความสำคัญกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าในแรงงาน แต่ยังให้ความสำคัญกับการ ดูแลสุขภาพกายมากกว่าสุขภาพทางจิตใจ และมองว่าแรงงานจำนวนน้อยที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียใช้เครือข่ายและการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อยกระดับสุขภาพให้กับ แรงงาน โดยที่ผ่านมามีกิจกรรมหรือโครงการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะซึมเศร้า เช่น สถานพยาบาลจะมีการช่องทางพิเศษ/ คลินิกนอกเวลา/ การให้บริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (one stop service) สำหรับแรงงาน การสร้างสื่อสังคมออนไลน์/ บอร์ดเพื่อใช้ในการประชาสัมพันธ์ การ สร้างแกนนำเครือข่ายการทำงานและประสานงานส่งต่อข้อมูลและบริการ การมีกิจกรรม Morning talk ในสถานประกอบการ การทำประชาคมในชุมชน การประชุม/ อบรมให้ความรู้ การตรวจสุขภาพ ประจำปี การคัดกรองสุขภาพจิต จัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาและสายด่วน จักการปัญหาเรื่องหนี้สินที่อาจ ส่งผลต่อจิตใจ การปรับเปลี่ยนตำแหน่งงานให้เหมาะกับแรงงานที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นต้น แม้ว่าการ ดำเนินการยังคงต้องมีการพัฒนาในเรื่องต่างๆ อีกหลายส่วน แต่ทุกท่านได้ให้ความสำคัญในการเข้าถึง เข้าใจ การบริการสุขภาพ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน การบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อนำไปสู่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า

จากผลการศึกษาข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้สุขภาพเพื่อป้องกัน ภาวะซึมเศร้าของแรงงานในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจภาคตะวันออก โดยนำแนวคิดความรู้สุขภาพ (Health Literacy) ขององค์การอนามัยโลกมาประยุกต์ใช้เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของแรงงานใน พื้นที่ EEC ดังแผนภาพที่ ๒



ภาพที่ ๒ แสดงรูปแบบและกลวิธีการส่งเสริมความรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในพื้นที่ ระยองเศรษฐกิจภาคตะวันออก

ส่วนที่ ๕ คู่มือ รอบรู้ สู้ “ซึม (เศร้า)” สำหรับวัยแรงงาน

จากการศึกษาวิจัยในระยะที่ ๑ และระยะที่ ๒ ผู้วิจัยจึงได้จัดทำคู่มือ “รอบรู้ สู้ ซึม (เศร้า)” สำหรับวัยแรงงาน โดยนำแนวคิดความรู้สุขภาพ (Health Literacy) ขององค์การอนามัยโลกมาประยุกต์ใช้เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของแรงงานในพื้นที่ EEC โดยคู่มือ “รอบรู้ สู้ ซึม(เศร้า)” ได้ผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง จำนวน ๕ ท่าน ได้แก่ อาจารย์ด้านจิตแพทย์ อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช อาจารย์ด้านจิตวิทยาการให้คำปรึกษา อาจารย์ด้านสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงาน อาจารย์ด้านการผลิตสื่อสุขภาพ และจากแรงงานในพื้นที่พื้นที่ระเบียบเศรษฐกิจภาคตะวันออกบุคคลที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับสุขภาพแรงงานในพื้นที่ จำนวน ๒๐ คน ประกอบด้วย ผู้แทนเจ้าของสถานประกอบการจำนวน ๓ คน ผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จำนวน ๑ คน ผู้แทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๑ คน หัวหน้างานพยาบาลจิตเวช และนักวิชาการสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานสุขภาพของแรงงานจากโรงพยาบาล จำนวน ๓ คน ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน ๒ คน และแรงงานในสถานประกอบการ จำนวน ๑๐ คน

ทั้งนี้เพื่อให้เข้าถึงความเข้าใจและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง โดยเนื้อหาใน คู่มือ “รอบรู้ สู้ ซึม(เศร้า)” ประกอบด้วยความรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าทั้ง ๖ ด้าน ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ การโต้ตอบซักถาม การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการบอกต่อ/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า และรูปแบบการส่งเสริมความรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ผลการประเมินพบว่า ผู้มีส่วนได้ทั้งหมดได้ให้ความเห็นว่า คู่มือ “รอบรู้ สู้ ซึม (เศร้า)” มีความน่าสนใจและสามารถนำไปใช้ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในแรงงานได้ ทั้งนี้ควรเพิ่มคู่มือรูปภาพ (Picture book) เพื่อนำไปใช้สำหรับแรงงานที่มีระดับการศึกษาไม่มากนักหรือนำไปใช้ในแรงงานที่มีเวลาอ่านจำกัด อีกทั้งยังควรเพิ่มหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (e-book) เพื่อให้แรงงานสะดวกในการเข้าถึงคู่มือ “รอบรู้ สู้ ซึม(เศร้า)” มากยิ่งขึ้น ดังแผนภาพที่ ๓



ภาพที่ ๓ แสดง คู่มือ “รอบรู้ สู้ ซึม(เศร้า)”

บทที่ ๖

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาการวิจัยนี้มุ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจภาคตะวันออก และนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในแรงงาน โดยมีขั้นตอนการศึกษา ๓ ระยะ คือ ระยะที่ ๑ การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจภาคตะวันออก ระยะที่ ๒ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ในแรงงาน (โดยใช้ผลจากการศึกษาระยะที่ ๑ เป็นฐานในการพัฒนารูปแบบรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า) และระยะที่ ๓ เผยแพร่รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในแรงงาน

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey study) แบบการศึกษา ณ จุดเวลา (Cross – sectional study) ร่วมกับการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus group) โดยใช้ระยะเวลาในการศึกษาช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ – พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ โดยกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ ๑ คือ แรงงานในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก ที่มีอายุตั้งแต่ ๑๘-๖๐ ปี ในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจภาคตะวันออก จำนวน ๔๑๖ คน กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ ๒ และ ๓ คือ บุคคลที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับสุขภาพแรงงานในพื้นที่ จำนวน ๒๐ คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะที่ ๑ คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ทำการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการศึกษาจากเนื้อหา เอกสาร ตำรา และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดของการวิจัยมาเป็นแนวทางในการกำหนดขอบเขตและเนื้อหาในการสร้างเครื่องมือ ร่วมกับการประยุกต์แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam (๒๐๐๘) (Nutbeam, ๒๐๐๘) และ กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๖๐) (Department of Health, ๒๐๑๘) และแบบวัดภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (Center of Epidemiologic Studies Depression Scale [CES-D]) (Radloff, ๑๙๗๗) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะที่ ๒ และ ๓ คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi structured interview) โดยผู้วิจัยจะกำหนดหัวข้อและประเด็นที่ต้องการสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยผู้วิจัยได้นำไปทดสอบคุณภาพเครื่องมือโดยทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ปรีक्षाผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๕ ท่าน และตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดลองใช้ (Try out) ในระยะที่ ๑ มีค่า IOC เท่ากับ ๐.๘๕๗ และแบบสัมภาษณ์ในระยะที่ ๒ และ ๓ มีค่า IOC เท่ากับ ๐.๙๖ โดยผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แต่เป็นกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๓๐ คน จากนั้นนำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อถือได้ของแบบสอบถาม โดยใช้วิธี Cronbach's Alpha Coefficient ด้วยโปรแกรม SPSS for Windows โดยความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้ามีค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ เท่ากับ ๐.๘๔๘ โดยการศึกษาในระยะที่ ๑ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนาในรูปของ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด-สูงสุด

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ด้วยสถิติ Chi-square ในการศึกษาในระยะที่ ๒ และระยะที่ ๓ วิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลมาหาข้อสรุปตามความเป็นจริงที่ปรากฏและให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ที่ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในแรงงาน

สรุปผลการวิจัยการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของแรงงานในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจภาคตะวันออก (ระยะที่ ๑)

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัย สรุปผลการวิจัยในระยะที่ ๑ ได้ ๕ ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาวะซึมเศร้า ส่วนที่ ๒ ข้อมูลเกี่ยวกับการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาวะซึมเศร้า ส่วนที่ ๓ ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ ๔ ระดับความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า จำแนกตามภาวะซึมเศร้า ส่วนที่ ๕ ความสัมพันธ์ของข้อมูลทั่วไปกับภาวะซึมเศร้า ส่วนที่ ๖ ความสัมพันธ์ของข้อมูลเกี่ยวกับการทำงานกับภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาวะซึมเศร้า

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน ๔๑๖ คน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงเข้าข่ายภาวะซึมเศร้า ร้อยละ ๑๘.๐ ในขณะที่เพศชายเข้าข่ายภาวะซึมเศร้า ร้อยละ ๑๖.๑ กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง ๑๙ – ๕๕ ปี มีอายุเฉลี่ย ๓๑.๒ ปี โดยผู้ที่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้าและไม่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้ามีอายุใกล้เคียงกัน กลุ่มตัวอย่างสำเร็จการศึกษาตั้งแต่ระดับประถมศึกษาถึงระดับปริญญาโทขึ้นไป โดยผู้ที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาโทขึ้นไป ร้อยละ ๒๒.๒ เข้าข่ายภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่สำเร็จการศึกษาในระดับอื่นๆ นอกจากนี้ผู้ที่ปฏิบัติงานในระดับผู้บริหารเข้าข่ายภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ ๓๑.๒ กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพโสด ร้อยละ ๒๑.๐ เข้าข่ายภาวะซึมเศร้ามากกว่าสถานภาพสมรสอื่นๆ โดยผู้ที่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้าและไม่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้ามีจำนวนบุตรใกล้เคียงกัน ด้านระดับความสัมพันธ์ในครอบครัว พบว่า ผู้ที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวในระดับปานกลาง (ร้อยละ ๓๑.๔) และระดับดี (ร้อยละ ๑๘.๙) จะเข้าข่ายภาวะซึมเศร้ามากกว่าสัมพันธ์ภาพในระดับอื่น กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยเดือนละ ๒๐,๐๐๐ บาท โดยผู้ที่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้าและไม่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้ามีรายได้ไม่แตกต่างกัน การมีรายได้ไม่เพียงพอและเป็นหนี้ทำให้เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า ร้อยละ ๒๓.๑ ในขณะที่การมีโรคประจำตัว (ร้อยละ ๒๕.๗) การสูบบุหรี่ (ร้อยละ ๒๕.๐) และการดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ ๑๘.๑) ทำให้เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า การใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์แบบ Twitter เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า ร้อยละ ๗๕.๐ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้าและไม่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้าใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์โดยเฉลี่ย ๓ ชั่วโมง/วัน ระยะเวลาในการนอนโดยเฉลี่ย ๗ ชั่วโมง/วัน โดยผู้ที่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้าและไม่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้ามีระยะเวลาในการนอนไม่แตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างที่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้าทำงานเฉลี่ยวันละ ๑๐ ชั่วโมง/วัน ซึ่งมากกว่าผู้ที่ไม่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า และการไม่ออกกำลังกายทำให้เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า ร้อยละ ๑๘.๗

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลเกี่ยวกับการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความทุกข์มากกว่าความสุขในการทำงาน (ภาพรวม) เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า ร้อยละ ๓๖.๔ ในขณะที่มีความทุกข์มากกว่าความสุขกับเพื่อนร่วมงาน เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า ร้อยละ ๓๓.๖ มีความทุกข์มากกว่าความสุขกับนายจ้าง/ หัวหน้างาน เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า ร้อยละ ๒๒.๔ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาในการนอนหลับบ่อยครั้ง เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า ร้อยละ ๔๕.๒ ด้านปัญหาเรื่องสมาธิในการทำงานเป็นประจำ เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า ร้อยละ ๕๐.๐ ปัญหาหงุดหงิด ว้าวุ่นใจ / กระวนกระวาย เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า ร้อยละ ๖๖.๗ รู้สึกเบื่อ/ เซ็ง เป็นประจำ เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า ร้อยละ ๗๒.๗ และการไม่ยอมคบปะผู้คนเป็นประจำ เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า ร้อยละ ๗๕.๐

ส่วนที่ ๓ ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๔๑๖ คน เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า ๗๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๑ ในขณะที่อีก ๓๔๕ คน หรือร้อยละ ๘๒.๙ ไม่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ ๔ ระดับความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า จำแนกตามภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษา พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า การโต้ตอบชักถามเพื่อเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า การบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า และความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ภาพรวม มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยพบว่า เมื่อความรอบรู้ด้านการป้องกันภาวะซึมเศร่าลดลงจะเพิ่มการเข้าข่ายภาวะซึมเศร้า สำหรับความเข้าใจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร่าอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.581$)

ส่วนที่ ๕ ความสัมพันธ์ของข้อมูลทั่วไปกับภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษา พบว่า ความสัมพันธ์ของข้อมูลทั่วไปกับภาวะซึมเศร้า พบว่า ตำแหน่งงานในปัจจุบัน และระยะเวลาในการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อวัน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยพบว่า ตำแหน่งงานในปัจจุบันที่แตกต่างกันสัมพันธ์กับความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า ระยะเวลาในการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อวันระหว่างกลุ่มที่เข้าข่ายภาวะซึมเศร่ากับกลุ่มที่ไม่เข้าข่ายภาวะซึมเศร่า แตกต่างกัน

ส่วนที่ ๖ ความสัมพันธ์ของข้อมูลเกี่ยวกับการทำงานกับภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษา พบว่า ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลเกี่ยวกับการทำงานกับภาวะซึมเศร้า พบว่า ความสุขในการทำงานโดยภาพรวม ความสุขในการทำงานร่วมกับเพื่อนร่วมงาน การมีปัญหการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก ปัญหาการมีสมาธิ น้อย ปัญหาหงุดหงิด/กระวนกระวาย/ว้าวุ่นใจ ความรู้สึกเบื่อ เซ็ง และความรู้สึกไม่ยอมคบปะผู้คน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ส่วนที่ ๗ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบถดถอยโลจิสติก

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยกับภาวะซึมเศร้าแบบถดถอยโลจิสติก พบว่า ตำแหน่งงานในปัจจุบัน ระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อวัน ปัญหาหงุดหงิดว่าวุ่นใจหรือ กระวนกระวาย ไม่อยากพบปะผู้คน และความรอบรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กับ ภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนี้

๑) เมื่อมีการควบคุมตัวแปร ระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อวัน ปัญหาหงุดหงิดว่าวุ่นใจหรือกระวนกระวาย ไม่อยากพบปะผู้คน และความรอบรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า ตำแหน่งงานมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่มิ ตำแหน่งงานในระดับบริหารจะเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากเป็น ๗.๑๔ เท่า ($1/0.14$) เมื่อเทียบกับ ตำแหน่งงานในระดับหัวหน้างาน ($p = 0.012$)

๒) เมื่อมีการควบคุมตัวแปร ตำแหน่งงานในปัจจุบัน ปัญหาหงุดหงิดว่าวุ่นใจหรือ กระวนกระวาย ไม่อยากพบปะผู้คน และความรอบรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า ผู้ที่เสี่ยงต่อ ภาวะซึมเศร้าจะใช้สื่อสังคมออนไลน์เฉลี่ยต่อวันมากกว่า ๓ ชั่วโมงต่อวันมากเป็น ๑.๘๗ เท่าเมื่อเทียบกับ กลุ่มที่ไม่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ($p = 0.036$, ๙๕%CI: ๑.๐๔ – ๓.๓๕)

๓) เมื่อมีการควบคุมตัวแปร ตำแหน่งงานในปัจจุบัน ระยะเวลาการใช้สื่อสังคม ออนไลน์ต่อวัน ไม่อยากพบปะผู้คน และความรอบรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า ผู้ที่เสี่ยงต่อ ภาวะซึมเศร้าจะมีปัญหาหงุดหงิดว่าวุ่นใจหรือกระวนกระวาย บ่อยครั้งและเป็นประจำมากเป็น ๕.๓๕ เท่า ($p = 0.006$, ๙๕%CI: ๑.๖๒ – ๑๗.๗๐) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า

