

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์



ศุภิสรา เจริญไพฑูรย์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2553

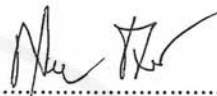
Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

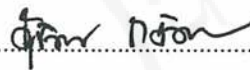
วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์



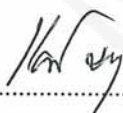
นางสาวสุกิสรา เจริญไพฑูรย์
ผู้วิจัย



รองศาสตราจารย์สุรินทร์ กลัมพากร,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก



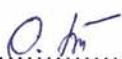
รองศาสตราจารย์ปรารธนา สถิตย์วิภาวี,
Ph.D. (Public Health)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



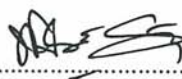
อาจารย์แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ,
Ph.D. (Global Environmental Health Sciences)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



ผู้ช่วยศาสตราจารย์โสภณ แสงอ่อน,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอี่ยมพร มัชฌิมวงศ์,
Ph.D.
รักษาราชการแทนคณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



อาจารย์ทัศนีย์ รวีวรกุล,
ปร.ค. (การพยาบาล)
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahachulalongkornrajavidyalaya University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

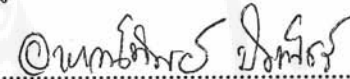
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข

วันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ. 2553



นางสาวศุภิสรา เจริญไพฑูรย์

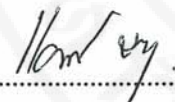
ผู้วิจัย



อาจารย์อาภรณ์ทิพย์ บัวเพชร,

ส.ค. (การพยาบาลสาธารณสุข)

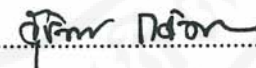
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



อาจารย์แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ,

Ph.D. (Global Environmental Health Sciences)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์สุรินทร์ กลัมพากร,

Ph.D. (Nursing)

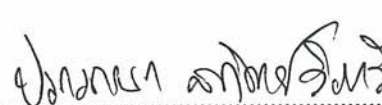
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์โสภณ แสงอ่อน,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์ปรารณา สติชัยวิภาวี,

Ph.D. (Public Health)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอี่ยมพร มัชฌิมวงศ์,

Ph.D.

รักษาการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล,

พ.บ., อ.ว. (ระบาดวิทยา)

คณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือจากบุคคลหลายท่าน ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ ที่นี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งรองศาสตราจารย์ ดร. สุรินทร์ กลัมพากร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.ปรารธนา สถิตย์วิภาวี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โสภณ แสงอ่อน และอาจารย์ ดร. แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำปรึกษาด้านวิชาการ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในการทำวิทยานิพนธ์ รวมทั้งดูแลเอาใจใส่สนับสนุนให้กำลังใจด้วยดีตลอดมา

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ ดร. อาภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ของวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ นพ.มาโนช หล่อตระกูล รองศาสตราจารย์ ดร.สุณีย์ ละกำป็น รองศาสตราจารย์ ดร. สรา อาภรณ์ อาจารย์ ดร.ศุภกิจ เจริญสุข และอาจารย์ ดร.อาภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยและให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือ ขอขอบคุณคณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขทุกท่านที่ได้ให้วิชาความรู้ ให้กำลังใจในการศึกษาในระดับปริญญาโท ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้การดำเนินการวิจัยประสบความสำเร็จในครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิ กรุงเทพมหานคร ที่ให้โอกาสในการศึกษาต่อ และขอขอบคุณคณาจารย์ เจ้าหน้าที่จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิ กรุงเทพ ทุกท่านที่ให้กำลังใจในการศึกษาครั้งนี้ให้ประสบความสำเร็จไปด้วยดี

ผู้วิจัยขอขอบคุณโรงงานอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผู้ช่วยวิจัย เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานและผู้ยินยอมตนในการทำวิจัยทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล การติดต่อประสานงานและอำนวยความสะดวกในการศึกษาครั้งนี้

ท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และสมาชิกทุกคนในครอบครัว ของผู้วิจัยทุกคนที่สนับสนุนให้กำลังใจในทุกเรื่อง ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข ตลอดจนพี่น้องนักศึกษาปริญญาเอก พี่ๆเพื่อนๆ นักศึกษาปริญญาโท เอกการพยาบาลสาธารณสุข ทั้งภาคปกติและภาคพิเศษ และบุคคลอื่นๆที่ไม่ได้กล่าวนามในที่นี้ ที่มีส่วนในการสนับสนุนและเป็นที่กำลังใจให้แก่ผู้วิจัยเสมอมา ส่งผลให้ความสำเร็จเกิดขึ้นในครั้งนี้

ศุภิสรา เจริญไพฑูรย์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์

DEPRESSION INFLUENCING FACTORS AMONG FEMALE WORKERS IN THE ELECTRONICS INDUSTRY

ศุภิสรา เจริญไพฑูรย์ 5037512 PHPH/M

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: สุรินทร์ กลัมพากร, Ph.D. (Nursing), โสภณ แสงอ่อน, Ph.D. (Nursing),
แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ, Ph.D. (Global Environmental Health Sciences), ปารัตนา สติชัยวิภาวี, Ph.D. (Public Health)

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้ามีอัตราเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงวัยทำงาน การทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ซึ่งเป็นอุตสาหกรรมที่ต้องใช้เทคโนโลยีสูงในการผลิต ทำงานกับชิ้นงานที่มีขนาดเล็ก อยู่ในห้องที่มีการควบคุมสภาพแวดล้อมในการทำงาน และทำงานในสภาพซ้ำๆ จำเจ อาจเป็นสาเหตุที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิตในการทำงาน ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคมในการกำหนดปัจจัยออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงานและปัจจัยด้านสังคม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรม

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางเก็บข้อมูลช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2553 โดยกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้เป็นแรงงานสตรีที่ทำงานในอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ที่อยู่ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 444 คน เลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบระดับชั้น เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง ได้แก่ แบบวัดภาวะซึมเศร้า CES-D แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการทำงาน เหตุการณ์เครียดในชีวิต สัมพันธภาพในครอบครัว การทุ่มเทในงานและผลตอบแทนจากงาน และแรงสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายโดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-44 ปี ร้อยละ 70 อายุเฉลี่ย 38 ± 7.1 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาส่วนใหญ่ ร้อยละ 80.7 มีประสบการณ์การทำงาน 6 - 10 ปี ร้อยละ 26.4 ผลการศึกษาพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีคิดเป็นร้อยละ 28.8 ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพบว่าแรงงานที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี/ค่อนข้างไม่ดี (OR 5.83, 95%CI : 2.66 - 12.79) มีการรับรู้ผลตอบแทนจากงานระดับต่ำ (OR 2.58, 95% CI : 1.20 - 5.53) และแรงงานสตรีที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ (OR 4.63, 95%CI : 1.60 - 13.40) มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามลำดับ

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าสัมพันธภาพในครอบครัว ผลตอบแทนจากงานและแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรี ดังนั้น สถานประกอบการควรมีการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า ตลอดจนทบทวนความเหมาะสมของผลตอบแทนจากงานที่แรงงานสตรีควรได้รับ จัดกิจกรรมส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว และพัฒนาแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อป้องกันผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรี

คำสำคัญ: แรงงานสตรี / ภาวะซึมเศร้า / การทุ่มเทในงานและผลตอบแทนจากงานไม่สมดุล (ERI) /

อุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์

DEPRESSION INFLUENCING FACTORS AMONG FEMALE WORKERS IN THE ELECTRONICS INDUSTRY

SUPISARA CHAROENPAITON 5037512 PHPH/M

M.Sc. (PUBLIC HEALTH) MAJOR IN PUBLIC HEALTH NURSING

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SURINTORN KALAMPAKORN, Ph.D. (NURSING), SOPIN SANGON, Ph.D. (NURSING), ANN JIRAPONGSUWAN, Ph.D.

(GLOBAL ENVIRONMENTAL HEALTH SCIENCES), PRATANA SATIVIPAWEE, Ph.D. (PUBLIC HEALTH)

ABSTRACT

Incidents of depression have been rising, especially in the female working population. Working in highly controlled conditions may cause mental health problems. The electronic industry runs with high technology and high precision production. The researcher used the Ecological Model of Health Behavior as a conceptual basis for this study, which divides factors into 4 categories: personal factors, family factors, psychosocial factors at work, and social factors. The purpose of this study was to determine the relationship between these factors and depression among female workers in the electronics industry.

This cross-sectional study was performed during the period of March 2010. A sample of 444 females working in the electronics industry located in Ayutthaya province, Thailand, were selected by stratified random sampling. Data were collected by self-administered questionnaire. Depression was assessed by the Center Epidemiologic Studies Depression scale (CES-D). Data about socio-demographics, employment history, personal crises, family relationships, effort-reward imbalance, and personal resources were included to assess factors influencing depression. Logistic regression analysis was used to analyze the predictability of factors.

This study showed that half of subjects were married. Most of them (70 %) were between 31 – 44 years old with the mean age of 38 ± 7.1 . The majority finished high school (80.7%). One-fourth of them (26.4%) had worked in the electronics industry for 6 – 10 years. The prevalence of depression in female workers was 28.8%. Multiple logistic analysis showed that those with poor family relationships (OR 5.83, 95% CI : 2.66 - 12.79), low reward (OR 2.58, 95% CI : 1.20 - 5.53) and low social support (OR 4.63, 95 % CI : 1.60 to 13.40) had a higher risk of having depression, respectively.

The results suggest that improving family relationships, rewards, and social support could be an important strategy in the prevention of depression in female workers. Surveillance on depression in female workers should be conducted in the industry, in order to provide proper rewards, promote family relationship activities and develop social support which will decrease the impact of depression in female workers.

**KEY WORDS: FEMALE WORKER / DEPRESSION / EFFORT-REWARD
IMBALANCE / ELECTRONIC INDUSTRY**

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	4
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
สมมติฐานการวิจัย	5
ขอบเขตการวิจัย	6
นิยามตัวแปรที่ใช้ในงานวิจัย	7
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	
แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า	14
แนวคิดด้านนิเวศวิทยาเชิงสังคม (Ecological Model of Health Behavior)	30
แนวคิดเกี่ยวกับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	32
แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพในครอบครัว	35
แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน	40
แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม	44
แรงงานสตรีอุตสาหกรรมการผลิตอิเล็กทรอนิกส์	49
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า	52
กรอบแนวคิดในการวิจัย	57

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	58
การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	60
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	63
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	68
การเก็บรวบรวมข้อมูล	70
การวิเคราะห์ผลการวิจัย	71
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
ผลการวิจัย	72
บทที่ 5 การอภิปรายผล	
การทดสอบสมมติฐานการวิจัย	95
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	107
ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย	111
ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป	114
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	115
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	135
เอกสารอ้างอิง	152
ภาคผนวก	165
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	166
ภาคผนวก ข เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ภาษาไทย	167
ภาคผนวก ค เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ภาษาอังกฤษ	168
ภาคผนวก ง ผลการวิเคราะห์รายข้อ	169
ภาคผนวก จ ตัวอย่างแบบสอบถาม	182
ประวัติผู้วิจัย	198

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยด้านบุคคลจำแนกตามข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ส่วนตัว ความเพียงพอของรายได้	73
2 จำนวนและร้อยละของปัจจัยด้านบุคคลจำแนกตามข้อมูลด้านสุขภาพ	75
3 จำนวนและร้อยละของปัจจัยด้านบุคคล จำแนกตามข้อมูลด้านการทำงาน	76
4 จำนวนและร้อยละของปัจจัยด้านครอบครัวจำแนกตามรายได้ของครอบครัว ประกอบด้วยรายได้ของครอบครัวและความเพียงพอของรายได้ครอบครัว	77
5 จำนวนและร้อยละของปัจจัยด้านครอบครัวจำแนกตามสัมพันธภาพในครอบครัว โดยรวมและรายด้าน	78
6 จำนวนและร้อยละของปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงานจำแนกตามตัวแปรด้านการทุ่มเทในงาน ด้านผลตอบแทนจากงานและด้านความมุ่งมั่นต่องานมากเกินไป	79
7 ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงานจำแนกตามตัวแปรภาวะการทุ่มเทในงานและผลตอบแทนจากงานไม่สมดุล	79
8 อัตราส่วนของการทุ่มเทในงานและผลตอบแทนจากงาน ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐานและค่าต่ำสุด – สูงสุดของตัวแปรการทุ่มเทในงาน ผลตอบแทนจากงานและการมุ่งมั่นต่องานมากเกินไป	80
9 จำนวนและร้อยละของปัจจัยด้านสังคมจำแนกตามการเกิดเหตุการณ์สำคัญในชีวิต และระดับความรุนแรงของการเกิดเหตุการณ์สำคัญในชีวิต ระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา	81
10 จำนวนและร้อยละของปัจจัยด้านสังคมจำแนกตามการเกิดเหตุการณ์เครียดในชีวิต ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา	82
11 จำนวนและร้อยละของปัจจัยด้านสังคมจำแนกตามระดับความรุนแรงของการเกิดเหตุการณ์ในชีวิตในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา	83
12 จำนวนและร้อยละของปัจจัยด้านสังคมจำแนกตามแรงสนับสนุนทางสังคม โดยรวมและรายด้าน	83
13 จำนวนและร้อยละของแรงงานสตรีจำแนกตามการคัดกรองภาวะซึมเศร้า	84
14 ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านบุคคลกับภาวะซึมเศร้า	85

