



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์
โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทย
ในเขตพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก
FACTORS ASSOCIATED WITH DEPRESSION AMONG THAI LABORS
IN THE EASTERN ECONOMIC CORRIDOR, THAILAND

อาจารย์ ดร. จันทนา เกิดบางแถม

โครงการวิจัยประเภทงบประมาณเงินรายได้
จากกองทุนวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยบูรพา
ประจำปี พ.ศ. 2562

สัญญาเลขที่ 021/2562

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์
โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทย
ในเขตพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก
FACTORS ASSOCIATED WITH DEPRESSION AMONG THAI LABORS
IN THE EASTERN ECONOMIC CORRIDOR, THAILAND

อาจารย์ ดร. จันทนา เกิดบางแถม
คณะพยาบาลศาสตร์

พฤษภาคม พ.ศ. 2564

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ ได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยจากงบประมาณกองทุนวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยบูรพา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 เลขที่สัญญา 021/2562

Acknowledgement

This research project was financially supported by the research grant of Burapha University (Grant no. 021/2562)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยด้านส่วนบุคคล ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการทำงาน และด้านสังคมที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทยในระบบในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ กลุ่มคนวัยแรงงานที่ถือสัญชาติไทยที่มีอายุอยู่ระหว่าง 18 ถึง 60 ปี ในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก ได้แก่ ในพื้นที่จังหวัดชลบุรี ระยอง และฉะเชิงเทรา รวมจำนวนทั้งสิ้น 455 ราย การสุ่มตัวอย่างใช้แบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ แบบสอบถามความเครียดจากการทำงาน แบบสอบถามสมดุลชีวิตกับการทำงาน และแบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติก ผลการวิจัย พบว่า ร้อยละ 40.44 ของแรงงานตัวอย่างเผชิญกับภาวะซึมเศร้า ผลการวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติก พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทยในระบบในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก ได้แก่ สถานภาพสมรส สถานะทางเศรษฐกิจ พฤติกรรมการออกกำลังกาย คุณภาพการนอนหลับ ความเครียดจากการทำงาน และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษากลับพบว่า ตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย โรคและการเจ็บป่วยลักษณะงาน การทำงานเป็นกะ สมดุลชีวิตกับการทำงาน และจังหวัดที่ทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทยในระบบในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกแต่อย่างใด

Abstract

The main objective of this quantitative research was to investigate the relationship between personal, health and health behaviors, work environment and social factors and depression among Thai labors aged between 18 and 60 years in the formal sectors in the Eastern Economic Corridor (EEC), Thailand. Sample selected by multi-stage sampling included 455 labors holding Thai nationality in the EEC consisting of 3 provinces: Chonburi, Rayong, and Chacheongsao. Six questionnaires were used for collecting data. Frequency, percentage, mean and standard deviation were used for data analysis. The findings indicated that 40.82% had depressive symptoms. In addition, the findings based on logistic regression revealed that marital status, economic status, exercise, quality of sleep, work stress, and emotional social support. However, gender, age, educational level, body mass index, illness, work type, shift work, work-life balance, and province had no relationship with depressive symptoms among Thai labors in the Eastern Economic Corridor (EEC), Thailand.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	3
Acknowledgement	4
บทคัดย่อภาษาไทย	5
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	6
สารบัญ	7
สารบัญตาราง	9
สารบัญภาพ	10
บทนำ	11
ความสำคัญและที่มาของปัญหา	11
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	13
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	13
การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	14
ความหมายของภาวะซีมเศร้า	14
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซีมเศร้า	15
เครื่องมือประเมินภาวะซีมเศร้า	17
ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซีมเศร้า	19
กรอบแนวคิดการวิจัย	21
นิยามศัพท์เฉพาะ	21
วิธีดำเนินการวิจัย	24
ขอบเขตของการวิจัย	24
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	24
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง	24
สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล	25
การสุ่มตัวอย่าง	25
การเก็บรวบรวมข้อมูล	25
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	25
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	27
ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล	28
การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล	28
การวิเคราะห์ข้อมูล	29
ผลการวิจัย	30
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	30
ตอนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านส่วนบุคคล ด้านสุขภาพ ด้านการทำงาน ด้านสังคม และภาวะซีมเศร้าของแรงงานไทยในระบบในเขตพื้นที่ระยอง เศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก	33
อภิปรายผลการวิจัย	37

ส่วนที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านส่วนบุคคลและภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทย ในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก	37
ส่วนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพและภาวะ ซึมเศร้าของแรงงานไทยในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก	38
ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการทำงานและภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทย ในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก	39
ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคมและภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทย ในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก	40
ข้อเสนอแนะ	40
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	40
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	42
ผลผลิต	42
บรรณานุกรม	43
ภาคผนวก	50
ประวัตินักวิจัยและคณะพร้อมหน่วยงานสังกัด	62

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยด้านส่วนบุคคล ($n = 455$)	30
ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ($n = 455$)	31
ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยด้านการทำงาน ($n = 455$)	32
ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยด้านสังคม ($n = 455$)	33
ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า ($n = 455$)	33
ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ด้านสังคม ด้านการทำงาน และภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทย ($n = 455$)	33

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดของการวิจัย

หน้า

21

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

ปัจจุบันภาวะซึมเศร้าจัดเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญและส่งผลร้ายแรงต่อประชากรโลก โดยส่วนหนึ่งมาจากผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของสังคมและเศรษฐกิจที่มีความกดดันจากปัญหาเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงการใช้เทคโนโลยีอย่างไม่เหมาะสม ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์จนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ จากการประมาณการขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2017a) มีประชากรโลกมากกว่าร้อยละ 4 หรือมากกว่า 300 ล้านคนเป็นโรคซึมเศร้า โดยจากสถิติของอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าของประชากรโลกในระยะเวลาประมาณ 10 ปีที่ผ่านมา พบว่า มีอัตราเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 18 (World Health Organization, 2017a, 2017b) และจากสถิติยังพบอีกว่า ประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางมีอัตราการสูญเสียอันเนื่องมาจากภาวะโรคที่เกิดขึ้นมาจากโรคซึมเศร้ามากที่สุดคือมากกว่าร้อยละ 80 (World Health Organization, 2017a) ในแง่ของความสูญเสียต่อเศรษฐกิจนั้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าในปี พ.ศ. 2553 โรคซึมเศร้าก่อให้เกิดความสูญเสียต่อเศรษฐกิจเป็นมูลค่าถึง 800 ล้านดอลลาร์สหรัฐ และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 มูลค่าของความสูญเสียต่อเศรษฐกิจจะเพิ่มขึ้นมากกว่า 1,600 ล้านดอลลาร์สหรัฐ หรือเป็นจำนวนมากกว่า 2 เท่าในอีก 10 ปีข้างหน้า (World Health Organization, 2016) ดังนั้นจะเห็นได้ว่า โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญระดับโลกที่ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อเฉพาะระดับบุคคลเท่านั้น แต่ังก่อให้เกิดผลเสียในระดับสังคมและเศรษฐกิจอีกด้วย

สำหรับประเทศไทย โรคซึมเศร้าจัดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ สถิติโรคซึมเศร้าหรือคนที่มีภาวะซึมเศร้าในปัจจุบัน พบว่ามีประมาณ 9 แสนคน (กรมสุขภาพจิต, 2558) ซึ่งจำนวนนี้อาจจะไม่ครอบคลุมถึงคนไทยที่มีภาวะซึมเศร้าแต่ไม่ได้มารับการคัดกรองหรือบำบัดรักษาในสถานบริการสุขภาพ และจากการสำรวจอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรไทย (กรมสุขภาพจิต, 2559a; 2561) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในระดับที่รุนแรงและมีความเชื่อมโยงกับภาวะซึมเศร้าอย่างสำคัญ พบว่าในแต่ละปีมีผู้พยายามฆ่าตัวตายประมาณ 53,000 คน เฉลี่ยชั่วโมงละ 6 คน และโดยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อยู่ในวัยแรงงาน (กรมสุขภาพจิต, 2561) และจากการสำรวจสถิติการฆ่าตัวตายสำเร็จของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2559 พบว่ามีจำนวน 4,131 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิงถึง 4 เท่าตัว เป็นกลุ่มวัยทำงานมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มวัยรุ่น (กรมสุขภาพจิต, 2559b) นอกจากนี้ จากการเก็บรวบรวมข้อมูลอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประชากรไทยย้อนหลังในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พบว่ามีอัตราคงเดิมคืออยู่ในช่วง 6 – 6.5 คนต่อประชากรแสนคน (กรมสุขภาพจิต, 2559a) จึงเห็นได้ว่าปัญหาภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมฆ่าตัวตายยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญในประชากรไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยทำงาน

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้ามีทั้งต่อบุคคล ครอบครัว สังคม ตลอดจนการทำงาน โดยผลกระทบต่อบุคคลเกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อาทิ พร่องความสามารถในการดูแลตนเองหรือการทำกิจวัตรประจำวัน ทำให้บุคคลมีความทุกข์ มีคุณภาพชีวิตและความผาสุกลดลง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2555; Bromet et al., 2011; Kang et al., 2015) สำหรับผลกระทบต่อครอบครัวนั้น บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสัมพันธภาพกับครอบครัวลดลง รวมถึงเพื่อนและผู้อื่นด้วย อาจมีพฤติกรรมแยกตัวสูงขึ้นและอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเองหรือการฆ่าตัวตายได้ซึ่งนับว่าเป็นอันตรายอย่างมาก (Fergusson & Woodward, 2002; Gladstone & Beardslee, 2009) นอกจากนี้ ครอบครัวจะต้องรับภาระมากขึ้นในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (Eaton et al., 2008) สำหรับผลกระทบต่อสังคมในแง่ของการทำงานนั้น บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าแม้ไม่มากจนถึงเกณฑ์การวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้าพบที่มีความบกพร่องในการทำงานหรือทำงานได้ผลลัพธ์ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น (Judd et al., 2000) จากการศึกษาวิจัยของบรอดเฮด และ

คณะ (Broadhead, Blazer, George, & Tse, 1990) พบว่าประสิทธิภาพการทำงานของคนที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงจะน้อยกว่าคนที่ไม่มีการซึมเศร้าถึง 4.36 เท่า อย่างไรก็ตาม หากบุคลากรทางสุขภาพสามารถประเมินภาวะซึมเศร้าและให้ความช่วยเหลือก่อนที่บุคคลจะมีภาวะซึมเศร้าในระดับที่รุนแรงมากขึ้นก็จะทำให้ผลกระทบดังกล่าวข้างต้นลดลงได้

ในภาคตะวันออกของประเทศไทย เขตพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก (EEC) เป็นพื้นที่ที่รัฐบาลให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมการลงทุนด้านอุตสาหกรรมเป็นอย่างยิ่งโดยเฉพาะพื้นที่อุตสาหกรรมจังหวัดชลบุรี ระยอง และฉะเชิงเทรา (สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2561) ในขณะที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของนวัตกรรมและเทคโนโลยีในพื้นที่อุตสาหกรรมดังกล่าวย่อมกระทบถึงทรัพยากรมนุษย์ด้วย เนื่องจากจำเป็นต้องใช้คนในการขับเคลื่อนการดำเนินงานของอุตสาหกรรมให้บรรลุตามเป้าหมาย กลุ่มแรงงานไทยซึ่งเป็นแรงงานหลักในการขับเคลื่อนอุตสาหกรรมดังกล่าวต้องมีการปรับตัวในเข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น หากไม่สามารถปรับตัวได้ มีความกดดัน อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์หรือมีภาวะซึมเศร้าได้ และสามารถนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงต่อไปได้

อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันการคัดกรองภาวะซึมเศร่ายังไม่ได้มุ่งเน้นที่กลุ่มวัยทำงาน การคัดกรองภาวะซึมเศร้าโดยเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพที่ผ่านมามุ่งเน้นในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าใน 4 กลุ่ม ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ ผู้ใช้สารเสพติด ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการวิจัยจำนวนไม่มากนักที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มแรงงานไทยในเขตพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก และงานวิจัยที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มแรงงาน โดยเฉพาะในเขตพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก (Eastern Economic Corridor: EEC) ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และเทคโนโลยีอย่างมาก ดังนั้นจึงทำให้ขาดองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในแรงงานไทยในเขตพื้นที่ดังกล่าว แต่หากแรงงานกลุ่มนี้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าหรือมีปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง เช่น การฆ่าตัวตายสำเร็จ ย่อมส่งผลกระทบต่อตัวแรงงานไทยและต่อสังคมไทยด้วย เช่น ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เกิดความสูญเสียทางสุขภาพและต่อเศรษฐกิจ ตลอดจนอาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิตของบุคคลที่อยู่รอบข้างได้ (ชมนาท รัตนมณี, 2547)

ด้วยเหตุและผลดังกล่าวข้างต้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทยในเขตพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นอย่างมากและรวดเร็ว และด้วยลักษณะงานรวมถึงการแข่งขันในการประกอบอาชีพ สิ่งเหล่านี้อาจส่งผลโดยตรงต่อภาวะซึมเศร้าของประชากรแรงงานในเขตพื้นที่ดังกล่าว ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้จะทำให้ทราบถึงสถานการณ์และความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทยในเขตพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก รวมทั้งทราบถึงปัจจัยส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าในแรงงานไทยในเขตพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก ซึ่งผลที่ได้จากการวิจัยสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับนักวิจัย นักวิชาการ บุคลากรที่มสุขภาพ หน่วยงานภาครัฐและเอกชน รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้นำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพในกลุ่มนี้ เพื่อการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มแรงงานไทยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยด้านส่วนบุคคล ด้านสุขภาพ ด้านการทำงาน และด้านสังคมที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทยในระบบในเขตพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลการศึกษาศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบถึงสถานการณ์หรือความรุนแรงของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทยในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษ (EEC) ซึ่งข้อมูลที่ได้นี้จะเป็ประโยชน์ที่สำคัญแก่หน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม ป้องกัน และดูแลช่วยเหลือสุขภาพจิตในการวางแผนจัดการดูแลสุขภาพของประชาชนในกลุ่มวัยแรงงาน

1. ได้ทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มแรงงานไทยในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก (EEC) ซึ่งคนกลุ่มนี้อยู่ในยุคไทยแลนด์ 4.0 ที่บริบทและสภาพสังคมมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว

2. ได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารในการวิเคราะห์และวางแผนเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนาสุขภาพจิตของแรงงานไทยในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษ (EEC) อันจะนำไปสู่การปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ การพัฒนาเศรษฐกิจที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไปทั้งในระดับประเทศและนานาชาติ

3. ได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับคณาจารย์ นักวิชาการ และผู้ที่เกี่ยวข้องในการนำไปเป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอน โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งเพื่อต่อยอดการสอน การศึกษา หรือการวิจัยอื่นๆ อันจะเป็นประโยชน์ในการสร้างนวัตกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าสำหรับกลุ่มแรงงานไทยต่อไป

4. ได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา หรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานด้านการส่งเสริม ป้องกัน และดูแลสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินและคัดกรองภาวะซึมเศร้าในแรงงานไทย ตลอดจนการสร้างนวัตกรรมการส่งเสริม ป้องกัน และดูแลแรงงานไทย รวมทั้งแรงงานไทยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและมีภาวะซึมเศร้า อันจะนำไปสู่กระบวนการดูแลช่วยเหลือแรงงานไทยที่มีประสิทธิภาพต่อไป

5. การศึกษาครั้งนี้เป็นองค์ความรู้พื้นฐานสำหรับคณาจารย์ นักวิชาการด้านสุขภาพ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาค้นคว้าและวิจัยในประเด็นต่อยอดที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของแรงงานในภาคอุตสาหกรรมต่อไป

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานและแนวทางการศึกษาดังนี้

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

Beck (1976) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะที่แสดงถึงความเปราะบางทางด้านอารมณ์ ความคิด ร่างกายและพฤติกรรม อันเนื่องมาจากมีความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการแสดงออกโดยตำหนิ กล่าวโทษและลงโทษตนเอง มองตนเองไร้ค่า มองสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในแง่ลบ รู้สึกเบื่อหน่าย สิ้นหวัง ขาดแรงจูงใจ ความสนใจทำกิจกรรมต่างๆ และปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และมีความรู้สึกทางเพศลดลง

Rawlins & Heacock (1988) ได้อธิบายถึงภาวะซึมเศร้าว่า หมายถึงความแปรปรวนของอารมณ์ที่เป็นความผิดปกติของความรู้สึก ความเชื่อและทัศนคติต่อตนเองและบุคคลอื่น บุคคลจะมีความรู้สึกและมองตนเองในทางลบ อาทิ มองโลกในแง่ร้าย มองตนเองด้อยค่า รู้สึกผิด รู้สึกสูญเสีย หมดหวัง สิ้นหวัง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เป็นต้น

อุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2535) ได้กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า หมายถึงภาวะที่สภาพจิตมีการเปลี่ยนแปลงตามลักษณะสำคัญสองประการ ได้แก่ 1) มีอารมณ์เศร้า (dysphoric mood) และ 2) มีความเบื่อหน่ายหรือทำอะไรก็ไม่รู้สึกเพลิดเพลิน (loss of interest or pleasure) และร่วมกับการเปลี่ยนแปลงด้านอื่นๆ อาทิ ด้านความคิด ด้านพฤติกรรม เป็นต้น ซึ่งภาวะซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้

1. มีอาการซึมเศร้า (depressive symptoms) ซึ่งยังไม่ถึงขั้นเป็นโรค (disorder) กล่าวคือ บุคคลมีอาการซึมเศร้าเพียงบางอาการเท่านั้น อาการซึมเศร้า ระยะเวลา และผลกระทบของโรคต่อกิจวัตรประจำวันและการทำบทบาทหน้าที่ของบุคคลยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์การวินิจฉัยจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-V) และยังไม่มีความผิดปกติในกิจวัตรประจำวัน การทำงาน หรือการทำบทบาทหน้าที่ของตนเอง

2. โรคซึมเศร้า หมายถึง ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นรุนแรง มีอาการของโรค ระยะเวลาของโรคและผลกระทบของโรคต่อกิจวัตรประจำวันและการทำบทบาทหน้าที่ของบุคคลเป็นไปตามเกณฑ์การวินิจฉัยจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-V) ซึ่งจะต้องได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์

สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2543) ได้กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า หมายถึงภาวะที่จิตใจเศร้าหมอง เศร้าสร้อย และหดหู่ ร่วมกับมีความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง และมองโลกในแง่ร้าย

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญรัชชัย (2553) ได้กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า หมายถึงความผิดปกติทางอารมณ์ อาทิ รู้สึกเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ หดหู่ สิ้นหวัง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ และอาจนำไปสู่ความคิดที่อยากจะทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายได้

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความหมายของภาวะซึมเศร้าจะเห็นได้ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่สภาพจิตมีความเปราะบางแสดงออกโดยมีความผิดปกติด้านอารมณ์ ร่วมกับความผิดปกติด้านความคิด ร่างกายและพฤติกรรม ซึ่งความผิดปกติด้านอารมณ์มีความเด่นชัดกว่าด้านอื่นๆ โดยการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ เช่น มีอารมณ์ซึมเศร้า รู้สึกท้อแท้ หดหู่ สิ้นหวัง เบื่อหน่ายชีวิต การเปลี่ยนแปลงด้านความคิดการมองตนเอง เช่น ตำหนิและลงโทษตนเอง มองตนเองในแง่ร้าย มองตนเองด้อยค่า ขาดแรงจูงใจ คิดทำร้ายตนเอง

หรือฆ่าตัวตาย การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและพฤติกรรม เช่น น้ำหนักลดลง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีกิจวัตรประจำวันลดลง ภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อสังคมในแง่ของการทำงานที่มีประสิทธิภาพลดลง รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลลดลงด้วย

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

การศึกษาภาวะซึมเศร้ามีแนวคิดทฤษฎีหลักที่อธิบายเกี่ยวกับสาเหตุของภาวะนี้ ซึ่งสรุปได้เป็น 3 ทฤษฎีหลัก คือ ทฤษฎีประสาทชีววิทยา, ทฤษฎีจิตวิทยา, และทฤษฎีปัญญานิยม ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ทฤษฎีประสาทชีววิทยา แนวคิดทฤษฎีประสาทชีววิทยา (Neurobiological Theory) ได้อธิบายถึงภาวะซึมเศร้าว่าเกิดจากความบกพร่องหรือความผิดปกติของการทำหน้าที่ของสมองในระบบประสาทส่วนกลางซึ่งมีการขาดความสมดุลของสารสื่อประสาท (Neurotransmitters) โดยเฉพาะอย่างยิ่งสารสื่อประสาทที่สำคัญคือ สารเซโรโทนิน (serotonin) และสารนอร์เอพิเนฟริน (norepinephrine) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่ทำหน้าที่ในการควบคุมอารมณ์และวงจรการหลับตื่น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการทำหน้าที่ลดลงของสารสื่อประสาท serotonin และ norepinephrine ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า (Carhart-Harris & Nutt, 2017; Leonard, 2001; Lewin, 2003; Moret & Briley, 2011) นอกจากนี้การลดลงของสารสื่อประสาท serotonin พบว่าส่งผลต่อการมีความคิดฆ่าตัวตาย (Sullivan, 2006) สาร serotonin ยังมีบทบาทในการควบคุมการทำงานของระบบสืบพันธุ์ สำหรับการลดลงของสารสื่อประสาท norepinephrine ยังพบว่ามีผลต่อการนอนหลับด้วย ทำให้คุณภาพการนอนหลับลดลง ไม่สามารถนอนหลับได้ลึก นอกจากนี้ยังมีบทบาทต่อสมาธิ การกระตุ้นตนเอง การควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย การทำงานของศูนย์รับประทานอาหาร รวมถึงการตอบสนองต่อการเจ็บปวด (ชนิดดา แนบเกษร, 2561) การเกิดภาวะซึมเศร่ายังสัมพันธ์กับความผิดปกติของการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol hormone) ซึ่งผลิตมาจากต่อมหมวกไต ผลจากความผิดปกติของการหลั่ง cortisol hormone ทำให้ความอยากอาหารลดลง (anoxia) หรือรับประทานอาหารมากขึ้น (overeating) และอาจทำให้นอนมากขึ้น (hypersomnia) หรือนอนไม่หลับ (insomnia) โดยสรุป ทฤษฎีประสาทชีววิทยามองว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการลดลงของสารสื่อประสาท serotonin และ norepinephrine ในระบบประสาทส่วนกลางส่งผลให้มีอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในระบบต่างๆ ของร่างกาย รวมถึงความผิดปกติของทางความคิดและพฤติกรรม

2. ทฤษฎีจิตวิทยา ตามแนวคิดทฤษฎีจิตวิทยาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า มีนักจิตวิทยาได้ให้แนวคิดไว้หลายท่าน อย่างไรก็ตาม แนวคิดจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis theory) ของฟรอยด์ (Sigmund Freud) เป็นทฤษฎีหนึ่งที่ถูกหยิบยกมาใช้ในการอธิบายภาวะซึมเศร้าอยู่บ่อยครั้ง ซึ่งทฤษฎีนี้ได้อธิบายเกี่ยวกับภาวะจิตของบุคคลว่า ประกอบด้วย 2 ระดับ คือ จิตสำนึก (Conscious) และจิตใต้สำนึก (Unconscious) ตามแนวคิดทฤษฎีของฟรอยด์ จิตใต้สำนึกมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมของบุคคลและมีความเกี่ยวข้องกับกลไกทางจิตหลายประเภท อาทิ ความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ที่ถูกเก็บกด แรงจูงใจ ความทรงจำ เป็นต้น ฟรอยด์พบว่าจิตใต้สำนึกนั้นมีอิทธิพลเหนือจิตสำนึก มีบทบาทกระตุ้นทำให้เกิดพฤติกรรมของบุคคลทั้งพฤติกรรมที่เป็นกิจวัตรประจำวันทั่วไปและพฤติกรรมที่ไร้เหตุผลของบุคคล รวมถึงพฤติกรรมที่ผิดปกติในลักษณะต่างๆ ด้วย สำหรับการที่บุคคลมีภาวะซึมเศร่านั้น ตามแนวคิดของฟรอยด์ได้อธิบายว่าเกิดจากการทำงานของจิตใต้สำนึกที่ไม่สามารถแสดงออกตามระยะพัฒนาการของบุคคลได้อย่างเหมาะสมตามช่วงวัย จึงทำให้เกิดภาวะติดขัดอยู่ (Fixation) ของจิตใต้สำนึก และเนื่องจากบุคคลมีโอกาสดำเนินการรับสิ่งกระตุ้นทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตั้งแต่แรกเกิดจนตลอดชีวิตจึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (จันทิมา องค์โคเชิต, 2545; ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2548)

3. ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive theory) ซึ่งเบค (Beck, 1973) เป็นผู้ริเริ่มแนวคิดทฤษฎีนี้ ตาม

ทฤษฎีนี้บอกได้อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลมีความคิดและการรับรู้ที่บิดเบือนไปในทางลบกับตนเอง โลก และอนาคต ซึ่งแนวความคิดและการรับรู้ดังกล่าวนี้นี้มีการพัฒนามาตั้งแต่วัยเด็ก ส่งผลให้เกิดการตอบสนองทางพฤติกรรมที่ผิดปกติของบุคคล โดยความคิดและการรับรู้ที่บิดเบือนในทางลบและพฤติกรรมที่ผิดปกติจะเกิดกลับไปกลับมาและกระตุ้นซึ่งกันและกันจนเกิดเป็นวงจรอันตรายขึ้น (Vicious cycle) แนวคิดทฤษฎีนี้แสดงให้เห็นว่าความคิดส่งผลต่ออารมณ์และอารมณ์ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลด้วย ดังนั้นความคิดที่ไม่เหมาะสมหรือบิดเบือนในทางลบจะกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ด้านลบด้วย อาทิ อารมณ์ไม่สบายใจ เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง เป็นต้น อันเป็นต้นเหตุของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา อาทิ พฤติกรรมแยกตัว พฤติกรรมถอยหนี เป็นต้น หากบุคคลมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเหล่านี้บ่อยครั้งจะยิ่งทำให้บุคคลนั้นมีความคิดด้านลบและความรู้สึกที่ไม่ดีต่อตนเองมากยิ่งขึ้น ตามแนวคิดทฤษฎีนี้ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดด้านลบที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ ความคิดด้านลบต่อตนเอง ความคิดด้านลบต่อโลก และต่ออนาคต (Beck, 1967) ดังนี้

ประการแรก ความคิดด้านลบต่อตนเอง (Negative views about oneself) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มักจะมองตนเองว่าบกพร่อง ไร้ประสิทธิภาพ ไม่มีคุณค่า ไม่เป็นที่รักและปรารถนาของบุคคลรอบข้าง เมื่อเกิดเหตุการณ์ต่างๆ มักจะมองว่าตนเองเป็นต้นเหตุของความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจึงทำให้กล่าวโทษ ตำหนิและลงโทษตนเอง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

ประการที่สอง ความคิดด้านลบต่อโลก (Negative views about the world) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีการตีความหรือให้ความหมายต่อโลกผ่านสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นหรือการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเองในลักษณะ เช่น เป็นโลกแห่งความเจ็บปวด เป็นโลกแห่งความพ่ายแพ้ เป็นโลกแห่งความสูญเสีย ชีวิตเต็มไปด้วยอุปสรรค ทำให้เกิดความรู้สึกคับข้องใจ รู้สึกถูกบีบบังคับ รู้สึกเกลียดตนเอง รู้สึกผิดและไร้ค่า ต้องการเรียกร้องจากสังคมรอบข้าง การตีความสถานการณ์ต่างๆ ที่พบเจอในทางลบส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบและเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้

ประการที่สาม ความคิดด้านลบต่ออนาคต (Negative views about the future) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะเชื่อมโยงความคิดด้านลบที่เกิดขึ้นในปัจจุบันกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยมองว่าการสูญเสียหรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในปัจจุบันจะดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุดและไม่ลดน้อยลง สูญเสียความหวังในอนาคต ทำให้เกิดความท้อแท้ หดหู่ สิ้นหวัง และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้

เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้ามีอาการแสดงหลายอย่างและมีหลายมิติ เครื่องมือในการประเมินอาการซึมเศร้าจึงมีหลากหลายชนิดเช่นกัน การเลือกใช้เครื่องมือในการประเมินอาการซึมเศร้าจึงมีความสำคัญและจำเป็นต้องพิจารณาถึง 4 เงื่อนไขที่สำคัญ (ธรรมนาถ เจริญบุญ, 2554; อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, 2549) ได้แก่ 1) เป้าหมายในการประเมิน 2) กลุ่มเป้าหมายในการประเมิน 3) วิธีการประเมิน และ 4) คุณสมบัติของเครื่องมือที่ใช้ประเมิน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเครื่องมือประเมินอาการซึมเศร้าที่ใช้อย่างแพร่หลายในประเทศไทยตามคุณลักษณะดังกล่าวมีรายละเอียดดังนี้

1. เป้าหมายการประเมิน การเลือกใช้เครื่องมือการประเมินอาการซึมเศร้าขึ้นอยู่กับเป้าหมายของการประเมิน ซึ่งมีเป้าหมาย 2 ประการสำคัญ (ธรรมนาถ เจริญบุญ, 2554; อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, 2549) คือ 1) เพื่อการคัดกรองผู้ที่มีอาการซึมเศร้าในชุมชน (screening) และ 2) เพื่อการค้นหาหรือวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้ามารับการรักษาหรือตรวจโรคทางกาย (case finding) ดังนั้นการเลือกใช้เครื่องมือที่เหมาะสมควรมีลักษณะแตกต่างกันออกไป ถ้าเป้าหมายการประเมินเพื่อการคัดกรองผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีแบบคัดกรองที่ควรเลือกใช้ เช่น The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D; วิล คูปต์นิตติศัยกุล และพนม เกตุมาน, 2540; อุมพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์, และปิยลัมพร หะ

วานนท์, 2540) Thai version of the Beck Depression Inventory (BDI; มุกดา ศรียงค์ อ่างโนลัดดา แสนสีหา, 2537) Thai Hospital Anxiety and Depression (Thai-HADS; ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล, และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช, 2539) Health-Related Self-Reported Scale (HRSR; Kasantikul et al., 1997) สำหรับแบบคัดกรองดังกล่าวค่าคะแนนที่ได้จะไม่สามารถบอกได้แน่นอนว่าเป็นโรคซึมเศร้าหรือไม่และเป็นชนิดใด สำหรับเครื่องมือที่ใช้เพื่อการประเมินอาการหรือติดตามผลการรักษา มีแบบประเมินในประเทศไทยที่ควรใช้ เช่น Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17; มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุขนิชัย, และจักรกฤษณ์ สุขยั้ง, 2539) Thai version of the Beck Depression Inventory (BDI; อุมาพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์, และปิยลัมพร หะวานนท์, 2540) Thai Depression Inventory (TDI; Lotrakul & Sukanich, 1999) Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS; รัชชัย คงสภนธ์, สมบัติ ศาสตรรุ่งภัต, อวยชัย โรจนรินนิกิจ, และอุไร บุรณเชษฐ, 2546) ซึ่งเครื่องมือกลุ่มนี้สามารถวัดความถี่ของการเกิดอาการซึมเศร้าและจำแนกความรุนแรงของอาการซึมเศร้าได้ จึงนิยมนำมาใช้เพื่อช่วยในการติดตามอาการซึมเศร้าและวัดประสิทธิผลในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2. กลุ่มประชากร การเลือกใช้เครื่องมือควรพิจารณาถึงกลุ่มเป้าหมายในการประเมินด้วย เนื่องจากภาวะซึมเศร้านั้นสามารถเกิดขึ้นได้กับคนทุกเพศ ทุกวัย จากการศึกษาของจาตฮาฟและคณะ (Jadhav, Weiss, & Littlewood, 2001) พบว่าคนต่างวัฒนธรรมหรือต่างวัยจะมีการแสดงออกของอาการซึมเศร้าแตกต่างกัน ดังนั้นจึงควรเลือกเครื่องมือให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย สำหรับในประเทศไทยมีเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าที่ใช้ในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น Children's Depression Inventory (CDI; อุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล, 2539) เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่ใช้ในเด็กเท่านั้น CES-D (อุมาพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์, และปิยลัมพร หะวานนท์, 2540) ใช้ในการประเมินอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15 ถึง 18 ปี ส่วน CES-D (วิลิต คุปต์นิตติชัยกุล และพนม เกตุมาน, 2540) ใช้ในการประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่ Thai Geriatric Depression Scale (TGDS; กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2537) เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่นำมาใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุไทยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