๔) เมื่อมีการควบคุมตัวแปร ตำแหน่งงานในปัจจุบัน ระยะเวลาการใช้สื่อสังคม ออนไลน์ต่อวัน ปัญหาหงุดหงิดว่าวุ่นใจหรือกระวนกระวาย และความรอบรู้ด้านการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม พบว่า ผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าจะไม่อยากพบปะผู้คนเป็นบางครั้งมากเป็น ๓.๐๓ เท่า ($p = 0.005$, ๙๕%CI: ๑.๔๐ – ๖.๕๔) และไม่อยากพบปะผู้คนบ่อยครั้งและเป็นประจำมากเป็น ๙.๑๒ เท่า ($p < 0.001$, ๙๕%CI: ๓.๑๕ – ๒๖.๔๒) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า

๕) เมื่อมีการควบคุมตัวแปร ตำแหน่งงานในปัจจุบัน ระยะเวลาการใช้สื่อสังคม ออนไลน์ต่อวัน ปัญหาหงุดหงิดว่าวุ่นใจหรือกระวนกระวาย และไม่อยากพบปะผู้คน พบว่า ผู้ที่เสี่ยง ต่อภาวะซึมเศร้าจะมีความรอบรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับไม่ดี-พอใช้มากเป็น ๒.๔๑ เท่า ($p = 0.017$, ๙๕%CI: ๑.๑๗ – ๕.๙๕) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า

สรุปผลการวิจัยการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้สุขภาพเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของ แรงงานในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจภาคตะวันออก ระยะที่ ๒ และระยะที่ ๓

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัย สรุปผลการวิจัยในระยะที่ ๒ และระยะที่ ๓ ได้ ๕ ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ ๑ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในสถานประกอบการ ส่วนที่ ๒ สาเหตุและผลกระทบของการเกิดภาวะซึมเศร้า ส่วนที่ ๓ แนวทาง/ มาตรการ/ วิธีการป้องกัน ภาวะซึมเศร้าในสถานประกอบการในปัจจุบันและอนาคต ส่วนที่ ๔ รูปแบบการส่งเสริมความรู้

สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของแรงงาน และส่วนที่ ๕ คู่มือ อบรม รู้ สู้ “ซึม (เศร้า)” สำหรับวัยแรงงาน

ส่วนที่ ๑ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในสถานประกอบการ

จากการร่วมแสดงความคิดเห็นในเรื่องความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในสถานประกอบการจากบุคคลที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับสุขภาพแรงงานสามารถจำแนกเป็น ๒ ประเด็น คือ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในสถานประกอบการ ดังนี้

๑.๑ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

กลุ่มตัวอย่างทุกคนล้วนแล้วแต่เคยได้ยินคำว่า “ภาวะซึมเศร้า” โดยเคยได้ยินจากแหล่งที่แตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นจากโทรทัศน์ สื่อสังคมบนโลกออนไลน์ ชาวบ้านในชุมชน เพื่อนร่วมงาน และบุคลากรทางสุขภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อคิดเห็นว่า “ภาวะซึมเศร้า” คือ ความทุกข์ ความเครียด ความวิตกกังวล ความหงุดหงิด ความเศร้า ความเบื่อหน่าย หรือความร่าเริงผิดปกติ ซึ่งจะแสดงออกทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ

๑.๒ สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในสถานประกอบการ

บุคลากรทางสุขภาพในโรงพยาบาลมักจะพบผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่แสดงอาการทางกายร่วมกับทางจิตใจจากการรักษาที่สถานพยาบาล ในขณะที่ผู้บริหารหรือแรงงานที่ทำงานในสถานประกอบการมักจะพบแต่ผู้ที่มีความเครียดสูง หรือความสุขน้อย เนื่องจากไม่เคยมีการประเมินภาวะซึมเศร้าในสถานประกอบการมาก่อน นอกจากนี้แรงงาน ๗ ใน ๑๐ คน บอกว่า ไม่เคยมีเพื่อนร่วมงานที่อยู่ในภาวะซึมเศร้า ส่วนมากจะมีแค่ความเครียดเท่านั้น

ส่วนที่ ๒ สาเหตุและผลกระทบของการเกิดภาวะซึมเศร้า

จากการร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสาเหตุและผลกระทบของการเกิดภาวะซึมเศร้าในสถานประกอบการจากบุคคลที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับสุขภาพแรงงานสามารถจำแนกเป็น ๔ ประเด็น คือ สาเหตุและผลกระทบของตนเอง สาเหตุและผลกระทบของครอบครัว สาเหตุและผลกระทบของสถานประกอบการ และสาเหตุและผลกระทบของชุมชน ดังนี้

๒.๑ สาเหตุและผลกระทบของตนเอง

กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้ให้ข้อคิดเห็นว่าสาเหตุความเครียดมักจะเริ่มต้นมาจากตนเอง โดยมาจากปัญหาทางด้านจิตใจ แล้วจึงส่งผลกระทบต่อร่างกาย หากไม่สามารถจัดการกับความรูสึกนั้นๆ ได้ ก็จะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ในขณะที่แรงงาน ๘ ใน ๑๐ คน ได้ให้ความเห็นว่า สาเหตุหลักของความเครียด/ ภาวะซึมเศร้า คือ เรื่องเศรษฐกิจ เรื่องเงิน และเรื่องหนี้สิน

๒.๒ สาเหตุและผลกระทบของครอบครัว

จากการร่วมแสดงความคิดเห็นในเรื่องสาเหตุและผลกระทบของครอบครัวจากบุคคลที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับสุขภาพแรงงานกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้ให้ข้อคิดเห็นว่าครอบครัวก็เป็นสาเหตุของความเครียด/ ภาวะซึมเศร้าที่สำคัญ โดยเฉพาะในเรื่องแฟน / คู่รัก / คู่ชีวิต ในขณะที่ถ้าเป็นกลุ่มที่อายุมากขึ้นจะมีสาเหตุมาจากเรื่องสุขภาพ

๒.๓ สาเหตุและผลกระทบของสถานประกอบการ

กลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อคิดเห็นว่าสาเหตุความเครียด/ ภาวะซึมเศร้าอาจมาจากการทำงานมากเกินไปจนทำให้ขาดสมดุลของชีวิต หรือการมีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนร่วมงาน สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อความผิดพลาดในการทำงาน ทำให้สถานประกอบการบางแห่งต้องปรับเปลี่ยนตำแหน่งงานให้เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น ในขณะที่บางสถานประกอบการอาจจะไม่เข้าใจในปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นและใช้เหตุผลแวดล้อมในการกดดันให้ออกจากงาน

๒.๔ สาเหตุและผลกระทบของชุมชน

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้ให้ข้อคิดเห็นว่า ภาวะซึมเศร้า มักไม่มีผลกระทบกับชุมชน ผลกระทบส่วนมากมักจะเกิดขึ้นในครอบครัวมากกว่า แต่เนื่องจากในปัจจุบันมีสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด ๑๙ ทำให้ประชาชนในชุมชนเกิดความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล รวมถึงมีการรังเกียจกันในชุมชน เนื่องจากเป็นจังหวัดที่มีพื้นที่สีแดงของการระบาด อีกทั้งมีประชาชนในชุมชนป่วยด้วยโรคโควิด ๑๙ ทำให้ผู้นำชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องต้องทำความเข้าใจและแก้ไขปัญหาความกลัวและความวิตกกังวลต่างๆ ที่เกิดขึ้น จะลงเข้าไปมากกว่า ของเราจะเข้าไปในส่วนของการควบคุมโรคและป้องกัน ในเรื่องของการทำงานสะอาด การควบคุมโรคบ้านที่เกิดเหตุ ก็พอจะลดความกังวลของคนในชุมชนไปได้บ้าง” (ผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)

ส่วนที่ ๓ แนวทาง/ มาตรการ/ วิธีการป้องกันภาวะซึมเศร้าในสถานประกอบการในปัจจุบันและอนาคต

จากการร่วมแสดงความคิดเห็นในเรื่องแนวทาง/ มาตรการ/ วิธีการป้องกันภาวะซึมเศร้าในสถานประกอบการในปัจจุบันและอนาคตจากบุคคลที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับสุขภาพแรงงานสามารถจำแนกเป็น ๒ ประเด็น คือ แนวทาง/ มาตรการ/ วิธีการป้องกันภาวะซึมเศร้าในสถานประกอบการในปัจจุบัน และมาตรการ/ วิธีการป้องกันภาวะซึมเศร้าในสถานประกอบการในอนาคต ดังนี้

๓.๑ แนวทาง/ มาตรการ/ วิธีการป้องกันภาวะซึมเศร้าในสถานประกอบการในปัจจุบัน

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดความรู้สุขภาพ (Health Literacy) ขององค์การอนามัยโลกมาประยุกต์ใช้ โดยองค์การอนามัยโลกได้ให้แนวคิดที่ ความรู้สุขภาพ คือ กระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งในแนวคำถามผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น ๖ ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การกล้าได้ตอบคำถามเพื่อเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การกล้าตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า และการบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้เพื่อให้เข้าถึงความเข้าใจในการรายงานผลครั้งนี้ผู้วิจัยได้รวมการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าเข้าไว้ด้วยกัน ดังนี้

๑) การเข้าถึงข้อมูล ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และบริการสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า

การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า (access) คือ ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ในด้านการค้นหา เปิดรับ เข้าถึง กลั่นกรอง และการตรวจสอบข้อมูลที่น่าเชื่อถือก่อนนำมาใช้ทำความเข้าใจ ในขณะที่ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (understand) คือ ความสามารถและทักษะในการจดจำ ความเข้าใจในเรื่องสาเหตุของภาวะซึมเศร้า อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า และการป้องกันภาวะซึมเศร้า จากการร่วมแสดงความคิดเห็นในเรื่องการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า พบว่า บุคลากรทางสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลได้มีการดำเนินการทั้งเชิงรับและเชิงรุก โดยจะมีช่องทางพิเศษ รวมถึงการให้บริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (one stop service) และมีการเผยแพร่ข้อมูลผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ บอร์ดประชาสัมพันธ์เพื่อให้แรงงานเข้าถึงบริการได้สะดวกมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียก็ยังให้ข้อคิดเห็นว่า กลุ่มวัยแรงงานมีบริบทการทำงานที่เข้าถึงได้ค่อนข้างยาก อีกทั้งวัยแรงงานก็เข้าถึงข้อมูลเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าได้ไม่ทั่วถึง แม้ว่าในบางสถานประกอบการจะมีการพูดคุยกับพนักงานในช่วงเช้า (morning talk) ก็ตาม ในขณะที่การทำงานแบบเชิงรุกก็จะมีเริ่มสร้างเครือข่ายและประสานงานกับสถานประกอบการในการเข้าไปให้ข้อมูลเพื่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าให้กับแรงงาน

๒) กล้าได้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (questioning) คือ ความสามารถและทักษะการใช้คำถามและการสื่อสารเจรจาเพื่อเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ให้ความคิดเห็นว่า การพูดคุยเป็นการลดความวิตกกังวล ความเครียด หรือภาวะซึมเศร้าที่สำคัญ โดยเมื่อแรงงานมีปัญหาทางด้านจิตใจ ผู้ที่เกี่ยวข้องควรเปิดโอกาสให้มีการพูดคุย ได้ตอบ ซักถาม และหาทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งที่ผ่านมาในสถานประกอบการมักจะใช้กิจกรรม morning talk ในการพูดคุยกับแรงงาน สำหรับในชุมชนจะมีการทำประชาคมและทำความเข้าใจในเรื่องสุขภาพผ่านทางแกนนำชุมชนเพื่อลดภาวะที่จะกระทบต่อจิตใจและภาวะซึมเศร้า

๓) กล้าตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า

การกล้าตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า คือ ความสามารถและทักษะการตัดสินใจในการเปรียบเทียบ และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของแรงงานในพื้นที่ระบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก จากการร่วมแสดงความคิดเห็น พบว่า บุคคลที่มีความสำคัญต่อการกล้าตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า คือ ญาติและผู้บริหารของสถานประกอบการ ซึ่งที่ผ่านมาบุคลากรทางด้านสุขภาพ ได้มีการประสานงานร่วมกันทั้งกับญาติและสถานประกอบการในการดูแล ป้องกันภาวะซึมเศร้าที่อาจจะเกิดขึ้น หรือเกิดขึ้นแล้วในแรงงาน โดยสิ่งที่ต้องสร้างคือความไว้วางใจ ความเชื่อใจ เพื่อให้แรงงานกล้าที่จะตัดสินใจในการบอกเล่าและปรึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นทางด้านจิตใจของตนเอง โดยที่ผ่านมาสถานประกอบการบางแห่งได้มีสายด่วนในการให้คำปรึกษา มีการแก้ไขปัญหาที่จะส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าโดยเฉพาะในเรื่องหนี้สิน มีการจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพทางกายเพื่อลดปัญหาสุขภาพทางใจ มีการประสานงานกับโรงพยาบาลเพื่อดูแล

แรงงานที่มีภาวะซึมเศร้าและต้องพักรักษาตัว รวมถึงการปรับเปลี่ยนตำแหน่งงานให้เหมาะกับแรงงานที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นต้น อย่างไรก็ตามยังคงมีแรงงานบางส่วนที่ไม่กล้าที่จะพูดคุยถึงปัญหาที่เกิดขึ้นให้กับหัวหน้างานหรือผู้บริหารฟัง แต่มีความสะดวกใจที่จะพูดคุยกับเพื่อนสนิทมากกว่า

๔) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า คือ ความสามารถและทักษะในการนำข้อมูล ประสพการณ์ มาใช้ในการวางแผน ควบคุม กำกับตนเอง และสิ่งแวดล้อม เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า จากการร่วมแสดงความคิดเห็นสามารถจำแนกได้ใน ๒ ประเด็น คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของแรงงานเพื่อรักษาภาวะซึมเศร้า โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า พบว่า ที่ผ่านมาจากผู้บริหารและสถานประกอบการได้มีการพยายามที่จะป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มแรงงาน โดยในบางสถานประกอบการจะดูแลแรงงานในสถานประกอบการของตนเองแบบครอบครัว นั่นคือ เปิดโอกาสให้มีการพูดคุย ซักถาม ให้ข้อคิด แนวทางการปฏิบัติ ทั้งในเรื่องงานและเรื่องส่วนตัว มีการจัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษา มีสายด่วน และมีพยาบาลประจำ อีกทั้งยังนำผลการตรวจสุขภาพประจำปีมาวิเคราะห์เพื่อหวังผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกาย เพื่อให้จิตใจดีตามมา

นอกจากนี้ยังมีการประสานหน่วยงานภายนอกทั้งจากศูนย์สุขภาพจิตเขต ๖ โรงพยาบาล และหน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่เพื่อให้เข้ามาอบรม รวมถึงการสร้างกระบวนการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของแรงงาน ซึ่งทางที่มหาวิทยาลัยยอมรับว่าเป็นเรื่องยากที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของแรงงาน แต่ก็จะใช้เทคนิคการพูดคุย ๆ ซ้ำ ๆ และแสดงให้เห็นถึงความปลอดภัยในการที่จะดูแลช่วยเหลือ ในขณะที่ภาคส่วนชุมชน แกนนำ อสม. ก็จะมีการคัดกรอง พูดคุยกับคนในพื้นที่และทางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็จะช่วยในการสนับสนุนงบประมาณ แต่ก็ยังมีบางสถานประกอบการ โดยเฉพาะสถานประกอบการขนาดเล็กที่ยังไม่ได้มีการดำเนินการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า จะมีแต่เพียงการดูแลผ่านระบบประกันสังคมเท่านั้น ในด้านของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของแรงงานเพื่อรักษาภาวะซึมเศร้า พบว่า แรงงานที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าและเข้าสู่กระบวนการดูแลรักษาทางบุคลากรทางด้านสุขภาพจะพยายามประสานญาติให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและให้ข้อมูล ในขณะเดียวกันหากแรงงานยินยอมก็จะประสานไปยังสถานประกอบการเพื่อวางแผนร่วมกันในเรื่องของการลา การปรับเปลี่ยนงานและพฤติกรรมของแรงงาน