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
15 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวกับภาวะซึมเศร้า	86
16 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงานกับภาวะซึมเศร้า	87
17 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคมกับภาวะซึมเศร้า	89
18 ปัจจัยที่มีอิทธิพล (ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน และปัจจัยด้านสังคม) กับภาวะซึมเศร้า	91
19 สรุปผลการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงานและปัจจัยด้านสังคมกับภาวะซึมเศร้า	93
20 สรุปผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพล (ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน และปัจจัยด้านสังคม)	94

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ		หน้า
1	แนวคิดการทุ่มเทในการทำงานและการตอบแทนไม่สมดุล	42
2	กรอบแนวคิดในการวิจัย	57
3	ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง	62

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้ากำลังเป็นปัญหาสุขภาพเรื้อรังอันดับหนึ่งของประชากรโลกและเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญลำดับแรก (Murray & Lopez, 1996) องค์การอนามัยโลก (2001) คาดการณ์ว่าใน ค.ศ. 2020 ผู้ป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าจะเพิ่มสูงขึ้นเป็นปัญหาสุขภาพอันดับ 3 ของโลก และเป็นภาระทั้งทางเศรษฐกิจ และสังคม ค่าใช้จ่ายในการรักษาใกล้เคียงกับโรคหัวใจและหลอดเลือด ภาวะซึมเศร้าสามารถพบได้ในประชากรทั่วไปประมาณร้อยละ 4 - 7 และมีแนวโน้มในการเกิดภาวะซึมเศร้าในเพศหญิง มากกว่าเพศชายประมาณ 2 : 1 (American Psychiatric Association, 2000; Piccinelli & Wilkinson, 2000) พบมากในผู้ที่มีอายุระหว่าง 30 - 40 ปี อายุเมื่อเริ่มเป็นโดยเฉลี่ย 30 ปี แต่พบได้น้อยในเด็กและผู้สูงอายุ (สมพร บุษราทิจ, 2542) นอกจากนี้ภาวะซึมเศร่ายังพบมากในผู้ป่วยโรคทางกาย ร้อยละ 10 - 15 และประมาณร้อยละ 15 - 20 ของผู้ป่วยด้วยภาวะซึมเศร้า จะมีอาการเรื้อรัง ภาวะซึมเศร้าเป็นโรคที่รักษาได้ถึงร้อยละ 80 - 90 ของจำนวนผู้ป่วยโดยใช้ยาแก้เศร้า (Antidepressant) ร่วมกับจิตบำบัด (ดวงใจ กษานติกุล, 2542) แต่หากโรคไม่ได้รับการวินิจฉัย และรักษาเมื่อเริ่มแรก ภาวะซึมเศร้าอาจไม่สนองต่อการรักษา เป็นสาเหตุการป่วยไปตลอดชีวิต ทั้งอาจร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิตเนื่องจากพบภาวะซึมเศร้าส่งผลต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุด (ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์ และคณะ, 2547) นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะซึมเศร่ายังเป็นสาเหตุของความสูญเสียด้านสุขภาพ และเป็นปัญหาเรื้อรังมากที่สุดในกลุ่มโรคทางด้านสุขภาพจิต (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2545)

บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีลักษณะชอบเก็บตัว เกิดสัมพันธภาพที่เป็นปัญหากับบุคคลรอบข้างอื่นๆ ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม สูญเสียหน้าที่การทำงาน เสียค่ารักษาพยาบาลเรื้อรัง หากไม่สามารถแก้ไขภาวะดังกล่าวได้จะนำไปสู่ปัญหาการทำร้ายตนเองและฆ่าตัวตาย (ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์ และคณะ, 2547) ส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจตามมา ในประเทศสหรัฐอเมริกาประชากรประมาณ 19 ล้านคนที่ประสบกับภาวะซึมเศร้าและไม่ได้ได้รับการรักษาทำให้ส่งผลกระทบต่อการทำงาน สูญเสียความสามารถในการทำงาน มีความสัมพันธ์กับการลาป่วย ขาดงาน สัมพันธภาพในครอบครัวและการดำเนินชีวิต ซึ่งประชากรส่วนใหญ่ไม่ได้รับการรักษา มีเพียงร้อยละ 28 ที่ได้รับการรักษาโดยตรงและต้องใช้เวลารักษา 12.4

ล้านดอลลาร์สหรัฐ ทำให้สูญเสียรายได้ถึง 43.7 ล้านดอลลาร์สหรัฐ จากการขาดงาน (National Academy on an Aging Society, 2000)

จากการสำรวจระบาดวิทยาภาวะสุขภาพจิตของคนไทย ปี 2551 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ กรมสุขภาพจิต สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (2551) พบว่ามีผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าประมาณ 3 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 5 ของประชากรไทย โดยพบภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงมากเป็น 2 เท่า เมื่อเทียบกับเพศชาย และส่วนใหญ่พบในประชากรวัยแรงงาน อายุ 15 – 49 ปี

ประชากรวัยแรงงานถือว่าเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่มีมากที่สุดในประเทศซึ่งทำงานในภาคอุตสาหกรรม 1 ใน 3 ของการประกอบอาชีพ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2548) อุตสาหกรรมหลักที่ก่อให้เกิดมูลค่าการส่งออกมากที่สุดในระดับแรกๆ และมีความสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศคือกลุ่มอุตสาหกรรมทอผ้าและกลุ่มอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์เป็นอุตสาหกรรมที่ส่งออก 1 ใน 3 ของประเทศ มีแรงงานสตรี อยู่ในภาคการผลิตมากถึงร้อยละ 80 ซึ่งแรงงานสตรีที่มาทำงานในภาคอุตสาหกรรมส่วนใหญ่เป็นผู้มีโอกาสด้านการศึกษา น้อย มาจากครอบครัวชนบทที่มีรายได้ต่ำ ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกงาน ได้รับค่าจ้างต่ำ อีกทั้งยังต้องแบกรับภาระหลายด้านทั้งในฐานะเป็นผู้ประกอบอาชีพเพื่อนำรายได้มาจุนเจือครอบครัวที่มีภาวะหนี้สิน ขณะเดียวกันต้องเป็นแม่ของลูก และเป็นภรรยาของสามี (ภาวดี ทองอุไทย, 2551) นอกจากนี้การทำงานในภาคการผลิตในโรงงานอุตสาหกรรมลักษณะงานต้องใช้เทคโนโลยีสูงในการผลิตและมีความทันสมัย มีการควบคุมสภาพแวดล้อมในการทำงาน อันได้แก่ ฝุ่น ความชื้น และกระแสไฟฟ้าสถิตย์ เป็นต้น มีกฎระเบียบในการทำงานทั้งการแต่งกายในชุดพนักงานที่รัดกุมเมื่อต้องทำงานในห้องที่มีการควบคุมสภาพแวดล้อม (Clean Room) ห้ามสนทนากันในขณะที่ปฏิบัติงาน ทั้งนี้เพื่อป้องกันผลกระทบจากการทำงานของแรงงานสตรีต่อผลิตภัณฑ์ซึ่งมีขนาดเล็กต้องทำอย่างพิถีพิถัน การตรวจสอบชิ้นงานต้องใช้สายตาอย่างละเอียด ทำให้เกิดความเมื่อยล้าและความบอบก้นในการทำงาน เพื่อให้เกิดการประหยัดต้นทุนของโรงงานและทันต่อความต้องการของคู่ธุรกิจ โรงงานต้องผลิตชิ้นงานจำนวนมาก แรงงานสตรีต้องเร่งรีบในการทำงาน ทำงานล่วงเวลาเพื่อให้ได้ผลผลิตตามความต้องการของโรงงาน ทำให้ขาดสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน จากปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้แรงงานสตรีไม่อาจหลีกเลี่ยงปัญหาคุณภาพชีวิตซึ่งอาจมีผลต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมได้ (อนุชา ภวายน, 2548 และเพ็ญศรี พึ่งโคกสูง, 2551) สอดคล้องกับการวิจัยทางระบาดวิทยาเรื่องภาวะสุขภาพจิตของลูกจ้างในสถานประกอบการในประเทศไทย ปี 2547 ซึ่งพบว่าลูกจ้างเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าถึง ร้อยละ 35.5 (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์และคณะ, 2547) และจากผลการวิจัยของอาภรณ์ทิพย์ บัวเพชร (2550) ที่พบว่า แรงงานสตรีกลุ่มพนักงานตัดเย็บเสื้อผ้าในประเทศไทย มี

ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 18.7 หากแรงงานสตรีมีภาวะซึมเศร้าย่อมทำให้ส่งผลกระทบต่อตนเองในด้านอารมณ์ ความคิด การรับรู้ พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง เกิดผลกระทบต่อสมรรถนะการทำงาน เกิดสัมพันธภาพที่เป็นปัญหากับเพื่อนร่วมงานและบุคคลในครอบครัว ต้องลาป่วย ขาดงาน ทำให้สถานประกอบการสูญเสียรายได้ สูญเสียผลผลิต และประเทศชาติต้องสูญเสียค่ารักษาเป็นจำนวนมากเนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาในกลุ่มวัยทำงานพบว่าส่วนใหญ่มุ่งเน้นศึกษาปัญหาสุขภาพทางกายและสังคม เช่น การเกิดอุบัติเหตุในการทำงานและการเจ็บป่วยจากการทำงาน การขาดงาน ความสามารถในการทำงาน สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการทำงาน เป็นต้น การศึกษาทางด้านสุขภาพจิตส่วนใหญ่เน้นศึกษาเรื่องความเครียดจากการทำงาน (สุรศักดิ์ บุรณศิริเวช และตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์, 2545; อาภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร์, 2545; ธนวรรณ หมีรักษา, 2552) ในขณะที่การศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่พบในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น วัยหมดประจำเดือน หญิงหลังคลอด ผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคเรื้อรัง (Sripornsripet, 2001; ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2546; จารุวรรณ เหมะธรและคณะ, 2539; เบญจพร ปัญญาขง, 2545; นันทา กัญมาศ, 2538) การศึกษาภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่ผ่านมามีน้อยมากเมื่อเทียบกับปัญหาสุขภาพจิตที่พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสำคัญในลำดับแรก และยังไม่ครอบคลุมทุกบริบทของสตรีในปัจจุบันโดยเฉพาะปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน ทั้งที่ในปัจจุบันประเทศไทยมีสตรีทำงานนอกบ้านเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 44.8 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2548)

การศึกษาที่ผ่านมาแม้ว่าจะพบว่าภาวะซึมเศร้ากำลังเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญในปัจจุบันและพบว่าภาวะซึมเศร้าสามารถรักษาให้หายได้ แต่ยังไม่มียุทธวิธีใดที่สามารถอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างสมบูรณ์ โดยจากการทบทวนวรรณกรรมสามารถแบ่งทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าออกได้เป็น 3 ทฤษฎีหลัก ได้แก่ ทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยา และทฤษฎีทางสังคม (Beck, 1967; Vacarolis, 2002; ดวงใจ กสานติกุล, 2542; ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2546; สุทธนันท์ ชุนแจ่ม, 2551) แม้ว่าในปัจจุบันจะให้ความสำคัญกับทฤษฎีทางชีววิทยามากขึ้น แต่ทฤษฎีทางจิตวิทยาและทฤษฎีทางสังคมยังเป็นทฤษฎีที่มีความสำคัญที่สามารถอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้เช่นกัน กล่าวโดยสรุปว่าทฤษฎีทั้ง 3 ทฤษฎีต่างมีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กันในการอธิบายสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า (สุทธนันท์ ชุนแจ่ม, 2551)

แนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคม (Ecological model of health behavior) ได้กล่าวถึงอิทธิพลจากสภาพแวดล้อมที่อยู่รอบๆ ตัวบุคคล ซึ่งมีหลายระดับ ตั้งแต่ ภายในตัวบุคคล ระหว่างบุคคลและชุมชน ล้วนส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพจากสภาพแวดล้อมทางสังคมที่บุคคลดำเนินชีวิตอยู่และมีปฏิสัมพันธ์ไม่ทางตรงก็ทางอ้อมกับสภาพแวดล้อมของตนอยู่เสมอ จากการทบทวน

วรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านจิตสังคม ซึ่งไม่ครอบคลุมและไม่สามารถอธิบายภาวะซึมเศร้าของสตรีได้ในทุกบริบทของสังคมไทยที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในอนาคต เนื่องจากโครงสร้างทางเศรษฐกิจภายในประเทศได้เปลี่ยนแปลงจากภาคเกษตรกรรมไปสู่ภาคอุตสาหกรรม และภาคบริการเพิ่มมากขึ้น ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคม (Ecological model of health behavior) เป็นกรอบแนวคิดในการกำหนดปัจจัยให้ครอบคลุมการศึกษาครั้งนี้ ในระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับองค์กร และระดับสังคม โดยจัดกลุ่มปัจจัยออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงานและปัจจัยด้านสังคมตามลำดับ

ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลสาธารณสุขและมีความสนใจในการพยาบาลอาชีวอนามัย ซึ่งมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพ มีความสนใจในการศึกษาอัตราของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีกลุ่มภาคอุตสาหกรรม เนื่องจากมีสตรีทำงานในกลุ่มนี้ 1 ใน 3 ของประเทศและมีแนวโน้มการทำงานในภาคอุตสาหกรรมเพิ่มมากขึ้น ผลที่ได้จากการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการวางแผนเตรียมความพร้อมในการการจัดโปรแกรมเพื่อช่วยเหลือและเฝ้าระวังความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มแรงงานสตรี เพื่อลดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ทั้งผู้ป่วย ครอบครัว สังคมและประเทศชาติต่อไป