3. วิธีการประเมิน เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินแบ่งตามวิธีการประเมินได้เป็น 2 ประเภท (ธรรมนาถ เจริญบุญ, 2554) กล่าวคือ ประเภทแรกเป็นเครื่องมือที่ผู้ประเมินเป็นผู้ใช้เครื่องมือในการสัมภาษณ์ผู้ถูกประเมิน (Clinician-rated measure) ซึ่งผู้สัมภาษณ์อาจเป็นทีมบุคลากรสุขภาพที่ได้รับการอบรมการใช้เครื่องมือมาก่อน เครื่องมือชนิดนี้มักมีความแม่นยำสูงและสามารถใช้ได้กับผู้ถูกประเมินที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ แต่มีข้อจำกัดคืออาจจะไม่เหมาะที่จะนำไปใช้คัดกรองในกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากๆ สำหรับประเทศไทยมีแบบประเมินอาการซึมเศร้าแบบ Clinician-rated measure เช่น MADRS HRSD BDI เป็นต้น ประเภทที่สองเป็นเครื่องมือที่ผู้ถูกประเมินอ่านข้อคำถามและตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง หรือเรียกว่าแบบรายงานตนเอง (self-report measure) อย่างไรก็ตาม การใช้แบบสอบถามแบบ self-report measure จะสามารถใช้ได้ง่ายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเก็บข้อมูลในชุมชนซึ่งสามารถใช้ประเมินในกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากได้ ซึ่งไม่จำเป็นต้องใช้บุคลากรมากในการเก็บรวบรวมข้อมูล อย่างไรก็ตาม การนำ self-report measure มาใช้ในการประเมินต้องคำนึงถึงความสามารถในการอ่านออกหรือเขียนได้ของผู้ถูกประเมินด้วย แบบประเมินอาการซึมเศร้าแบบ self-report มีหลายแบบประเมิน อาทิ แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม CDI CES-D TDI TGDS Thai-HADS HRSR (ธรรมนาถ เจริญบุญ, 2554; อัธราพร สี่หิรัญวงศ์, 2549) เป็นต้น

4. คุณสมบัติของเครื่องมือ ก่อนที่ผู้วิจัยจะนำเครื่องไปใช้ในการเก็บข้อมูล จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือซึ่งมีประเด็นที่สำคัญคือ ความตรง (validity) และความเที่ยง (reliability) คุณสมบัติของเครื่องมือจะส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์การประเมิน หากเครื่องมือมีคุณสมบัติที่ดีหรืออยู่ในเกณฑ์การยอมรับจะทำให้การประเมินนั้นได้ผลลัพธ์ที่ถูกต้องแม่นยำ ซึ่งภาวะซึมเศร้ามีอาการแสดงทางคลินิกในหลาย

มิติ การประเมินที่ขาดความแม่นยำตรงจะส่งผลกระทบต่อแนวทางการดูแลผู้รับบริการและครอบครัวต่อไป ดังนั้น ผู้วิจัยควรคำนึงคุณสมบัติของเครื่องมือก่อนที่จะนำไปใช้ในการประเมิน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบประเมิน CES-D ที่แปลและพัฒนาโดย วิไล คุปต์นิริติศัยกุล และพนม เกตุมาน (2540) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจากผู้วิจัยมีเป้าหมายในการประเมินเพียงเพื่อคัดกรอง (screening) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนเท่านั้น และต้องการนำไปประเมินในผู้ใหญ่ที่ทำงานในอุตสาหกรรมในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก (EEC) โดยสอบถามกับผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวนมาก CES-D มีผลการทดสอบคุณสมบัติของ เครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ดีและยอมรับในการนำไปประเมิน (รายละเอียดอยู่ในหัวข้อ วิธีการดำเนินการวิจัย และสถานที่ทำการทดลอง/เก็บข้อมูล) ดังนั้นแบบประเมิน CES-D จึงมีความเหมาะสมในการนำมาประเมิน ภาวะซึมเศร้าในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีปัจจัยหลายประการที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้ ปัจจัยดังกล่าวมีการศึกษาในกลุ่มและบริบทที่หลากหลาย ดังนี้

เพศ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Berzins et al., 2017; Bromet et al., 2011) ในกลุ่มประชากรทั่วไปพบว่าความชุกของโรคซึมเศร้าพบในเพศหญิง มากกว่าเพศชายถึง 2 เท่า (Bromet et al., 2011; Delisle, Beck, Dobson, Dozois, & Thombs, 2012) และยังสามารถพบได้ตลอดช่วงอายุในเพศหญิงด้วย (Legg, 2016) ซึ่งมีสมมติฐานที่อธิบายเกี่ยวกับความแตกต่างนี้คือฮอร์โมนเพศที่มีอยู่แตกต่างกันในเพศหญิงและเพศชาย รวมทั้งความแตกต่างทางด้านจิตสังคมด้วย (ชนิดดา แนนเกษร, 2561; สายฝน เอกวรารังกูร และอุจน์จิตร คุณารักษ์, 2559) นอกจากนี้ การศึกษาที่ผ่านมายังพบอีกว่าปัจจัยด้านเพศกับภาวะซึมเศร้านั้นยังขึ้นอยู่กับปัจจัยร่วมอื่นๆ ด้วย อาทิ วัฒนธรรมและบริบทที่แตกต่างกันของแต่ละประเทศ (Kaplan, Sadock, & Grebb, 1998) การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายที่รุนแรง ซึ่งจากการศึกษาของไฟน์สไตน์ (Feinstein, 2011) พบว่าในผู้ป่วยโรค multiple sclerosis เพศชายมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยเพศหญิง

อายุ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (สายฝน เอกวรารังกูร และอุจน์จิตร คุณารักษ์, 2559) พบว่าภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกช่วงอายุ ซึ่งในแต่ละช่วงอายุจะมีเหตุผลที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน กล่าวคือการมีบริบทและการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกันซึ่งผันแปรไปตามช่วงวัย อย่างไรก็ตาม ชนิดดา แนนเกษร (2561) ได้กล่าวไว้ว่าโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) มักจะเริ่มแสดงอาการในช่วงอายุระหว่าง 20 – 50 ปี

ระดับการศึกษา จากการศึกษาของแกนและคณะ (Gan et al., 2012) พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีอาการแสดงของโรคซึมเศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีระดับการศึกษาต่ำ

สถานภาพสมรส จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) มีรายงานว่าผู้ป่วยโรคนี้ถูกพบมากในบุคคลที่มีสถานภาพหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ รวมทั้งในบุคคลที่ขาดเพื่อนสนิทหรือคนใกล้ชิด ในขณะที่เดียวกัน ก็พบในกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสด้วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มสมรสที่ปัญหา ทะเลาะเบาะแว้ง มีความขัดแย้งกัน (ชนิดดา แนนเกษร, 2561)

รายได้ จากการศึกษาด้านระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้าของโบรมเมท และคณะ (Bromet et al., 2011) พบว่ารายได้ที่สูงกว่าเป็นปัจจัยปกป้องภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ เลวิน (Levine, 2017) ได้อธิบายไว้ว่า ความยากจนหรือความขัดสนนั้นเป็นความเครียดทางสิ่งแวดล้อมที่สำคัญซึ่งสามารถส่งผลทำให้บุคคลมีความเปราะบางและนำไปสู่อาการแสดงของภาวะซึมเศร้าได้

พฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษาของโชและคณะ (Cho et al., 2013) ซึ่งศึกษาในกลุ่มคนงานผู้หญิงที่ทำงานอยู่ในโรงงานทำงานเกี่ยวกับการเงินและด้านการบริการในประเทศเกาหลี พบว่า คนงานกลุ่มนี้ที่มีพฤติกรรมดีมีแอลกอฮอล์เป็นกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง

การเจ็บป่วยหรืออาการทางกาย จากการศึกษาของนักวิชาการหลายท่าน (โชติมันต์ ชินวรารักษ์, และพีรพันธ์ ลือบุญวัชชัย, 2559; Bank et al., 2011; Vaccarino, Sills, Evans, & Kalali, 2009; Vaccarino et al., 2008) พบว่าอาการทางกายซึ่งรวมทั้งจำนวนและความรุนแรงของอาการทางกายมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และจากการศึกษาของโชติมันต์ ชินวรารักษ์ และพีรพันธ์ ลือบุญวัชชัย (2559) พบว่าอาการทางกายที่พบบ่อยในผู้ป่วยซึมเศร้า ได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดหลัง/ปวดตามแขนขาหรือข้อ เหนื่อย/อ่อนเพลียไม่มีแรง มีปัญหาการนอนหลับ เวียนศีรษะ และการเปลี่ยนแปลงความอยากอาหาร

ภาวะอ้วนหรือผอม จากการศึกษาของโชและคณะ (Cho et al., 2013) ซึ่งศึกษาในกลุ่มคนงานผู้หญิงพบว่า คนงานกลุ่มนี้มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานหรือผู้ที่ภาวะอ้วนเป็นกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง

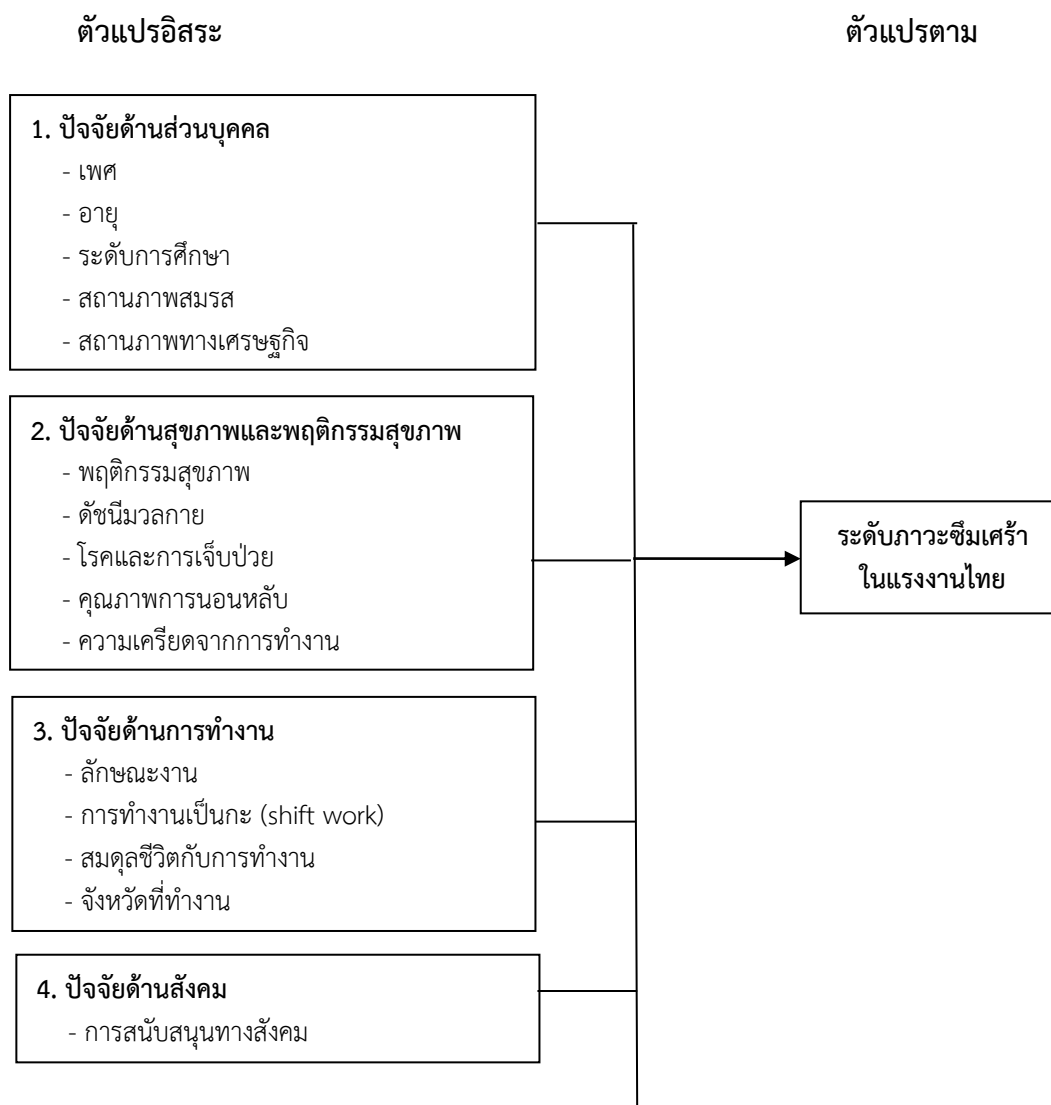
คุณภาพการนอนหลับ จากการศึกษาของโชและคณะ (Cho et al., 2013) ซึ่งศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้าและคุณภาพการนอนหลับในกลุ่มคนงานผู้หญิงที่ทำงานอยู่ในโรงงานทำงานเกี่ยวกับการเงินและด้านการบริการในประเทศเกาหลี ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าในคนทำงานกลุ่มนี้

ความเครียดจากการทำงาน จากการศึกษาของโชและคณะ (Cho et al., 2013) ซึ่งศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้าและคุณภาพการนอนหลับในกลุ่มคนงานผู้หญิงที่ทำงานในโรงงาน หรือทำงานเกี่ยวกับการเงิน หรือทำงานด้านการบริการในประเทศเกาหลี ผลการศึกษาพบว่าความเครียดจากงานมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าในคนทำงานกลุ่มนี้

การสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาที่ผ่านมา (โชติมันต์ ชินวรารักษ์, และพีรพันธ์ ลือบุญวัชชัย, 2559) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำถึงปานกลางมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าระดับสูง ซึ่งพีรพันธ์ ลือบุญวัชชัย (2007) ได้อธิบายไว้ว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถช่วยบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถปรับตัวได้ดีขึ้นเมื่อเผชิญกับปัญหา นอกจากนี้ จากการศึกษาของโชและคณะ (Cho et al., 2013) ยังพบว่ากลุ่มคนงานผู้หญิงที่ไม่มีการสนับสนุนจากครอบครัวมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในระดับสูง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดของการวิจัย

นิยามศัพท์เฉพาะ

แรงงานไทย หมายถึง แรงงานที่ถือสัญชาติไทยที่มีอายุอยู่ระหว่าง 18 ถึง 60 ปี และทำงานในภาคอุตสาหกรรมในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก (EEC) ได้แก่ ในพื้นที่จังหวัดชลบุรี ระยอง และฉะเชิงเทรา

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อารมณ์ความรู้สึกหรือการแสดงออกของแรงงานไทย เช่น มีอารมณ์เศร้า รู้สึกเบื่อหน่าย ทำอะไรก็ไม่รู้สึกเพลิดเพลิน ท้อแท้ สิ้นหวัง มองตนเองด้อยคุณค่า มองสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในแง่ลบ ขาดแรงจูงใจ ความสนใจทำกิจกรรมต่างๆ และปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง เป็นต้น ประเมินโดยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) ฉบับภาษาไทย แปลและพัฒนาโดย วิไล คุปต์นิริติศัยกุล และพนม เกตุมาน (2540)

คุณภาพการนอนหลับ หมายถึง การรับรู้ของแรงงานไทยกับคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งเกี่ยวกับลักษณะการนอน พฤติกรรมการนอน และการรับรู้ถึงคุณภาพการนอนหลับของตนเอง ประเมินโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ ฉบับภาษาไทย แปลโดย ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และวรัญญู ต้นชัยสวัสดิ์ (2540) ซึ่งแปลมาจากแบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับของมหาวิทยาลัยพิตส์เบิร์ก (The Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI) ที่พัฒนาโดยบุสเส และคณะ (Buysse, Reynolds, Monk, Berman, & Kupfer, 1989)

สมดุลชีวิตกับการทำงาน หมายถึง ความสามารถในการปรับคุณภาพของแรงงานไทยระหว่างการดำเนินชีวิตและการทำงานซึ่งประเมินในภาพรวมเกี่ยวกับการแบ่งเวลาที่เหมาะสมในการดำรงชีวิต ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความสมดุลชีวิตกับการทำงาน ฉบับภาษาไทย แปลโดย อมรรัตน์ แก้วทวี และอารีย์วรรณ (2557) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดสมดุลชีวิตการทำงานของเด็กซ์และบอนด์ (Dex & Bond, 2005)

ความเครียดจากการทำงาน หมายถึง การรับรู้ถึงความเครียดจากการทำงานของแรงงานไทย ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความเครียดจากการทำงาน (The Workplace Stress Scale) ที่พัฒนาโดย The Martin Company, North Haven, CT, USA และ The American Institute of Stress, Yonkers, NY, USA โดยผู้วิจัยจะทำการแปลแบบสอบถามเป็นภาษาไทยและนำมาทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยหาค่าความเที่ยงที่เหมาะสมก่อนนำไปใช้ในการประเมิน (รายละเอียดอยู่ในหัวข้อ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย: แบบสอบถามความเครียดจากการทำงาน)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมของแรงงานไทยที่ได้รับการประเมินโดยแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งพัฒนาโดย อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย

อุตสาหกรรมในเขตพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก หมายถึง อุตสาหกรรม 2 ประเภทหลัก ที่อยู่ในพื้นที่จังหวัดชลบุรี ระยอง และฉะเชิงเทรา ได้แก่ อุตสาหกรรมเดิมที่มีศักยภาพ (First S-Curve) และอุตสาหกรรมอนาคต (New S-curve) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. อุตสาหกรรมเดิมที่มีศักยภาพ (First S-curve) เป็นอุตสาหกรรมเดิมที่มีอยู่แล้วแต่มีการลงทุนเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มศักยภาพในการผลิต ประกอบด้วย อุตสาหกรรม 5 ประเภท ได้แก่