๕) การบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า

การบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า คือ ความสามารถและทักษะในการชักชวน บอกต่อ จูงใจ แลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกับผู้อื่นเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า จากการร่วมแสดงความคิดเห็นในผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พบว่า บุคลากรทางด้านสุขภาพจะมีการติดต่อประสานงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลต่างๆ กับสถานประกอบการผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ อีกทั้งยังมีการอบรมเจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคลของโรงงาน ในลักษณะครู ก. ครู ข. และขยายผลไปยังสถานประกอบการอื่นๆ ขณะที่ในสถานประกอบการก็ได้รับความร่วมมือจากเจ้าของสถานประกอบการเป็นอย่างดีในการดูแลสุขภาพกายและจิตใจของแรงงาน โดยหัวหน้างานและผู้บริหารได้มีการใช้หลัก ๓ ส. (สอดส่อง ใส่ใจ ส่งต่อ) นอกจากนี้ยังใช้สื่อสังคมออนไลน์ สื่อทางโทรทัศน์ กิจกรรม morning talk มาใช้ในการป้องกันภาวะซึมเศร้า ในด้านของแกนนำชุมชน อสม. ก็จะมีหน้าที่หลักในการพูดคุย และคัด

กรองชาวบ้าน โดยใช้แบบวัด ๒Q ของกรมสุขภาพจิต เมื่อพบความผิดปกติก็จะบอกต่อไปยังโรงพยาบาลเพื่อดำเนินการต่อไป

๖) การมีส่วนร่วมจากบุคคลหรือหน่วยงานต่างๆ เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในสถานประกอบการ

จากการร่วมแสดงความคิดเห็นในผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พบว่า การป้องกันภาวะซึมเศร้าในสถานประกอบการต้องใช้การมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วนไม่ว่าจะเป็นเจ้าของสถานประกอบการ ผู้บริหาร ฝ่ายบุคคล กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ศูนย์สุขภาพจิตเขต ๖ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน ผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการมีส่วนร่วมจากแรงงานในสถานประกอบการ โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเหล่านี้จะมีบทบาทที่แตกต่างกันออกไป แต่ทุกส่วนล้วนแล้วแต่สำคัญ

๓.๒ มาตรการ/ วิธีการป้องกันภาวะซึมเศร้าในสถานประกอบการในอนาคต

จากการร่วมแสดงความคิดเห็น ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียล้วนแล้วแต่มีความคาดหวังเกี่ยวกับมาตรการ/ วิธีการป้องกันภาวะซึมเศร้าในสถานประกอบการทั้งจากสถานประกอบการ กรมสวัสดิการแรงงาน ชุมชน และแรงงาน ดังนี้

๑) มาตรการ/ วิธีการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากสถานประกอบการและศูนย์บริการสุขภาพ

- การดำเนินการทั้งเชิงรับและเชิงรุก โดยจะมีช่องทางพิเศษในการให้บริการ การให้บริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (one stop service) และคลินิกนอกเวลาราชการ
- การเผยแพร่คู่มือเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า และการสร้างสื่อสังคมออนไลน์เพื่อการเข้าถึง เข้าใจในข้อมูลและระบบบริการสุขภาพ
- จัดโครงการอบรมให้ความรู้ ความเข้าใจ และรูปแบบการประชาสัมพันธ์เพื่อการเข้าถึง เข้าใจในข้อมูลและระบบบริการสุขภาพที่เป็นรูปธรรม
- ประสานงานกับศูนย์บริการสุขภาพจากภาครัฐ ภาคเอกชน เพื่อการดูแลรักษา ส่งต่อ
- จัดตั้งแกนนำ/อาสาสมัครให้คำปรึกษาในสถานประกอบการ
- จัดตั้งศูนย์คัดกรองและให้คำปรึกษาในสถานประกอบการ
- การประสานงานระหว่างครอบครัว สถานประกอบการ ศูนย์บริการสุขภาพและชุมชนในการดูแล รักษา ป้องกันภาวะซึมเศร้า
- จัดตั้งแกนนำ/ ครู ก. ครู ข./อาสาสมัคร/ พี่เลี้ยง/ ตัวแบบในการให้คำปรึกษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในสถานประกอบการ
- ใช้หลัก ๓ ส. (สอดส่อง ใส่ใจ ส่งต่อ) เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในสถานประกอบการ
- ใช้สื่อสังคมออนไลน์ กิจกรรม Morning Talk/ Group Talk เพื่อการบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า
- สร้างบรรยากาศในการผ่อนคลาย เช่น มุมพักผ่อน ห้องฟิตเนส ลานออกกำลังกาย ในสถานประกอบการ

- ประชาสัมพันธ์หน่วยงานหรือแหล่งที่ให้คำปรึกษาจากภาคราชการและภาคเอกชน

- สร้างบรรยากาศและสัมพันธภาพที่ดีในสถานประกอบการผ่านการพูดคุยซักถามในกิจกรรม Morning Talk/ Group Talk

- สร้างรูปแบบการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและการป้องกันภาวะซึมเศร้าในสื่อสังคมออนไลน์

- จัดตั้งสายด่วนในการให้คำปรึกษาทั้งเรื่องส่วนตัว ครอบครัว การทำงาน เศรษฐกิจ และเรื่องอื่นๆ เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า

- จัดโครงการส่งเสริมสุขภาพทางกาย/ จิตใจเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า

- สร้างกิจกรรม “เติมความสุข” ในทุกวันก่อนเริ่มงาน

- จัดตั้งแกนนำ/อาสาสมัคร/ ตัวแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า

- สร้างสัมพันธภาพและใช้ระบบครอบครัวในการดูแลแรงงานในสถานประกอบการ

- คัดกรอง ตรวจสอบสุขภาพประจำปี (สุขภาพกายและจิตใจ) วิเคราะห์ผลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

- ประสานหน่วยงานภายนอกทั้งจากศูนย์สุขภาพจิตเขต ๖ โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า

๒) มาตรการ/ วิธีการป้องกันภาวะซึมเศร้าในจากกรมสวัสดิการแรงงาน

- การออกมาตรการเกี่ยวกับการลาป่วยและการปรับเปลี่ยนตำแหน่งงานให้เหมาะสมกับแรงงานที่มีภาวะซึมเศร้า

๓) มาตรการ/ วิธีการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากชุมชน

- สร้างแกนนำชุมชนเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในพื้นที่

- สร้างแกนนำชุมชนในการคัดกรอง และต่อไปยังศูนย์บริการสุขภาพ

- สร้างบรรยากาศในการผ่อนคลาย เช่น มุมพักผ่อน ห้องฟิตเนส ลานออกกำลังกาย ในชุมชน

๔) มาตรการ/ วิธีการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากแรงงาน

- ประสานงานกับครอบครัวเพื่อการดูแล รักษา ส่งต่อ

ส่วนที่ ๔ รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของแรงงาน

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญและเกิดขึ้นได้กับทุกเพศทุกวัย จากสถานการณ์ในประเทศไทยพบว่ากลุ่มแรงงานที่มีอายุ ๑๘ ถึง ๒๖ ปีมีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ซึ่งภาคตะวันออกได้ถูกประกาศให้อยู่ในโครงการระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก (EEC) ทำให้มีแรงงานหลั่งไหลเข้ามาทำงานจำนวนมาก จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า แรงงานเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบทางสุขภาพจากการทำงานมากมายรวมทั้งภาวะซึมเศร้า ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ และปัจจัยทางจิตสังคมซึ่งภาวะซึมเศร้าจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อประสิทธิภาพในการทำงานและการดำเนินชีวิต

อย่างไรก็ตามผลจากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจภาคตะวันออกในระยะที่ ๑ แสดงให้เห็นว่า แรงงานเข้าข่ายภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ ๑๗.๑ โดยผู้ที่ปฏิบัติงานในระดับผู้บริหาร ผู้ที่ใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์มากกว่า ๓ ชั่วโมง/วัน ผู้ที่มีความทุกข์มากกว่าความสุขในการทำงาน ผู้มีปัญหาในการนอน ปัญหาการมีสมาธิ น้อย ปัญหาหงุดหงิด/กระวนกระวาย/ว้าวุ่นใจ ความรู้สึกเบื่อ เซ็ง และความรู้สึกไม่อยากพบปะผู้คนมีความสัมพันธ์กับการเข้าข่ายภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาความรอบรู้สุขภาพเพื่อลดภาวะซึมเศร้า พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า การโต้ตอบชักถามเพื่อเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า การบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเข้าข่ายภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการสนทนากลุ่มจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการศึกษาระยะที่ ๒ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนเห็นความสำคัญกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าในแรงงาน แต่ยังให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพกายมากกว่าสุขภาพทางจิตใจ และมองว่าแรงงานจำนวนน้อยที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียใช้เครือข่ายและการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อยกระดับสุขภาพให้กับแรงงาน โดยที่ผ่านมามีกิจกรรมหรือโครงการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะซึมเศร้า เช่น สถานพยาบาลจะมีการช่องทางพิเศษ/ คลินิกนอกเวลา/ การให้บริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (one stop service) สำหรับแรงงาน การสร้างสื่อสังคมออนไลน์/ บอร์ดเพื่อใช้ในการประชาสัมพันธ์ การสร้างแกนนำเครือข่ายการทำงานและประสานงานส่งต่อข้อมูลและบริการ การมีกิจกรรม Morning talk ในสถานประกอบการ การทำประชาคมในชุมชน การประชุม/ อบรมให้ความรู้ การตรวจสุขภาพประจำปี การคัดกรองสุขภาพจิต จัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาและสายด่วน จักการปัญหาเรื่องหนี้สินที่อาจส่งผลกระทบต่อจิตใจ การปรับเปลี่ยนตำแหน่งงานให้เหมาะกับแรงงานที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นต้น แม้ว่าการดำเนินการยังคงต้องมีการพัฒนาในเรื่องต่างๆ อีกหลายส่วน แต่ทุกท่านได้ให้ความสำคัญในการเข้าถึง เข้าใจ การบริการสุขภาพ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน การบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า

จากผลการศึกษาข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของแรงงานในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจภาคตะวันออก โดยนำแนวคิดความรอบรู้สุขภาพ (Health Literacy) ขององค์การอนามัยโลกมาประยุกต์ใช้เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของแรงงานใน

ส่วนที่ ๕ คู่มือ รอบรู้ สู้ “ซึม (เศร้า)” สำหรับวัยแรงงาน

จากรูปแบบและกลวิธีการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจภาคตะวันออก ผู้วิจัยจึงได้จัดทำคู่มือ “รอบรู้ สู้ ซึม(เศร้า)” สำหรับวัยแรงงาน โดยนำแนวคิดความรอบรู้สุขภาพ (Health Literacy) ขององค์การอนามัยโลกมาประยุกต์ใช้เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของแรงงานในพื้นที่ EEC โดยคู่มือ “รอบรู้ สู้ ซึม(เศร้า)” ได้ผ่านการประเมินจาก

ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง จำนวน ๕ ท่าน ได้แก่ อาจารย์ด้านจิตแพทย์ อาจารย์พยาบาล ด้านจิตเวช อาจารย์ด้านจิตวิทยาการให้คำปรึกษา อาจารย์ด้านสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงาน อาจารย์ด้านการผลิตสื่อสุขภาพ และจากแรงงานในพื้นที่พื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออกบุคคลที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับสุขภาพแรงงานในพื้นที่ จำนวน ๒๐ คน ประกอบด้วย ผู้แทนเจ้าของสถานประกอบการจำนวน ๓ คน ผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จำนวน ๑ คน ผู้แทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๑ คน หัวหน้างาน พยาบาลจิตเวช และ นักวิชาการสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานสุขภาพของแรงงานจากโรงพยาบาล จำนวน ๓ คน ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน ๒ คน และแรงงานในสถานประกอบการ จำนวน ๑๐ คน

ทั้งนี้เพื่อให้เข้าถึงความเข้าใจและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง โดยเนื้อหาในคู่มือ “รอบรู้ สู้ ชีวี(เศร้า)” ประกอบด้วยความรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าทั้ง ๖ ด้าน ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ การโต้ตอบซักถาม การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการบอกต่อ/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า และรูปแบบการส่งเสริมความรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ผลการประเมินพบว่า ผู้มีส่วนได้ทั้งหมดได้ให้ความเห็นว่า คู่มือ “รอบรู้ สู้ ชีวี(เศร้า)” มีความน่าสนใจและสามารถนำไปใช้ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในแรงงานได้ ทั้งนี้ควรเพิ่มคู่มือรูปภาพ (Picture book) เพื่อนำไปใช้สำหรับแรงงานที่มีระดับการศึกษาไม่มากนัก หรือนำไปใช้ในแรงงานที่มีเวลาอ่านจำกัด อีกทั้งยังควรเพิ่มหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (e-book) เพื่อให้แรงงานสะดวกในการเข้าถึงคู่มือ “รอบรู้ สู้ ชีวี(เศร้า)” มากยิ่งขึ้น

การอภิปรายผลผลการวิจัยการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้สุขภาพเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของแรงงานในพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก

การศึกษาการวิจัยนี้มุ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานในพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก และนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในแรงงาน โดยมีขั้นตอนการศึกษา ๓ ระยะ คือ ระยะที่ ๑ การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานในพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก ระยะที่ ๒ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ในแรงงาน (โดยใช้ผลจากการศึกษาระยะที่ ๑ เป็นฐานในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า) และระยะที่ ๓ เผยแพร่รูปแบบการส่งเสริมความรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในแรงงานในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานที่ได้ตั้งไว้ ดังนี้

๑) แรงงานในพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออกไม่เสี่ยงภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคนและทุกช่วงวัย ในปี ค.ศ. ๒๐๑๒ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. ๒๐๓๐ (พ.ศ. ๒๕๗๐) ประชากรทั่วโลกจะป่วยด้วยโรคซึมเศร้า อีกทั้งโรคนี้จะเป็นสาเหตุของความสูญเสียด้านสุขภาพเป็นลำดับ ๑ แชนหน้าโรคหัวใจและมะเร็ง (World Health Organization, ๒๐๑๒) จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ ๑๗.๑ ซึ่งสูงกว่าการศึกษาวิจัยในประชากรอายุ ๒๐-๖๔ ปี จากประเทศ

สวีเดน (ภาพรวมร้อยละ ๑๔) (Waldenström et al., ๒๐๐๘) ในขณะที่เมื่อเปรียบเทียบกับ การศึกษาวิจัยในแถบทวีปเอเชีย พบว่า ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างต่ำกว่าการศึกษาวิจัยในประเทศไทยและอีกหลายประเทศ ได้แก่ ประเทศไทย (ร้อยละ ๒๘.๘) (Charoenpaitoon et al., ๒๐๑๒) ประเทศญี่ปุ่น (ร้อยละ ๒๙) (Takada et al., ๒๐๐๙) ประเทศสาธารณรัฐเกาหลีใต้ (ร้อยละ ๓๗.๖) (Lim et al., ๒๐๑๓) และประเทศเวียดนาม (ร้อยละ ๑๘.๘) (Braquehais et al., ๒๐๑๔)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจที่ผิดไปจากปกติ โดยเฉพาะการแสดงออกถึงความผิดปกติด้านอารมณ์ เช่น อารมณ์เศร้า หดหู่ ท้อแท้ หดห้วง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า มีความรู้สึกผิด ต่ำหีนตนเอง ไม่มี ความสุข โดยหากมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงและไม่ได้รับการดูแลรักษาจะส่งผลให้เกิดเป็นโรคซึมเศร้าได้ (Tatila Jampawal, ๒๐๑๓) ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้นำแบบประเมินระดับความผิดปกติของภาวะซึมเศร้า (CES-D) (Radloff, ๑๙๗๗) ที่แปลและกำหนดเกณฑ์โดยนักวิชาการไทย (Trangkasombat et al., ๑๙๙๗) (Vorapongsathorn T. et al., ๑๙๙๐) มาประเมินภาวะซึมเศร้าตนเอง (self-report) ของแรงงานในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจภาคตะวันออก ซึ่งแบบวัดภาวะซึมเศร้า (CES-D) จะสามารถอธิบายความรู้สึกสูญเสีย หงุดหงิด กลัว ความสุข ความเศร้า หรืออาการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Chon, ๑๙๙๒) พบว่า งานวิจัยที่ทบทวนในประเทศไทย ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ ใช้แบบวัด CES-D เช่นเดียวกันกับการศึกษาครั้งนี้ เมื่อพิจารณากลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาในประเทศต่างๆ ที่ทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผลการศึกษาสัดส่วนเพศหญิงที่มีภาวะซึมเศร้าจะมากกว่าเพศชาย อีกทั้งประเภทของสถานประกอบการก็มีความแตกต่างจากการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นสาเหตุทำให้ร้อยละของภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าการศึกษาที่กล่าวมา