คำถามการวิจัย

1. อัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์มีความชุกมากน้อยเพียงใด
2. ปัจจัยด้านบุคคล (อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ส่วนตัว สถานภาพสมรส โรคประจำตัว) ปัจจัยด้านครอบครัว (สัมพันธภาพในครอบครัวและความเพียงพอของรายได้ครอบครัว) ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน (การทุ่มเทในงาน ผลตอบแทนจากงาน ความมุ่งมั่นในงานที่มากเกินไป และการทุ่มเทในการทำงานและผลตอบแทนจากงานไม่สมดุล) และปัจจัยด้านสังคม (เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และแรงสนับสนุนทางสังคม) มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีได้หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพล (ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน และปัจจัยด้านสังคม) กับภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์
2. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ส่วนตัว สถานภาพสมรส โรคประจำตัวกับภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์
3. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว และความเพียงพอของรายได้ครอบครัว กับภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์
4. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน ได้แก่ การทุ่มเทในงาน ผลตอบแทนจากงาน ความมุ่งมั่นในงานที่มากเกินไป การทุ่มเทในการทำงานและผลตอบแทนจากงานไม่สมดุล กับภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์
5. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และแรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์
6. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพล ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน และปัจจัยด้านสังคมที่อาจส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ส่วนตัว สถานภาพสมรส และโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์
2. ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว และความเพียงพอของรายได้ครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์

3. ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน ได้แก่ การทุ่มเทในงาน ผลตอบแทนจากงาน ความมุ่งมั่นในงานที่มากเกินไป การทุ่มเทในการทำงานและการตอบแทนไม่สมดุล มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์

4. ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์

5. ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน และปัจจัยด้านสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์

ขอบเขตการวิจัย

ดำเนินการศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นแรงงานสตรีที่ทำงานอยู่ในโรงงานอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ขนาดใหญ่ และขนาดกลาง ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เนื่องจากเป็นเขตพื้นที่ที่มีโรงงานอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์มากที่สุดในประเทศไทย ซึ่งมีที่ตั้งอยู่ในเขตอำเภอต่อไปนี้ ได้แก่ อำเภอพระนครศรีอยุธยา อำเภอบางไทร อำเภอบางปะหัน อำเภอบางปะอิน อำเภออุทัย อำเภอวังน้อย และอำเภอนครหลวง

ตัวแปรที่เกี่ยวข้องในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

1. ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่

- 1.1 อายุ
- 1.2 ระดับการศึกษา
- 1.3 ความเพียงพอของรายได้ส่วนตัว
- 1.4 สถานภาพสมรส
- 1.5 โรคประจำตัว

2. ปัจจัยด้านครอบครัว

- 2.1 สัมพันธภาพในครอบครัว
- 2.2 ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว

3. ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน ได้แก่

- 3.1 การทุ่มเทในงาน
- 3.2 ผลตอบแทนจากงาน

3.3 ความมุ่งมั่นในงานที่มากขึ้นไป

3.4 การทุ่มเทในการทำงานและการตอบแทนไม่สมดุล

4. ปัจจัยด้านสังคม

4.1 เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต

4.2 แรงสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตาม ได้แก่

ภาวะซึมเศร้า

นิยามตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. ปัจจัยด้านบุคคล หมายถึง ปัจจัยที่เกิดขึ้นภายในตัวของบุคคลนั้นๆ ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ส่วนตัว สถานภาพสมรส และโรคประจำตัว มีนิยามศัพท์ดังนี้

1.1 อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของอายุแรงงานสตรีนับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษาแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 18- 30 ปี 31- 45 ปี และ 46-55 ปี

1.2 ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับวุฒิสูงสุดของบุคคลที่ได้รับจากการศึกษาอย่างเป็นทางการทั้งในระบบและนอกระบบ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอุดมศึกษา

1.3 ความเพียงพอของรายได้ส่วนตัว หมายถึง ความเพียงพอของรายได้ส่วนตัวในการใช้จ่ายทางการเงิน และภาระหนี้สินที่มีของแรงงานสตรี แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ รายได้ไม่พอใช้ และรายได้พอใช้

1.4 สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพของแรงงานสตรีโดยแบ่งตามการสมรสเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ สถานภาพโสด สถานภาพคู่ สถานภาพหม้าย/หย่าหรือแยกทางกัน

1.5 โรคประจำตัว หมายถึง การเจ็บป่วยในปัจจุบันของแรงงานสตรี ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ มีหรือไม่มี/ไม่ทราบ

2. ปัจจัยด้านครอบครัว หมายถึง ปัจจัยที่เกิดขึ้นในระดับครอบครัวของแรงงานสตรีในการวิจัยครั้งนี้ ปัจจัยด้านครอบครัวในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว และสภาพเศรษฐกิจของครอบครัว โดยมีนิยามศัพท์ดังนี้

2.1 สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง การแสดงออกที่สมาชิกภายในครอบครัวปฏิบัติต่อกัน ได้มีส่วนร่วมในการกระทำสิ่งต่างๆร่วมกัน การได้รับการดูแลเอาใจใส่ ความรู้สึกของสมาชิกยอมรับซึ่งกันและกัน (Friedman, 1992) ประกอบด้วยการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และสิ่งแวดล้อมในครอบครัว มีความรักใคร่ผูกพันซึ่งกันและกัน มีความเห็นอกเห็นใจกัน และมีความกลมเกลียวสามัคคีปรองดองระหว่างสมาชิกในครอบครัว (Morrow & Wilson, 1961)

ในการวิจัยครั้งนี้จึงใช้แนวคิดของ Friedman (1992) และ Morrow & Wilson (1961) สามารถประเมินได้จากการรับรู้ตามความคิดเห็นของแรงงานสตรีถึงความผูกพันของสมาชิกในครอบครัวซึ่งปฏิบัติต่อกัน โดยเกิดขึ้นจากความรู้สึกส่วนลึกของจิตใจ ประกอบด้วยด้านความรักความห่วงใยอาหาร ด้านการพักผ่อนหย่อนใจ ด้านความเคารพซึ่งกันและกันและด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน โดยมีความหมาย ดังต่อไปนี้

2.1.1 ด้านความรักความห่วงใยซึ่งกันและกัน หมายถึง การแสดงออกเกี่ยวกับความรู้สึกชอบ การเอาใจใส่ เอื้อเฟื้อ สนใจ ปลอดภัยหรือให้กำลังใจของแรงงานสตรีที่ปฏิบัติต่อสมาชิกในครอบครัว หรือสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติต่อแรงงานสตรี เป็นต้น

2.1.2 ด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว หมายถึง การแสดงออกที่แรงงานสตรีกับสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติต่อกัน โดยเปลี่ยนจากอิริยาบถจากการทำงานหรือสภาพแวดล้อมที่ซ้ำซากจำเจ มาผ่อนคลายโดยการกระทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว เช่น พักผ่อนนอกสถานที่ พุดคุยเรื่องสนุกสนาน ปลูกต้นไม้ เลี้ยงปลา ทำอาหาร ออกกำลังกาย เป็นต้น

2.1.3 ด้านการเคารพซึ่งกันและกัน หมายถึง การแสดงออกที่แรงงานสตรีกับสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติต่อกันอย่างเคารพยกย่อง ในเรื่องการแสดงความคิดเห็น การให้คำปรึกษา แก้ปัญหา รวมทั้งการตัดสินใจ เพื่อให้การดำเนินชีวิตในครอบครัวเป็นไปอย่างราบรื่น

2.1.4 ด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน หมายถึง การแสดงออกที่แรงงานสตรีกับ สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติต่อกันในเรื่อง การออมชอม ประนีประนอม ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ไม่แก่งแย่งชิงดีทะเลาะเบาะแว้งกัน เป็นต้น

ประเมินโดยใช้แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งพัฒนาโดยรัตนดา สํารายใจ (2541) การแปลผลคะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี สัมพันธภาพในครอบครัวค่อนข้างไม่ดี สัมพันธภาพในครอบครัวค่อนข้างดี และสัมพันธภาพในครอบครัวดี

2.2 ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว หมายถึง ความเพียงพอของรายได้ในการใช้จ่ายทางการเงิน และภาระหนี้สินของครอบครัวแรงงานสตรี แบ่งเป็น รายได้ไม่พอใช้และรายได้พอใช้

3. ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน หมายถึง ปัจจัยสิ่งแวดล้อมต่างๆในการทำงานซึ่งมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจและสังคมของผู้ปฏิบัติงาน และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆทางสรีระ ทางอารมณ์ และทางจิตใจ แก่ผู้ปฏิบัติงานและก่อให้เกิดความเจ็บป่วยในระบบต่างๆของร่างกายตามมาได้ถ้าต้องสัมผัสกับสิ่งแวดล้อม เหล่านี้เป็นระยะเวลานานๆ

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการทุ่มเทในการทำงานและการตอบแทนไม่สมดุล ของ Siegrist (1985) พัฒนาโดย อาภรณ์ทิพย์ บัวเพชร (2550) ประกอบด้วยตัวแปร 4 ตัวแปร ได้แก่ การทุ่มเทในงาน (Effort) ผลตอบแทนจากงาน (Reward) ความมุ่งมั่นต่องานมากเกินไป (Overcommitment) และการทุ่มเทในการทำงานและผลตอบแทนจากงานไม่สมดุล (Effort-Reward Imbalance) มีนิยามศัพท์ดังนี้

3.1 การทุ่มเทในงาน (Effort) หมายถึง ความรับผิดชอบซึ่งต้องใช้การทุ่มเทและใช้ความพยายามทั้งด้านจิตใจและร่างกายเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของงานประกอบด้วยข้อเรียกร้องจากงาน(ความต้องการของงาน) และพันธะหน้าที่ในการทำงาน

ในการศึกษาครั้งนี้การทุ่มเทในงาน (Effort) หมายถึง การรับรู้ของแรงงานสตรีที่มีต่อความรับผิดชอบซึ่งต้องใช้การทุ่มเทและใช้ความพยายามทั้งด้านจิตใจและร่างกายเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของงานประกอบด้วยข้อเรียกร้องจากงาน(ความต้องการของงาน) และพันธะหน้าที่ในการทำงาน ประเมินได้จากการตอบแบบสอบถามตามการรับรู้โดยใช้แบบวัด Thai-ERIQ มีข้อคำถาม 3 ข้อ แปลผลและรวมคะแนนโดยคิดคะแนนของทุกข้อรวมกัน(มีค่าอยู่ระหว่าง 3-12 คะแนน) นำมาจัดกลุ่มคะแนนโดยใช้ค่า Tertile แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ สูง ปานกลาง และต่ำ หากในส่วนนี้คะแนนมีค่าสูง หมายถึงการรับรู้ว่ามีภาระทุ่มเทในการทำงานสูงและคะแนนมีค่าต่ำ หมายถึงการรับรู้ว่ามีภาระทุ่มเทในการทำงานต่ำ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อสุขภาพหากมีการทุ่มเทในการทำงานในระดับสูง

3.2 ผลตอบแทนจากงาน (Reward) หมายถึง ความรับผิดชอบและผลการตอบแทนที่ได้จากการทำงานอาจจะเป็นเงิน ผลประโยชน์อื่นๆ ที่ไม่ใช่ค่าจ้างหรือเงิน การได้รับยกย่องและให้เกียรติจากผู้อื่น การแสดงความชื่นชม และการยอมรับ/นับถือ ที่มีจากหัวหน้างานหรือเพื่อนร่วมงานรวมถึงการรับรู้ถึงความปลอดภัย ความมั่นคงในงานและโอกาสก้าวหน้าในหน้าที่การงาน

ในการศึกษาครั้งนี้ผลตอบแทนจากงาน (Reward) หมายถึง การรับรู้ของแรงงานสตรีที่ได้จากความรับผิดชอบและได้ผลการตอบแทนที่ได้จากการทำงานอาจจะเป็นเงิน

ผลประโยชน์อื่นๆ ที่ไม่ใช่ค่าจ้างหรือเงิน การได้รับยกย่องและให้เกียรติจากผู้อื่น การแสดงความชื่นชม และการยอมรับ/นับถือการแสดงความชื่นชมที่ได้รับจากหัวหน้างานหรือเพื่อนร่วมงานรวมถึงการรับรู้ถึงความปลอดภัย ความมั่นคงในงานและโอกาสก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ประเมินได้จากการตอบแบบสอบถามตามการรับรู้โดยใช้แบบวัด Thai-ERIQ มีข้อคำถาม 7 ข้อ แปลผลและรวมคะแนนโดยคิดคะแนนของทุกข้อรวมกัน(มีค่าอยู่ระหว่าง 7-28 คะแนน) นำมาจัดกลุ่มคะแนนโดยใช้ค่า Tertile แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง และสูง ซึ่งหากคะแนนในส่วนนี้มีค่าต่ำ หมายถึงการรับรู้ว่ามีผลตอบแทนจากงานอยู่ในระดับต่ำและหากคะแนนในส่วนนี้มีค่าสูง หมายถึง การรับรู้ว่ามีผลตอบแทนจากงานอยู่ในระดับสูง ซึ่งจะมีผลกระทบต่อสุขภาพหากมีผลตอบแทนจากงานในระดับต่ำ

3.3 ความมุ่งมั่นต่องานมากเกินไป (Overcommitment) หมายถึง

คุณลักษณะ ส่วนบุคคลของตนเอง เช่น ความคิด อารมณ์ความรู้สึก และวิธีการปรับตัวของแรงงานสตรีเมื่อต้องเผชิญกับสภาพงานที่ตึงเครียด ซึ่งมีผลต่อทัศนคติ ความเชื่อ พฤติกรรมและอารมณ์ความรู้สึกของบุคคล