- 1.1 อุตสาหกรรมยานยนต์สมัยใหม่ (Next-Generation Automotive)
- 1.2 อุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์อัจฉริยะ (Smart Electronics)
- 1.3 อุตสาหกรรมท่องเที่ยวกลุ่มรายได้ดีและการท่องเที่ยวเชิงคุณภาพ (Affluent, Medical and Wellness Tourism)
- 1.4 อุตสาหกรรมการเกษตรและเทคโนโลยีชีวภาพ (Agriculture and Biotechnology)
- 1.5 อุตสาหกรรมการแปรรูปอาหาร (Food for the future)

2. อุตสาหกรรมอนาคต (New S-curve) เป็นอุตสาหกรรมที่ได้รับการส่งเสริมการลงทุน มีการนำนวัตกรรมและเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้เพื่อปรับเปลี่ยนรูปแบบสินค้าและบริการ ประกอบด้วย อุตสาหกรรม 5 ประเภท ได้แก่

- 2.1 หุ่นยนต์เพื่ออุตสาหกรรม (Robotics)
- 2.2 อุตสาหกรรมการบินและโลจิสติกส์ (Aviation and Logistics)
- 2.3 อุตสาหกรรมเชื้อเพลิงชีวภาพและเคมีชีวภาพ (Biofuels and Biochemicals)
- 2.4 อุตสาหกรรมดิจิทัล (Digital)
- 2.5 อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร (Medical Hub)

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey study) แบบการศึกษา ณ จุดเวลา (Cross-sectional study) โดยการใช้แบบสอบถามเพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทยในเขตพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก (ECC)

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ แรงงานในเขตพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก (EEC) ซึ่งมี 3 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดชลบุรี จังหวัดระยอง และจังหวัดฉะเชิงเทรา มีจำนวนทั้งสิ้น 2,052,931 คน (กระทรวงแรงงาน, 2560)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ แรงงานที่ถือสัญชาติไทยในเขตพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก ได้แก่ ในพื้นที่จังหวัดชลบุรี ระยอง และฉะเชิงเทรา ที่มีอายุอยู่ระหว่าง 18 ถึง 60 ปี เนื่องจากเป็นบุคคลที่ทางกฎหมายถือว่าเป็นผู้ที่บรรลุนิติภาวะและเป็นแรงงานในระบบ (Formal Sector)

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจะใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อการประมาณค่าสัดส่วนประชากรกลุ่มเดียว ด้วยสูตรของ Taro Yamane (1973) ดังนี้

$$\text{สูตรของ Yamane} \quad n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เราต้องการคำนวณ

N คือ จำนวนประชากรทั้งหมด

e คือ ค่าความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้

$$\begin{aligned} n &= 2,052,931 / (1 + (2,052,931 \times 0.05^2)) \\ &= 2,052,931 / 5,133.33 \\ &= 400 \text{ คน (โดยประมาณ)} \end{aligned}$$

จากข้อมูลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร (Labor Force Survey) ในปี พ.ศ. 2560 ไตรมาสที่ 2 พบว่า ในพื้นที่เขตระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก (EEC) มีจำนวนแรงงาน (ประชากร)ทั้งสิ้น 2,052,931 คน (กระทรวงแรงงาน, 2560) โดยการศึกษาครั้งนี้กำหนดให้มีความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ค่าความคลาดเคลื่อน $\pm 5\%$ จากสูตรดังกล่าวได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน โดยที่ในการวิจัยครั้งนี้

อย่างไรก็ตาม เพื่อป้องกันปัญหาการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจากการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก 10% ของขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตร ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้านี้เท่ากับ 440 คน

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล

สถานที่ที่จะเก็บข้อมูลคือ โรงงานอุตสาหกรรม/สถานประกอบการในพื้นที่เขตระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก (EEC) ที่ตั้งอยู่ใน 3 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดชลบุรี จังหวัดระยอง และจังหวัดฉะเชิงเทรา

การสุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) โดยเริ่มจาก
 ขั้นที่ 1 การสุ่มประเภทอุตสาหกรรมด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน จาก 3 จังหวัด
 (ชลบุรี ระยอง ฉะเชิงเทรา) ให้ได้จังหวัดละ 1 ประเภทอุตสาหกรรม (ทั้งหมด 3 ประเภทอุตสาหกรรม)

ขั้นที่ 2 การสุ่มโรงงานอุตสาหกรรม/สถานประกอบการ จาก 3 ประเภทอุตสาหกรรม โดยสุ่มจาก
 แต่ละประเภทอุตสาหกรรมให้ได้โรงงานอุตสาหกรรม/สถานประกอบการ จำนวน 2 แห่ง (ทั้งหมด 6 โรงงาน
 อุตสาหกรรม/สถานประกอบการ)

ขั้นที่ 3 การสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย จาก 6 โรงงานอุตสาหกรรม/สถานประกอบการ
 ให้ได้กลุ่มตัวอย่างจากแต่ละโรงงานอุตสาหกรรม/สถานประกอบการ 146-147 คน (รวมกลุ่มตัวอย่างวัย
 แรงงาน จำนวน 440 คน) ด้วยวิธีการดังนี้ คือ ทีมวิจัยประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขประจำจังหวัด
 (ชลบุรี ระยอง ฉะเชิงเทรา) เพื่อติดต่อกับผู้จัดการฝ่ายบุคคล/หัวหน้าแผนกทรัพยากรบุคคล แล้วสุ่มกลุ่ม
 ตัวอย่างที่เป็นวัยแรงงานให้ครบตามจำนวนที่กำหนด โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ของกลุ่ม
 ตัวอย่างคือ มีสัญชาติไทย มีระยะเวลาทำงานอย่างน้อย 3 เดือน นับจากวันที่ตอบแบบสอบถาม สามารถอ่าน
 และสื่อสารภาษาไทยได้ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และมีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ของกลุ่ม
 ตัวอย่างคือ เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้า โดยทีมวิจัยจะทำการสอบถามกลุ่ม
 ตัวอย่างเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับประวัติโรคประจำตัวด้วยโรคซึมเศร้าซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ก่อนที่จะ
 เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม จำนวน 6
 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D 3) แบบสอบถามคุณภาพ
 การนอนหลับ (The Pittsburg Sleep Quality Index: PSQI) 4) แบบสอบถามความสมดุลชีวิตกับการ
 ทำงาน 5) แบบสอบถามความเครียดจากการทำงาน และ 6) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ดัง
 รายละเอียดต่อไปนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อนำมาใช้เก็บรวบรวม
 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง อาทิ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส แหล่งที่อยู่อาศัย
 พฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D ในการศึกษาตัวแปรภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยประเมินโดยใช้
 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า CES-D ซึ่งถูกแปลและพัฒนาโดย วิไล คุปต์นิริติศัยกุล และพนม เกตุมาน (2540)
 ตามแนวคิดของ Radloff (1977) แบบสอบถามนี้เป็นแบบแบบรายงานตนเอง (self-report measure)
 ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอารมณ์และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าจำนวน 20 ข้อ แบ่งออกเป็น
 ข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 4 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบจำนวน 16 ข้อ แต่ละข้อมีช่วงคะแนน 0 – 3 คะแนน มี
 คะแนนรวมทั้งหมด 60 คะแนน โดยคะแนนรวมระหว่าง 15 – 21 คะแนน แปลผลได้ว่ามีอาการซึมเศร้าระดับ
 เล็กน้อยถึงปานกลาง และคะแนนรวมมากกว่า 21 คะแนนขึ้นไป แปลผลได้ว่ามีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง
 (Yongthong, Wattanapailin, Seeherunwong, & Yuttatri, 2013)

3. แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ (The Pittsburg Sleep Quality Index: PSQI) ใน
 การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งเป็น
 แบบประเมินตนเองถึงคุณภาพการนอนหลับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แบบสอบถามนี้ถูกดัดแปลงมาจาก

แบบสอบถาม The Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI) ถูกสร้างและพัฒนาโดยบุสเส และคณะ (Buysse, Reynolds, Monk, Berman, & Kupfer, 1989) และถูกแปลเป็นภาษาไทยโดย ตะวันชัย จิรประมุข และวรัญญู ตันชัยสวัสดิ์ (2540) ซึ่ง Buysse et al (1989) แบ่งคุณภาพการนอนหลับออกเป็น 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย, 2) ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ (sleep latency), 3) ระยะเวลาของการนอนหลับ (total sleep time), 4) ประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติวิสัย (sleep efficiency), 5) การรบกวนการนอนหลับ, 6) การใช้ยานอนหลับ, และ 7) ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ แต่ละข้อจะถูกนำมาคิดค่าคะแนน หลังจากนั้น นำคะแนนแต่ละข้อมารวมกันเป็นคะแนนรวม (global score) ซึ่งจะอยู่ในช่วงระหว่าง 0 – 15 คะแนน แบบสอบถามนี้มีจุดตัดคะแนนที่ 5 คะแนน เพื่อวัดว่ามีคุณภาพการนอนหลับดีหรือไม่ คะแนนรวมน้อยกว่า หรือเท่ากับ 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับดี ส่วนคะแนนรวมที่มากกว่า 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี (ฉันทนา แรงสิงห์, 2550)

4. แบบสอบถามความสมดุลชีวิตกับการทำงาน ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามสมดุลชีวิตกับการทำงาน ตามแนวคิดของเด็กซ์และบอนด์ (Dex & Bond, 2005) ซึ่งถูกแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดย อมรรัตน์ แก้วทวี และอารีย์วรรณ (2557) แบบสอบถามนี้มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคคลในการทำงาน และใช้เวลาส่วนตัว แต่ละข้อให้คะแนนโดยใช้มาตราวัดประเมิน (Likert scale) แบ่งเป็น 5 ระดับคะแนน คือช่วงคะแนน 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง คะแนน 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) การแปลผลจะพิจารณาจากคะแนนรวมจากทุกข้อ คะแนนสูง หมายถึง มีความสมดุลชีวิตกับการทำงานที่ดีกว่าค่าคะแนนน้อย (อมรรัตน์ แก้วทวี และอารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2557)

5. แบบสอบถามความเครียดจากการทำงาน (The Workplace Stress Scale) ในการวิจัยครั้งนี้ จะประเมินความเครียดจากการทำงานด้วยแบบสอบถามความเครียดจากการทำงาน (The Workplace Stress Scale) ที่พัฒนาโดย The Martin Company, North Haven, CT, USA และ The American Institute of Stress, Yonkers, NY, USA แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 8 ข้อคำถาม แต่ละข้อคำถามจะเป็นการตอบแบบประมาณค่า ใน 5 ระดับ ซึ่งอยู่ระหว่าง 0 (ไม่เคย) และ 4 (บ่อยมาก) ซึ่งแบบสอบถามนี้ถูกนำมาใช้เพื่อประเมินบทบาทของความเครียดจากการทำงานที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในกลุ่มแรงงาน (McCalister, Dolbier, Webster, Mallon, & Steinhardt, 2006) อย่างไรก็ตาม แบบสอบถามนี้ยังไม่มีมีการแปลเป็นภาษาไทย ดังนั้นผู้วิจัยจะทำการแปลเป็นภาษาไทย โดยจะเริ่มแปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยและทำการแปลย้อนกลับโดยให้ผู้เชี่ยวชาญสองภาษา (bilingual expert) แปลจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ หลังจากนั้นผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษาอังกฤษจะทำการตรวจสอบความคล่องระหว่างฉบับที่แปลกับจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษและแบบวัดต้นฉบับที่เป็นภาษาอังกฤษ

6. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire) แบบสอบถามนี้ถูกพัฒนาและดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ Schaefer (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) โดย อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย (2006) แบบสอบถามนี้ถูกนำมาใช้ในการวัดระดับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ (7 ข้อ), 2) ด้านข้อมูลข่าวสาร (4 ข้อ), และ 3) ด้านทรัพยากรหรือวัตถุ (5 ข้อ) ในการคำนวณคะแนนให้นำคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่อนำมาเป็นเกณฑ์ใช้แบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากการกระจายของข้อมูลเป็นแบบปกติ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่า Mean-SD), การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง (คะแนนอยู่ระหว่าง Mean+SD), และการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง (คะแนนมากกว่า Mean+SD) (Lueboonthavatchai, 2007)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ก่อนที่จะนำเครื่องมือดังกล่าวข้างต้นไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง ผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยโดยรายละเอียด ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือการวิจัยโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน หลังจากนั้น นำผลที่ได้มาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาและวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ซึ่งผลของค่า IOC ของข้อคำถามของแบบวัดภาวะซึมเศร้า แบบวัดคุณภาพการนอนหลับ แบบวัดความสมดุลชีวิตกับการทำงาน แบบวัดความเครียดจากการทำงาน และแบบวัดการรับรู้สนับสนุนทางสังคม ที่คำนวณได้มีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป จึงมีค่าความเที่ยงตรงใช้ได้

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ หลังจากทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ และผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงคุณภาพเครื่องมือตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยที่ผู้วิจัยจะนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับประชากรที่ศึกษาจำนวนทั้งสิ้น 30 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยจะวิเคราะห์หาความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) ได้ผลการวิเคราะห์คือ แบบวัดภาวะซึมเศร้ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ .84 แบบวัดคุณภาพการนอนหลับมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ .83 แบบวัดความสมดุลชีวิตกับการทำงานมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ .73 แบบวัดความเครียดจากการทำงาน หลังจากที่ได้ตัดคำถามข้อที่ 6 ออกไปแล้ว แบบวัดนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ .71 และแบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ .91

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล: มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ทีมวิจัยประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขประจำจังหวัด (ชลบุรี ระยอง ฉะเชิงเทรา) เพื่อติดต่อประสานงานกับผู้จัดการฝ่ายบุคคล/หัวหน้าแผนกทรัพยากรบุคคลของโรงงานอุตสาหกรรม/สถานประกอบการที่จะเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อแจ้งให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย รูปแบบแผนงาน ระยะเวลาที่จะดำเนินการ ขั้นตอนการดำเนินงาน เครื่องมือที่ใช้ ตลอดจนประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

2. ทีมวิจัยจะประสานงานกับฝ่ายบุคคลของโรงงานอุตสาหกรรม/สถานประกอบการเพื่อนัดหมายวันเวลาที่เข้าไปเก็บข้อมูล

3. ในวันเก็บข้อมูลทีมวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวและชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย รูปแบบ ขั้นตอนการดำเนินงาน เครื่องมือที่ใช้ การวิเคราะห์ข้อมูล การเก็บรักษาและการนำเสนอข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ตลอดจนผลกระทบที่กลุ่มตัวอย่างอาจจะได้รับหากเข้าร่วมวิจัยโดยการตอบแบบสอบถาม ซึ่งอาจมีเพียงเล็กน้อย เช่น รู้สึกกระตือรือร้นใจจากการอ่านข้อคำถามในแบบสอบถาม เป็นต้น หากเกิดผลกระทบดังกล่าวนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถข้ามการตอบข้อคำถามนั้นๆ ได้ หรือสามารถยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้ทุกเมื่อ ทีมวิจัยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างเพื่อความเข้าใจว่าหากกลุ่มตัวอย่างไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหรือยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนั้นสามารถทำได้ทุกเมื่อ และจะไม่มีผลกระทบใดใดทั้งสิ้นต่อกลุ่มตัวอย่าง

4. ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ทีมวิจัยสอบถามกลุ่มตัวอย่างถึงความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ หากกลุ่มตัวอย่างมีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ทีมวิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้

5. ในวันเก็บข้อมูลทีมวิจัยแจก QR code ให้กับกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างนำกลับไปทำที่บ้าน โดยใช้โทรศัพท์มือถือสแกน QR code ทำแบบสอบถามในโทรศัพท์ผ่านโปรแกรม google form เมื่อกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ให้กลุ่มตัวอย่างส่งแบบสอบถามทางระบบออนไลน์ ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างต้องการให้ข้อมูลโดยการตอบจากแบบสอบถาม ทีมวิจัยจะแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างนำกลับไปทำที่บ้านได้ และผู้วิจัยนัดหมายวันที่จะเก็บรวบรวมแบบสอบถามคืน