การรับรู้สถานการณ์เรื่องภาวะซึมเศร้าจากการสนทนากลุ่ม พบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดให้ข้อคิดเห็นว่าแรงงานที่ทำงานในสถานประกอบการมักไม่มีภาวะซึมเศร้า แต่จะพบว่ามี ความเครียดสูงหรือมีความสุขน้อย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสถานประกอบการมุ่งเน้นในการให้สุขศึกษา เรื่องความเครียดและการผ่อนคลายความเครียดเป็นหลัก โดยให้สุขศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้าเป็นส่วนประกอบเพียงเล็กน้อยและบางโอกาส และไม่เคยมีระบบการประเมินภาวะซึมเศร้าในสถานประกอบการมาก่อนนั่นเอง อย่างไรก็ตามผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้ข้อคิดเห็นที่สอดคล้องกับองค์ความรู้โรคซึมเศร้าว่าสาเหตุของความเครียดที่อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้านั้นมักจะเป็นเรื่องหนี้สิน ครอบครัว ทะเลาะกับแฟน การทำงานมากเกินไปจนทำให้ขาดสมดุลของชีวิต การมีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนร่วมงาน ปัจจัยเหล่านี้มีผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพใจส่งผลทำให้เกิดความผิดพลาดในการทำงาน ทำให้สถานประกอบการบางแห่งต้องปรับเปลี่ยนตำแหน่งงานให้เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น ในขณะที่บางสถานประกอบการอาจจะไม่เข้าใจในปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นและใช้เหตุผลแวดล้อมในการกดดันให้ออกจากงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ Takada M และคณะ (๒๐๐๙) ที่พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์อย่างมีนัยยะสำคัญกับอาการซึมเศร้าได้แก่ภาวะเครียดสูงจากการทำงาน อาการจาก ปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความรู้สึกนอนไม่พอ ขาดเพื่อนที่ไว้ใจ การไม่มีเทคนิคใช้คลายความเครียด (Takada et al., ๒๐๐๙) และสอดคล้องกับข้อมูลจาก World Health Organization (๒๐๑๙) ที่กล่าวว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต ได้แก่ ประเภทของงาน ลักษณะขององค์กร

และสภาพแวดล้อมภายในองค์กร ทักษะและสมรรถนะส่วนบุคคล และการสนับสนุนจากนายจ้าง (World Health Organization, ๒๐๑๙b)

๒) ปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจภาคตะวันออก??

จากผลการศึกษา พบว่า เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยกับภาวะซึมเศร้าแบบ ถอดอยโลจิสติก พบว่า ตำแหน่งงานในปัจจุบัน ระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อวัน ปัญหา หงุดหงิดว่าุ่นใจหรือกระวนกระวาย ไม่อยากพบปะผู้คน และความรอบรู้ด้านการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนี้

เมื่อมีการควบคุมตัวแปร ระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อวัน ปัญหาหงุดหงิด ว่าุ่นใจหรือกระวนกระวาย ไม่อยากพบปะผู้คน และความรอบรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า ตำแหน่งงานมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่มิตำแหน่งงานใน ระดับบริหารจะเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากเป็น ๗.๑๔ เท่า (๑/๐.๑๔) เมื่อเทียบกับตำแหน่งงานใน ระดับหัวหน้างาน ($p = 0.008$)

โครงการระยองเศรษฐกิจภาคตะวันออก (EEC) มุ่งหวังพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมส่งผล ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วโดยมีแรงงานหลักไหลเข้ามาทำงานจำนวนมาก ส่งผลให้รูปแบบ การดำเนินชีวิตและความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว ชุมชน และสังคมเปลี่ยนแปลงไป แรงงานจาก ในพื้นที่และต่างพื้นที่เข้าไปทำงานในภาคอุตสาหกรรมมากขึ้นทำให้เกิดการแข่งขันทุ่มเทกับการ ทำงาน (Nisaisuk, ๒๐๑๓) บริบทเหล่านี้อาจส่งผลให้เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าตามมาได้ จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้ที่มิตำแหน่งงานในระดับบริหารจะเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากเป็น ๗.๑๔ เท่า เมื่อเทียบกับตำแหน่งงานในระดับหัวหน้างาน โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Cheung T (๒๐๑๕) ที่พบว่า ตำแหน่งงานมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด (Cheung & Yip, ๒๐๑๕) เนื่องจากตำแหน่งงานส่งผลต่อการรับรู้ความเครียดและประสิทธิภาพใน การทำงาน (Thangthum J., ๒๐๑๕) โดยความเครียดมีความสัมพันธ์ทั้งทางบวกและทางลบต่อ ผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงาน (Motowidlo, Packard, & Manning, ๑๙๘๖) การศึกษาของ Takada M. (๒๐๐๙) พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าคือภาวะเครียดสูงจากการทำงาน (Takada et al., ๒๐๐๙) ผู้ที่มีตำแหน่งงานในระดับบริหารจะมีความรับผิดชอบในระดับสูงและต้องตัดสินใจในเรื่องที่ สำคัญ โดยตำแหน่งบริหารจะมีความเกี่ยวข้องกับความมั่นคงขององค์กรมากกว่าตำแหน่งอื่นๆ จึง ส่งผลให้เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าตามมา (Sukmaitree J. & P., ๒๐๑๙) ดังนั้นการบริหาร จัดการงานของตำแหน่งบริหารมีผลต่อภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้า จากทฤษฎี/ แนวคิดของ Lazaeus และ Folkman (๑๙๗๖) (Lazaeus & Folkman, ๑๙๗๖) และทฤษฎีความเครียดในการ ปฏิบัติงานของ McGrath และ Robert (๑๙๗๖) (McGrath. J. E. & Robert, ๑๙๗๖) แม้การศึกษา นี้จะพบความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในกลุ่มแรงงานน้อยกว่ากลุ่มหัวหน้างานและระดับบริหาร แต่มี การศึกษาพบภาวะซึมเศร้าในกลุ่มแรงงานมักมีสาเหตุมาจากความตึงเครียดจากนโยบายและการ ทำงานในสถานประกอบการ ลักษณะของการใช้ชีวิตส่วนตัวและการวางแผนชีวิต (Eknath Shankarrao Mundhe, ๒๐๑๙) จึงมีความจำเป็นที่เจ้าของสถานประกอบการต้องให้ความสำคัญกับ

การบริหารจัดการงานให้เหมาะสม มอบหมายงานให้ชัดเจน สร้างความสัมพันธ์และการสื่อสารที่ดีในสถานประกอบการ สร้างความยุติธรรมและเสมอภาคเพื่อลดความเครียดและภาวะซึมเศร้าของแรงงาน (Thipmas, ๒๐๑๖)

เมื่อมีการควบคุมตัวแปร ตำแหน่งงานในปัจจุบัน ปัญหาหงุดหงิดว่าุ่นใจหรือกระวนกระวาย ไม่อยากพบปะผู้คน และความรอบรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า ผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าจะใช้สื่อสังคมออนไลน์เฉลี่ยต่อวันมากกว่า ๓ ชั่วโมงต่อวันมากเป็น ๑.๘๗ เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ($p=0.036$, ๙๕%CI: ๑.๐๔ – ๓.๓๕)

ประเทศไทยได้เข้าสู่ยุคดิจิทัล ๔.๐ โดยเปลี่ยนรูปแบบจากการรับข้อมูลข่าวสารผ่านทางสื่อวิทยุ กระจายเสียง สื่อสิ่งพิมพ์ ไปสู่สื่อยุคใหม่ที่เชื่อมต่อกันทั่วทุกมุมโลก (hyper connected) (Soraprasert, ๒๐๑๗) ข้อมูลของสำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (สพธอ.); Electronic Transactions Development Agency หรือ ETDA พบว่า ประชากรในประเทศไทยใช้อินเทอร์เน็ตเฉลี่ยวันละ ๖.๔ ชั่วโมง หรือ ๔๕ ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (ETDA) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่มากเกินไปจนความจำเป็นจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ โดยสื่อสังคมออนไลน์อาจจะทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ตัวตนที่เปลี่ยนแปลงไปจากความเป็นจริง เกิดการเปรียบเทียบกับผู้อื่น ส่งผลให้เกิดมีความรู้สึกที่อ่อนไหว ทศนคติทางลบ ความรู้สึกท้อแท้และสิ้นหวังตามมาได้ (Sirumpankul A., ๒๐๑๘) จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าจะใช้สื่อสังคมออนไลน์เฉลี่ยต่อวันมากกว่า ๓ ชั่วโมงต่อวันมากเป็น ๑.๘๗ เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ซึ่งการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่มากเกินไปจนความจำเป็นจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสังคม เช่น การปวดเมื่อยร่างกาย การปวดตา ความหมกมุ่น การเสียสมาธิ ภาวะซึมเศร้า การเก็บตัว การเปรียบเทียบกับตนเองกับผู้อื่น ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง เป็นต้น (Poll, ๒๐๑๗) ขณะที่การศึกษาของ Saeb S. และคณะ (๒๐๑๕) ที่พบว่า ผู้ที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ผ่านทางสมาร์ทโฟนจะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยยิ่งใช้ในระยะเวลาที่มากขึ้นก็จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้นเช่นกัน ซึ่งจากการศึกษายังพบว่าผู้ที่มีอาการซึมเศร้าจะใช้สมาร์ทโฟนเฉลี่ย ๖๘ นาทีต่อวัน (Saeb et al., ๒๐๑๕) อย่างไรก็ตามหากมีการเสพติดสังคมออนไลน์อาจจะทำให้มีความสุขในการดำเนินชีวิตลดลง อีกทั้งยังเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากขึ้น (Van den Eijnden, Meerkerk, Vermulst, Spijkerman, & Engels, ๒๐๐๘) เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Lin LY และคณะ (๒๐๑๖) พบว่า การใช้สื่อสังคมออนไลน์มากกว่า ๒ ชั่วโมงต่อวันมีโอกาสที่จะรู้สึกเหงามากกว่าปกติถึง ๒ เท่า ในขณะที่บางคนมีความรู้สึกเหงา โดดเดี่ยวทางสังคม จึงใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อลดความรู้สึกเหงา และโดดเดี่ยวทางสังคมจากโลกแห่งความเป็นจริง (Lin et al., ๒๐๑๖) ซึ่งเป็นอาการของโรคซึมเศร้า การศึกษาของ Pewnil T (๒๐๑๕) ยังพบว่า การใช้สื่อสังคมออนไลน์เปรียบเสมือนดาบสองคมที่สามารถลดและสร้างปัญหาได้ในคราวเดียวกัน (Pewnil T, ๒๐๑๕) จากการสนทนากลุ่มในการศึกษานี้พบการนำสื่อสังคมออนไลน์มาใช้ในการสื่อสารภายในองค์กรโดยเน้นเรื่องงาน แต่ไม่ได้เน้นการใช้เพื่อส่งเสริม ป้องกัน และการดูแลภาวะซึมเศร้าในสถานประกอบการ ดังนั้นการรู้เท่าทันสื่อจึงเป็นเครื่องมือสำคัญนอกเหนือจากการเข้าถึงสื่อที่จะทำให้บุคคลมีความเข้าใจเนื้อหา เกิดการตัดสินใจที่ดี รวมถึงมีความสามารถในการใช้สื่อได้อย่างเหมาะสม สิ่งเหล่านี้จะช่วยลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพกายและจิตได้ (Tansuwannond & Wongpinpech, ๒๐๑๐)

เมื่อมีการควบคุมตัวแปร ตำแหน่งงานในปัจจุบัน ระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อวัน ไม่อยากพบปะผู้คน และความรอบรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า ผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าจะมีปัญหาหงุดหงิดว่าุ่นใจหรือกระวนกระวาย บ่อยครั้งและเป็นประจำมากเป็น ๕.๓๕ เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า และเมื่อมีการควบคุมตัวแปร ตำแหน่งงานในปัจจุบัน ระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อวัน ปัญหาหงุดหงิดว่าุ่นใจหรือกระวนกระวาย และความรอบรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า ผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าจะไม่อยากพบปะผู้คนเป็นบางครั้งมากเป็น ๓.๐๓ เท่า และไม่อยากพบปะผู้คนบ่อยครั้งและเป็นประจำมากเป็น ๙.๑๒ เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางด้านอารมณ์และจิตใจที่สามารถเกิดขึ้นได้กับบุคคลทั่วไป จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่า มีประชากรกว่า ๒๖๔ ล้านคนทั่วโลกกำลังเผชิญกับภาวะซึมเศร้า (World Health Organization, ๒๐๒๐) โดยภาวะซึมเศร้านำมาซึ่งความสูญเสียทางการผลิตปีละกว่า ๑ ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ ในกลุ่มแรงงานพบว่า การว่างงาน สภาพแวดล้อมเชิงลบในสถานประกอบการ แอลกอฮอล์และสารเสพติด นำมาซึ่งปัญหาสุขภาพกายและจิตใจ (๑๐) จากการศึกษาในครั้งนี้พบผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามีอาการหงุดหงิดว่าุ่นใจหรือกระวนกระวาย บ่อยครั้งและเป็นประจำมากเป็น ๕.๓๕ เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า และพบว่าผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าจะไม่อยากพบปะผู้คนเป็นบางครั้งมากเป็น ๓.๐๓ เท่า และไม่อยากพบปะผู้คนบ่อยครั้งและเป็นประจำมากเป็น ๙.๑๒ เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับข้อมูลของ World Health Organization (๒๐๑๙) ที่พบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความรู้สึกเศร้า ความสนใจในกิจกรรมต่างๆ และความสุขในชีวิตลดลง ความรู้สึกหงุดหงิด รู้สึกผิด หรือรู้สึกด้อยค่า การนอนหลับและการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลงไป ความเหนื่อยล้าเพิ่มมากขึ้น และสมารถลดลงทำให้ส่งผลกระทบต่อการทำงาน (World Health Organization, ๒๐๑๙a) และสอดคล้องกับการศึกษาของ National institute of Mental Health (๒๐๑๘) และ Reynolds SM. (๒๐๑๙) ที่พบว่าภาวะซึมเศร้าคือการสิ้นหวัง หงุดหงิด อ่อนเพลีย กระสับกระส่าย ในบางครั้งอาจมีความรู้สึกว่างเปล่าในการดำเนินชีวิต สมาธิและความสามารถในการตัดสินใจลดลง ปวดหัวและปวดกล้ามเนื้อ (National institute of mental health, ๒๐๑๘; Reynolds, ๒๐๑๙) นอกจากนี้สถานการณ์วิกฤติส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของแรงงานได้เช่นกัน โดยในปัจจุบันได้มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโรคโควิด ๑๙ Coronavirus Disease ๒๐๑๙ (COVID๑๙) ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตใจตามมา นอกจากนั้นผลการสำรวจในช่วงเดือนมกราคม – เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๓ พบว่า ปัจจัยทางเศรษฐกิจ การว่างงาน ส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิตได้ใช้กลไกการเสริมสร้างพลังต่างๆ ในระดับสังคม ประกอบด้วย ๓ พลัง ได้แก่ พลังบวก พลังยึดหยุ่น พลังร่วมมือจากครอบครัว และยังได้จัดบริการให้คำปรึกษาผ่านสายด่วนสุขภาพจิตตลอด ๒๔ ชั่วโมงเพื่อลดผลกระทบทางด้านสุขภาพจิตที่จะเกิดขึ้น (Department of Mental Health, ๒๐๒๐) สอดคล้องกับข้อมูลจาก World Health Organization (๒๐๑๙) ที่ว่า หากสถานประกอบการมีการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตก็จะสามารถลดการขาดงาน เพิ่มมูลค่าของการผลิต และเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจของสถานประกอบการได้เป็นอย่างดี (World Health Organization, ๒๐๑๙b) และจากการสนทนากลุ่ม พบว่า สถานประกอบการบางแห่งมีการใช้หลัก