ในการศึกษาครั้งนี้ความมุ่งมั่นต่องานมากเกินไป (Overcommitment) หมายถึง การรับรู้ตามความคิด อารมณ์ความรู้สึกและวิธีการปรับตัวของแรงงานสตรีที่ต้องเผชิญกับสภาพงานที่ตึงเครียด ส่งผลต่อทัศนคติ ความเชื่อ พฤติกรรมและอารมณ์ความรู้สึกของบุคคล ประเมินได้จากการตอบแบบสอบถามตามการรับรู้โดยใช้แบบวัด Thai-ERIQ มีข้อคำถาม 6 ข้อ แปลผลและรวมคะแนนโดยคิดคะแนนของทุกข้อรวมกัน(มีค่าอยู่ระหว่าง 4-24 คะแนน) นำมาจัดกลุ่มคะแนนโดยใช้ค่า Tertile แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ สูง ปานกลาง และต่ำ คะแนนในส่วนนี้มีค่าสูง หมายถึง การรับรู้ว่ามีความมุ่งมั่นต่องานมากเกินไปอยู่ในระดับสูงและคะแนนในส่วนนี้มีค่าต่ำ หมายถึง การรับรู้ว่ามีความมุ่งมั่นต่องานมากเกินไปอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อสุขภาพหากมีความมุ่งมั่นต่องานมากเกินไปในระดับสูง

3.4 การทุ่มเทในการทำงานและการตอบแทนไม่สมดุล (Effort-Reward Imbalance) หมายถึง

ภาวะไม่สมดุลระหว่างการทุ่มเทในการทำงานและผลตอบแทนจากการทำงาน ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อมีการรับรู้ว่าการทุ่มเทในการทำงานอยู่ในระดับสูงในขณะที่มีการรับรู้ว่ามีผลตอบแทนที่ได้รับจากงานอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้ผลกระทบต่อสุขภาพจะยิ่งมากขึ้นหากมีการรับรู้ว่ามีค่าความมุ่งมั่นต่องานมากเกินไปอยู่ในระดับสูงด้วย ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ความรู้สึกทำให้เกิดความผิดหวังและท้อถอย

ในการวิจัยครั้งนี้การทุ่มเทในการทำงานและการตอบแทนไม่สมดุล หมายถึง ภาวะไม่สมดุลระหว่างการทุ่มเทในการทำงานและผลตอบแทนจากการทำงาน ซึ่งจะ

เกิดขึ้นเมื่อแรงงานสตรีมีการรับรู้ว่าการทุ่มเทในการทำงานอยู่ในระดับสูง ในขณะที่มีการรับรู้ว่าผลตอบแทนที่ได้รับจากงานอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้ผลกระทบต่อสุขภาพจะยิ่งมากขึ้นหากแรงงานสตรีการรับรู้ว่ามีความมุ่งมั่นต่องานมากเกินไปอยู่ในระดับสูงด้วย สามารถประเมินได้จากการคิดคะแนน ERI ratio (Effort-Reward Imbalance ratio) เพื่อประเมินความเสี่ยงของผลกระทบจากการทำงานกับภาวะสุขภาพ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ มี และไม่มี

4. ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยที่เกิดขึ้นในระดับสังคมของแรงงานสตรี ในการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยด้านสังคม ประกอบด้วย เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และแรงสนับสนุนทางสังคม มีนิยามศัพท์ดังนี้

4.1 เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต หมายถึง การเกิดเหตุการณ์ที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียดและมีผลทำให้ความเสี่ยงของการเจ็บป่วยหรือการเกิดโรคสูงขึ้น (ธนวรรณ หมีรักษา, 2552)

ในการศึกษาครั้งนี้เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต หมายถึง การรับรู้ของแรงงานสตรีต่อการเกิดเหตุการณ์ที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียดซึ่งมีความสำคัญในชีวิต เหตุการณ์มีความรุนแรง และส่งผลกระทบต่อแรงงานสตรีส่งผลการดำเนินชีวิต ซึ่งไม่มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการทำงานในช่วงระยะเวลา 6 เดือน ที่ผ่านมา ได้แก่ คู่ชีวิตหรือคู่สมรสเสียชีวิต มีเรื่องเป็นคดีความต้องขึ้นศาล มีสมาชิกในครอบครัวเสียชีวิตกะทันหัน สมาชิกในครอบครัวพยายามที่จะฆ่าตัวตาย มีหนี้สินที่ต้องจ่ายชดใช้ อยู่ในช่วงระยะเวลาที่ไม่มีที่อยู่อาศัย หรือกำลังหาที่พักอาศัย สมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยเป็นโรครุนแรงอย่างกะทันหัน หัวหน้าครอบครัวอยู่ในสภาพตกงานหรือขาดรายได้ มีปัญหาหย่าร้างในชีวิตและครอบครัวแตกแยก ประเมินได้จากแบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตฉบับปรับปรุงของ Spurgeon, et al. (2001) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย ธนวรรณ หมีรักษา(2552) และปรับปรุงข้อคำถามโดยผู้วิจัย มีข้อคำถาม 10 ข้อ สามารถแบ่งระดับการรับรู้ความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตได้ 3 ระดับ โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ยบวกลบส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นเกณฑ์ในการแบ่ง และถือว่าเป็นช่วงคะแนนระดับกลาง ส่วนคะแนนที่สูงและต่ำกว่าช่วงดังกล่าวถือเป็นระดับสูงและต่ำตามลำดับ

4.2 แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในสังคมที่มีปฏิสัมพันธ์ด้วยกันในด้านต่างๆ ด้วยความใกล้ชิดผูกพันและเกิดการมีส่วนร่วมในสังคม ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านความใกล้ชิดสนิทสนม ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนา ด้านความรู้สึกรู้เห็นคุณค่าของตนเองและด้านมีผู้ให้ความช่วยเหลือแนะนำ การสนับสนุนทางสังคม ตามกรอบแนวคิดของ Brandt & Weinert (1981) ซึ่งสร้างจากแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974)

แรงสนับสนุนทางสังคมในการศึกษารั้งนี้ หมายถึง การรับรู้ของแรงงานสตรีจากการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในสังคมซึ่งมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันด้านต่างๆ ด้วยความใกล้ชิดผูกพันและเกิดการมีส่วนร่วมในสังคม ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านการได้รับความรักใคร่ผูกพัน ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านการได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการได้ช่วยเหลือเอื้อประโยชน์แก่บุคคลอื่นและด้านการได้รับการช่วยเหลือหรือคำแนะนำ โดยมีความหมายดังต่อไปนี้

4.2.1 ด้านการได้รับความรักใคร่ผูกพัน (attachment)

หมายถึง การรับรู้ของแรงงานสตรีจากการได้รับการสนองตอบทางด้านอารมณ์ การได้รับความรัก ความผูกพัน การดูแลใกล้ชิดเอาใจใส่ สนับสนุนไว้วางใจซึ่งกันและกันทำให้แรงงานสตรีรู้สึกว่าตนเป็นที่รัก ถ้าแรงงานสตรีขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว เดียวดายขาดความรักมอโลกในแง่ร้าย

4.2.2 ด้านการได้รับการยอมรับและการเห็นคุณค่าในตนเอง

(reassurance of worth) หมายถึง การรับรู้ของแรงงานสตรีจากการที่ได้รับการเคารพนับถือ ยกย่อง การให้โอกาสในการปรับปรุงตนเอง เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้แรงงานสตรีได้ติดต่อกับบุคคลในสังคม ถ้าขาดการสนับสนุนทางสังคมนี้ทำให้แรงงานสตรีขาดความเชื่อมั่นรู้สึกว่าคุณค่าตนเองไม่มีประโยชน์

4.2.3 ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (social integration)

หมายถึง การรับรู้ของแรงงานสตรีที่มีโอกาสเข้าร่วมในกิจกรรมของสังคม มีการแลกเปลี่ยนความรู้สึก ความห่วงใย ความเอื้ออาทร การมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของสังคม ถ้าแรงงานสตรีขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้รู้สึกถูกตัดขาดจากสังคมเกิดความเบื่อหน่ายไม่มีเพื่อน

4.2.4 ด้านการได้ช่วยเหลือเอื้อประโยชน์แก่บุคคลอื่น

(opportunity for nurturance) หมายถึง การรับรู้ของแรงงานสตรีที่ได้มีโอกาสเลี้ยงดูผู้อื่นให้ได้รับความสุขสบายรู้สึกว่าคุณค่าตนเป็นที่ต้องการของผู้อื่น แลกเปลี่ยนประโยชน์ระหว่างบุคคล ถ้าแรงงานสตรีขาดการสนับสนุนนี้จะรู้สึกชีวิตไร้ค่า

4.2.5 ด้านการได้รับความช่วยเหลือหรือคำแนะนำ (assistance

guidance) หมายถึง การรับรู้ของแรงงานสตรีจากการได้รับข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำต่างๆ หรือการช่วยเหลือ ด้านการเงิน สิ่งของเครื่องใช้ ถ้าแรงงานสตรีขาดการสนับสนุนด้านนี้จะรู้สึกสิ้นหวัง

ประเมินโดยแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม Personal Resource Questionnaire (PRQ 85 Part 2) โดย Brandt & Weinert (1981) ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ชมนาด วรรณพรศิริ(2535) และปรับปรุงข้อคำถามโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ ซึ่งเป็น

แบบมาตราประเมินค่า 7 ระดับ มีค่าคะแนนระหว่าง 25 - 175 คะแนนแบ่งระดับคะแนนออกเป็นระดับต่ำ ระดับปานกลาง ระดับสูง โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ยบวกกลับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นเกณฑ์ในการแบ่ง และถือว่าเป็นช่วงคะแนนระดับกลาง ส่วนคะแนนที่สูงและต่ำกว่าช่วงดังกล่าวถือเป็นระดับสูงและต่ำตามลำดับ

ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง ความเปลี่ยนแปลงทางสภาพจิตใจ ซึ่งมีลักษณะสำคัญ คือ มีอารมณ์เศร้า (dysphoric mood) และมีความรู้สึกเบื่อหน่ายไม่สนุกสนาน (loss of interest or pleasure) และมีอาการอื่นๆร่วมด้วยเช่น การเปลี่ยนแปลงทางสรีระหรือความรู้สึกนึกคิด โดยแบ่งภาวะซึมเศร้าออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คืออาการซึมเศร้า (depressive symptoms) มีเพียงความรู้สึกเศร้า หงุดหงิด หรือร้องไห้ ยังไม่ถึงขั้นเป็นโรค ไม่มีความผิดปกติในกิจวัตรประจำวัน และโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นรุนแรงรบกวนกิจวัตร (อุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล, 2539) ประเมินโดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า The Center for Epidemiologic Studies-Depression scale (CES-D) ตามแนวคิดของ Radloff (1977) พัฒนาเครื่องมือและตัดแปลงโดย วิไล คุปต์นิวัติชัยกุล และพนม เกตุมาน (2540) มีข้อคำถาม 20 ข้อ ค่าคะแนนรวมมีตั้งแต่ 0 - 60 สามารถแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ มีภาวะซึมเศร้า คะแนนรวมจากการตอบแบบสอบถามมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน (> 19 - 60 คะแนน) และไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนนรวมจากการตอบแบบสอบถามมีระดับคะแนนน้อยกว่า 19 คะแนน (0 - 18 คะแนน)

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

วิจัยนี้เป็นการศึกษาเพื่อหาปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน และปัจจัยด้านสังคมที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำเสนอเนื้อหาสาระตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

- 1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
- 1.2 อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า
- 1.3 ระดับของภาวะซึมเศร้า
- 1.4 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า
- 1.5 ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
- 1.6 การประเมินภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 2 แนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคม(Ecological Model of Health Behavior)

ส่วนที่ 3 แนวคิดเกี่ยวกับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต

ส่วนที่ 4 แนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว

ส่วนที่ 5 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน

ส่วนที่ 6 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 7 แรงงานสตรีอุตสาหกรรมการผลิตอิเล็กทรอนิกส์

ส่วนที่ 8 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

Lewinsohn (1975 cited in Wilson, Spence & Kavanagh, 1989) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากผลของการลดลงของการเสริมแรงทางบวกที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งก่อให้เกิดการเพิ่มความตระหนักรู้ในตนเอง (self-awareness) มากขึ้น โดยการมุ่งเน้นที่ตนเองมากกว่าคนอื่น

(focus on the self) เพิ่มการจับผิดตนเองมากขึ้น (self-criticism) และคาดหวังอนาคตในทางลบ (negative expectation) นำมาสู่ความไม่พึงพอใจ กังวลใจ (dysphoria) ในพฤติกรรม ความคิดและสัมพันธภาพกับผู้อื่น

Beck (1967) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะอารมณ์แปรปรวนง่าย เช่น โศกเศร้า เสียใจ อ้างว้าง โดดเดี่ยว เฉื่อยชา เชื่องซึม เป็นต้น มีอัตมโนทัศน์ในแง่ลบเกี่ยวกับตนเอง ชอบตำหนิตนเอง มีพฤติกรรมถดถอยและลงโทษตนเอง ต้องการที่จะหลีกเลี่ยงหรืออยากตายมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น น้ำหนักลด นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ เป็นต้นและการทำกิจกรรมต่างๆ เปลี่ยนแปลง เช่น เชื่องช้า หรือกระวนกระวาย เป็นต้น และต่อมา Beck et al. (1979) ได้เสนอรูปแบบปัญญานิยมของภาวะซึมเศร้า ซึ่งได้กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่าเกิดจากผลของความคิดในทางลบของบุคคลต่อตนเอง สถานการณ์ที่เผชิญหรือสิ่งแวดล้อม และอนาคต เช่น คิดไม่มีเหตุผลแต่สามารถเชื่อมโยงไปสู่สิ่งต่างๆ ได้ (arbitrary inference) เลือกรับเอาแต่ประเด็นที่ไม่ดีมาคิด (selection abstraction) ขยายความคิดที่ไม่ดีให้ใหญ่ขึ้น (magnification) ลดสิ่งที่ดีให้เล็กลง (minimization) เป็นต้น

อุมาพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2539) ได้ให้นิยามศัพท์ว่า ภาวะซึมเศร้าว่าหมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางสภาพจิตใจ ซึ่งมีลักษณะสำคัญ คือ มีอารมณ์เศร้า (dysphoric mood) และมีความรู้สึกเบื่อหน่ายไม่สนุกสนาน (loss of interest or pleasure) และมีอาการอื่นๆร่วมด้วยเช่น การเปลี่ยนแปลงทางสรีระหรือความรู้สึกนึกคิด โดยแบ่งภาวะซึมเศร้าออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คืออาการซึมเศร้า (depressive symptoms) มีเพียงความรู้สึกเศร้า หงุดหงิด หรือร้องไห้ ยังไม่ถึงขั้นเป็นโรค ไม่มีความผิดปกติในกิจวัตรประจำวัน และโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นรุนแรงรบกวนกิจวัตรประจำวัน

ทวี ตั้งเสรี (2546) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความผิดปกติทางความคิด ความรู้สึก ซึ่งเกิดจากระบบการทางปัญญา ทำให้เกิดความแปรปรวนทางด้านความคิดและการรับรู้ ความแปรปรวนทางด้านอารมณ์ ความแปรปรวนทางด้านแรงจูงใจ และความแปรปรวนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ซึ่งแสดงออกโดยการตำหนิตนเอง มองโลกในแง่ร้าย ขาดสมาธิ การเรียนเปลี่ยนแปลง ไม่สนใจกิจกรรม อารมณ์ไม่แจ่มใส วิตกกังวล หดหู่ เมื่อยล้า นอนไม่หลับ น้ำหนักตัวลดหรือเพิ่มปวดศีรษะและปวดท้อง

ดวงใจ กสานครกุล (2542) ให้ความหมายภาวะซึมเศร้า (depression) ว่า หมายถึง อารมณ์ทุกข์ (dysphoric mood) รู้สึกเศร้าหมอง จิตใจหดหู่ เชื่องช้า เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง ผอมลงหรือน้ำหนักลด หดหู่ อารมณ์เพศ คิดอยากตาย เป็นต้น

และมีผลกระทบในด้านสังคมหรืออาชีพ ทำให้มีพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนไป กลายเป็นคนแยกตัวเจียบซึม และสมรรถภาพในการเรียนหรือการทำงานลดลง

สรุป ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ความหมายภาวะซึมเศร้าของอุมพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2539) หมายถึงความเปลี่ยนแปลงทางสภาพจิตใจ ซึ่งมีลักษณะสำคัญ คือ มีอารมณ์เศร้า (dysphoric mood) และมีความรู้สึกเบื่อหน่ายไม่สนุกสนาน (loss of interest or pleasure) และมีอาการอื่นๆร่วมด้วยเช่น การเปลี่ยนแปลงทางสรีระหรือความรู้สึกนึกคิด โดยแบ่งภาวะซึมเศร้าออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คืออาการซึมเศร้า (depressive symptoms) มีเพียงความรู้สึกเศร้า หงุดหงิด หรือ ร้องไห้ ยังไม่ถึงขั้นเป็นโรค ไม่มีความผิดปกติในกิจวัตรประจำวัน และโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นรุนแรงรบกวนกิจวัตร ซึ่งให้นิยามชัดเจนในด้านการแสดงออกของอาการซึมเศร้า (depressive symptoms) รู้สึกเศร้า หงุดหงิด หรือร้องไห้ ยังไม่ถึงขั้นเป็นโรค ไม่มีความผิดปกติในกิจวัตรประจำวัน และโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นรุนแรงรบกวนกิจวัตรประจำวัน

1.2 อาการและการแสดงของโรคซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่พบได้บ่อย พบได้ในทุกเพศ ทุกวัย ซึ่งลักษณะอาการที่สำคัญของภาวะซึมเศร้า จะแสดงอาการออกมาได้หลายด้าน ดังนี้ (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2542)

1.2.1 ด้านอารมณ์

- มีความรู้สึกเศร้า ท้อแท้ หดหู่ ไม่มีความสุข ขาดความรู้สึกเบิกบาน บางคนอาจมีอาการหงุดหงิดง่าย โกรธง่ายร่วมด้วย

1.2.2 ด้านความคิด

- สมาธิไม่ดี จี๋ซึม ขาดความมั่นใจ ไม่กล้าตัดสินใจด้วยตนเอง
- มองโลกในแง่ร้าย มองตนเองไร้ค่า หรือเป็นภาระต่อคนอื่น มองทุกสิ่งทุกอย่างหมดหวัง บางคนจะมีความคิดเบื้อชีวิต เบื่อที่จะสู้ต่อไป คิดอยากตายหรือคิดจะทำร้ายตนเอง หรือพยายามฆ่าตัวตาย

1.2.3 ด้านร่างกาย

- มีปัญหาการกินอาหาร (เบื่ออาหารไม่ยอมกิน หรือกินจุมากขึ้น หิวบ่อยขึ้น)

- น้ำหนักตัวลดลง

- การนอนจะมีปัญหา การนอนไม่หลับ หลับๆตื่นๆ หลับไม่สนิท ฝันร้ายหรือหลับยาก บางรายอาจมีการนอนหลับมากกว่าปกติ

- อาการปวดของส่วนต่างๆ ของร่างกายมากขึ้น
- ความรู้สึกหรือความต้องการทางเพศจะลดลง บางรายอาจเพิ่มขึ้น

แต่พบได้น้อย

- รู้สึกอ่อนเพลีย ลำร่างกายไม่มีแรง

1.2.4 ด้านพฤติกรรม

- แยกตัวเอง ซึม ชอบอยู่เงียบๆ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม หรือสนใจน้อยลง บางรายมีอาการกระสับกระส่าย นั่งไม่คิดเป็นพักๆ มีการควบคุมตนเองได้น้อยลง เช่น ดื่มสุรา สูบบุหรี่ ใช้นอนหลับ หรืออาจมีปัญหาการใช้สารบางอย่างเพิ่มขึ้น ใช้จ่ายปวดมากขึ้น แสดงความต้องการพึ่งพาผู้ดูแลจากลูกหลานมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลหรือลูกหลานเข้าใจผิดว่า ทำไปเพื่อเรียกร้องความสนใจ แต่ที่จริงแล้วเป็นอาการของความเจ็บป่วย

1.3 ระดับของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า อาจจำแนกได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้ (วิระวรรณ อุประมาณ, 2538)

1.3.1 เป็นอารมณ์ปกติ (affect of state) ซึ่งใครๆ ก็รู้สึกได้แต่จะไม่รุนแรงหรือคงอยู่นานและไม่ก่อให้เกิดผลกระทบ

1.3.2 เป็นอารมณ์ที่ผิดปกติ (mood or strait) คือ คงอยู่นานและระดับที่เกินปกติวิสัยไปบ้าง เกิดขึ้นเนื่องจากมีปัญหาการปรับตัวผิดปกติ (adjustment disorder) หรือเป็นผลจากมีโรคทางกายและโรคทางจิตต่าง ๆ (secondary depression)

1.3.3 เป็นโรคทางจิตโดยตรง (primary affective disorder) โดยมีอารมณ์ที่ผิดปกติลงนาน (mood disorder) ซึ่งจำแนกออกไปอีกตามลักษณะที่แตกต่างกัน เช่น เป็นภาวะเศร้าหรือ hypomania ถึง mania หรือแบ่งตามระดับความรุนแรงหรือความเรื้อรัง เป็นต้น โดยมีอาการอื่นๆ ร่วมด้วย

1.4 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

เกณฑ์การวินิจฉัยที่จะระบุว่าบุคคลป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) มีดังต่อไปนี้ (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2543: 124-125; American Psychiatric Association, 2000)

1.4.1 ผู้ป่วยต้องมีอาการ 5 อาการหรือมากกว่าในทั้งหมด 9 อาการต่อไปนี้เป็นระยะเวลานาน 2 สัปดาห์ ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ไปจากแต่ก่อน โดยอาการดังกล่าวต้องมีอาการในข้อ 1 หรือข้อ 2 รวมอยู่ด้วย

1.4.1.1 มีอารมณ์ซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน (ในเด็กหรือวัยรุ่นอาจเป็นอารมณ์หงุดหงิดง่าย)

1.4.1.2 ความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมต่างๆ ทั้งหมดหรือแทบทั้งหมดลดลงอย่างมากเป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน

1.4.1.3 น้ำหนักลดลงโดยมิได้เป็นจากการควบคุมอาหาร หรือน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างมีความสำคัญ (เปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) หรือมีอาการเบื่ออาหารหรือเจริญอาหารแทบทุกวัน

1.4.1.4 นอนไม่หลับแทบทุกวัน

1.4.1.5 มีอาการกระสับกระส่าย หรือเคลื่อนไหวช้าแทบทุกวัน

1.4.1.6 อ่อนเพลียหรือไร้เรี่ยวแรง

1.4.1.7 รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสม หรือมากเกินไป (อาจถึงขั้นหลงผิด) แทบทุกวัน

1.4.1.8 สมาธิ ความสามารถในการคิดอ่านลดลง หรือตัดสินใจอะไรไม่ได้แทบทุกวัน

1.4.1.9 คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อยๆ (มิใช่แค่กลัวตาย) โดยมีได้วางแผนก่อนหรือพยายามฆ่าตัวตายหรือมีแผนในการฆ่าตัวตายไว้แน่นอน

1.4.2 อาการเหล่านี้กล่าวไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยแบบผสม

1.4.3 อาการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ หรือกิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่นๆ ที่สำคัญ บกพร่องลง

1.4.4 อาการมิได้เป็นจากผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร (เช่น สารเสพติด ยา) หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย (เช่น hypothyroidism)

1.4.5 อาการดังกล่าวไม่เข้ากับความเศร้าโศกเสียใจตามธรรมดา (Bereavement) ซึ่งได้แก่ มีอาการคงอยู่นานกว่า 2 เดือนหลังการสูญเสียผู้ที่ตนรัก หรือมีหน้าที่บกพร่องลงมาก หมกมุ่นกับความคิดว่าตนไร้ค่าอย่างผิดปกติ มีความคิดฆ่าตัวตาย มีอาการโรคจิต หรือมีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง (psychomotor retardation)

1.5 ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้ามีผู้อธิบายไว้หลายประการขึ้นอยู่กับแนวคิดพื้นฐานทางทฤษฎี ซึ่งส่วนมากสามารถแบ่งออกเป็นทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยาและทฤษฎีทางสังคม ดังนี้

1.5.1 ทฤษฎีทางชีววิทยา (biological theories of depression)

1.5.1.1 ทฤษฎีชีวเคมี (biochemical theories) ทฤษฎีนี้ อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงชีวเคมีของสมอง ซึ่งจากผลการศึกษาของผู้วิจัยหลายคนมีความเห็นตรงกันว่าภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากความไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมอง โดยมีความเข้มข้นของสารสื่อประสาท คือ อะเซทิลโคลีน (acetylcholine) ซีโรโทนิน (serotonin) โดปามีน (dopamine) และนอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) ลดลง (Vancarolis, 1994)

1.5.1.2 ทฤษฎีสารสื่อประสาท (neurochemical theories) ทฤษฎีนี้ กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างสารสื่อประสาทในสมองซึ่งได้แก่ ซีโรโทนิน (serotonin) นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) โดปามีน (dopamine) และแกมมา-อะมิโนบูตริก แอซิด (Gamma-aminobutyric acid) กับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยเชื่อว่าสารสื่อประสาทดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า (ศิริพร จิรวัฒนกุล, 254; สรยุทธ วาสิกนันท์, 2547; Dobovsky et al., 2004; Kaplan & Sadock, 2000) แต่อย่างไรก็ตามนักวิจัยพบว่าสารสื่อประสาทที่มีบทบาทสำคัญโดยตรงกับการเกิดภาวะซึมเศร้า คือ ซีโรโทนิน (serotonin) และ นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) โดยสารสื่อประสาททั้ง 2 ชนิด จะมีความสัมพันธ์กับระบบประสาทส่วนกลางที่บริเวณลิมบิก (Limbic) และ คอร์เท็กซ์ (Cortex) ซึ่งเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออก พฤติกรรมและอารมณ์ (บุศยา ใจเพชรและคณะ, 2547) กล่าวคือ ถ้าผู้ป่วยมีความผิดปกติของการเผาผลาญของสารโมโนอะมีน (Monoamine) ที่ระบบประสาทส่วนกลางดังกล่าว จะทำให้ระดับของซีโรโทนิน (serotonin) และ นอร์อิพิเนฟริน ต่ำกว่าปกติผลที่ตามมาทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้า แต่เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาและหายดีแล้ว ระดับของสารสื่อประสาททั้งสองชนิดนี้จะกลับสูงขึ้นอยู่ในระดับปกติเช่นเดิม (สมภพ เรืองตระกูล, 2543) และภาวะซึมเศร้าที่ผู้ป่วยมีอยู่จะดีขึ้น ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าการทำงานที่ลดลงกว่าปกติของสารสื่อประสาทมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า