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

การศึกษามีความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นต่อสภาพจิตใจของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเล็กน้อย เนื่องจากแบบสอบถามอาจจะมีข้อความหรือข้อความที่อาจจะกระทบต่อสภาพจิตใจ ซึ่งผู้วิจัยจะชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนทราบว่าในการทำแบบสอบถามนั้น หากมีกิจกรรมหรือคำถามใดที่กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการที่จะตอบ ขอให้ข้ามไปยังข้อความอื่นที่คิดว่ากลุ่มตัวอย่างจะตอบได้แทน นอกจากนี้การรายงานผลการวิจัยจะรายงานเป็นภาพรวมโดยไม่ระบุชื่อโรงงานอุตสาหกรรม/สถานประกอบการ นอกจากนี้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้รับจะเป็นข้อมูลปกปิด โดยจะไม่มีการระบุชื่อ นามสกุล ของผู้ตอบแบบสอบถาม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีความมั่นใจ และกล้าที่จะเปิดเผยข้อมูลของตนอย่างเต็มที่ ผู้ที่จะเข้าถึงข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้มีเพียงผู้ศึกษาวิจัย ผู้ช่วยนักวิจัย และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเท่านั้น ในระหว่างดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถที่จะขอถอนตัวจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ทุกขณะ โดยจะไม่ได้รับผลกระทบหรือสูญเสียประโยชน์ที่พึงจะได้ กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีสมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษามีจะลงนามหนังสือยินยอม ยินดี และสมัครใจเข้าร่วมการศึกษารับรองจาก ทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะการเก็บข้อมูล และลักษณะการเข้าร่วมการศึกษารับรองเรียบร้อยแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อวิเคราะห์คุณลักษณะทั่วไปของตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาและวิเคราะห์ความชุกของแรงงานไทยในเขตพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก (EEC) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. การวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติก (Logistic Regression) เพื่อวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทยในเขตพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey study) แบบการศึกษา ณ จุดเวลา (Cross-sectional study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยด้านส่วนบุคคล ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการทำงาน และด้านสังคมที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทยในระบบในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านส่วนบุคคล ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการทำงาน ด้านสังคม และภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทยในระบบในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยด้านส่วนบุคคล ($n = 455$)

ปัจจัยด้านส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี) ($M = 36.02, SD = 8.70$)		
เพศ		
ชาย	203	44.70
หญิง	251	55.30
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่า	65	14.40
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)	89	19.70
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)	100	22.10
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	198	43.80
สถานภาพสมรส		
โสด	161	35.40
แต่งงาน	237	52.10
อยู่ร่วมกันโดยไม่ได้แต่งงาน	33	7.30
หม้าย/หย่า/แยก	24	5.30
สถานภาพทางเศรษฐกิจ		
พอใช้และมีเงินสะสม	190	41.90
พอใช้แต่ไม่มีเงินสะสม	195	43.00
ไม่พอใช้แต่ได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น	11	2.40
ไม่พอใช้และมีหนี้สิน	58	12.80

จากตารางที่ 1 ในปัจจัยด้านส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 36.02 ปี ($SD = 8.70$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.30 ระดับการศึกษา ระดับปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 43.80 สถานภาพสมรส แต่งงาน ร้อยละ 52.10 รองลงมาคือ โสด ร้อยละ 35.40 มีฐานะทางการเงินแบบพอใช้แต่ไม่มีเงินสะสม ร้อยละ 43.00 รองลงมาคือ มีเงินพอใช้และมีสะสม ร้อยละ 41.90

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ

(n = 455)

ปัจจัยด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พฤติกรรมสุขภาพ		
การสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบเลย	307	67.60
ไม่สูบแต่เคยสูบ	69	15.20
สูบนานๆ ครั้ง	38	8.40
สูบบ่อยครั้ง	11	2.40
สูบเป็นประจำ	29	6.40
การดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่เคยดื่ม/ไม่ดื่มแต่เคยดื่ม	172	37.80
ดื่มปีละ 1-2 ครั้ง	111	24.40
ดื่มเกือบทุกเดือน	83	18.20
ดื่มเกือบทุกสัปดาห์/ทุกวัน	89	19.60
การออกกำลังกาย		
ไม่ได้ออกกำลังกาย	220	48.40
ออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์	152	33.40
ออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า	43	9.50
ออกกำลังกายทุกวัน	40	8.80
ดัชนีมวลกาย		
ปกติ	248	54.50
ต่ำกว่าหรือสูงกว่าเกณฑ์ปกติ	207	45.50
โรคและการเจ็บป่วย		
ไม่มีภาวะเจ็บป่วย	375	82.40
มีภาวะเจ็บป่วย	80	17.60
คุณภาพการนอนหลับ		
คุณภาพการนอนหลับดี	249	55.10
คุณภาพการนอนหลับไม่ดี	203	44.90
ความเครียดจากการทำงาน ($M = 18.48, SD = 5.11$)		

จากตารางที่ 2 ในปัจจัยด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการสูบบุหรี่ ไม่เคยสูบเลย ร้อยละ 67.60 พฤติกรรมสุขภาพด้านการดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 37.80 พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย ไม่ได้ออกกำลังกายเลย ร้อยละ 48.40 มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 54.50 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวและการเจ็บป่วย ร้อยละ 82.40 มีคุณภาพการนอนหลับดี ร้อยละ 55.10 และมีความเครียดจากการทำงานเฉลี่ย 18.48 ($SD = 5.11$)

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยด้านการทำงาน ($n = 455$)

ปัจจัยด้านการทำงาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ลักษณะงาน		
งานในออฟฟิศ	196	43.10
งานในสายผลิต	177	38.90
งานสนับสนุน/บริการลูกค้า	42	9.20
อื่น ๆ	40	8.80
การทำงานเป็นกะ		
ทำงานเวลาปกติระหว่างวัน	324	71.20
ทำงานเป็นกะ	131	28.80
สมดุลงานกับการทำงาน ($M = 35.37, SD = 5.71$)		
จังหวัดที่ทำงาน		
ชลบุรี	143	31.40
ระยอง	149	32.70
ฉะเชิงเทรา	162	35.60

จากตารางที่ 3 ในปัจจัยด้านการทำงานพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำงานทำงานในออฟฟิศ ร้อยละ 43.10 รองลงมาคือ ทำงานในสายผลิต ร้อยละ 38.90 ทำงานในแผนกสนับสนุนหรือบริการลูกค้า ร้อยละ 9.20 และทำงานในแผนกอื่นๆ ร้อยละ 8.80 ตามลำดับ ทำงานในเวลาปกติระหว่างวัน ร้อยละ 71.20 มีความสมดุลงานกับการทำงานเฉลี่ย 35.37 ($SD = 5.71$) จังหวัดที่ทำงาน ชลบุรี ร้อยละ 31.40 รองลงมาคือ ระยอง ร้อยละ 32.70 และฉะเชิงเทรา ร้อยละ 35.60 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยด้านสังคม ($n = 455$)

ปัจจัยด้านสังคม	Mean	SD
การสนับสนุนทางสังคม		
ด้านอารมณ์	26.35	4.21
ด้านข้อมูลข่าวสาร	13.87	2.85
ด้านทรัพยากรหรือวัตถุ	16.73	3.65

จากตารางที่ 4 ในปัจจัยด้านสังคมพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์เฉลี่ย 26.35 ($SD = 4.21$) รองลงมาคือ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากรหรือวัตถุเฉลี่ย 16.73 ($SD = 3.65$) และด้านข้อมูลข่าวสารเฉลี่ย 13.87 ($SD = 2.85$) ตามลำดับ

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า ($n = 455$)

ภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ภาวะซึมเศร้า		
มีภาวะซึมเศร้า	184	40.44
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	271	59.56

จากตารางที่ 5 ภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทยในระบบในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 40.44 และไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 59.56

ตอนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านส่วนบุคคล ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการทำงาน ด้านสังคม และภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทยในระบบในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านส่วนบุคคล ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ด้านสังคม ด้านการทำงาน และภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทย ($n = 455$)

ตัวแปรอิสระ	B	SE	Wald	p	Exp(B)	95% CI of Exp(B)
ปัจจัยด้านส่วนบุคคล						
เพศ (กลุ่มอ้างอิง: เพศชาย)						
- หญิง	-0.274	0.340	0.648	.421	0.760	(0.390, 1.482)
อายุ	-0.004	0.024	0.035	.852	0.996	(0.950, 1.043)
ระดับการศึกษา (กลุ่มอ้างอิง: มัธยมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่า)						
- มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	-0.259	0.593	0.191	.622	0.772	(0.241, 2.469)
- อนุปริญญา/ปวส.						
- ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี						
สถานภาพสมรส(กลุ่มอ้างอิง: โสด)						
- แต่งงาน	0.751	0.368	4.169	.041	2.119	(1.031, 4.358)
- อยู่ร่วมกันโดยไม่ได้แต่งงาน	1.478	0.605	5.961	.015	4.384	(1.339, 14.361)
- หม้าย/หย่า/แยก	1.856	0.752	6.089	.014	6.401	(1.465, 27.967)
สถานะทางเศรษฐกิจ (กลุ่มอ้างอิง: พอใช้และมีเงินออม)						
- พอใช้แต่ไม่มีเงินออม	0.956	0.332	8.270	.004	2.601	(1.356, 4.989)
- ไม่พอใช้ แต่ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น	1.944	1.074	3.278	.070	6.984	(0.852, 57.275)
- ไม่พอใช้และมีหนี้สิน	1.284	0.463	7.701	.006	3.610	(1.458, 8.939)
ปัจจัยทางด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ						
พฤติกรรมสูบบุหรี่ (กลุ่มอ้างอิง: ไม่เคยสูบ)						
- ไม่สูบแต่เคยสูบ	-0.259	0.431	0.363	.547	.772	(0.332, 1.795)
- สูบนาน ๆ ครั้ง	-0.409	0.546	0.561	.454	.664	(0.228, 1.938)
- สูบบ่อยครั้ง	-0.868	1.052	0.681	.409	.420	(0.053, 3.298)
- สูบเป็นประจำ	-0.980	0.631	2.413	.120	.375	(0.109, 1.293)
พฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ (กลุ่มอ้างอิง: ไม่เคยดื่ม/ไม่ดื่มแต่เคยดื่ม)						
- ดื่มปีละ 1-2 ครั้ง	-0.015	0.362	0.002	.968	.985	(0.485, 2.001)
- ดื่มเกือบทุกเดือน	-0.514	0.443	1.346	.246	.598	(0.251, 1.425)
- ดื่มเกือบทุกสัปดาห์/ทุกวัน	-0.344	0.427	0.651	.420	.709	(0.307, 1.636)
การออกกำลังกาย (กลุ่มอ้างอิง: ออกกำลังกายทุกวัน)						

ตัวแปรอิสระ	B	SE	Wald	p	Exp(B)	95% CI of Exp(B)
- ไม่ได้ออกกำลังกาย	2.107	0.624	11.398	.001	8.225	(2.420, 27.953)
- ออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์	1.495	0.634	5.561	.018	4.459	(1.287, 15.449)
- ออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือมากกว่า	1.062	0.725	2.142	.143	2.891	(0.698, 11.984)
ดัชนีมวลกาย (กลุ่มอ้างอิง: ภาวะปกติ)						
- ต่ำกว่าหรือสูงกว่าเกณฑ์ปกติ	0.353	0.282	1.562	.211	1.423	(0.818, 2.473)
โรคและการเจ็บป่วย (กลุ่มอ้างอิง: ไม่มีภาวะเจ็บป่วย)						
- มีภาวะเจ็บป่วย	-0.542	0.360	2.195	.138	0.581	(0.284, 1.191)
คุณภาพการนอนหลับ (กลุ่มอ้างอิง: นอนหลับดี)						
- มีปัญหาการนอนหลับ	1.789	0.287	38.21	<.001	5.982	(3.410, 10.494)
ความเครียดจากการทำงาน	0.173	0.037	22.304	<.001	1.118	(1.106, 1.277)
ปัจจัยด้านการทำงาน						
ลักษณะงาน (กลุ่มอ้างอิง: งานในออฟฟิศ)						
- งานในสายการผลิต	-0.333	0.446	0.557	.455	0.717	(0.299, 1.719)
- งานสนับสนุนหรือบริการลูกค้า	-0.143	0.557	0.066	.797	0.867	(0.291, 2.584)
- อื่น ๆ	-0.213	0.712	0.089	.765	0.808	(0.200, 3.265)
การทำงานเป็นกะ (กลุ่มอ้างอิง: ทำงานเวลาปกติระหว่างวัน)						
- ทำงานเป็นกะ	0.248	0.390	0.406	.524	1.282	(0.597, 2.752)
ความสมดุลชีวิตกับการทำงาน	0.055	0.029	3.499	.061	1.056	(0.997, 1.119)
จังหวัดที่ทำงาน (กลุ่มอ้างอิง: ฉะเชิงเทรา)						
- ชลบุรี	-0.196	0.409	0.230	.632	0.822	(0.369, 1.832)
- ระยอง	-0.080	0.404	0.039	.844	0.923	(0.418, 2.039)
ปัจจัยด้านสังคม						
การสนับสนุนทางสังคม						
- การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์	-0.137	0.050	7.469	.006	0.871	(0.791, 0.962)
- การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร	0.055	0.029	3.499	.061	1.056	(0.997, 1.119)
- การสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร	-0.002	0.002	0.917	.338	.998	(0.993, 1.002)
ค่าคงที่ (Constant)	-5.125	2.194	5.459	.019	.006	
-2 Log Likelihood					362.971	
Cox and Snell R-Square					0.391	
Nagelkerke R-Square					0.523	
Hosmer and Lemeshow Test					Chi-Square = 9.707; df = 8 ; p= .286	

จากตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทยในเขตพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออกของประเทศไทยด้วยการวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติก (Binary Logistic Regression) มีรายละเอียดของตัวแปรในปัจจัยแต่ละด้าน ดังนี้

หากพิจารณาปัจจัยด้านส่วนบุคคล พบว่า สถานะทางเศรษฐกิจและสภาพสมรสส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของแรงงานในเขตพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก กล่าวคือ หากบุคคลมีสถานะทางการเงินที่พอใช้แต่ไม่มีเงินออมมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าบุคคลที่มีสถานะทางการเงินที่พอใช้และมีเงิน

ออม (OR=2.601; p=.004) และบุคคลที่มีสถานะทางการเงินที่ไม่พอใช้และมีหนี้สินมีโอกาเสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าบุคคลที่มีสถานะทางการเงินที่พอใช้และมีเงินออม (OR=3.610; p=.006) อย่างไรก็ตาม บุคคลที่มีสถานะทางการเงินที่ไม่พอใช้แต่ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างกลับมีโอกาเสี่ยงต่อที่จะมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างจากบุคคลที่มีสถานะทางการเงินที่พอใช้และมีเงินออมแต่อย่างใด (OR=6.984, p=.070) นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่า แรงงานที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกจะมีโอกาเสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าแรงงานที่มีสถานภาพโสด (OR=6.401, p=.014) รองลงมาคือ การอยู่ร่วมกันโดยมิได้แต่งงาน (OR=4.384, p=.015) และสถานภาพแต่งงาน (OR=2.119, p=.041) ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษา พบว่า เพศ อายุ และระดับการศึกษาไม่ส่งอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทยในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออกแต่อย่างใด

ในแง่ของปัจจัยด้านสุขภาพและพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกาย คุณภาพการนอนหลับ และความเครียดจากการทำงานส่งอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทย กล่าวคือ หากบุคคลไม่ได้ออกกำลังกายจะมีโอกาเสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าบุคคลที่ออกกำลังกายทุกวัน (OR=8.225, p=.001) และบุคคลที่ออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์จะมีโอกาเสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าบุคคลที่ออกกำลังกายทุกวัน (OR=4.459, p=.018) ในขณะที่บุคคลที่ออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่าจะมีโอกาเสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างจากบุคคลที่ออกกำลังกายทุกวัน (OR=1.062, p=.143) นอกจากนี้ ผลการศึกษาพบว่า หากบุคคลมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีจะมีโอกาเสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าบุคคลที่มีคุณภาพการนอนหลับดี (OR=5.982, p<.001) และหากบุคคลเผชิญกับสภาวะความเครียดจากการทำงานที่สูงย่อมจะมีแนวโน้มเสี่ยงต่อที่จะมีภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้นตามไปด้วย (OR=1.118, p<.001) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษากลับพบว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ดัชนีมวลกาย และโรคและการเจ็บป่วยไม่ส่งอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของแรงงานในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษแต่อย่างใด

สำหรับปัจจัยทางด้านการทำงานและสภาพแวดล้อมการทำงาน พบว่า ตัวแปรลักษณะงาน การทำงานเป็นกะ ความสมดุลชีวิตกับการทำงาน และจังหวัดที่ทำงาน ไม่ส่งอิทธิพลต่อไม่ส่งอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของแรงงานในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษแต่อย่างใด

ในแง่ของปัจจัยทางด้านสังคม พบว่า หากบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์จากบุคคลรอบข้างสูงขึ้นจะมีโอกาเสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้าต่ำลง (OR=0.871, p=.006) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาพบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารและด้านทรัพยากรกลับไม่ส่งอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทยแต่อย่างใด

หากพิจารณาถึงแบบจำลองปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทยในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออกของประเทศไทยด้วยการวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติก พบว่า ค่า Cox & Snell R-Square และ Nagelkerke R-Square ซึ่งเป็นค่า Pseudo R-Square พบว่า มีค่าเท่ากับ 0.391 และ 0.523 นั้นแสดงว่า ตัวแปรอิสระทุกตัวที่ใช้ในการศึกษาสามารถร่วมกันในการอธิบายความผันแปรของตัวแปรตามได้ร้อยละ 39.1 และ 52.3 ตามลำดับ นอกจากนี้ หากพิจารณาการทดสอบ Hosmer and Lemeshow Test พบว่า ค่าสถิติ Chi-Square มีค่าเท่ากับ 9.707 ณ องศาความเป็นอิสระที่ 8 (p=.286) นั้นแสดงว่า แบบจำลองสมการถดถอยในตารางที่ 5 มีความเหมาะสมเป็นอย่างดีในการศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทยในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออกของประเทศไทย

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey study) แบบการศึกษา ณ จุดเวลา (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาปัจจัยด้านส่วนบุคคล ด้านสุขภาพ ด้านการทำงาน และด้านสังคมที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทยในระบบในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้เป็นแรงงานที่ถือสัญชาติไทยในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก ได้แก่ ในพื้นที่จังหวัดชลบุรี ระยอง และฉะเชิงเทรา ที่มีอายุอยู่ระหว่าง 18 ถึง 60 ปี จำนวน 455 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้เป็นแบบสอบถาม 6 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ แบบสอบถามสมดุลชีวิตกับการทำงาน แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความเครียดจากการทำงาน ซึ่งผู้วิจัยทำการแปลแบบสอบถามความเครียดจากการทำงานเป็นภาษาไทย โดยใช้เทคนิคการแปลแบบแปลย้อนกลับ (back-translation) แบบสอบถามทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (IOC) ของแบบสอบถาม ที่คำนวณได้มีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป จึงมีค่าความเที่ยงตรงใช้ได้ ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แบบวัดภาวะซึมเศร้ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ .84 แบบวัดคุณภาพการนอนหลับมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ .83 แบบวัดความสมดุลชีวิตกับการทำงานมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ .73 แบบวัดความเครียดจากการทำงานมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ .71 และแบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ .91 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 455 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อวิเคราะห์คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และสถิติวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติก (Logistic Regression) เพื่อวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทยในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก

จากการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทย ในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกของประเทศไทย สามารถอธิบายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทยในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก

จากผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า ในปัจจัยด้านส่วนบุคคลมีปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของแรงงานในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก ได้แก่ สถานภาพสมรสและสถานะทางเศรษฐกิจ ในด้านสถานภาพสมรสพบว่า กลุ่มคนวัยแรงงานในเขตพื้นที่ดังกล่าวที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกจะมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าแรงงานที่มีสถานภาพโสด (OR=6.401, p=.014) รองลงมาคือ การอยู่ร่วมกันโดยมิได้แต่งงาน (OR=4.384, p=.015) และสถานภาพแต่งงาน (OR=2.119, p=.041) ตามลำดับ ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของลูคาและคณะ (Luca, Bellia, Bellia, Luca, and Calandra, 2014) พบว่าบุคคลที่เป็นหม้ายและหย่าร้างมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าสูง ในขณะที่บุคคลที่แต่งงานพบว่ามีโอกาสที่จะไม่เป็นภาวะซึมเศร้าในอัตราสูงและรองลงมาคือกลุ่มคนโสด และผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาของ ชันด์ดา แนบเกษร (2561) ที่พบว่า บุคคลที่มีสถานภาพหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ รวมทั้งในบุคคลที่อยู่คนเดียว คนที่ขาดเพื่อนสนิทหรือคนใกล้ชิด เป็นคุณลักษณะที่ถูกพบมากในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (major depressive

disorder) สำหรับในกลุ่มคนที่แต่งงานนั้นมีโอกาสพบภาวะซึมเศร้าได้ในคู่สมรสที่มีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งหรือมีความขัดแย้งต่อกัน

สำหรับด้านสถานะทางเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของแรงงานในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก พบว่า กลุ่มวัยแรงงานที่มีสถานะทางการเงินที่พอใช้แต่ไม่มีเงินออมมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าบุคคลที่มีสถานะทางการเงินที่พอใช้และมีเงินออม (OR=2.601; p=.004) และบุคคลที่มีสถานะทางการเงินที่ไม่พอใช้และมีหนี้สินมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าบุคคลที่มีสถานะทางการเงินที่พอใช้และมีเงินออม (OR=3.610; p=.006) อย่างไรก็ตาม บุคคลที่มีสถานะทางการเงินที่ไม่พอใช้แต่ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างกลับมีโอกาสเสี่ยงต่อที่จะมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างจากบุคคลที่มีสถานะทางการเงินที่พอใช้และมีเงินออม (OR=6.984, p=.070) ผลการวิจัยในครั้งนี้มีความสอดคล้องกับผลการการศึกษาที่ผ่านมา โดยจากการศึกษาด้านระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้าของโบรมเมท และคณะ (Bromet et al., 2011) พบว่า การมีเศรษฐกิจฐานะทางการเงินที่ดีกว่าของบุคคลสามารถเป็นปัจจัยปกป้องภาวะซึมเศร้ากับบุคคลนั้นได้นอกจากนี้ เลวีน (Levine, 2017) ได้อธิบายเกี่ยวกับความยากจนและภาวะซึมเศร้าไว้ว่า ความขัดสนหรือความยากจนนั้นจัดเป็นความเครียดทางสิ่งแวดล้อมที่สำคัญประการหนึ่งของบุคคล โดยความเครียดดังกล่าวนี้จะส่งผลทำให้บุคคลนั้นเปราะบาง (vulnerable) ทางด้านจิตใจ ในที่สุดอาจนำไปสู่การแสดงของภาวะซึมเศร้าได้

ส่วนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพและภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทยในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก

จากผลการวิจัยพบว่า ในปัจจัยด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพมีปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของแรงงานในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก ได้แก่ พฤติกรรมการออกกำลังกาย คุณภาพการนอนหลับ และความเครียดจากการทำงาน สำหรับพฤติกรรมการออกกำลังกาย กลุ่มวัยแรงงานที่ไม่ได้ออกกำลังกายจะมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มวัยแรงงานที่ออกกำลังกายทุกวัน (OR=8.225, p=.001) และบุคคลที่ออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์จะมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าบุคคลที่ออกกำลังกายทุกวัน (OR=4.459, p=.018) ในขณะที่บุคคลที่ออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่าจะมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างจากบุคคลที่ออกกำลังกายทุกวัน (OR=1.062, p=.143) ซึ่งผลการศึกษาวิจัยนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของแลมพินเนน ไฮคคิเนน และรอปพิลา (Lampinen, Heikkinen, & Ruoppila, 2000) พบว่าบุคคลที่มีการออกกำลังกายลดน้อยลงจะมีผลทำให้มีอาการซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น และในทำนองเดียวกัน บุคคลจะมีอาการซึมเศร้าที่เพิ่มมากขึ้นหากมีการออกกำลังกายลดลง (American Psychiatric Association, 2014) ซึ่งจากผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ว่า การออกกำลังกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการออกกำลังกายสม่ำเสมอส่งผลกระทบในทางบวกต่อสภาวะจิตใจโดยทำให้ร่างกายมีระดับสารสื่อประสาทเซโรโทนินเพิ่มมากขึ้น (Chaoulloff, 1989; Meeusen, 2005; Young, 2007) ซึ่งสารเซโรโทนินมีบทบาทที่สำคัญต่อภาวะหรือโรคซึมเศร้า โดยทำหน้าที่ในการควบคุมอารมณ์และวงจรการหลับตื่นจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการทำหน้าที่ลดลงของสารสื่อประสาท serotonin และ norepinephrine ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า (Carhart-Harris & Nutt, 2017; Leonard, 2001; Lewin, 2003; Moret & Briley, 2011)

นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่า กลุ่มวัยแรงงานที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีจะมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าบุคคลที่มีคุณภาพการนอนหลับดี (OR=5.982, p<.001) ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของโชและคณะ (Cho et al., 2013) ซึ่งได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้าและคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มคนงานหญิงที่ทำงานอยู่ในโรงงานหรือทำงานเกี่ยวกับด้านการเงินและการบริการในประเทศเกาหลี โดยผลการวิจัยพบว่าคุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า

ในคนทำงานกลุ่มนี้ กลุ่มคนงานหญิงที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีจะมีอาการซึมเศร้าสูง แต่ในกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนหลับดีมีอาการซึมเศร้าต่ำ

อีกประการหนึ่งคือการเผชิญกับสภาวะความเครียดจากการทำงานพบว่า กลุ่มวัยแรงงานที่มีความเครียดจากการทำงานในระดับสูงกว่าวัยอ่อนมีแนวโน้มที่จะเสี่ยงต่อการมีภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้นตามไปด้วย (OR=1.118, $p < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของโชและคณะ (Cho et al., 2013) พบว่า ความเครียดจากงานมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าของกลุ่มคนงานหญิงในประเทศเกาหลี และยังสอดคล้องกับการศึกษาของธรรณิทร์ กองสุขและคณะ (2549) ซึ่งพบว่า เหตุการณ์ความเครียดที่มีในชีวิต อาทิ ความเครียดจากการทำงาน การตกงาน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าคนที่ไม่มีความเครียดดังกล่าวหรือในคนปกติ นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการวิจัยในต่างประเทศและในประเทศไทยเกี่ยวกับความเครียดในชีวิตและภาวะซึม โดยจากการสำรวจงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยที่ผ่านมา สะท้อนให้เห็นว่า ความเครียดในชีวิตเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า (สุธานันท์, โสภณ, และทัศนาศ, 2554)

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการทำงานและภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทยในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก

จากผลการวิจัยพบว่า ในปัจจัยด้านการทำงานพบว่า ตัวแปรลักษณะงาน การทำงานเป็นกะ ความสมดุลชีวิตกับการทำงาน และจังหวัดที่ทำงาน ไม่ส่งอิทธิพลต่อไม่ส่งอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของกลุ่มวัยแรงงานในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษแต่อย่างใด ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา (Luca, Bellia, Bellia, Luca, and Calandra, 2014) ซึ่งพบว่า ในช่วงปี ค.ศ. 2005-2014 บุคคลที่ทำงานต่าง ๆ ทั้งในช่วงระหว่างวันปกติหรือทำงานเป็นกะมีเปอร์เซ็นต์ของการไม่มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจากผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ว่า คนกลุ่มวัยแรงงานอาจเริ่มมีการปรับตัวได้ในลักษณะการทำงานหรือช่วงเวลาในการทำงานที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามความต้องการของตลาดและสภาพสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูล เป็นช่วงเวลา เศรษฐกิจของประเทศ รวมถึงหลายประเทศในโลกกำลังประสบปัญหาอย่างหนัก สภาพสังคมและการทำงานมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดและเป็นไปอย่างรวดเร็ว มีหลายบริษัทและสถานประกอบการต่าง ๆ หายยปิดกิจการเนื่องภาวะเศรษฐกิจที่ไม่ดี กลุ่มวัยแรงงานจำนวนมากต้องตกงานหรือไม่มีงานทำโดยอาจไม่ได้มีการวางแผนไว้ก่อนล่วงหน้า ด้วยสภาพเศรษฐกิจและสังคมดังกล่าวจึงอาจส่งผลทำให้บุคคลที่ยังมีงานทำอยู่ในระบบแรงงานไม่เกิดภาวะซึมเศร้า ดังนั้นการผลการศึกษาจึงพบว่า ปัจจัยด้านการทำงาน ได้แก่ ลักษณะงาน การทำงานเป็นกะ ความสมดุลชีวิตกับการทำงาน และจังหวัดที่ทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคมและภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทยในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก

จากผลการวิจัยพบว่า ในปัจจัยด้านสังคมพบว่า กลุ่มวัยแรงงานที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์จากบุคคลรอบข้างสูงขึ้นจะมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้าต่ำลดลง (OR=0.871, $p = .006$) ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยของหลายท่านที่ผ่านมา ซึ่งพบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อการลดการเกิดภาวะซึมเศร้า (ศุภชัย ตู่กลาง และคณะ, 2555; Nasreen et al., 2016; Sangalang & Gee, 2012) อีกแห่งหนึ่ง กล่าวคือ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำถึงปานกลางนั้นก็มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในระดับสูงด้วย (โชติมันต์ ชินวรารักษ์, และพีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2559) ในขณะที่การศึกษาของโชและคณะ (Cho et al., 2013) พบว่า กลุ่มคนงานหญิงที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในระดับสูง อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนถึงตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า (Cheng et

al., 2014; Nasreen et al., 2016; Van Droogenbroeck et al., 2018; Van Harmelen et al., 2016) การเบี่ยงเบนด้านอารมณ์ดังกล่าวข้างต้นถือเป็นอาการที่เด่นชัดของบุคคลที่มีภาวะนี้ (Beck, 1976; Rawlins & Heacock, 1988) ในแง่ของความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์และภาวะซึมเศร้า โดยการได้รับการสนับสนุนอารมณ์สูงมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ ซึ่งจากผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ว่า บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีอาการที่แสดงถึงความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ที่เป็นไปในลักษณะเศร้าหรือขาดความสุขในชีวิต รวมถึงมีอาการทางด้านความคิดและพฤติกรรมด้วย ดังนั้นการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถบรรเทาอารมณ์ที่เบี่ยงเบนไปได้ รวมถึงยังช่วยส่งเสริมให้บุคคลที่มีภาวะดังกล่าวสามารถเผชิญกับปัญหาและปรับตัวได้ดีขึ้น (พีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2007) ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลต้องเผชิญกับสิ่งที่ทำให้เกิดความยุ่งยากใจหรือความเลวร้ายในชีวิต มีการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าสูง (Cheng et al., 2014; Van Droogenbroeck, Spruyt, & Keppens, 2018; Wang, Cai, Qian, & Peng, 2014)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอการวิจัยทางการพยาบาล

การศึกษาวิจัยในประเด็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทยในเขตพื้นที่ระยอง เศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออกของประเทศไทยครั้งนี้ สามารถนำองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมและเสริมสร้างสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงาน ดังนี้

1.1 ผลการศึกษา พบว่า สถานภาพสมรสของแรงงานส่งอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทย แรงงานที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกจะมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้าสูงที่สุด รองลงมา ได้แก่ การอยู่ร่วมกันโดยมิได้แต่งงาน สถานภาพแต่งงาน โสด ตามลำดับ ข้อค้นพบดังกล่าวสะท้อนได้อย่างชัดเจนถึงความสำคัญและความจำเป็นในการส่งเสริมหรือการเสริมสร้างสุขภาพจิตที่ดีจำเป็นต้องเริ่มจากครอบครัวเป็นสำคัญ หากบุคคลอยู่ในสภาพแวดล้อมหรือบริบทครอบครัวที่ดีแล้ว ปัญหาภาวะซึมเศร้าจึงจะลดน้อยลงไปด้วยเหตุนี้ การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำเป็นต้องเข้าใจถึงปัญหาและบริบทของครอบครัวด้วย เช่นเดียวกัน หากสภาพครอบครัวไม่สมบูรณ์หรือมีปัญหาแรงกดดันหรือแรงบีบคั้นจากภายในครัวเรือนร่วมด้วย จะส่งผลให้บุคคลมีโอกาสร้อยต่อภาวะซึมเศร้าได้อย่างง่ายดาย ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลอยู่ในบริบทครอบครัวที่ดี ก็ย่อมเปรียบเสมือนเป็นขอบข่ายความปลอดภัย (Safety Net) ที่จะลดปัญหาภาวะซึมเศร้าวางไปได้ ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพจิตหรือสุขภาพจิตที่ดีจำเป็นต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของครอบครัวหรือสภาพแวดล้อมของครอบครัวที่ดีด้วย และไม่สามารถหลีกเลี่ยงความเข้าใจในบริบทครอบครัวไปได้

1.2 ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกาย คุณภาพการนอนหลับ และ ความเครียดจากการทำงานส่งอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทย ข้อค้นพบดังกล่าวสะท้อนว่า การส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับสุขภาพพื้นฐานของบุคคลและพฤติกรรมทางด้านสุขภาพของบุคคล ดังนั้น การเสริมสุขภาพจิตที่ดีอาจต้องเริ่มต้นจากปัจจัยพื้นฐาน เช่น การเสริมสร้างพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม การส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับและการพักผ่อนหย่อนใจอย่างเพียงพอ เป็นต้น นอกจากนี้ การส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีอาจจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานหรือระบบงานที่ไม่สามารถความเครียดหรือแรงกดดันมากเกินไปจากการทำงาน

1.3 ปัจจัยทางด้านสังคม พบว่า หากบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ที่ดี