๓ ส. คือ สอดส่อง ใส่ใจ ส่งต่อ เพื่อป้องกันและดูแลภาวะซึมเศร้าของแรงงานในสถานประกอบการ ของตนเอง โดยการจัดกิจกรรมต่างๆ เช่น กิจกรรม Morning talk และกิจกรรมเติมความสุขเพื่อการ ไถ่ถามสารทุกข์สุกดิบ เปิดโอกาสให้พูดและระบายความรู้สึกต่างๆ และให้กำลังใจกันในสถาน ประกอบการ กิจกรรมอบรม ครู ก. ครู ข. เพื่อสร้างแกนนำสุขภาพในสถานประกอบการ กิจกรรมส่ง ต่อเพื่อการดูแลรักษาสุขภาพจิตให้กับแรงงานในสถานประกอบการ โดยมีการประสานงานกับ ครอบครัว สถานบริการด้านสุขภาพ และแกนนำชุมชนผ่านการให้บริการแบบจุดเดียวแบบเบ็ดเสร็จ (one stop service) อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานดังกล่าวยังจำเป็นต้องขยายการดำเนินงานให้ เป็นระบบและครอบคลุมโรงงานในเขตพื้นที่ EEC

เมื่อมีการควบคุมตัวแปร ตำแหน่งงานในปัจจุบัน ระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อ วัน ปัญหาหุดหงิดว่าุ่นใจหรือกระวนกระวาย และไม่อยากพบปะผู้คน พบว่า ผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะ ซึมเศร้าจะมีความรอบรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับไม่ตี-พอใช้มากเป็น ๒.๔๑ เท่า ($p=0.007$, ๙๕%CI: ๑.๑๗ – ๔.๙๕) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า

องค์การอนามัยโลกได้ให้ข้อมูลว่าภาวะซึมเศร้าเป็นโรคไร้เชื้อที่สำคัญที่ต้องใช้ กระบวนการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัญหาหรือผลกระทบของภาวะซึมเศร้าที่ อาจเกิดขึ้น (World Health Organization, ๒๐๑๓) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะ ซึมเศร้า คือ ความสามารถและทักษะในการนำข้อมูล ประสพการณ์ มาใช้ในการวางแผน ควบคุม กำกับตนเอง และสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า จากผลการศึกษารายชื่อ พบว่า ผู้ที่เสี่ยงต่อ ภาวะซึมเศร้าจะมีความรอบรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับไม่ตี-พอใช้มากเป็น ๒.๔๑ เท่า โดย เมื่อจำแนกรายชื่อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งละเลยการสังเกตความผิดปกติภายในจิตใจ ตนเองและไม่เคยวางแผนในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุ สำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในแรงงาน การศึกษาของ Dilorio C. และคณะ (๒๐๐๓) พบว่า การ จัดการตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคลมชัก โดยผู้ป่วยที่มีการจัดการตนเองที่ไม่ ดีจะส่งผลเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงขึ้น (Dilorio et al., ๒๐๐๖) ซึ่งการจัดการตนเองเป็นความสามารถ ของบุคคลในแสดงพฤติกรรมเพื่อจัดการกับการเบี่ยงเบนทางสุขภาพด้วยตนเองตามความรู้ความ เข้าใจที่ได้รับมาจากบุคลากรทางสุขภาพจนส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และดูแลสุขภาพในเบื้องต้นด้วยตนเอง (Tobin, Reynolds, Holroyd, & Creer, ๑๙๘๖) โดย Orem (๑๙๘๕) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเอง เป็น เป็นกิจกรรมที่แต่ละบุคคลปฏิบัติเพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพและชีวิตการเป็นอยู่ที่ดี ประกอบไปด้วย ๓ ลักษณะ คือ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการ ดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะที่มีการเจ็บป่วย (Orem, ๑๙๘๕) ในขณะที่องค์การอนามัยโลก (WHO, ๑๙๘๗) ได้ให้ความหมายว่า การดูแลสุขภาพตนเอง คือ การดำเนินกิจกรรมสุขภาพของปัจเจกบุคคล ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และชุมชน ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การ วินิจฉัยโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ (R. O. f. S.-E. A. World Health Organization, ๒๐๑๔) ซึ่ง Levin LS. (๑๙๗๖) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นผ่านการส่งเสริม สุขภาพ (Health promotion) การป้องกันสุขภาพ (Health prevention) การวิเคราะห์โรค (Health

detection) และการรักษา (Treatment) ในเบื้องต้นด้วยตนเอง อีกทั้งยังสามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องได้อีกด้วย (Levin, ๑๙๗๖)

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม พบว่า สถานประกอบการ ศูนย์บริการสุขภาพ แกนนำสุขภาพ และชุมชนมีประสานงาน รวมถึงการดำเนินการทั้งเชิงรับและเชิงรุกเพื่อการส่งเสริม ป้องกัน และดูแลรักษาแรงงานที่มีภาวะซึมเศร้า เช่น การจัดให้มีช่องทางพิเศษในการให้บริการสุขภาพ การให้บริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (one stop service) และคลินิกนอกเวลาราชการ การจัดโครงการอบรมให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ การประสานงานกับสถานประกอบการ ศูนย์บริการสุขภาพ แกนนำชุมชนเพื่อการดูแล รักษา ส่งต่อผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า การจัดตั้งแกนนำ/ ครู ก. ครู ข. เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในสถานประกอบการ การใช้หลัก ๓ ส. (สอดส่อง ใส่ใจ ส่งต่อ) เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในสถานประกอบการ การใช้สื่อสังคมออนไลน์/ สร้างบรรยากาศและสัมพันธภาพที่ดีในสถานประกอบการผ่านการพูดคุยซักถามในกิจกรรม Morning Talk/ Group Talk การสร้างบรรยากาศในการผ่อนคลาย เช่น มุมพักผ่อน ห้องฟิตเนส ลานออกกำลังกายในชุมชน การคัดกรอง/ ตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Srirach S. และ Sueprasertsith C. (๒๐๑๘) ที่พบว่าวัยทำงานจะมีสุขภาพที่ดีและยั่งยืนจะต้องรู้จักการวางแผนดูแลสุขภาพของตนเองร่วมกับความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ ในชุมชนและสังคม เพื่อให้คนในชุมชนมีสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (Srirach S. & Sueprasertsith C., ๒๐๑๘) นอกจากนี้การรับรู้ต่อตนเอง (Self-perception) การรักตัวเอง (Self-love) ความภาคภูมิใจในความสามารถของตนเอง (Self-esteem) และความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-confidence) จะทำให้แรงงานเห็นคุณค่าของการมีสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ ในทางกลับกันหากแรงงานไม่เห็นคุณค่าของตนเองก็จะทำให้เกิดความเครียด ท้อแท้ สิ้นหวัง มองโลกในแง่ร้าย และเป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตนำไปสู่ความคิดที่มึนร้ายตนเอง (Srirach S. & Sueprasertsith C., ๒๐๑๘) อย่างไรก็ตามข้อมูลจากการสนทนากลุ่มแสดงถึงการมุ่งเน้นการดำเนินการของระบบบริการสาธารณสุขและสถานประกอบการซึ่งพบการมุ่งเน้นการจัดการตนเองค่อนข้างน้อย

๓) รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของแรงงานในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจภาคตะวันออกมีความพึงพอใจในระดับมาก

จากผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของแรงงานในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจภาคตะวันออกมีความพึงพอใจในระดับมากและสามารถนำมาส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของแรงงานได้อย่างลงตัวและเหมาะสม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าถูกพัฒนามาจากการศึกษาใน ๓ ระยะ คือ ระยะที่ ๑ การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจภาคตะวันออก ระยะที่ ๒ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ในแรงงาน (โดยใช้ผลจากการศึกษาในระยะที่ ๑ เป็นฐานในการพัฒนารูปแบบรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า) และระยะที่ ๓ เผยแพร่รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในแรงงาน ซึ่งใช้วิธีการศึกษาทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยประยุกต์แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (๒๐๐๘) (Nutbeam,

๒๐๐๘) และ กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๖๐) (Department of Health, ๒๐๑๘) จำแนกเป็น ๖ ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การกล้าได้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การกล้าตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า และการบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า โดยรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของแรงงานในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจภาคตะวันออกได้ผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง จำนวน ๕ ท่าน ได้แก่ อาจารย์ด้านจิตแพทย์ อาจารย์พยาบาล ด้านจิตเวช อาจารย์ด้านจิตวิทยาการให้คำปรึกษา อาจารย์ด้านสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงาน อาจารย์ด้านการผลิตสื่อสุขภาพ และจากแรงงานในพื้นที่พื้นที่ระยองเศรษฐกิจภาคตะวันออกบุคคลที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับสุขภาพแรงงานในพื้นที่ จำนวน ๒๐ คน ประกอบด้วย ผู้แทนเจ้าของสถานประกอบการจำนวน ๓ คน ผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จำนวน ๑ คน ผู้แทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๑ คน หัวหน้างาน พยาบาลจิตเวช และ นักวิชาการสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานสุขภาพของแรงงานจากโรงพยาบาล จำนวน ๓ คน ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน ๒ คน และแรงงานในสถานประกอบการจำนวน ๑๐ คน ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องต่อความเข้าใจและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง โดยเนื้อหาในคู่มือ “รอบรู้ สู้ ซึม(เศร้า)” ประกอบด้วยความรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าทั้ง ๖ ด้าน ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ การได้ตอบซักถาม การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการบอกต่อ/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า และรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ผลการประเมินพบว่า ผู้มีส่วนได้ทั้งหมดได้ให้ความเห็นว่า คู่มือ “รอบรู้ สู้ ซึม(เศร้า)” มีความน่าสนใจและสามารถนำไปใช้ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในแรงงานได้ ทั้งนี้ควรเพิ่มคู่มือรูปภาพ (Picture book) เพื่อนำไปใช้สำหรับแรงงานที่มีระดับการศึกษาไม่มากนัก หรือนำไปใช้ในแรงงานที่มีเวลาอ่านจำกัด อีกทั้งยังควรเพิ่มหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (e-book) เพื่อให้แรงงานสะดวกในการเข้าถึงคู่มือ “รอบรู้ สู้ ซึม(เศร้า)” มากยิ่งขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาที่พบว่าคู่มือรูปภาพจะมีขนาดตัวอักษรที่ใหญ่ สีสันสวยงาม ง่ายต่อการอ่าน และมีการวางโครงเรื่องที่ น่าสนใจ (Tan S., ๒๐๐๑) ในขณะที่จากผลการสำรวจพบว่าคนไทยมีการอ่านหนังสือเฉลี่ยเพียง ๘ บรรทัดต่อวัน หรือ ๓-๔ เล่มต่อปี โดยเมื่อเปรียบเทียบกับชาวมาเลเซีย พบว่า มีการอ่านหนังสือปีละ ๔๐ เล่ม และชาวเวียดนามมีการอ่านหนังสือปีละ ๖๐ เล่ม (Khwanchanok Wiriyakulopas, ๒๐๑๓)

ข้อเสนอแนะ

๑. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

๑) การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของแรงงานในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจภาคตะวันออก ดังนั้นการนำผลการวิจัยไปใช้จึงควรพิจารณาถึงบริบทที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน และปรับใช้ให้เหมาะสมตามบริบทของสถานประกอบการ

๒) สถานประกอบการและหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ควรสร้างและจัดทำนโยบาย เพื่อลดภาวะซึมเศร้า

๒. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

๑) ควรศึกษาคุณภาพของการใช้สื่อสังคมออนไลน์ เนื่องจากจากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าการใช้สื่อสังคมออนไลน์มากกว่า ๓ ชั่วโมงต่อวันมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ดังนั้น ควรศึกษาและประเมินถึงคุณภาพการใช้สื่อเพื่อให้เข้าใจถึงเหตุผลความจำเป็นของการใช้สื่อสังคมออนไลน์ หากการใช้สื่อสังคมออนไลน์นั้นๆ ส่งผลในทางลบ ควรจัดทำข้อเสนอแนะในการใช้สื่อเชิงสร้างสรรค์ป้องกันซึมเศร้าในลำดับถัดไป

๒) ควรศึกษาระบบการส่งเสริม ป้องกัน ดูแล และรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อจะได้เข้าใจและปรับระบบการให้บริการให้มีความเหมาะสมกับแรงงานมากยิ่งขึ้น

๓) ควรนำรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าไปใช้ในสถานประกอบการและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าเพื่อลดภาวะซึมเศร้า และยกระดับคุณภาพชีวิตให้กับแรงงาน

ผลผลิต (Output)

- ๑) รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในแรงงาน
- ๒) คู่มือ รอบรู้ สู้ “ซึม (เศร้า)”
- ๓) บทความทางวิชาการระดับนานาชาติ

ผลลัพธ์ (Outcome)

- ๑) สถานประกอบการสามารถนำรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในแรงงานได้ ส่งผลกระทบให้อุบัติการณ์โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายลดลง
- ๒) สถานประกอบการบริหารทรัพยากรมนุษย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ๓) ได้รับการอ้างอิง บทความทางวิชาการระดับนานาชาติ และต่อยอดการศึกษาวิจัย

รายงานสรุปการเงิน

สัญญาเลขที่ ๐๒๒/๒๕๖๒

โครงการวิจัยประเภทงบประมาณเงินรายได้จากเงินอุดหนุนรัฐบาล (งบประมาณแผ่นดิน)

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อโครงการ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของแรงงาน
ในพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก (Model development of promoting health literacy
to protect depression among labors in Eastern Economic Corridor)

ชื่อหัวหน้า โครงการวิจัยผู้รับทุน ผศ. ดร. เสาวนีย์ ทองนพคุณ

รายงานในช่วงตั้งแต่วันที่ ๑๖ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ ถึงวันที่ ๓๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๓

ระยะเวลาดำเนินการ ๑ ปี ๒ เดือน ตั้งแต่วันที่ ๑๖ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

รายรับ

จำนวนเงินที่ได้รับ

งวดที่ ๑ (๕๐%) ๖๔,๗๕๐ บาท เมื่อวันที่ ๑๖ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

งวดที่ ๒ (๔๐%) ๕๑,๘๐๐ บาท เมื่อวันที่ ๙ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๓

งวดที่ ๓ (๑๐%) ๑๒,๙๕๐ บาท เมื่อวันที่ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

รวม หนึ่งแสนสองหมื่นเก้าพันห้าร้อยบาทถ้วน

รายจ่าย

รายการ	งบประมาณที่ตั้งไว้	งบประมาณที่ใช้จริง	จำนวนเงินคงเหลือ/เกิน
๑. ค่าตอบแทน	๕๘,๐๐๐	๕๘,๐๐๐	๐
๒. ค่าจ้าง	๕๐,๐๐๐	๕๐,๐๐๐	๐
๓. ค่าวัสดุ	-	-	-
๔. ค่าใช้สอย	๒๑,๕๐๐	๒๑,๕๐๐	๐
๕. ค่าครุภัณฑ์	-	-	-
๖. ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ (โปรดระบุเป็นข้อย่อย)	-	-	-
รวม	๑๒๙,๕๐๐	๑๒๙,๕๐๐	๐

(.....)

ลงนามหัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุน

บรรณานุกรม

- Aekplakorn W. (๒๐๑๔). *Thai National Health Examination Survey, NHES V*. Retrieved from Nonthaburi Thailand:
<https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report/report๙.pdf>
- Beck, A. T. (๑๙๖๗). *Depression. Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*. New York (Hoeber) ๑๙๖๗.
- Braquehais, M. D., Valero, S., Matalí, J. L., Bel, M. J., Montejó, J. E., Nasillo, V., . . . Casas, M. (๒๐๑๔). Promoting voluntary help-seeking among doctors with mental disorders. *International journal of occupational medicine and environmental health*, ๒๗(๓), ๔๓๕-๔๔๓.
- Centers for disease control and prevention. (๒๐๑๘). National Health Education Standards. Retrieved from
<https://www.cdc.gov/healthyschools/sher/standards/index.htm>
- Charoenpaitoon, S., Jirapongsuwan, A., Sangon, S., Sativipawee, P., & Kalampakorn, S. (๒๐๑๒). Factors associated with depression among Thai female workers in the electronics industry. *Journal of the Medical Association of Thailand*, ๙๕ (Suppl ๖), S๑๔๑-S๑๔๖.
- Cheung, T., & Yip, P. S. (๒๐๑๕). Depression, anxiety and symptoms of stress among Hong Kong nurses: a cross-sectional study. *International journal of environmental research and public health*, ๑๒(๙), ๑๑๐๗๒-๑๑๑๐๐.
- Chon, K.-K. (๑๙๙๒). Preliminary development of Korean version of CES-D. *Korean J Clin Psychol*, ๑๑, ๖๕-๗๖.
- Department of Mental Health. (๒๐๒๐, May ๑๘, ๒๐๒๐). แนวทางการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙). Retrieved from
<https://dmh.go.th/covid๑๙/news๒/view.asp?id=๑๗>
- Department of Mental Health, M. o. P. H. (๒๐๑๔). *Guidebook of Depressive Disorders Surveillance and Care : Provincial Level* (๓ ed.). Nonthaburi: Ministry of Public Health, Thailand,.
- Department of Health. (๒๐๑๘). *Conceptual model of health literacy (Thailand)*. Retrieved from Bangkok Thailand, :
http://planning.anamai.moph.go.th/download/D_DataMarts/Change/HL.pdf
- Dilorio, C., Shafer, P. O., Letz, R., Henry, T. R., Schomer, D. L., Yeager, K., & Group, P. E. S. (๒๐๐๖). Behavioral, social, and affective factors associated with self-efficacy for self-management among people with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, ๙(๑), ๑๕๘-๑๖๓.