1.5.1.3 ทฤษฎีประสาทต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine theories) เป็นการกล่าวถึงความสัมพันธ์ของต่อมไร้ท่อและภาวะซึมเศร้า โดยเชื่อว่าฮอร์โมนมีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีการศึกษาอย่างกว้างขวางเกี่ยวกับปัจจัยด้านต่อมไร้ท่อในภาวะซึมเศร้าโดยคณะเบอร์นาร์ด คอร์โรล (Bernard corroll's team) มหาวิทยาลัยมิชิแกน (Akiskal, 2000) ได้พัฒนา DST (dexamethasone suppression test) การค้นพบที่สำคัญ คือ การเพิ่มขึ้นของสารคอร์ติซอลจะมีปริมาณมากในผู้ที่ภาวะซึมเศร้า

1.5.1.4 ทฤษฎีด้านพันธุกรรม (genetic theory) กล่าวถึงการเกิดภาวะซึมเศร้าว่าเป็นลักษณะการบกพร่องในพันธุกรรมที่รับสืบทอดกันได้โดยถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่งและจากข้อมูลทางวิชาการพบว่าถ้าฝาแฝดไข่ใบเดียวกันคนใดคนหนึ่งเกิดโรคอารมณ์ซึมเศร้าโอกาสที่แฝดอีกคนจะเกิดโรคนี้อาจสูงถึงร้อยละ 70-80 ถ้าเป็นฝาแฝดจากไข่คนละใบ ซึ่ง คือ พี่น้องทั่วไปที่ไม่ใช่ฝาแฝด โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจะพบประมาณร้อยละ 10-25 เนื่องด้วยฝาแฝดไข่ใบเดียวกันมียีนส์ที่คล้ายกัน (ดวงใจ กสานติกุล, 2542 ; Kaplan & Sadock, 1998 ; Townsend, 1993) จากการรายงานของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 1999) พบว่าโรคอารมณ์ซึมเศร้าชนิดรุนแรงจะพบในผู้มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดใกล้ชิด (บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย หรือพี่น้องบิดามารดาเดียวกัน) โดยเฉพาะในผู้หญิงที่โรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ชาย จากการศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับโครโมโซมพบว่ายีน X (X-linked Dominant Gene) ซึ่งมีลักษณะของอาการซึมเศร้าอยู่ด้วยจะถ่ายทอดจากแม่สู่ลูกสาวมากกว่าลูกชายสองเท่า แต่การศึกษานี้ยังไม่มีที่ยืนยันที่เป็นข้อสรุปอย่างชัดเจน (ศิริพร จิรวัดนกุล, 2546) อย่างไรก็ตามปัจจุบันมีข้อสรุปได้ว่าการถ่ายทอดทางพันธุกรรมในโรคซึมเศร้าบางชนิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งชนิดที่มีการกำเริบซ้ำหลายๆ ครั้ง และพบว่าเด็กที่พ่อหรือแม่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าคนเดียวมีโอกาสป่วยร้อยละ 27 ถ้าพ่อและแม่ป่วยทั้งคู่ ลูกๆ มีโอกาสป่วยด้วยโรคอารมณ์รุนแรงร้อยละ 50 - 75 (Tsuang & Faroene, 1996 อ้างใน ดวงใจ กสานติกุล, 2542 ; Nurnberger and Gershon, 1992 cited in Varcacolis, 1994) เช่นเดียวกับ การศึกษาของ จินตนา ลิ้มเพิ่มพูน (2549 อ้างในสุทธนันท์ ชุนแจ่ม, 2551) ที่พบว่าญาติสายเลือดเดียวกันมีปัจจัยเสี่ยงกับโรคซึมเศร้า (OR = 2.8)

1.5.1.5 ทฤษฎีฮอร์โมน (Hormonal theory) ทฤษฎีนี้ศึกษาความเกี่ยวข้องกับฮอร์โมนกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งให้ความสำคัญกับฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol) และ เอสโตรเจน (Estrogen) กล่าวคือเมื่อมีความผิดปกติของกลไกการทำงานของระบบ Hypothalamic – pituitary – adrenal (HPA) axis ซึ่งเป็นระบบที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองต่อความเครียด จะทำให้เกิดการเพิ่มผิดปกติของฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol) ร้อยละ 40 – 60 ไฮโปคอร์ติซอลิซึม (Hypocortisolism) โดยการเพิ่มขึ้นดังกล่าวจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า (จำลอง ดิษยวณิช และ พรหมเพรา ดิษยวณิช, 2545) ตามปกติแล้วฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol) จะมีระดับสูงในช่วงเวลา 8.00 – 16.00 น. หลังจากนั้นจะลดต่ำลงในเวลากลางคืน แต่พบว่าในบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) follicle stimulating hormone (FSH) , luteinizing hormone (LH) , Prolactin และ Tryptophan ที่ลดลง ในช่วงหญิงตั้งครรภ์และช่วงหลังคลอดให้นมบุตร ช่วงใกล้หมดประจำเดือน ส่งผลให้ผู้หญิงบางคนมีอาการหงุดหงิด อารมณ์เสื่อง่าย และในบางรายอาจเกิดภาวะซึมเศร้า (ศิริพร จิรวัดนกุล, 2546)

1.5.2 ทฤษฎีทางจิตวิทยา (psychological theories of depression)

1.5.2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) ทฤษฎีนี้

อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกี่ยวข้องกับความคับข้องใจในระยะปาก (oral stage) อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดบุคลิกภาพแบบหลงรักตัวเอง (narcissistic personality) เมื่อบุคคลประสบกับการสูญเสีย ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียจริงหรือการสูญเสียที่ผู้ป่วยเข้าใจไปเอง (Kaplan & Sadock, 1998) มีผลทำให้อีโก้ (ego) ลดต่ำลงหรือถูกทำลายลงไป ซึ่งอีโก้เป็นตัวกลางในการแสดงออกของบุคลิกภาพ เป็นที่ตั้งของสติและเป็นสื่อกลางระหว่างสัญชาตญาณกับสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้ ความจำการตัดสินใจ ความมีเหตุผล การแก้ปัญหา และการตัดสินใจในการกระทำ ซึ่งเกี่ยวข้องกับ ความมีเหตุผล และความถูกต้องเหมาะสม เมื่ออีโก้ลดต่ำลงหรือถูกทำลาย จึงทำให้ไม่สามารถที่จะ คิดปลดปล่อยตนเองออกจากความเศร้าและความรู้สึกสูญเสีย เกิดการยับยั้งไม่ให้มีการต่อสู้เพื่อ ปกป้องตนเอง รู้สึกผิดและบันดาลโทษ ขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง ไม่สามารถคิด จัดการกับการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญ ทำให้มีแนวคิดด้านลบต่อตนเองรู้สึกไร้ค่า ไม่มีความหมาย (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

1.5.2.2 ทฤษฎีการเรียนรู้ความสิ้นหวังหรือการยอมจำนน

จากการเรียนรู้ (Learned-helplessness theory) ของ Seligman (1975 cited in Dobson & Jackman-Cram, 1996) ซึ่งพัฒนาแนวคิดนี้มาจากการทดลองทางจิตวิทยา โดยสังเกตพฤติกรรมของสุนัขที่ถูก กระแสไฟฟ้าระดับต่ำๆ ช็อตตลอดเวลาไม่ว่าสุนัขจะกระโดดหรือเห่า จนในที่สุดสุนัขยอมแพ้ไม่ พยายามหนีจากการถูกไฟฟ้าช็อตอีก ซึ่งพบว่าสภาวะการยอมจำนนที่เกิดจากการเรียนรู้สามารถ เกิดได้ในมนุษย์ โดยสรุปว่าภาวะซึมเศร้าเป็นพฤติกรรมการปรับตัวที่ผิดปกติ เป็นผลมาจากการที่ บุคคลได้รับแรงเสริมในระดับต่ำ ซึ่งระดับของแรงเสริมตามแนวคิดนี้ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ คือ จำนวนของแรงเสริมในสิ่งแวดล้อม จำนวนกิจกรรมหรือเหตุการณ์ซึ่งเป็นแรงเสริมที่มี ศักยภาพสำหรับบุคคล และทักษะของบุคคลที่ดึงเอาแรงเสริมนั้นออกมา นอกจากนี้รูปแบบของ ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์บางอย่างที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น ประสบกับ เหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตในด้านลบมาก่อน หรืออาจเกิดจากการถูกลดโทษ การฟ่ายแพ้ ล้มเหลวหรือ การสูญเสีย ก่อให้เกิดการเรียนรู้หรือยึดติดในความคิดว่าไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ได้ ไม่ว่าจะ แก้ปัญหาในชีวิตอย่างไรก็จะเป็นผลสำเร็จทั้งสิ้น จะพัฒนาให้เกิดการเรียนรู้ความสิ้นหวัง เกิดขึ้น

1.5.2.3 ทฤษฎีการลดการเสริมแรงทางบวก (reduced positive reinforcement) ของ Lewinsohn (1975 cited in Dobson & Jackman-Cram, 1996) ซึ่งเชื่อว่าภาวะ ซึมเศร้าเกิดจากผลของการลดการเสริมแรงทางบวกให้ตนเองอย่างไม่ตั้งใจ ทั้งจากการคิด เช่น การ

รับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ (low self-esteem) ความรู้สึกผิด (guilt) การมองโลกในแง่ร้าย (pessimism) การไม่สามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมรอบๆตัวได้ และเหตุการณ์ต่างๆที่ประสบในชีวิต ยิ่งทำให้บุคคลลดการเสริมแรงตนเองในทางบวก ผลที่เกิดขึ้นทำให้บุคคลเพิ่มการตระหนักรู้ในตนเองสูงขึ้น (self-awareness) การมุ่งเน้นที่ตนเองมากกว่าคนอื่น (focus on the self) เพิ่มการจับผิดตนเองมากขึ้น (self-criticism) และคาดหวังอนาคตในทางลบ (negative expectation) นำมาสู่ความไม่พึงพอใจกังวลใจ (dysphoria) และบกพร่องทางพฤติกรรม ความคิด และสัมพันธภาพกับผู้อื่น

1.5.2.4 ทฤษฎีเกี่ยวกับบุคลิกภาพ (personality theory)

นักวิจัยบางคนเชื่อว่ามียุคบุคลิกภาพผิดปกติที่เรียกว่าบุคลิกภาพผิดปกติแบบซึมเศร้า (depressive personality disorder) คนที่มีบุคลิกภาพชนิดนี้เป็นคนที่จะมองโลกในแง่ร้ายและเชื่องซึม มักชอบตำหนิตนเองและผู้อื่นมองโลกว่ามีแต่ความโหดร้าย ไม่มีใครสนับสนุนตนเอง มองตนเองเป็นคนไร้ค่า มองอนาคตอย่างไร้ความหวัง มองชีวิตในด้านลบจึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย เนื่องจากเชื่อว่าคนเหล่านี้มีประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดเป็นปมด้อยในใจตั้งแต่วัยเด็กเล็ก เช่น การสูญเสียบิดามารดา ประสบการณ์การถูกละเลยทั้งทางกายและทางเพศ บิดามารดาติดยา (Holoday - Worret, 1996)

1.5.2.5 ทฤษฎีปัญญานิยม (cognitive theory) มีนักจิตวิทยา

และจิตแพทย์มากมายที่เสนอทฤษฎีปัญญานิยม บุคคลที่กล่าวได้ว่าสำคัญมีอยู่ 2 คน คือ Ellis (1962) อังในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต; 2541; Beck, 1967) ซึ่งเป็นจิตแพทย์ที่ได้รับการอบรมมาทางจิตวิเคราะห์ ได้พัฒนาทฤษฎีปัญญานิยมขึ้นมา หลังจากที่เขามักได้รับการบำบัดโดยวิธีการทางจิตวิเคราะห์ เขาได้พบปฏิกิริยาทางลบจากผู้รับการบำบัดมากมาย จึงเริ่มสงสัยเกี่ยวกับการอธิบายถึงความเป็นโรคจิต โรคประสาทของนักจิตวิทยากลุ่มจิตวิเคราะห์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการอธิบายเรื่องของภาวะซึมเศร้า ดังนั้นเบ็คจึงตรวจสอบทฤษฎีจิตวิเคราะห์อย่างจริงจัง ในการศึกษาเกี่ยวกับโครงสร้างความคิดของผู้ป่วยจิตเวช โดยเริ่มจากการสังเกตในคลินิกอย่างเป็นระบบและทำการวิจัยจนกระทั่งปลายปี ค.ศ. 1950 เบ็คได้อธิบายถึงสาเหตุการเจ็บป่วยทางจิตโดยอาศัยทฤษฎีและแนวคิดหลายๆแนวคิดมาประกอบกัน ซึ่งได้อธิบายจิตพยาธิสภาพของผู้รับการบำบัดโดยอาศัยแนวคิดจิตวิทยาสังคม (social psychology) จิตวิทยาทางปัญญา (cognitive psychology) ทฤษฎีกระบวนการประมวลผลข้อมูล (information processing theory) และทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic theory) ของฟรอยด์ว่าการเจ็บป่วยทางจิตเวชนั้นเกิดจากโครงสร้างความคิด ผู้ป่วยมักจะบิดเบือนความคิดของตนเองอย่างเป็นระบบ ซึ่งลักษณะของความคิดที่บิดเบือนนั้นเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติควบคุมไม่ได้

1.5.3 ทฤษฎีทางสังคม (Social theories)