ย่อมส่งผลทำให้ความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าลดไป ข้อค้นพบดังกล่าวสะท้อนว่า นอกเหนือจากการที่บุคคลมีสุขภาพพื้นฐานส่วนบุคคลที่ดีและพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ดีแล้ว บุคคลรอบข้างย่อมมีบทบาทสำคัญต่อการเสริมสร้างสุขภาวะที่ดีของบุคคลอีกด้วย ดังนั้น การเสริมสร้างความเข้าใจในบุคคลรอบข้างและบุคคลที่ใกล้ เช่น ญาติพี่น้อง บุคคลในครอบครัว เพื่อน เป็นต้น ย่อมส่งผลต่อกำลังใจและสนับสนุนให้แรงงานสามารถเผชิญกับปัญหาและแรงกดดันได้

2. ด้านการศึกษาพยาบาล ควรเผยแพร่องค์ความรู้ใหม่ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนเพื่อให้เข้าใจถึงสภาพหรือสถานการณ์เกี่ยวกับสุขภาพจิตของแรงงานไทยในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก กล่าวคือ การศึกษาครั้งนี้สะท้อนถึงกลุ่มเสี่ยงหรือโอกาสที่แรงงานกลุ่มต่าง ๆ เสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกันออกไป โดยที่กลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ กลุ่มแรงงานที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก (หรือกลุ่มที่มีปัญหาครอบครัว) และกลุ่มที่มีครอบครัว กลุ่มของแรงงานที่มีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพหรือพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ไม่ดีมากนัก (ได้แก่ กลุ่มคนที่ไม่ออกกำลังกาย มีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ และเผชิญความเครียดและแรงกดดันจากสภาวะการทำงานสูง) และกลุ่มคนที่ไม่ได้มีบุคคลรอบข้างที่ให้การสนับสนุนทางอารมณ์ที่เหมาะสม กลุ่มแรงงานดังกล่าวเหล่านี้ถือได้ว่าเป็นกลุ่มคนที่เปราะบางที่อาจเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ด้วยเหตุนี้ บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ที่เผชิญกับภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสมในรายบุคคล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทยในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออกของประเทศไทยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ทำให้เห็นถึงภาพของสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทยในช่วงสถานการณ์การระบาดของ Covid-19 อย่างไรก็ดี การศึกษาครั้งนี้ยังไม่ได้รวมตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความกลัวหรือความวิตกกังวลในสถานการณ์ Covid-19 ที่อาจส่งผลต่อภาวะความเครียดของแรงงานไทย ด้วยเหตุนี้ การศึกษาครั้งต่อไปอาจศึกษาถึงอิทธิพลของ Covid-19 ที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทย

2. การศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นการวิจัยเชิงปริมาณเป็นหลัก ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไปอาจใช้การวิจัยเชิงคุณภาพที่จะทำให้ได้ภาพในมุมมองมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การศึกษาในกลุ่มแรงงานที่มีปัญหาครอบครัวและแรงงานที่มีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น กลุ่มแรงงานที่ไม่เคยออกกำลังกาย มีปัญหาการนอนหลับ และเผชิญความเครียดหรือภาวะแรงกดดันจากการทำงานสูง เป็นต้น เพื่อให้เข้าใจถึงภาวะความเครียดของแรงงานไทยในเชิงลึก อันนำไปสู่การออกแบบกิจกรรมและการออกแบบการส่งเสริมและเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตหรือสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

การศึกษาครั้งนี้ใช้ข้อมูลภาคตัดขวาง ณ ช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไปอาจเป็นการศึกษาในระยะยาว (Longitudinal Data) เพื่อให้เข้าใจการเปลี่ยนแปลงและการติดตามสุขภาวะของแรงงานไทยได้อย่างลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น

ผลผลิต

งานวิจัยนี้วางแผนที่จะตีพิมพ์ในวารสารระดับชาติ ในฐานข้อมูล TCI กลุ่ม 1

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2558). *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 14 และการประชุมวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กครั้งที่ 12*. กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต. (2559a). *รายงานอัตราการฆ่าตัวตาย (รายต่อแสนประชากร) ปี พ.ศ. 2540-2560*. Retrieved from https://www.dmh.go.th/report/suicide/stat_prov.asp
- กรมสุขภาพจิต. (2559b). *รายงานจำนวนการฆ่าตัวตายของประเทศไทยแยกตามช่วงอายุ*. Retrieved from <https://www.dmh.go.th/report/suicide/age.asp>
- กระทรวงแรงงาน. (2560). *รายงานการศึกษาวิเคราะห์: ฐานข้อมูลแรงงานและประมาณการความต้องการแรงงานของอุตสาหกรรมเป้าหมายในพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก (EEC)*. กรุงเทพมหานคร: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชัน.
- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. *แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย*. *สารศิริราช*, 46, 1-9.
- จันทิมา องค์กรโฆสิต. (2545). *จิตบำบัด การปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป*. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ครีเอชั่น.
- ฉันทนา แรงสิงห์. (2550). *คุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต, สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์, มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์.
- ชนิดดา แนนเกษร. (2561). *ภาวะซึมเศร้า: พยาธิสภาพและการพยาบาล*. ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.
- ชมนาท รัตนมณี. (2547). *แรงงานต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมายกับปัญหาความมั่นคงแห่งชาติสาธารณะ สุขสังคมและเศรษฐกิจ*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร.
- โชติมันต์ ชินวารักษ์, และพีรพันธ์ ลือบุญวัชชัย. (2559). *อาการทางกายและความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 61(4), 281-294.
- ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์, และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์. (2540). *ปัญหาคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 42(3), 123-132.
- ธนา นิลชัยโกวิท, มาโนช หล่อตระกูล, และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2539). *การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41, 18-30.
- ธรรมนาถ เจริญบุญ. (2554). *แบบประเมินและแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย: ข้อควรพิจารณาในการเลือกใช้*. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 11(4), 667-676.
- ธณินทร์ กองสุข และคณะ. (2549ก). *องค์ความรู้โรคซึมเศร้า: ผลการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ*. สืบค้นเมื่อ พฤษภาคม, 22, 2550, จาก website <http://thaidepression.prasri.go.th/reportfile/r001.pdf>
- นุชนาถ แก้วมาตร, จันทนา เกิดบางแถม, และชนิดดา แนนเกษร (2554). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนิสิตพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา*. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 19(2), 84-95.
- มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. (2539). *การพัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41,

235-246.

- มานอช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิชัย. (2555). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รณชัย คงสกนธ์, สมบัติ ศาสตร์รุ่งภัต, อวยชัย โรจนนรินทร์, และอุไร บูรณเชษฐ. การพัฒนาแบบประเมิน Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 48, 211-218.
- ลัดดา แสนสีหา. (2537). *ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติในทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย*. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิไล คุปต์นริศชัยกุล, และพนม เกตุมาน. (2540). การศึกษาแบบทดสอบวัดความซึมเศร้าโดยเครื่องมือ The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) ในคนไทย. *สารศิริราช*, 49, 442-448.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2548). *ทฤษฎีจิตวิทยาบุคลิกภาพ: รู้เขา รู้เรา* (พิมพ์ครั้งที่ 12). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- ศุภชัย ตู้กลาง, อรพรรณ ทองแดง, อีร์ศักดิ์ สาตรา, และสุชีรา ภัทรายุตวรรตน์. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของ นักเรียนวัยรุ่นตอนต้นในโรงเรียนขยาย โอกาสทางการศึกษา จังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารสมาคม จิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(3), 283-294.
- สายฝน เอกวางกูร, และอุจน์จิตร คุนารักษ์. (2559). ภาวะซึมเศร้ากับการบำบัดทางการพยาบาล. ใน สายฝน เอกวางกูร (บรรณาธิการ). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ 1* (พิมพ์ครั้งที่ 3). (หน้า 219-254). นครศรีธรรมราช: ศูนย์หนังสือมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- สุทธนันท์ ชุนแจ่ม, โสภิตา แสงอ่อน, และทัศนาวทีคุณ. (2554). การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 17(3), 412-429.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, กุศลาภรณ์ ชัยอุดมสม, และสุรพล วีระศิริ. (2560). กลุ่มโรคซึมเศร้า (Depressive Disorders) ใน กุศลาภรณ์ ชัยอุดมสม, ภัทรี พหลภาคย์, ภาพันธ์ วัฒนวิทย์กิจ, และศิริณา อภิสสิทธิ์
- ภิญโญ บรรณาธิการ. *จิตเวชศาสตร์ Psychiatry*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านานาวิทยา. สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (2561). Academic Focus: ความต้องการแรงงานไทยในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (พ.ศ. 2561 – 2570). Retrieved from <http://www.parliament.go.th/library>
- อมรรัตน์ แก้วทวี, และอารีย์วรรณ อ่วมธานี. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างสมดุลชีวิตกับการทำงาน ความปลอดภัยในการปฏิบัติงานกับความยืดหยุ่นผู้ปฏิบัติงานต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชนภาคใต้. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 313-320.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553). *การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขะพิชิตกุล. (2535). *การวินิจฉัยอาการซึมเศร้าในเด็กอายุ 10-15 ปี ด้วย Children's Depression Inventory (CDI) ในรายงานการวิจัยเสนอในการประชุมวิชาการประจำปีของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* (หน้า 228-236). กรุงเทพฯ: สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์, และปิยลัมพร หะวานนท์. (2540). การใช้ CES-D ในการคัด

- กรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 42, 2-13.
- Alonso, J., Petukhova, M., Vilagut, G., Chatterji, S., Heeringa, S., Ustun, T. B., . . . Kessler, R. C. (2011). Days out of role due to common physical and mental conditions: Results from the WHO World Mental health surveys. *Molecular Psychiatry*, 16(12), 1234-1246. doi:10.1038/mp.2010.101
- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev., Vol. 14). Washington, DC: Author.
- Bank, W. M., Park, S., Jon, D. I., Yoon, B. H., Min, K. J., & Hong, J. P. (2011). Relationship between painful physical symptoms and severity of depressive symptomatology and suicidality. *Psychiatry Research*, 189, 357-361.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper Row.
- Beck, A. T. (1973). *The diagnosis and management of depression*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1976) *Cognitive therapy and the emotional disorder*. New York: NY International Universities Press.
- Berzins, S. A., Bulloch, A. G., Burton, J. M., Dobson, K. S., Fick, G. H., & Patten, S. B. (2017). Determinants and incidence of depression in multiple sclerosis: A prospective cohort study. *Journal of Psychosomatic Research*, 99, 169-176.
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., De Girolamo, G., . . . Kessler, R. C. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, 9, 90. doi:10.1186/1741-7015-9-90
- Bruffaerts, R., Vilagut, G., Demyttenaere, K., Alonso, J., Alhamzawi, A., Andrade, L. H., . . . Kessler, R. C. (2012). Role of common mental and physical disorders in partial disability around the world. *British Journal of Psychiatry*, 200, 454-461. doi:10.1192/bip.bp.111.097519
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI): A new instrument for psychiatric research and practice. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213.
- Carhart-Harris, R. L., & Nutt, D. J. (2017). Serotonin and brain function: A tale of two receptors. *Journal of Psychopharmacology*, 31(9), 1091-1120.
- Chaouloff F. (1989). Physical exercise and brain monoamines: A review. *Acta Physiologica Scandinavica*, 137, 1-13.
- Cheng, Y., Li, X. C., Lou, C., Sonenstein, F. L., Kalamar, A., Jejeebhoy, S., et al. (2014). The association between social support and mental health among vulnerable adolescents in five cities: Findings from the study of the well-being of adolescents in vulnerable environments. *Journal of Adolescent Health*, 55(6

- supplement), S31-S38.
- Cho, H. S., Kim, Y. W., Park, H. W., Lee, K. H., Jeong, B. G., Kang, Y. S., & Park, K. S. (2013). The relationship between depressive symptoms among female workers and job stress and sleep quality. *Annals of Occupational and Environmental Medicine*, *25*(1), 1-12.
- Daniels, L., & McCraher, L. (2000). *The Work-Life Manual*. London: Industrial Society.
- Delisle, V., Beck, A. T., Dobson, K., Dozois, D., & Thombs, B. (2012). Revisiting gender differences in somatic symptoms of depression: Much ado about nothing?. *PLoS One*, *7*, 1-5.
- Eaton, W. W., Martins, S. S., Nestadt, G., Bienvenu, O. J., Clarke, D., & Alexandre, P. (2008). The burden of mental disorders. *Epidemiologic Reviews*, *30*(1), 1-14.
- Feinstein, A. (2011). Multiple sclerosis and depression. *Multiple Sclerosis Journal*, *17*, 1276-1281.
- Gan, Z., Li, Y., Xie, D., Shao, C., Yang, F., Shen, Y., et al. (2012). The impact of educational status on the clinical feature of major depressive disorder in Chinese woman. *Journal of Affect Disorders*, *136*, 988-992.
- Jadhav, S., Weiss, M. G., & Littlewood, R. (2001). Cultural experience of depression among white Briton in London. *Anthropology and Medicine*, *8*, 47-69.
- Judd, L. L., Akiskal, H. S., Zeller, P. J., Paulus, M., Leon, A. C., Maser, J. D., . . . Keller, M. B. (2000). Psychosocial disability during the long-term course of unipolar major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, *57*, 375-380.
- Kang, H.-J., Kim, S.-Y., Bae, K.-Y., Kim, S.-W., Shin, I.-S., Yoon, J.-S., & Kim, J.-M. (2015). Comorbidity of Depression with Physical Disorders: Research and Clinical Implications. *Chonnam Medical Journal*, *51*(1), 8-18. doi:10.4068/cmj.2015.51.1.8
- Kaplan, H. I., Sadock, B., J., & Grebb, J. A. (1998). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry*. 8th ed. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kasantikul, D., Karnjanathanalers, N., Limsuwan, N., Thongtang, O, Vuthiganond, S., Khuangsirikul, V., . . . Theeramoke, V. (1997). Health-related self-report (HRSR) scale: the diagnostic screening test for depression in Thai population. *Journal of the Medical Association of Thailand*, *80*(10), 647-657.
- Lampinen P., Heikkinen R. L., Ruoppila I. (2000). Changes in intensity of physical exercise as predictors of depressive symptoms among older adults: An eight-year follow-up. *Preventive Medicine*, *30*, 371-380.
- Leonard, B. E. (2001). Stress, norepinephrine and depression. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, *26*(Supplement), S11-16.
- Levine, D. (2017). *What are the risk factors for depression?* Retrieved from <https://health.usnews.com/health-care/patient-advice/articles/2017-04-11/what->

are-the-risk-factors-for-depression

- Lewin, K. (2003). *A dynamic theory of personality*. New York: McGraw-Hill.
- Lotrakul, M., & Sukanich, P. (1999). Development of the Thai Depression Inventory, *Journal of the Medical Association of Thailand, 82*, 1200-1207.
- Luca, M., Bellia, S., Bellia, M., Luca, A., & Calandra, C. (2014). Prevalence of depression and its relationship with work characteristics in a sample of public workers. *Neuropsychiatric Disorder Treat, 10*, 519-525.
- Lueboonhavatchai, P. (2007). Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. *Journal of The Medical Association of Thailand, 90*, 2164-2174.
- Lueboonthavatchai, P., & Lueboonthavatchai, O. (2006). Quality of life and correlated health status and social support of schizophrenic patients' caregivers. *Journal of The Medical Association of Thailand, 89*, 13-19.
- Meeusen R. (2005). Exercise and the brain: Insight in new therapeutic modalities. *Ann Transplant, 10*(4), 45-51.
- McCalister, K. T., Dolbier, C. I., Webster, J. A., Malion, M. W., & Steinhardt, M. A. (2006). Hardiness and support at work as predictors of work stress and job satisfaction. *American Journal of Health Promotion, 3*, 383-391.
- Moret, C., & Briley, M. (2011). The important of norepinephrine in depression. *Neuropsychiatry Treat, 7*(Supplement 1), 9-13.
- Nasreen, H. E., Alam, M. A., & Edhborg, M. (2016). Prevalence and associated factors of depressive symptoms among disadvantaged adolescents: Results from a population-based study in Bangladesh. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 29*, 135-144.
- Rawlins, R. P., & Heacock, P. E. (1988). *Clinical manual of psychiatric nursing*. St. Louis: The CV Mosby Co.
- Sangalang, C. C., & Gee, G. C. (2012). Depression and anxiety among Asian Americans: The effects of social support and strain. *Social Work, 57*(1), 49-60.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine, 4*, 381-406.
- Stuart, G. W. (2009). *Principle of practice of psychiatric nursing*. St. Louis: Elsevier Mosby.
- Vaccarino, A. L., Sills, T. L., Evans, K. R., & Kalali, A. H. (2009). Multiple pain complaints in patients with major depressive disorder. *Psychosomatic Medicine, 71*, 159-162.
- Vaccarino, A. L., Sills, T. L., Evans, K. R., & Kalali, A. H. (2008). Prevalence and association of somatic symptoms in patients with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders, 110*, 270-276.
- Van Droogenbroeck, F., Spruyt, B., & Keppens, G. (2018). Gender differences in mental health problems among adolescents and the role of social support: Results

- from the Belgian health interview surveys 2008 and 2013. *BioMed Central Psychiatry*, 18(1), 6. doi:10.1186/s12888-018-1591-4
- Van Harmelen, A.-L., Gibson, J. L., St Clair, M. C., Owens, M., Brodbeck, J., Dunn, V., et al. (2016). Friendships and Family Support Reduce Subsequent Depressive Symptoms in At-Risk Adolescents. *Public Library of Science ONE*, 11(5), e0153715. doi:10.1371/ journal.pone.0153715
- Wang, X., Cai, L., Qian, J., & Peng, J. (2014). Social support moderates stress effects on depression. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(41), 1-5.
- World Health Organization. (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva, Switzerland: WHO Press.
- World Health Organization. (2016). *Making mental health a global development priority: To coincide with the World Bank Group/IMF spring meeting*. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/WB_WHO_meeting_2016.pdf
- World Health Organization. (2017a). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2017b). *Mental health action plan 2013-2020*. Geneva: World Health Organization.
- Young S. N. (2007). How to increase serotonin in the human brain without drugs. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 32, 394-399.
- Yongthong, N., Wattanapailin, A., Seeherunwong, A., & Yuttatri, P. (2013). The effect of a coping enhancing program on depression in breast cancer patients. *Journal of Nursing Sciences*, 31(3), 27-36.