- Edwards, M., Wood, F., Davies, M., & Edwards, A. (၂၀၁၂). The development of health literacy in patients with a long-term health condition: the health literacy pathway model. *BMC public health*, ၁၂(၁), ၈၈၀.
- Eknath Shankarrao Mundhe. (၂၀၁၈). A Study of Workplace Stress and Work Stress *International E- Research Journal*(Special Issue – ၁၂(A)), ၁၂၈-၁၂၉.
- ETDA. ETDA reveals the survey results of Internet usage behavior of Thai people in ၂၀၁၆. Retrieved from <https://www.etcha.or.th/>
- Health Education Division. (၂၀၁၆). *Situation of Health risk behaviors by “ABCDE behaviors” A is for Alcohol, B for Baccy (Smoking), C for Coping (Emotional management), D for Diet and E for Exercise of Labor force (၁၆ year or more) in ၂၀၁၆*. Nonthaburi Ministry of Public Health.
- Health Education Division. (၂၀၁၈). *Creating and evaluating the health literacy and health behavior among child and youth and over ၁၆ years old Nonthaburi Thailand: Ministry of Public Health*.
- Horesh, N., Klomek, A. B., & Apter, A. (၂၀၀၈). Stressful life events and major depressive disorders. *Psychiatry Research*, ၁၆၀(၂), ၁၈၂-၁၈၈.
- International Labour Organization: ILO. (၂၀၀၂). Glossary of statistical terms. Retrieved from <https://stats.oecd.org/glossary/detail.asp?ID=၈၈၈>
- Kim, H.-C., Park, S.-G., Min, K.-B., & Yoon, K.-J. (၂၀၀၈). Depressive symptoms and self-reported occupational injury in small and medium-sized companies. *International archives of occupational and environmental health*, ၈၂(၆), ၈၁၆.
- Kongsomboon, K. (၂၀၁၀). Factors affecting depression in workplace: Marital status, BMI, stress level, work duration, job pattern, and daytime sleepiness. *Chula Med J*.
- Khwanchanok Wiriyakulopas, Kantanasil Thanusorn, Phakatip Chuchat B, konglumphoon. The information needs and Thaksin university library community information services guidelines. *Thaksin university library journal* ၂၀၁၈;၈:၁-၁၈.
- Lazaeus, R. S., & Folkman, S. (၁၉၈၆). *Stress appraisal and coping*: New York: Springer.
- Levin, L. S. (၁၉၈၆). Self-care: an international perspective. *Soc Policy*, ၈(၂), ၈၀-၈၆.
- Lim, S., Chi, S., Lee, J. D., Lee, H.-J., & Choi, H. (၂၀၁၈). Analyzing psychological conditions of field-workers in the construction industry. *International journal of occupational and environmental health*, ၂၈(၆), ၂၁၁-၂၁၈.

- Lin, L. Y., Sidani, J. E., Shensa, A., Radovic, A., Miller, E., Colditz, J. B., . . . Primack, B. A. (၂၀၁၆). Association between social media use and depression among US young adults. *Depression and anxiety*, ၈၈(၄), ၈၂၈-၈၈၈.
- McGrath. J. E., & Robert, J. R. (၁၉၈၆). *Time and human interaction*. New York: Guilford.
- Motowidlo, S. J., Packard, J. S., & Manning, M. R. (၁၉၈၆). Occupational stress its causes and consequences for job performance. *Journal of Applied Psychology*, ၈၈(၄), ၆၁၆-၆၂၆.
- National Assessment of Adult Literacy: NAAL. (၂၀၀၆). *The Health Literacy of America's Adults Results from the ၂၀၀၈ National Assessment of Adult Literacy*: U.S. Department of Education.
- National institute of mental health. (၂၀၁၆, February ၂၀၁၆). Depression.
- Nisaisuk, N. (၂၀၁၈). *The Impact of Eastern Seaboard Industrial Development, Rayong : A Case Study of Mab Yangporn Community, Pluak Daeng District Rayong Province*. (Master of Public Administration Program), Burapha University, Graduate School of Public Administration.
- Nuntira Hongsisuwan. (၂၀၁၆). Depression. *HCU Journal of Health Science*, ၁၆(၈၆), ၈၀၆-၈၁၆.
- Nutbeam, D. (၂၀၀၀). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the ၂၁st century. *Health promotion international*, ၁၆(၈), ၂၆၆-၂၇၆.
- Nutbeam, D. (၂၀၀၆). The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine*, ၆၈(၁၂), ၁၀၈၂-၁၀၈၆.
- Nutbeam, D. (၂၀၀၆). Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? In: Springer.
- Orem, D. E. (၁၉၈၆). *Nursing: Concept of practice* New York: Mc Graw-Hill.
- Pewnil T. (၂၀၁၆). Communication Technology Use Behavior and Mental Health of Secondary School Students in Kanchanaburi Province. *Thammasat Journal*, ၈၆(၂), ၈၈၆-၈၉၆.
- Pleasant, A., & Kuruvilla, S. (၂၀၀၆). A tale of two health literacies: public health and clinical approaches to health literacy. *Health promotion international*, ၂၈(၂), ၁၆၂-၁၆၆.
- Poll, N. (၂၀၁၈). Social media with Thai children and youth future. Retrieved from <http://nidapoll.nida.ac.th/index.php?op=polls-detail&id=၆၂၈>
- Radloff, L. S. (၁၉၈၈). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied psychological measurement*, ၈(၈), ၈၆၆-၈၇၈.

- Ratanasiripong, P., Kaewboonchoo, O., Bell, E., Haigh, C., Susilowati, I., Isahak, M., & Low, W. (၂၀၁၆). Depression, anxiety and stress among small and medium enterprise workers in Indonesia, Malaysia, Thailand, and Vietnam. *Internafional Journal of Occupational Health and Public Health Nursing*, ၈(၂), ၈၈-၉၇.
- Reynolds, S. M. (၂၀၁၈). To Disclose or Not to Disclose? Self-Disclosure of Mental Health in the Workplace.
- Roche, A. M., Pidd, K., Fischer, J. A., Lee, N., Scarfe, A., & Kostadinov, V. (၂၀၁၆). Men, work, and mental health: a systematic review of depression in male-dominated industries and occupations. *Safety and health at work*, ၈(၄), ၂၆၈-၂၇၈.
- Saeb, S., Zhang, M., Karr, C. J., Schueller, S. M., Corden, M. E., Kording, K. P., & Mohr, D. C. (၂၀၁၉). Mobile phone sensor correlates of depressive symptom severity in daily-life behavior: an exploratory study. *Journal of medical Internet research*, ၁၈(၈), ၁၈၈၉.
- Siriumpankul A. (၂၀၁၈). Depression and social media behavior *Panyapiwat Journal*, ၁၀, ၈၂၈-၈၃၈.
- Soraprasert, T. (၂၀၁၈). *teaching ၂၀၁၈၂၂၉၉ media literacy*. Faculty of Humanities and Social Sciences: Burapha University.
- Srichan S., & Sueprasertsitth C. (၂၀၁၈). *Self-care behaviors among working-age people in Chacheongsao municipality*. (Master fo public administration in public and private management), Burapha University, Chon Buri Thailand.
- Sukmaitree J., & P., W. (၂၀၁၈). JStress Management in Organization. *Prae-wa Kalasin Journal of Kalasin University*, ၁(၁), ၁၉၈-၁၉၉.
- Takada, M., Suzuki, A., Shima, S., Inoue, K., Kazukawa, S., & Hojoh, M. (၂၀၁၈). Associations between lifestyle factors, working environment, depressive symptoms and suicidal ideation: a large-scale study in Japan. *Industrial health*, ၅၈(၁), ၁၉၈-၁၉၉.
- Tan S., editor *Picture Books: Who Are They For? The Joint National Conference of the Australian Association for the Teaching of English and the Australian Literacy Educators' Association*; ၂၀၁၈ July ၁၂-၁၉, ; Australia: Australian Literacy Educators' Association.
- Tansuwannond, C., & Wongpinpech, P. (၂၀၁၀). Factors Related to Intellectual Media Consumption Behavior of Undergraduate Students in Bangkok *Journal of Behavioral Science* ၁၁(၁), ၁၂၂-၁၃၃.

- Tantipawasasin S. (၂၀၀၈). Suicide in Thai Society. *Chonburi Hospital Journal.*, ၄၄(၁), ၈.
- Tatila Jampawal. (၂၀၀၈). Psychological Theories of Depression. *Journal of Buddhist Psychology*, ၂(၂), ၈-၁၁.
- Thangthum J. (၂၀၁၄). *Working factors influcencing on stress and operational efficiency of manufacturing employees in Electronic industry* (Master of Business Administer), Rajamangala University of Technology Thanyaburi Retrieved from <http://www.repository.rmutt.ac.th/bitstream/handle/၁၂၈၄၄၆၈၈၈၈/၂၈၀၀/RMUTT-၁၄၆၁၈၈၈.pdf?sequence=၁>
- Thipmas, P. (၂၀၁၆). *A Study of Work Stress, Work Motivation, and Organizational Commitment Affecting, Operational Employees' Intention Resigning in Asoke Area, Bangkok.* (Master of Business Administration), Bangkok University, Bangkok, Thailand.
- Thoranin Kongsuk, Suttha Supanya, Kedsaraporn Kenbubpha, Supranee Phimtra, Supattra Sukhawaha, & Jintana Leejongpermpoon. (၂၀၁၈). Services for depression and suicide in Thailand. *WHO South-East Asia Journal of Public Health* ၆(၁).
- Tobin, D. L., Reynolds, R. V., Holroyd, K. A., & Creer, T. L. (၁၉၉၆). Self-management and social learning theory. *Self-management of chronic disease: Handbook of clinical interventions and research*, ၁၈-၄၄.
- Trangkasombat, U., Larpboonsarp, V., & Havanond, P. (၁၉၉၈). CES-D as a screen for depression in adolescents. *J Psychiatr Assoc Thailand*, ၄၂(၁), ၂-၈.
- Van den Eijnden, R. J., Meerkerk, G.-J., Vermulst, A. A., Spijkerman, R., & Engels, R. C. (၂၀၀၈). Online communication, compulsive Internet use, and psychosocial well-being among adolescents: A longitudinal study. *Developmental psychology*, ၄၄(၈), ၁၄၄.
- Vorapongsathorn T., Pandii W., & S., T. (၁၉၉၀). The validity of the CES-D. *Thai Journal of Clinical Psychology*, ၂၁, ၁၁-၄၄.
- Waldenström, K., Ahlberg, G., Bergman, P. u., Forsell, Y., Stoetzer, U., Waldenström, M., & Lundberg, I. (၂၀၀၈). Externally assessed psychosocial work characteristics and diagnoses of anxiety and depression. *Occupational and Environmental Medicine*, ၆၄(၂), ၈၀-၈၆.
- World Health Organization. (၁၉၉၄). *Health Promotion* WHO Publications.
- World Health Organization. (၂၀၁၁). *DEPRESSION: A Global Crisis.* Geneva Switzerland: World Health Organization.

- World health organization. (๒๐๑๖). Making Mental Health a Global Development Priority. Retrieved from https://www.who.int/mental_health/WB_WHO_meeting_๒๐๑๖.pdf
- World Health Organization. (๒๐๑๗). Other dimensions of the NCD crisis: from mental health, ageing, dementia and malnutrition to deaths on the roads, violence and disability. Retrieved from <https://www.who.int/publications/๑๐-year-review/ncd-other-dimensions/en/>
- World Health Organization. (๒๐๑๘). Depression ๒๐๑๘. Retrieved from <http://www.searo.who.int/thailand/news/technical-factsheet-depression-thai.pdf>
- World Health Organization. (๒๐๑๙a, ๒๘ November ๒๐๑๙). Mental disorders. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- World Health Organization. (๒๐๑๙b, May ๒๐๑๙). Mental health in the workplace. Retrieved from https://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/en/
- World Health Organization. (๒๐๒๐, January ๓๐, ๒๐๒๐). Depression. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- World Health Organization, R. O. f. S.-E. A. (๒๐๑๔). *Self care for health*. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (๒๐๐๕). Understanding health literacy: an expanded model. *Health promotion international*, ๒๐(๒), ๑๙๕-๒๐๓.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, ก. (๒๕๖๑). การเสริมสร้างและประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กและเยาวชน (อายุ ๗-๑๔ ปี) กลุ่มประชาชนที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุง ปี ๒๕๖๑. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (๒๕๕๘). ผลสำรวจสุขภาพจิตคนไทยระดับชาติ. Retrieved from <https://forums.dmh.go.th/index.php?topic=๑๓๘๑๖๕.๐>
- กรมสุขภาพจิต. (๒๕๖๐). แบบประเมินซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย. Retrieved from [https://www.dmh.go.th/test/download/files/๒Q%๒๐๙Q%๒๐๘Q%๒๐\(๑\).pdf](https://www.dmh.go.th/test/download/files/๒Q%๒๐๙Q%๒๐๘Q%๒๐(๑).pdf)
- กระทรวงแรงงาน. (๒๕๕๔). พระราชบัญญัติ ความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. ๒๕๕๔. Retrieved from <http://www.mol.go.th/content/๖๓๒๑๘/๑๕๐๕๘๐๗๓๒๑>
- กระทรวงแรงงาน. (๒๕๖๒). การใช้แรงงานเด็ก. Retrieved from <http://www.mol.go.th/employee/childwork>
- กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๐). รายงานการประชุมคณะผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข ประเด็นเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ. กระทรวงสาธารณสุข.

กองสุขศึกษา. (๒๕๕๙). การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม สุขภาพ.

นนทบุรี: กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข.

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (๒๕๕๘). การศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงด้าน

สุขภาพตามหลัก ๓๐๒๕ ของประชาชนวัยทำงาน พ.ศ.๒๕๕๘: กระทรวงสาธารณสุข.

พิชัย ฤกษ์กุล, & ศิริชัย หงสวงศรี. (๒๕๕๘). โรคซึมเศร้า กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (๒๕๔๑). นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ. นนทบุรี.

สำนักงานราชบัณฑิตยสภา. (๒๕๓๖). จดหมายข่าวราชบัณฑิตยสถาน ๓(๒๕).

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (๒๕๕๐). สถิติสาขาแรงงาน. Retrieved from

http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/statplan/social_๑๐.pdf

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (๒๕๕๓). สำมะโนประชากรและเคหะ. Retrieved from

http://popcensus.nso.go.th/table_stat.php?t=t๑&yr=๒๕๕๓&fbclid=IwAR๒Z_๒๔uHJO_๙K_PD_LtRz๔alKHFiMT๖๘tExE-ojV๗lozFXQvSrcr๖Lv_mk

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (๒๕๕๔). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ บริษัท วี.พริน

(๑๙๙๑) จำกัด.