เป็นทฤษฎีที่ศึกษาความเกี่ยวข้องในการเกิดภาวะซึมเศร้าที่มีสาเหตุมาจากปัจจัยทางสังคมโดยเน้นว่าสาเหตุของภาวะซึมเศร้าเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งพบว่าเหตุการณ์ในชีวิต (Stressful life event) ที่มีบทบาทในการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การสูญเสียงาน การถูกทำร้าย ปัญหาการเงิน ปัญหาด้านกฎหมาย (วิภาวี เผ่า กันทรกร, 2548; Greist & Jefferson, 1992: 9 อ้างในสุทธนันท์ ชุนแจ่ม, 2551) สัมพันธภาพในครอบครัว สถานภาพสมรส บทบาททางสังคม การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะการสูญเสียคู่สมรส (Beeger, 1996 cited in Sangon, 2001 อ้างในสุทธนันท์ ชุนแจ่ม, 2551) ปัจจัยเหล่านี้อาจเป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้บุคคลที่มีความเปราะบางทางจิตใจยอมรับสภาพดังกล่าวไม่ได้ เกิดทัศนคติในแง่ลบ เกิดการแยกตัวจากสังคม ส่งผลให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

นอกจากนี้ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าจากที่กล่าวมาแล้ว ยังพบว่าบทบาททางสภาพเพศ (Gender role) การได้รับยาบางชนิด เช่น ยาที่ใช้รักษาโรคไขข้ออักเสบ การเจ็บป่วยทางกาย เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดในสมองแตกหรือตีบตัน โรคเบาหวาน โรคพาร์กินสัน โรคอัลไซเมอร์ รวมทั้งการติดเชื้อไวรัสหรือแบคทีเรียและการติดเชื้อเสียดังกล่าว อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะได้เช่นเดียวกัน (ศิริพร จิรวัดนกุล, 2546; สมภพ เรื่องตระกูล, 2543; วิภาวี เผ่ากันทรกร, 2548; Geddes & Butler, 2000 cited in Valente, 2005; 104)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสาเหตุของภาวะซึมเศร้า พบว่าทฤษฎีที่อธิบายภาวะซึมเศร้ามี 3 ทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีทางจิตวิทยา ซึ่งอธิบายถึงปัจจัยที่ประกอบด้วยปัจจัยด้านชีวเคมี สารสื่อประสาท ประสาทต่อมไร้ท่อ พันธุกรรม และด้านฮอร์โมน และทฤษฎีทางจิตวิทยาซึ่งประกอบด้วย ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ทฤษฎีการเรียนรู้ความสิ้นหวังหรือการยอมจำนนจากการเรียนรู้ ทฤษฎีการลดการเสริมแรงทางบวก ทฤษฎีเกี่ยวกับบุคลิกภาพ ทฤษฎีปัญญานิยม และสุดท้ายทฤษฎีทางสังคมอธิบายถึง ปัจจัยที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าเกิดจากหลายปัจจัย ซึ่งมีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กันทั้งปัจจัยทางด้านจิตวิทยา จิตวิทยา และทางด้านสังคม ในการศึกษาครั้งนี้จึงเลือกใช้การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎีข้างต้น เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษาให้ครอบคลุมทั้งปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน และปัจจัยด้านสังคม ซึ่งจะกล่าวรายละเอียดต่อไปในส่วนที่ 8

1.6 การประเมินภาวะซึมเศร้า

ในการประเมินภาวะซึมเศร้า ได้มีผู้สร้างและพัฒนาเครื่องมือ เพื่อใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าขึ้นมาอย่างหลากหลาย แต่สามารถจำแนกออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ (ธรณินทร์ กองสุข, 2549)

1.6.1 Self-report measures ผู้ป่วยหรือผู้ที่ถูกประเมินเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งผลที่ได้จะค่อนข้างเป็นความคิด ความรู้สึกของผู้ตอบ มีประโยชน์คือใช้ง่ายและสามารถประเมินในกลุ่มคนจำนวนมากในเวลาอันสั้น อีกทั้งประหยัดค่าใช้จ่าย มักจะใช้ในการสำรวจหรือในกรณีที่ต้องการค้นหาผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้า และในการคัดกรองในประชากรทั่วไป ตัวอย่างเครื่องมือประเภทนี้ ได้แก่ Zung Self-Depression Scale, Beck Depression Inventory, The Center for Epidemiologic Study Depression scale (CES-D) เป็นต้น

1.6.2 Clinician-rated measures ส่วนใหญ่จะเป็นการสัมภาษณ์อย่างเป็นระบบ (structural interview) ตามหัวข้อที่มีในแบบประเมิน โดยแพทย์ หรือผู้ที่ได้รับการอบรมการใช้แบบประเมินมาอย่างดีแล้ว จะมีความแม่นยำสูง แต่จะใช้เวลานาน เช่น Hamilton Rating Scale for Depression , Brief Psychiatric Rating Scale (Overall et al. 1962) , MADRS , CIDI , SCID , DIS , SADS and M.I.N.I นอกจากนั้นในการนำไปใช้ควรพิจารณาให้เหมาะสมกับเป้าหมายในการประเมิน ดังนี้

1.6.2.1 เพื่อคัดกรอง การคัดกรองนั้นจะช่วยให้การแยกผู้ที่มีแนวโน้มจะป่วยเพื่อนำเข้าสู่กระบวนการช่วยเหลือ ซึ่งการเลือกแบบประเมินเพื่อการคัดกรองควรต้องพิจารณา criterion validity และ cut off score รวมทั้งค่าความไว (sensitivity) และค่าความจำเพาะ (specificity) เป็นสำคัญ

1.6.2.2 เพื่อวินิจฉัยและจำแนกเครื่องมือที่สามารถวินิจฉัยและจำแนกโรค จำเป็นจะต้องมีความแม่นยำ (accuracy) ความเที่ยง (reliability) และความตรง (validity) เนื่องจากผู้ได้รับการวินิจฉัยและแยกโรคแล้วจะต้องได้รับการบำบัดรักษาและติดตามต่อเนื่อง

1.6.2.3 เพื่อบรรยายอาการและประเมินอาการ เป็นเครื่องมือที่สามารถจำแนกอาการความรุนแรงและวัดความถี่ของอาการ ซึ่งพบบ่อยว่ามักจะเป็นเป้าหมายของการประเมินทั้งทางคลินิกและวิจัย โดยเฉพาะประเมินความสำเร็จในการรักษา ซึ่งจำเป็นต้องมีการพิจารณาในเรื่องความเที่ยง (reliability)

1.6.2.4 เพื่อทดสอบสมมติฐานทางคลินิก และ case formulation ในการรักษาทางจิตสังคม ในผู้ป่วยซึมเศร้าจำเป็นต้องมี case formulation ที่แม่นยำซึ่งจำเป็นต้องเข้าใจสาเหตุ หน้าที่และปัจจัยทั้งหลายที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญของผู้ป่วย อาจเชื่อมโยงกับอาการเจ็บป่วย ผู้รักษาต้องทดสอบสมมติฐานความเชื่อมโยงเหล่านี้

1.6.2.5 เพื่อการวางแผนการรักษา เครื่องมือในการประเมิน
บางอย่างจะช่วยให้การวางแผนการรักษาได้

1.6.2.6 เพื่อประเมินผลลัพธ์ (outcome evaluation) เครื่องมือ
ประเมินสามารถช่วยในการติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วยและวัดประสิทธิผลในการรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยมีหลายฉบับ ส่วนใหญ่พัฒนามาจากเครื่องมือของต่างประเทศ ซึ่งใช้ฐานแนวคิดทางชีววิทยาการแพทย์เป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือ รวมไปถึงการสร้างเกณฑ์วินิจฉัยภาวะซึมเศร้าของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันหรือ DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-4th Edition) เช่นเดียวกัน ซึ่งจะระบุถึงกลุ่มอาการหรือพฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า เช่น การมีอารมณ์เศร้าขาดความกระตือรือร้น สนุกสนาน ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง การนอนผิดปกติ มีการเปลี่ยนแปลงของการเคลื่อนไหว อ่อนเพลีย มีความรู้สึกไร้ค่า สมาธิไม่ดี คิดซ้ำๆ เรื่องความตาย ซึ่งในผู้ที่มีอาการรุนแรงอาการแสดงจะชัดเจน ทำให้สามารถประเมินได้โดยไม่ต้องใช้แบบทดสอบ ซึ่งมีผู้แสดงความคิดเห็นว่ากระบวนการที่ได้มาซึ่งข้อกำหนดการวินิจฉัยนั้นไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุเนื่องจากละเลยสาเหตุของการเกิดความผิดปกติของสุขภาพจิตหรือภาวะซึมเศร้า แต่ให้ความสำคัญต่ออาการและกลุ่มอาการ (Mirowski & Ross, 1989; Nolen-Hoeksema, 1990 อ้างใน ศิริพร จิรวัดนกุล, 2546) ถึงอย่างไรก็ดี ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าแต่มีอาการแสดงออกไม่ชัดเจนการใช้เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าเป็นสิ่งที่ช่วยได้มาก (ศิริพร จิรวัดนกุล, 2546) และเครื่องมือที่นิยมใช้ส่วนใหญ่เป็นแบบสอบถามชนิดรายงานผลด้วยตนเอง (Self Rating Scale) เนื่องจากสะดวกต่อการใช้และการแปลผล ซึ่งจะขอกล่าวถึง ดังต่อไปนี้

1. Zung self Rating Depression Scale โดย นันทิกา ทวิชาชาติ อรพรรณ เมฆสุกะและ
ธงชัย ทวิชาชาติ (2533 อ้างใน วันเพ็ญ แสงสงวน, 2538) ได้ทำการพัฒนา แบบสอบถามชนิดนี้ขึ้น
เพื่อค้นหาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในเขตพระโขนง
กรุงเทพมหานคร และเขตจังหวัดอุทัยธานี พบความชุกภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชากรที่ศึกษาร้อยละ
82.28 พบความชุกภาวะซึมเศร้าในเขตที่ทำการศึกษามหาวิทยาลัยในเขตกรุงเทพมหานครร้อยละ 80.30 ในเขต
จังหวัดอุทัยธานีพบร้อยละ 84.48 และปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเกิด เหมือนกันทั้งสองที่
เครื่องมือมีข้อคำถาม 20 ข้อ เกี่ยวกับความรู้สึกด้านอารมณ์/จิตใจ และพฤติกรรมด้านร่างกาย
สามารถบอกระดับความซึมเศร้า ใช้กับผู้ที่มีความลำบากที่จะระบายความรู้สึกด้วยคำพูดและ
ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองมิได้เป็นสิ่งที่ถูกต้องนัก อย่างไรก็ตาม Bowling (1995)
กล่าวถึงเครื่องมือที่เป็นต้นฉบับภาษาอังกฤษว่า เครื่องมือไม่ได้บอกถึงความเป็นปัจจุบันของโรค
และพบว่าข้อคำถามนำไปสู่การสรุปเกินความเป็นจริง (Kutner et al. cited in Bowling, 1995)

2. Thai version of the Beck Depression Inventory-BDI ดัชนีฉบับสร้างโดย Beck et al. (1961 อ้างถึงใน Holasuit, S. et al., 2540) แบบสอบถามมีทั้งหมด 21 ข้อ ระดับคะแนนเป็น 0-3 คะแนนรวม 0-9 หมายถึงไม่มีอาการหรือมีอาการน้อยมาก คะแนนรวม 10-18 หมายถึงมีอาการอย่างอ่อนจนถึงปานกลาง คะแนนรวม 19-29 หมายถึงมีอาการปานกลางจนถึงรุนแรง คะแนน 30-63 แสดงถึงมีอาการรุนแรงมาก Horasuit, Potisuk & Gandour (2540) นำมาแปลเป็นภาษาไทย และทำการศึกษาเพื่อยืนยันว่าอาการของโรคซึมเศร้าไม่มีผลต่อการแสดงออกทางภาษาของผู้ป่วย และพบว่าหัวข้อในเครื่องมือมีความคงที่ในแต่ละหัวข้อ มีความน่าเชื่อถือสูงในช่วงเวลาสั้น และมีความสัมพันธ์อย่างดีกับความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้าที่จัดลำดับในทางคลินิก แต่ Bowling (1995) กล่าวว่าแม้เครื่องมือฉบับนี้ว่าแม้จะถือว่าเป็นเครื่องมือที่ดีกว่า Zung self Rating - Depression Scale แต่ข้อคำถามจะเกี่ยวข้องกับอาการรบกวนทางร่างกายเป็นส่วนมาก และไม่สามารถใช้ในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าได้

3. Hamilton Rating Scale Depression ฉบับภาษาไทย โดย มาโนช หล่อตระกูล ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง (2539) มีจำนวน 17 ข้อ โดยมีการประเมินในแง่ของอาการด้านจิตใจ อาการทางร่างกาย และประสิทธิภาพในการทำงาน แบ่งระดับคะแนนของความรุนแรงของอาการออกเป็นตั้งแต่ 0-2 หรือ 0-4 โดยมีคำอธิบายประกอบถึงแนวทางการให้คะแนนประกอบอยู่ในแบบวัดด้วย ทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการอยู่ในกลุ่ม Depressive Disorder จำนวน 50 ราย ทดสอบดูความแม่นยำโดยเทียบกับ Global Assessment Scale วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเพื่อดูความแม่นยำและความสอดคล้องภายใน พบว่าเครื่องมือที่ได้มี Interater Reliability ค่า Kappa เท่ากับ 0.87 ความแม่นยำเมื่อเทียบกับ Global Assessment Scale พบว่ามีค่า Spearman' Correlation Coefficient = 0.8239 ($p < 0.0001$) ความสอดคล้องภายใน (Internal Consistencies) ของเครื่องมือมีค่า Standardized Cronbach' Alpha Coefficient = 0.7380 สามารถนำไปใช้ประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้ แต่มีบางข้อคำถามที่ความสัมพันธ์กับคะแนนรวมค่อนข้างต่ำ ได้แก่ข้อคำถามด้าน Insight Hypochondriasis Agitation และ Guilt feeling ตามลำดับ เนื่องจากเครื่องมือที่สร้างขึ้นมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว (ทวี ตั้งเสรี, 2546) การศึกษาในครั้งนี้การนำมาใช้กับผู้ที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยจึงอาจไม่เหมาะสม