ภาคผนวก (Appendix)

**แบบสอบถามปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทย
ในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออกของประเทศไทย**

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทย ในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก

แบบสอบถามฉบับนี้ จำนวน 7 หน้า แบ่งออกเป็น 6 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1	แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป	
ตอนที่ 2	แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า	จำนวน 20 ข้อ
ตอนที่ 3	แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ	จำนวน 18 ข้อ
ตอนที่ 4	แบบสอบถามความเครียดจากการทำงาน	จำนวน 7 ข้อ
ตอนที่ 5	แบบสอบถามสมดุลชีวิตกับการทำงาน	จำนวน 10 ข้อ
ตอนที่ 6	แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 16 ข้อ

ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ จะถูกนำไปใช้ในการวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือหรือแบบวัดที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับและผลการวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือจะถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสอบถามและสถานประกอบการ

ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามครั้งนี้จะมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง และใช้เวลาประมาณ 15 – 20 นาที จึงขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงและครบถ้วนในทุกข้อคำถาม เพื่อข้อมูลที่ได้จะถูกนำไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานในเขต EEC ต่อไป และเสริมสร้างภาวะสุขภาพของกลุ่มแรงงานไทยให้ดียิ่งขึ้น

หากท่านมีข้อสงสัยประการใดหรือต้องการสอบถามรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อได้ที่ อาจารย์ ดร. จันทนา เกิดบางแถม เบอร์โทรศัพท์ 08-3095-4707 หรืออีเมลล์ jantana_ct@hotmail.com

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามตามความเป็นจริงของท่าน

ด้านส่วนบุคคล

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ ปี
3. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย	<input type="checkbox"/> ปวช.
<input type="checkbox"/> ปวส.	<input type="checkbox"/> อนุปริญญา
<input type="checkbox"/> ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	<input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ).....	
4. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> แต่งงานและอยู่ร่วมกัน
<input type="checkbox"/> แต่งงานแต่แยกกันอยู่	<input type="checkbox"/> อยู่ด้วยกันโดยไม่ได้แต่งงาน
<input type="checkbox"/> หม้าย	<input type="checkbox"/> หย่า / แยกทาง
5. รายได้

<input type="checkbox"/> น้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน	<input type="checkbox"/> 10,001 – 20,000 บาท/เดือน
<input type="checkbox"/> 20,001 – 30,000 บาท/เดือน	<input type="checkbox"/> 30,001 – 40,000 บาท/เดือน
<input type="checkbox"/> 40,001 – 50,000 บาท/เดือน	<input type="checkbox"/> มากกว่า 50,000 บาท/เดือน
6. สถานภาพทางเศรษฐกิจ

<input type="checkbox"/> พอใช้และมีเงินสะสม	<input type="checkbox"/> พอใช้แต่ไม่มีเงินสะสม
<input type="checkbox"/> ไม่พอใช้แต่ได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น	<input type="checkbox"/> ไม่พอใช้และมีหนี้สิน
7. เขตที่อยู่อาศัย

<input type="checkbox"/> ในเขตเทศบาล
<input type="checkbox"/> นอกเขตเทศบาล
8. บุคคลที่ร่วมอาศัยกับท่าน

<input type="checkbox"/> อยู่คนเดียว	<input type="checkbox"/> อยู่กับครอบครัว/ญาติ
<input type="checkbox"/> อยู่กับเพื่อน	<input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ).....

(มีต่อหน้าถัดไป)

ด้านสุขภาพ

1. ปัจจุบันท่าน มีน้ำหนัก..... กิโลกรัม มีส่วนสูง..... เซนติเมตร
2. ประวัติการสูบบุหรี่

<input type="checkbox"/> ไม่เคยสูบเลย <input type="checkbox"/> สูบนาน ๆ ครั้ง <input type="checkbox"/> สูบเป็นประจำ	<input type="checkbox"/> ไม่สูบแต่เคยสูบ <input type="checkbox"/> สูบบ่อยครั้ง
---	---
3. ประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

<input type="checkbox"/> ไม่เคยดื่มเลย <input type="checkbox"/> ดื่มปีละ 1-2 ครั้ง <input type="checkbox"/> ดื่มเกือบทุกสัปดาห์	<input type="checkbox"/> ไม่ดื่มแต่เคยดื่ม <input type="checkbox"/> ดื่มเกือบทุกเดือน <input type="checkbox"/> ดื่มเกือบทุกวัน
---	--
4. ปัจจุบันท่านออกกำลังกายเฉลี่ยสัปดาห์ละกี่วัน

<input type="checkbox"/> ไม่ได้ออกกำลังกายเลย <input type="checkbox"/> ออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป <input type="checkbox"/> ออกกำลังกายทุกวัน	<input type="checkbox"/> ออกกำลังน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ <input type="checkbox"/> ออกกำลังกายมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์
---	--
5. ปัจจุบันท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	ถ้ามี โรคประจำตัวของท่าน คือ.....
---	-----------------------------------

ด้านการทำงาน

1. ระยะเวลาที่ท่านทำงานในตำแหน่งปัจจุบัน ปี
2. ท่านทำงานในอุตสาหกรรมเกี่ยวกับ.....
3. ลักษณะงานที่ท่านทำอยู่เป็นลักษณะใด

<input type="checkbox"/> งานในออฟฟิศ <input type="checkbox"/> งานสนับสนุน/บริการลูกค้า	<input type="checkbox"/> งานในสายผลิต <input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ).....
---	---
4. ลักษณะการทำงานของท่านเป็นแบบใด

<input type="checkbox"/> ทำงานเวลาปกติระหว่างวัน <input type="checkbox"/> ต้องทำงานเป็นกะ (เช้า-บ่าย-ดึก)	<input type="checkbox"/> ทำงานเป็นกะ <input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ).....
--	--
5. จังหวัดที่ท่านทำงานอยู่ปัจจุบัน

<input type="checkbox"/> ชลบุรี	<input type="checkbox"/> ระยอง	<input type="checkbox"/> ฉะเชิงเทรา
---------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

(มีต่อหน้าถัดไป)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้ว่าท่านเห็นด้วยระดับใด แล้วทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่อง
หลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยแต่ละข้อมีเพียงคำตอบเดียว

	ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีความรู้สึกดังต่อไปนี้บ่อยเพียงใด	ไม่เลย (น้อยกว่า 1 วัน)	นาน ๆ ครั้ง (1-2 วัน)	บ่อย ๆ (3-4 วัน)	ตลอดเวลา (5-7 วัน)
1	ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย				
2	ฉันรู้สึกเบื่ออาหาร				
3	ฉันรู้สึกว่าฉันไม่สามารถจัดการความ หม่นหมองออกไป แม้ว่าจะมีคนใน ครอบครัวคอยช่วยเหลือ				
4	ฉันรู้สึกตนเองมีความดีทัดเทียมคนอื่น ๆ				
5	ฉันไม่มีสมาธิ				
6	ฉันรู้สึกหดหู่ใจ				
7	ฉันรู้สึกว่าทุกๆ สิ่งที่ฉันกระทำได้ต้องฝืนใจทำ				
8	ฉันรู้สึกมีความหวังเกี่ยวกับอนาคต				
9	ฉันคิดว่าชีวิตฉันมีแต่ความล้มเหลว				
10	ฉันรู้สึกหวาดกลัว				
11	ฉันนอนไม่ค่อยหลับ				
12	ฉันมีความสุข				
13	ฉันพูดคุยน้อยกว่าปรกติ				
14	ฉันรู้สึกอ้างว้างเดียวดาย				
15	ฉันรู้สึกว่าผู้คนทุกๆ ไปไม่มีความเป็นมิตร				
16	ฉันรู้สึกว่าชีวิตนี้สนุกสนาน				
17	ฉันมักร้องไห้				
18	ฉันรู้สึกไม่มีความสุข				
19	ฉันรู้สึกว่าผู้คนรอบข้างไม่ชอบฉัน				
20	ฉันรู้สึกท้อแท้ในชีวิต				

(มีต่อหน้าถัดไป)

ตอนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ

คำชี้แจง คำถามในแบบสอบถามนี้เป็นคำถามที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา กรุณาตอบคำถามที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

1. เวลาที่เข้านอนปกติ คือ น.
2. เมื่อท่านเริ่มเข้านอน ท่านใช้เวลาานเท่าไร ท่านถึงจะหลับจริง (จำนวนนาที) นาที
3. เวลาที่ตื่นนอนปกติ คือ น.
4. ในช่วงกลางคืน ท่านได้นอนหลับจริงกี่ชั่วโมง (นับจำนวนชั่วโมงตั้งแต่ท่านหลับจนถึงตื่นนอนในตอนเช้า โดยไม่นับรวมเวลาที่ยังนอนอยู่บนเตียงหรือยังไม่ลุกจากที่นอน หลังจากตื่นแล้ว)
จำนวนชั่วโมงที่นอนหลับได้จริงต่อคืน ชั่วโมง

ตั้งแต่ ข้อ 5 ถึง ข้อ 9 กรุณาทำเครื่องหมายถูก (✓) ที่ตรงกับตัวเลือกตามความเป็นจริงมากที่สุด โดยแต่ละข้อมีเพียงคำตอบเดียว (โปรดตอบให้ครบทุกข้อ)

5. ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับเนื่องมาจากสาเหตุเหล่านี้บ่อยแค่ไหน

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	ไม่มีเลย	น้อยกว่า สัปดาห์ละครั้ง	สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง	สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ขึ้นไป
5.1 ไม่สามารถหลับได้ภายใน 30 นาที หลังจากเข้านอนไปแล้ว				
5.2 ตื่นกลางดึกหรือตื่นเช้ามืดกว่าปกติ				
5.3 ลุกมาเข้าห้องน้ำ				
5.4 หายใจไม่สะดวกระหว่างนอนหลับ				
5.5 ไอหรือกรนเสียงดัง				
5.6 รู้สึกหนาวหรือเย็นเกินไป				
5.7 รู้สึกร้อนเกินไป				
5.8 ฝันร้าย				
5.9 มีอาการเจ็บปวด				
5.10 เหตุผลอื่นๆ ที่รบกวนการนอนหลับ โปรดระบุ.....				

(มีต่อหน้าถัดไป)

6. ท่านเห็นว่าคุณภาพการนอนหลับโดยรวมของท่านเป็นอย่างไร
 ดีมาก ค่อนข้างดี ค่อนข้างแย่ แย่มาก
7. ท่านใช้ยาเพื่อช่วยให้นอนหลับบ่อยแค่ไหน (ยาที่ได้รับตามคำสั่งของแพทย์ และ/หรือ ยาที่ท่านซื้อเอง)
 ไม่มีเลย น้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง
 สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ขึ้นไป
8. ท่านมีปัญหา่วงนอนขณะขับรถ รับประทานอาหาร หรือทำกิจกรรมทางสังคม บ่อยแค่ไหน
 ไม่มีเลย น้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง
 สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ขึ้นไป
9. ท่านประสบปัญหาการทำงานไม่เสร็จอันเนื่องมาจากขาดความกระตือรือร้นมากน้อยเพียงใด
 ไม่มีปัญหาเลย มีปัญหาเพียงเล็กน้อย
 ค่อนข้างมีปัญหา มีปัญหามาก

ตอนที่ 4 แบบสอบถามความเครียดจากการทำงาน

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้ว่าท่านเห็นด้วยระดับใด แล้วทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่อง
 หลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยแต่ละข้อมีเพียงคำตอบเดียว

	เมื่อคิดถึงงานปัจจุบันที่ท่านทำอยู่ ท่านมีความรู้สึกดังต่อไปนี้บ่อยเพียงใด	บ่อยมาก	บ่อย	บางครั้ง	ค่อนข้าง น้อย	ไม่มีเลย
1	สภาพแวดล้อมที่ทำงานไม่น่าพอใจหรือไม่ปลอดภัย					
2	งานของฉันส่งผลไม่ดีต่อสุขภาพของฉันทั้งทางด้าน ร่างกายและอารมณ์					
3	ฉันมีงานที่ต้องทำจำนวนมาก และ/หรือมี กำหนดเวลาที่ต้องทำให้เสร็จแบบไม่สมเหตุสมผล					
4	ฉันรู้สึกลำบากใจในการแสดงออกทางความคิดหรือ ความรู้สึกเกี่ยวกับสภาพงานของฉันต่อหัวหน้างาน					
5	ฉันรู้สึกว่าความกดดันจากงานรบกวนครอบครัว หรือชีวิตส่วนตัวของฉัน					
6	ฉันได้รับการยอมรับหรือได้รับรางวัลสำหรับการ ปฏิบัติงานที่ดี					
7	ฉันสนุกกับการทำงานในปัจจุบันที่ได้ใช้ทักษะ ความสามารถอย่างเต็มที่					

(มีต่อหน้าถัดไป)

ตอนที่ 5 แบบสอบถามความสมดุลชีวิตกับการทำงาน

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้ว่าท่านเห็นด้วยระดับใด แล้วทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่อง
หลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยแต่ละข้อมีเพียงคำตอบเดียว

	ข้อความคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1	เนื่องจากปริมาณงานที่ต้องดำเนินการให้เสร็จในแต่ละเวรมีจำนวนมาก ทำให้ท่านต้องทำงานล่วงเวลา					
2	ท่านมีเวลาให้กับบุคคลที่สำคัญในชีวิตของท่าน เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อน					
3	ท่านสามารถทำงานเสร็จในเวลา โดยไม่ต้องนํางานกลับไปทำที่บ้าน					
4	วันหยุดคือวันที่ท่านได้พักผ่อนอย่างเต็มที่					
5	ปัญหาจากที่บ้านรบกวนสมาธิในการทำงานของท่าน					
6	ขณะที่ตัวท่านอยู่บ้าน แต่ใจท่านยังอยู่ที่ทำงาน					
7	แม้ต้องทุ่มเทเวลาให้กับงาน แต่ท่านก็ยังสามารถรักษาสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกทุกคนในครอบครัวได้					
8	ท่านมีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมกับครอบครัวเสมอ					
9	ท่านมีเวลาสำหรับทำงานอดิเรกที่ท่านชอบ					
10	ท่านมีความสุขกับชีวิตการทำงานและการใช้ชีวิตส่วนตัวในปัจจุบัน					

(มีต่อหน้าถัดไป)

ตอนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ในแต่ละข้อคำถามที่ตรงกับท่านมากที่สุด

	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	มีผู้แสดงความเห็นอกเห็นใจเมื่อท่านมีอาการเจ็บป่วย					
2	มีผู้ห่วงใยถามข่าวคราวทุกข์สุขของท่านเสมอ					
3	ท่านได้รับกำลังใจจากคนในครอบครัวเมื่อไม่สบายใจหรือเป็นทุกข์					
4	บุคคลรอบข้างเป็นเพื่อนที่ดีกับท่าน					
5	ท่านมีผู้ที่ไว้วางใจและเป็นที่ยอมรับได้เมื่อไม่สบายใจ					
6	คนในครอบครัวดีต่อท่านเสมอ					
7	คนร่วมงานดีต่อท่านเสมอ					
8	มีผู้ให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์กับท่านเสมอ					
9	มีผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองแก่ท่านเป็นอย่างดี					
10	มีผู้แนะนำท่านเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัย					
11	ท่านได้รับคำแนะนำในเรื่องที่ท่านอยากรู้					
12	เมื่อมีปัญหาการเงิน ท่านได้รับความช่วยเหลือเสมอ					
13	มีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้านของท่าน					
14	มีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระที่ทำงานของท่าน					
15	มีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระการดูแลสมาชิกในครอบครัวของท่าน					
16	ท่านได้รับสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นเสมอ					

“ขอขอบคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้ ที่กรุณาตอบแบบสอบถามอย่างดี”