ภาคผนวก

เลขที่แบบสอบถาม

แบบสอบถาม

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของแรงงาน
ในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจภาคตะวันออก (ระยะที่ ๑)

คำชี้แจง

๑. แบบสอบถามทั้งหมดแบ่งออกเป็น ๓ ส่วน จำนวน ๙๕ ข้อ ประกอบด้วย

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลด้านประชากรของแรงงาน	จำนวน ๒๗ ข้อ
ส่วนที่ ๒ ความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า	จำนวน ๔๘ ข้อ
ส่วนที่ ๓ แบบวัดภาวะซึมเศร้า	จำนวน ๒๐ ข้อ
๒. ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามให้ได้ข้อมูลครบถ้วนและให้ตอบทุกข้อ โดยจะใช้เวลาในการทำประมาณ ๒๐ นาที
๓. ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนี้จะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ขอขอบคุณที่ท่านได้สละเวลาในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เสาวนีย์ ทองนพคุณ
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ส่วนที่ ๑ ปัจจัยส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ☒ หน้าข้อความและเติมคำในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

๑. เพศ () ๑. ชาย () ๒. หญิง
๒. ปัจจุบันอายุ.....ปี (มากกว่า ๖ เดือนนับเป็น ๑ ปี)
๓. ระดับการศึกษาสูงสุด

() ๑. ระดับประถมศึกษา	() ๒. ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น
() ๓. ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	() ๔. อนุปริญญา
() ๕. ปริญญาตรี	() ๖. ปริญญาโทขึ้นไป
() ๗. อื่นๆ ระบุ.....	
๔. ตำแหน่งงานในปัจจุบัน

() ๑. ระดับปฏิบัติ	() ๒. ระดับหัวหน้างาน	() ๓. ระดับผู้บริหาร	() ๔. อื่นๆ ระบุ
---------------------	------------------------	-----------------------	-------------------

.....

ส่วนที่ ๑ ปัจจัยส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ☒ หน้าข้อความและเติมคำในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

๕. สถานภาพสมรส

() ๑. โสด () ๒. สมรส อยู่ด้วยกัน () ๓. สมรส แยกกันอยู่

() ๔. หม้าย () ๕. อื่นๆ ระบุ.....

๖. จำนวนบุตรของท่าน.....คน (หากไม่มีข้ามไปตอบข้อ ๗)

๗. ระดับความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว

() ๑. มีความสัมพันธ์ระดับดีมาก () ๒. มีความสัมพันธ์ระดับดี

() ๓. มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง () ๔. มีความสัมพันธ์ระดับน้อย

() ๕. อื่นๆ ระบุ.....

๘. รายได้ (จากทุกแหล่ง).....บาท/เดือน

๙. ความพอเพียงของรายได้

() ๑. เพียงพอ () ๒. เพียงพอเหลือเก็บ

() ๓. ไม่เพียงพอ () ๔. ไม่เพียงพอและเป็นหนี้

๑๐. โรคประจำตัว

() ๑. มี ระบุ..... () ๒. ไม่มี

๑๑. ประวัติการสูบบุหรี่

() ๑. ไม่สูบ () ๒. เคยสูบแต่เลิกแล้ว (เคยสูบ.....ปี)

() ๓. ปัจจุบันสูบ (ระบุมวน/ วัน)

๑๒. ประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์

() ๑. ไม่ดื่ม () ๒. เคยดื่มแต่เลิกแล้ว (เคยดื่ม.....ปี)

() ๓. ปัจจุบันดื่ม (ระบุแก้ว/ วัน)

๑๓. ท่านใช้โทรศัพท์แบบสมาร์ทโฟนที่เชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ตหรือไม่

() ๑. ใช้

() ๑.๑ ระบบ IOS (เช่น ไอโฟน) () ๑.๒ ระบบ android (เช่น ซัมซุง หัวเหว่ย)

() ๒. ไม่ใช้

๑๔. เครือข่ายสังคมออนไลน์ที่ท่านใช้มากที่สุด

() ๑. เฟสบุ๊ค Facebook () ๒. ไลน์ Line () ๓. อินสตราแกรม Instagram

() ๔. ทวิตเตอร์ Twitter () ๕. อื่นๆ ระบุ.....

๑๕. การใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์โดยเฉลี่ย.....ชั่วโมง/ วัน

๑๖. โดยปกติท่านนอนหลับโดยเฉลี่ย.....ชั่วโมง/ วัน

ส่วนที่ ๑ ปัจจัยส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ☒ หน้าข้อความและเติมคำในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

๑๗. โดยปกติท่านทำงานเฉลี่ย.....ชั่วโมง/ วัน

๑๘. โดยปกติท่านออกกำลังกายหรือไม่

() ๑. ออกกำลังกาย

() ๑.๑ ความถี่ของการออกกำลังกาย....ครั้ง/ สัปดาห์

() ๑.๒ ระยะเวลาในการออกกำลังกาย....นาที/ ครั้ง

() ๒. ไม่ออกกำลังกาย

() ๓. อื่นๆ ระบุ.....

๑๙. โดยภาพรวม ท่านมีความสุขในการทำงานหรือไม่

() ๑. มีความสุข

() ๒. มีความสุขมากกว่าความทุกข์

() ๓. มีความทุกข์มากกว่าความสุข

() ๔. อื่นๆ ระบุ.....

๒๐. ท่านมีความสุขในการทำงานร่วมกับเพื่อนร่วมงานหรือไม่

() ๑. มีความสุข

() ๒. มีความสุขมากกว่าความทุกข์

() ๓. มีความทุกข์มากกว่าความสุข

() ๔. อื่นๆ ระบุ.....

๒๑. ท่านมีความสุขในการทำงานร่วมกับนายจ้าง/ หัวหน้างานหรือไม่

() ๑. มีความสุข

() ๒. มีความสุขมากกว่าความทุกข์

() ๓. มีความทุกข์มากกว่าความสุข

() ๔. อื่นๆ ระบุ.....

๒๒. ในปัจจุบันท่าน มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก

() ๑. แทบไม่มี

() ๒. เป็นบางครั้ง

() ๓. บ่อยครั้ง

() ๔. เป็นประจำ

๒๓. ในปัจจุบันท่าน มีสมาธิน้อย

() ๑. แทบไม่มี

() ๒. เป็นบางครั้ง

() ๓. บ่อยครั้ง

() ๔. เป็นประจำ

๒๔. ในปัจจุบันท่าน หงุดหงิด/กระวนกระวาย/ว้าวุ่นใจ

() ๑. แทบไม่มี

() ๒. เป็นบางครั้ง

() ๓. บ่อยครั้ง

() ๔. เป็นประจำ

๒๕. ในปัจจุบันท่าน รู้สึกเบื่อ เซ็ง

() ๑. แทบไม่มี

() ๒. เป็นบางครั้ง

() ๓. บ่อยครั้ง

() ๔. เป็นประจำ

๒๖. ในปัจจุบันท่าน ไม่อยากพบปะผู้คน

() ๑. แทบไม่มี

() ๒. เป็นบางครั้ง

() ๓. บ่อยครั้ง

() ๔. เป็นประจำ

ส่วนที่ ๑ ปัจจัยส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ☒ หน้าข้อความและเติมคำในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน ๒๗.กิจกรรมที่สถานประกอบการจัดขึ้นเพื่อพนักงาน กิจกรรมใดที่ท่านชื่นชอบ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- () ๑. สวดมนต์ () ๒. การออกกำลังกายก่อนเริ่มงาน/ระหว่างงาน
 () ๓. การออกกำลังกายหลังเลิกงาน () ๔. การนอนกลางวัน
 () ๕. การอบรมเพื่อยกระดับจิตใจ () ๖. ร้องเพลง/ เต้น/ รำ
 () ๗. กีฬาสี () ๘. แฟมิลี่เดย์ (Family day)
 () ๙. กิจกรรมอาสาเพื่อสังคม () ๑๐. การท่องเที่ยวประจำปี
 () ๑๑. กิจกรรมตามเทศกาล เช่น ปีใหม่ สงกรานต์ เป็นต้น () ๑๒. อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ ๒ ความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับความคิดเห็นของท่านตามความเป็นจริง

การแปลความหมาย

น้อยที่สุด	ให้	๑	คะแนน
น้อย	ให้	๒	คะแนน
ปานกลาง	ให้	๓	คะแนน
มาก	ให้	๔	คะแนน
มากที่สุด	ให้	๕	คะแนน

ข้อความประเมินจาก การรับรู้ ความรู้สึก ความเชื่อมั่น ความสามารถ หรือทักษะ ด้านสุขภาพของตนเอง	ระดับ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า (access)					
๑.ฉันสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าได้ด้วยตนเอง					
๒.					

ส่วนที่ ๒ ความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับความคิดเห็นของท่านตามความเป็นจริง

ข้อคำถามประเมินจาก การรับรู้ ความรู้สึก ความเชื่อมั่น ความสามารถ หรือทักษะ ด้านสุขภาพของตนเอง	ระดับ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (understand)					
๙. ฉันเข้าใจว่าความขัดแย้งในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน หรือบุคคลใกล้ชิด ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า					
๑๐.					
การตอบคำถามเพื่อเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (questioning)					
๑๗. ฉันสามารถติดต่อสื่อสารกับบุคคล หรือกลุ่มคน ที่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะซึมเศร้า					
๑๘.					
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า (make decision)					
๒๕. ก่อนที่ฉันจะตัดสินใจไปพบแพทย์ เพื่อหาวิธีป้องกันภาวะซึมเศร้า ฉันจะสอบถามความต้องการที่แท้จริงของตนเองก่อนเสมอ					
๒๖.					
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า					
๓๒. ฉันมีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่นำเสนอ					
๓๓.					

ส่วนที่ ๒ ความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับความคิดเห็นของท่านตามความเป็นจริง

ข้อความประเมินจาก การรับรู้ ความรู้สึก ความเชื่อมั่น ความสามารถ หรือทักษะ ด้านสุขภาพของตนเอง	ระดับ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
การบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า					
๓๙. ฉันไม่สามารถควบคุมตนเองให้ห่างไกลจากภาวะซึมเศร้า					
๔๐.					

ส่วนที่ ๓ แบบวัดภาวะซึมเศร้า (CES-D)

คำชี้แจง ท่านมีความรู้สึกดังต่อไปนี้บ่อยเพียงใดใน ๑ สัปดาห์ที่ผ่านมา กรุณา ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ในระยะ ๑ สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย (< ๑ วัน)	นาน ๆ ครั้ง (๑-๒ วัน)	บ่อย ๆ (๓-๔ วัน)	ตลอดเวลา ๑ (๕-๗ วัน)
ในระยะ ๑ สัปดาห์ที่ผ่านมา				
๑. ท่านรู้สึกหงุดหงิดง่าย				
๒. ท่านรู้สึกเบื่ออาหาร				
๓.				

*** ขอขอบคุณทุกท่านได้สละเวลาในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้***

แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (สำหรับการสนทนากลุ่ม)
การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของแรงงาน
ในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจภาคตะวันออก (ระยะที่ ๒)

๑. ในความเข้าใจของท่าน ภาวะซึมเศร้าคืออะไร

.
.
.

๘. ท่านคิดว่าหน่วยงานใดบ้างที่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมให้พนักงานในสถานประกอบการของท่าน
สามารถป้องกันภาวะซึมเศร้า เพราะอะไร

ขอขอบคุณที่ท่านได้สละเวลาในการสนทนากลุ่มครั้งนี้
 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เสาวนีย์ ทองนพคุณ
 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง
การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของแรงงานในพื้นที่
ระบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก (ระยะที่ ๓)

๑. ท่านคิดว่าคู่มือการป้องกันภาวะซึมเศร้าจะสามารถป้องกันภาวะซึมเศร้าพนักงานในสถานประกอบการได้หรือไม่ อย่างไร

.
.
.

๕. ท่านได้รับประโยชน์จากการใช้คู่มือการป้องกันภาวะซึมเศร้าหรือไม่ อย่างไร

ขอขอบคุณที่ท่านได้สละเวลาในการสัมภาษณ์ครั้งนี้
 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เสาวนีย์ ทองนพคุณ
 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เรอบรู้ สู้!! “ซึม (เศร้า)”

สำหรับแรงงาน
DEPRESSION LITERACY for INDUSTRIAL WORKERS



พศ. ดร. เสาวนีย์ ทอวนพคุณ
Asst. Prof. Saowanee Thongnopakun, Ph.D.

ดร. พญ. ศิวิตรี วิชญ์โชติน
Sawitree Visanuyothin, M.D., Ph.D.

คำนำ

การจัดทำคู่มือ รอบรู้ สู้ "ชิม (เศร้า)" สำหรับวัยแรวน เป็นหนึ่งในการศึกษาวิจัย และพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของแรวนในพื้นที่ ระเบียบเศรษฐกิจภาคตะวันออก มุ่งหวังสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของแรวน อีกทั้งยังหวังเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของแรวนไปประยุกต์ใช้ในสถานประกอบการได้อย่างเหมาะสม

ผู้จัดทำหวังได้จัดทำคู่มือ รอบรู้ สู้ "ชิม (เศร้า)" ฉบับนี้ขึ้น โดยเป็นองค์ความรู้ที่ผ่านการศึกษาวิจัยจากแรวนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ ระเบียบเศรษฐกิจภาคตะวันออก โดยคู่มือ รอบรู้ สู้ "ชิม (เศร้า)" ได้ผ่านการคัดกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องเพื่อให้แรวนสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง เนื้อหาประกอบด้วยความรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ การได้ตอบคำถาม การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการบอกต่อ/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือ รอบรู้ สู้ "ชิม (เศร้า)" จะเป็นประโยชน์แก่แรวนและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของตนเองและบุคคลใกล้ชิดได้เป็นอย่างดี

ผศ. ดร. เสาวนีย์ ทอนพคุณ
ดร. พญ. สาวตรี วัฒนโยธิน
มิถุนายน 2563



2

เรื่อง ๒ “ซึมเศร้า” สำหรับคน

ภาวะซึมเศร้า คืออะไร

“

ภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญและมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องซึ่งอาจส่งผลต่ออัตราการฆ่าตัวตายที่มีแนวโน้มสูงขึ้น เช่นเดียวกัน ในประเทศไทยมีผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า เกือบ 1 ล้านคน¹ โดยกลุ่มแรงงานมีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด² ซึ่งภาวะซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่อทางตรงและทางอ้อม ต่อประสิทธิภาพในการทำงานและการดำเนินชีวิต³ “ซึมเศร้า” ไม่ได้เป็นเพียงความเศร้าหรือการขาดความกระตือรือร้นในการดำเนินชีวิตเท่านั้น แต่เป็นภาวะทางอารมณ์ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือ การส่งเสริมสุขภาพแรงงานให้มีความเข้มแข็งทางจิตใจเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าจะเป็นการลดผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาวต่อไป

”

“ภาวะซึมเศร้า”

คืออะไร???

“

ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะความผิดปกติทางอารมณ์ที่พบได้บ่อย โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านักจะมีอารมณ์เศร้า หม่นหมอง รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง ขาดความสนใจต่อสิ่งรอบข้าง หดเหี่ยวแรง มีความผิดปกติเกี่ยวกับการนอน การรับประทานอาหาร และมีสมาธิลดลง⁴

”



เช็ท “ชิม เสร็จ” สักใจจรจร

การดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขและมีความสุข
เป็นจุดเริ่มต้นที่ดี

3

คุณกำลัง “เสร็จ” หรือ “(ชิม) เสร็จ”?



เมื่อคุณต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่กระทบต่อความรู้สึกและอารมณ์ ไม่ว่าจะเป็น การสูญเสียคนรัก/บุคคลที่ใกล้ชิด การผิดหวังจากหน้าที่การงาน/ ครอบครัว ความล้มเหลวทางการเงิน ความเจ็บป่วย/พิการ หากคุณยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นจะทำให้สามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตแบบปกติได้ แต่ถ้าคุณมีการชิมเสร็จ คุณมักจะติดกับความรู้สึกเหล่านั้น เมื่อปล่อยเวลาให้ผ่านไป โดยไม่ได้รับการดูแลแก้ไขก็จะส่งผลต่อการทำงานของสารสื่อประสาทในสมองทำให้ภาวะทางอารมณ์เปลี่ยนแปลงไป จนส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางกาย ปัญหาในการจัดการอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมด้านลบ

อาการเสร็จ (ปกติ)

- * เสร็จหรือเนื้อไม่ทน
- * มีช่วงเวลาที่มากกว่าเสร็จหรือเนื้อ
- * รู้สึกไม่สบายใจไม่เห็นการเสร็จหรือเนื้อ

ภาวะชิมเสร็จ

- * เสร็จหรือเนื้อมากกว่า 2 สัปดาห์
- * รู้สึกเสร็จหรือเนื้อแทบทุกวัน
- * รู้สึกไม่สบายใจถึงอาการเสร็จหรือเนื้อ
- * รู้สึกเสร็จหรือเนื้อจนส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต



Scan QR

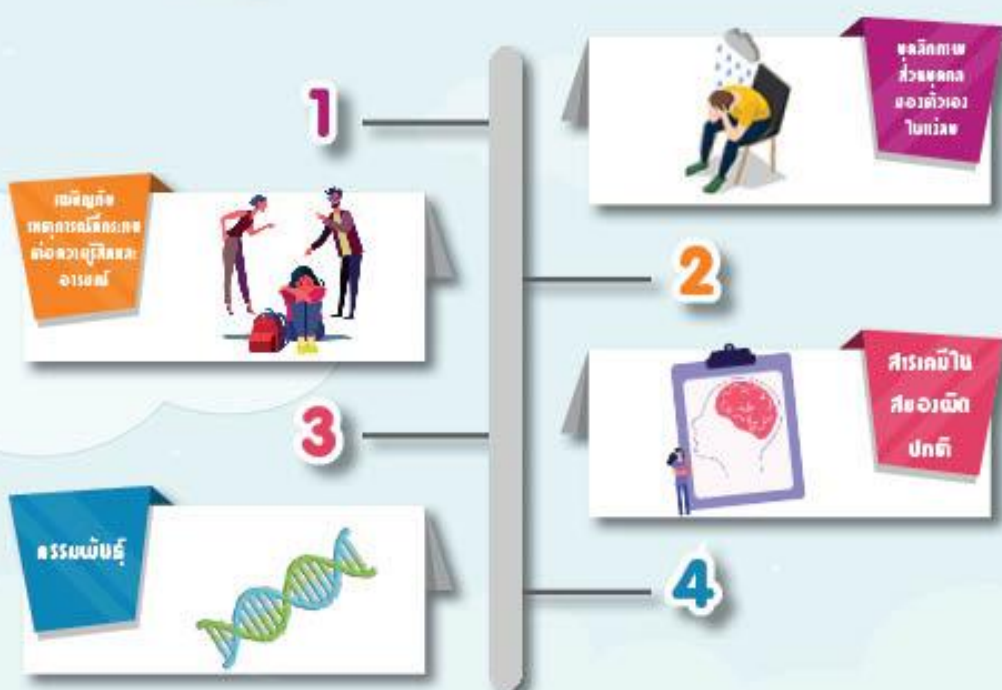


OR Code

ต้นฉบับเอกสารนี้ มีชื่อว่าชิมเสร็จ
กับ
<https://youtube.be/4CN6Z54TLDI>

4 >>> **เรื่อง ดี "ซึมเศร้า" สำหรับทุกคน**
การเข้าใจและป้องกันโรคซึมเศร้าอย่าง
เป็นมิตรและอ่อนโยน

4 เหตุ ของภาวะซึมเศร้า





6 เรายังใช้ “ชิม เสิร์ช” สำหรับตรวจ

การดำเนินงานป้องกันและลดผลกระทบจาก
การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

เกณฑ์การให้คะแนน

- 0 – 22 คะแนน หมายถึง
ไม่อยู่ในข่ายภาวะชิมเซรา
- 23 – 60 คะแนนขึ้นไป หมายถึง
อยู่ในข่ายภาวะชิมเซราควรได้รับ
การวินิจฉัยจากแพทย์

Scan
Mall



ลอง Check ทั่วคุณ
“ชิม” หรือ “(ชิม) เซรา”

ในระบ: 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย (> 1 วัน) (0 คะแนน)	นาน ๑ ครั้ง (1-2 วัน) (1 คะแนน)	บ่อย ๑ (3-4 วัน) (2 คะแนน)	ตลอดเวลา (5-7 วัน) (3 คะแนน)
1. ท่านรู้สึกหงุดหงิดง่าย				
2. ท่านรู้สึกเบื่ออาหาร				
3. ท่านไม่สามารถขจัดความเครียดออก จากใจได้ แม้จะมีคนคอยช่วยเหลือก็ตาม				
4. ท่านรู้สึกว่าตนเองดีพอ ๑ กับคนอื่น				
5. ท่านไม่มีสมาธิ				
6. ท่านรู้สึกหดหู่				
7. ทุก ๑ สิ่งที่ท่านกระทำจะต้องพินิจ				
8. ท่านมีความหวังเกี่ยวกับอนาคต				
9. ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีแต่สิ่งล้มเหลว				
10. ท่านรู้สึกหวาดกลัว				
11. ท่านนอนไม่หลับหลับ				
12. ท่านมีความสุข				
13. ท่านไม่ค่อยอยากคุยกับใคร				
14. ท่านรู้สึกเหงา				
15. ผู้คนทั่วไปไม่ค่อยเป็นมิตรกับท่าน				
16. ท่านรู้สึกว่าชีวิตนี้สนุกสนาน				
17. ท่านร้องไห้				
18. ท่านรู้สึกเศร้า				
19. ผู้คนรอบข้างไม่ชอบท่าน				
20. ท่านรู้สึกท้อถอยในชีวิต				

เช็กรู้ “ชีวะ เสรีฯ” สำหรับระบบ
 การวัดผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้
 เป็นส่วนหนึ่งของ

7

Scan Moll



“ใช่” หรือ “ไม่”
ทดสอบความรู้
“โรคมะเร็ง”



1 **?** ปัสสาวะมีเลือดปนหรือไม่

2 **?** โรคมะเร็งมีอาการบวมที่ขาหรือไม่

3 **?** ปัสสาวะมีกลิ่นเหม็นผิดปกติหรือไม่

4 **?** โรคมะเร็งมีอาการเบื่ออาหารหรือไม่

5 **?** โรคมะเร็งมีอาการเหนื่อยง่ายหรือไม่

6

7

8

9

10

โรคมะเร็งมีอาการไอหรือหอบหรือไม่ **?**

โรคมะเร็งมีอาการท้องอืดหรือไม่ **?**

โรคมะเร็งมีอาการปวดท้องหรือไม่ **?**

โรคมะเร็งมีอาการคลื่นไส้หรือไม่ **?**

โรคมะเร็งมีอาการเบื่ออาหารหรือไม่ **?**

น้ำหนักสามารถลดลงหรือไม่ **?**



8 >>> เบบี้ ไลน์ “ชิม ทุติย” สำหรับครอบครัว

กลไกสนับสนุนการดูแลสุขภาพจิตของพ่อแม่และเด็ก



หากทำแบบทดสอบภาวะซึมเศร้าแล้วผลการประเมินพบว่าเข้าข่ายภาวะซึมเศร้า ควรจะไปพบแพทย์หรือนักจิตวิทยาทางด้านสุขภาพเพื่อประเมินและเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา โดยหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ระดับจังหวัด เกษตรจังหวัดภาคตะวันออกและภาคใต้ก็มีช่องทางในการติดต่อดังนี้



แหล่งข้อมูล	เว็บไซต์ หรือช่องทางการติดต่อ
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข	สายด่วนสุขภาพจิต โทร. 1323 โทรฟรี 24 ชั่วโมง www.facebook.com/helpline1323/
	ป้องกันสุขภาพจิต แท่นออกประเมินความเครียด
	แบบทดสอบสุขภาพจิต www.dmh.go.th/test/
มูลนิธิศูนย์บ่มเพาะใจ	โทร 0-2277-8811, 0-2277-7699 www.hotline.or.th/2019/ www.facebook.com/hotlinecenter
โรงพยาบาลพุทธโสธร	โทร. 038-814375-78
โรงพยาบาลชลบุรี	โทร. 038-931-600 ต่อ 1143
โรงพยาบาลระบอง	โทร. 038 611 104 ต่อ 2027
โรงพยาบาลศรีบุญญา	โทร. 02-528-7800
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	โทร. 02-442-2500
โรงพยาบาลพานทอง	โทร. 038-932-548
โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์	โทร. 037-262-994-8



เชษฐี “ซิม (เฟรีย)” สักใจธรรมดา

การเปลี่ยนเป็นแบบวิถีชีวิตที่ดีขึ้นในทางที่ดี

10 กิจกรรม

สู่ “ซิม (เฟรีย)” ๑.๑



10

เรื่อง 10 “ซิม (ศรัท)” สำหรับคน

ที่สนใจเรียนรู้และเข้าใจชีวิตของตนเอง

10 กิจกรรม

สู่ “ซิม (ศรัท)” ๑.๑๐



7

ข้อเจ็ดนั้นต้องรู้จักไปทอวทียว
และกับทียวประชนการณทิวไทธ
นำความทุกซุริสทเอยทิวทิวไป
แล้วแนทเพิ่ใจไปทียวทิว



9

ข้อเก้าเราต้องนอนก่อนสามทิว
ส่วควมคุมไม่ทิวซิมและคสยเครา
พิกพ่อนให้พียมพอมพือตัวเรา
จะหายเคราแล้วชีวิตจะดีเอย



6

ข้อหกใช้คาสนาเพื่อยึดเหนี่ยว
ค่อทิวทิวไปทิวทิวตามคาสอน
รู้จักนำคาสอนมาทิวทิว
มาใช้สอนนำชีวิตให้สุขใจ



8

ข้อแปดอยู่ว่าทิวแล้วจิตตก
ก็ปทิวจิตใจเราได้ว่าทิว
แค่ทิวงานอดิเรกให้สบาย
นึ่งทำไปใจไม่ว่างแทนเพิกบาน



10

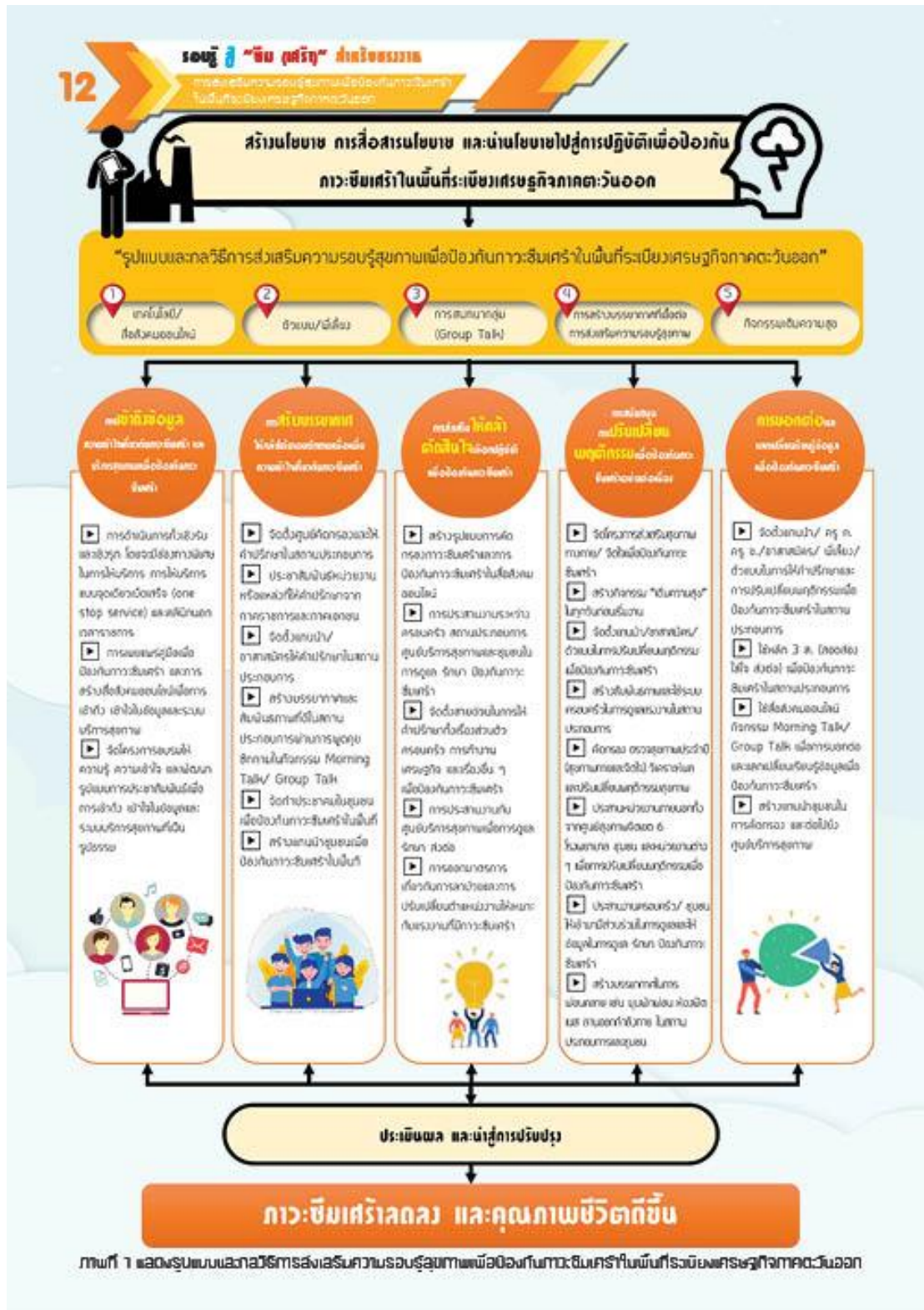
ข้อสุดท้ายเราต้องไม่ปิดทิว
รู้จักคิมพาหาเพื่อยึดเหนี่ยว
ค่อทิวทิวเรื่อราวทิวทิวตัว
แล้วรวมทิวทิวปัญหาไปทิวทิว

“

การบอกต่อและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องภาวะซึมเศร้าเป็นกระบวนการสำคัญที่แสดงถึงความห่วงใยและเอื้ออาทรต่อกัน ซึ่งเกิดขึ้นได้ในทุกกลุ่มคน ไม่ว่าจะเป็นเพื่อน คู่รัก ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน นายจ้างฯ โดยอาจจะเป็นการสังเกตพฤติกรรม การพูดคุย การถามไถ่ การบอกเล่า ในบางสถานประกอบการ จะมีการทำกิจกรรมเหล่านี้ในทุกเช้า เช่น การพูดคุยกันตอนเช้า (morning talk) จัดโครงการโดยการเชิญวิทยากรมาร่วม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ หรือมีคลินิกการให้คำปรึกษาสำหรับทุกคน ในสถานประกอบการ ซึ่งทุกกระบวนการก็กล่าวมาล้วนแต่เป็นการมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้า ทั้งสิ้น

”





อ้างอิง

และเรียบเรียงข้อมูลบางส่วนจาก

1. กรมสุขภาพจิต. ผลสำรวจสุขภาพจิตคนไทยระดับชาติ: กระทรวงสาธารณสุข; 2558
เข้าถึงได้จาก: <https://forums.dmh.go.th/index.php?topic-198185.0>.
2. กรมสุขภาพจิต. ห่วงวัยรุ่นเยาวชนมีภาวะซึมเศร้า นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
2562 [updated 10 มิถุนายน 2562] เข้าถึงได้จาก: <https://bit.ly/2yHGL4p>.
3. Hongsomboon K. Factors affecting depression in workplace: Marital status, BMI, stress level, work duration, job pattern, and day time sleepiness. Chula Med J. 2010.
4. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2017.
5. Camri, S. [Producer]. (2562). ฉันมีหมาตัวหนึ่ง มันชื่อว้าซึมเศร้า. เข้าถึงได้จาก: <https://www.youtube.com/watch?v=HCN8ZS4TLDI>
6. Organization. WH. I had a black dog, his name was depression Switzerland: World Health Organization. ; 2012 เข้าถึงได้จาก: <https://www.youtube.com/watch?v=rjgkHPPHzpSc>
7. สำนักศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ. อย่าปล่อยให้ซึมเศร้า กล้ำกราย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.); 2561.
8. อุนาพร ธรรมกษมิติ, วชิระ สากบุญกรัณย์, & ปิยะธัมพร หะวานนท์. (2540). การใช้ CES-D ในการวัด ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. วารสารสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย. 42(1). 2-18.
9. กรมสุขภาพจิต. 7 วิธีป้องกัน "โรคซึมเศร้า" มัดกับร้ายอยู่การนำด้วย นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข 2562 [updated 18 มิถุนายน 2562] เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th/เผยแพร่-dmh/view.asp?id=29737>.
10. โรงพยาบาลพระคริสตมหายุทธราชธานี. มารู้จักและหาวิธีรับมือกับภาวะซึมเศร้า สำหรับประชาชน. อุบลราชธานี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข 2562. 18 p.