4. Thai Geriatric Depression Scale เป็นแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยสร้างโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537) ซึ่งพัฒนาโดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา ทั้งหมด 29 คน จาก 14 สถาบันทั่วประเทศไทย โดยมีต้นแบบจาก Geriatric Depression Scale ของ Yesavage และคณะ ที่อรวรรณ ลีทองอินทร์ เป็นผู้แปลเป็นภาษาไทย เพื่อใช้ประเมินความรู้สึกของผู้ทดสอบในช่วง 1

สัปดาห์ที่ผ่านมา และให้ชื่อของเครื่องมือชนิดนี้ว่า Thai Geriatric Depression Scale ซึ่งมีค่าคะแนนรวม 0-30 คะแนน คะแนนรวมระหว่าง 0-12 เป็นค่าปกติในผู้สูงอายุไทย คะแนน 13-18 มีความเศร้าเล็กน้อย คะแนน 19-24 มีความเศร้าปานกลาง คะแนน 25-30 มีความเศร้ารุนแรง ทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 60-70 ปี ได้ค่าความเที่ยงตรงในเพศหญิงเท่ากับ 0.94 เพศชายเท่ากับ 0.91 เนื่องจากเครื่องมือสร้างสำหรับวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งมีความเสื่อมในบางด้าน การนำมาใช้กับช่วงวัยอื่นอาจทำให้ได้ข้อมูลที่ผิดพลาด

5. แบบสัมภาษณ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยของวันเพ็ญ แสงสงวน(2538) ซึ่งพัฒนามาจากแบบสัมภาษณ์ Canberra Interview for the Elderly (CIE) โดยศึกษาในผู้สูงอายุปกติและผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่าเครื่องมือชนิดนี้ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.92 มีความเที่ยงตรงตามโครงสร้างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 มีความเที่ยงตรงตามเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 มีความเที่ยงตรงตามเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องโดยการหาความเที่ยงตรงตามสภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้ค่าความไว ร้อยละ 91.94 ค่าความจำเพาะร้อยละ 91.94

6. แบบประเมินปัญหาสุขภาพ ของ Kasantikul et al. (1997 อ้างใน ดวงใจ กษานติกุล, 2542) ไม่เรียกแบบวัดโรคซึมเศร้า เพื่อหลีกเลี่ยงการชักนำหรือปิดบังอารมณ์ ความรู้สึกที่เป็นจริงของผู้ตอบ สร้างโดยการเลือกสรรอาการสำคัญที่พบบ่อยในคนไทย 20 ข้อ แยกเป็นอาการทางกาย ความกระตือรือร้น อาการทางความคิด และทางอารมณ์ โดยมีด้านบวก 3 ข้อเพื่อช่วยแยกบุคคลทั่วไปออกจากผู้ป่วยซึมเศร้า คิดคะแนนความถี่จาก ไม่เลย (0) และบ่อยๆ (3) ข้อด้านบวกให้คิดคะแนนกลับกัน พบว่าผู้ป่วยซึมเศร้ารุนแรงมีคะแนนสูงสุด (คะแนนมัธยฐาน 39.0 + 11.58) กลุ่มวิตกกังวลมีคะแนนต่ำสุด (21.6 + 9.82) กลุ่มโรคประสาทซึมเศร้าจิตสับสนอยู่ระดับกลางๆ (28.8 + 8.76) ในขณะที่กลุ่มควบคุมอยู่ที่ 13.6 + 7.33 เครื่องมือมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.91 ค่าคะแนนที่ 30 มีค่าความจำเพาะ 90.2 และมีค่าความไวเท่ากับ 85.3 ในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ที่คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 มีค่าความจำเพาะ 93.4 แต่มีค่าความไวต่ำกว่าคือ 75.1 ซึ่งสามารถใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าในชุมชนได้ เครื่องมือมีข้อดีคือสามารถบอกระดับความซึมเศร้าได้ และมีข้อคำถามที่ใช้แยกบุคคลทั่วไปออกจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ แต่มีค่าความไวต่ำ

7. Thai Depression Inventory ของมาโนช หล่อตระกูล และปราโมท สุคนิษฐ์ (1999) มีข้อคำถาม 20 ข้อ ทดลองใช้กับผู้ป่วยซึมเศร้าที่เป็นคนไทย มีค่าความสอดคล้องภายใน (Internal Reliability) อยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่า Cronbach' alpha เท่ากับ 0.858 และมีค่า Concurrent Validity หาโดยวิธี Spearman-Brown formula เท่ากับ 0.7189 ($p < 0.001$) ใช้ประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า สร้างข้อคำถามจากอาการที่พบในผู้ป่วยซึมเศร้าไทยโดยคัดเลือกมาจากข้อคำถามใน

แบบสอบถามที่ใช้บ่อยในต่างประเทศ ระดับคะแนนจาก 0-3 คะแนนรวม 21-25 เป็นภาวะซึมเศร้าระดับอ่อน คะแนนรวม 26-34 เป็นภาวะซึมเศร้าระดับกลาง คะแนนรวม 35 ขึ้นไป เป็นภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

8. Khon Kaen University Depression Inventory หรือ KKU-DI สร้างโดย Arunpongpaissal (1996) ใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าในคนอีสานได้ทั้งในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ เป็นแบบตอบด้วยตนเองแต่ในกรณีที่ผู้ตอบมีปัญหาในการอ่านเจ้าหน้าที่สามารถอ่านให้ฟัง แล้วให้ผู้ตอบตอบได้ มีจำนวน 30 ข้อ มีคำตอบ 4 ระดับให้เลือก คือไม่เป็นเลย เป็นนานๆ ครั้ง เป็นบ่อย เป็นเกือบทุกวัน ระดับคะแนนจาก 0-3 ตามลำดับ คะแนนรวม 0-90 ค่าคะแนนจุดตัดที่ 20 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีความเสี่ยงซึมเศร้า ทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นชาย 292 คน เพศหญิง 385 คนในภาคอีสาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยกลางคนและวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ได้ค่า Internal Consistency โดยวิธี Cronbach' alpha เท่ากับ 0.945 มีค่าความไว (Sensitivity) ร้อยละ 88 และมีค่าความจำเพาะ (Specificity) เท่ากับ ร้อยละ 88 เครื่องมือสร้างจากแนวคิดที่ว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดได้จากทั้งสาเหตุพันธุกรรมและสาเหตุสิ่งแวดล้อมซึ่งได้แก่ ระดับสารชีวเคมีในร่างกาย ความคิดหรือวิธีการคิด บุคลิกภาพและวิธีการที่ใช้แก้ปัญหา (Coping Mechanism) จนถึงประสบการณ์จากสังคมทั้งอดีตและปัจจุบัน โดยอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าจะประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ องค์ประกอบด้านความคิด (Cognitive Domain) ได้แก่ ความรู้สึกล้มเหลว ไม่พึงพอใจในตนเอง ความคิดลึกลับตัดสินใจไม่เด็ดขาด ความคิดหวาดระแวง รู้สึกผิดและโทษตนเอง รู้สึกสิ้นหวังและคิดฆ่าตัวตาย องค์ประกอบด้านอารมณ์ (Affect Domain) แสดงออกโดยการร้องไห้ รู้สึกเศร้า มีอารมณ์ซึมเศร้า วิตกกังวล ไม่รู้สึกสนุกสนาน หหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ หงุดหงิดกระวนกระวาย รู้สึกบีบคั้น ตึงเครียดและเจ็บปวด และองค์ประกอบด้านอาการทางร่างกาย (Somatic Domain) จะมีการเคลื่อนไหวช้า คิดช้า นอนไม่หลับหรือนอนมาก เหนื่อยหรือหมดกำลัง ไม่มีความอยากอาหาร น้ำหนักลด ไม่มีความต้องการทางเพศ และมีความคิดกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย (Multiple Somatic Complaints) โดยข้อคำถามเลือกจากอาการที่พบได้ทั่วไป ไปในผู้ป่วยซึมเศร้าจากการรายงานของทั้งจิตแพทย์และผู้ป่วยซึมเศร้าในภาคอีสาน ร่วมกับแนวคิดเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าของคนทั่วไปในเขตภาคอีสาน และแนวคิดของผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา เป็นต้น

9. Thai Hospital Anxiety and Depression Scale หรือ Thai HADS เป็นแบบคัดกรองปัญหาอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในคนทั่วไปและผู้ป่วยจิตเวช สร้างโดย ธนา นิลชัย โกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล และ อุมารณ ไพศาลสุทธิเดช (2539) มีข้อคำถาม 14 ข้อ แบ่งเป็นคำถามสำหรับอาการวิตกกังวล 7 ข้อ ในข้อที่เป็นเลขคี่ และในข้อที่เป็นเลขคู่ทั้งหมดเป็นคำถามสำหรับอาการซึมเศร้า ระดับคะแนน 0-3 คัดคะแนนแยกเป็น 2 ตอน คือส่วนของอาการวิตกกังวล

และส่วนของอาการซึมเศร้า คะแนนแต่ละส่วนมีตั้งแต่ 0 - 21 คะแนนรวม 0 - 7 ไม่มีความผิดปกติ คะแนน 8-10 แสดงว่ามีอาการวิตกกังวลหรือซึมเศร้าสูงแต่ยังไม่มี ความผิดปกติชัดเจน คะแนน 11 - 22 แสดงว่ามีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าที่ถือว่ามีความผิดปกติทางจิตเวช ข้อดีของเครื่องมือ ก็คือมีข้อคำถามน้อย ใช้สะดวก

10. Thai version Patient Health Questionnaire (PHQ-9) แปลโดยมานิช หล่อตระกูล และคณะ (2551) เป็นแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ชนิดให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินด้วยตนเอง แบบ ประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ซึ่งจัดว่าสั้นกว่าแบบประเมินก่อนๆ หน้านี้ โดยทั้ง 9 ข้อนี้มา จากข้อต่างๆ ของเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า DSM-IV คะแนนของข้อคำถามแต่ละข้อมี 4 ระดับ ตั้งแต่ ไม่มีเลย (คะแนน=0) มีบางวันไม่บ่อย (คะแนน=1) มีค่อนข้างบ่อย (คะแนน=2) และมีเกือบ ทุกวัน (คะแนน=3) โดยมีค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 0 ถึง 27 คะแนน PHQ-9 นั้นนิยมใช้ในรูปแบบของ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าโดยจากการศึกษาในผู้ป่วยไทยพบว่าผู้ที่มีคะแนนรวมตั้งแต่ 9 ขึ้นไปถือ ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (sensitivity = 0.84, specificity = 0.77) นอกจากนี้ PHQ-9 อาจใช้ในการบอก ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้ โดยจากการศึกษาในต่างประเทศได้แบ่งระดับความรุนแรง ดังนี้ ไม่มีอาการ (คะแนน=0-4) มีอาการเล็กน้อย ไม่ถึงขั้น major depression (คะแนน=5-8) Major depression, mild หรือ dysthymia (คะแนน= 9-14) Major depression, moderate (คะแนน= 15-19) Major depression, severe (คะแนน=20 ขึ้นไป) แบบคัดกรองนี้ได้รับการนิยมและมีการแปลนำไปใช้ ในหลายประเทศ เนื่องจากเป็นแบบคัดกรองที่สามารถนำไปคัดกรองในประชาชนทั่วไป นำไปใช้ ในการคัดกรองในชุมชนได้ เนื่องจากความสั้น กระชับ จำนวนข้อคำถามน้อยกว่าที่ผ่านมา แต่ เนื่องจากในประเทศไทยมีผู้ใช้แบบวัด PHQ-9 ยังไม่เป็นที่แพร่หลายจึงไม่นำ PHQ-9 มาใช้ในการ ศึกษาครั้งนี้

11. Center for Epidemiological Studies Depressed Mood Scale CES-D ดัชนีฉบับสร้าง โดย (Radloff, 1977) โดยปรับปรุงจากแบบสอบถามของ Beck, Raskin, Zung และ Minnesota Multiphasic Personality Inventory Depression Scale ได้ข้อคำถาม 20 ข้อ ซึ่งประกอบด้วยอาการ อารมณ์เศร้า 4 กลุ่ม คือ อารมณ์ซึมเศร้า ความรู้สึกผิดและไม่มีคุณค่า ความรู้สึกสิ้นหวังและ ปราศจากคนช่วยเหลือ ปฏิกริยาที่เชื่องช้า อาการเบื่ออาหารและนอนไม่หลับ ใช้เพื่อคัดกรองกลุ่ม เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหรือศึกษาภาวะซึมเศร้ากับตัวแปรอื่นๆโดยวัชชัย วรพงษ์และคณะ (2533) นำมาแปลและทดลองใช้กับนักศึกษาวิทยาลัยครูกับผู้ป่วยซึมเศร้าที่เป็นวัยรุ่นได้ค่าความเที่ยง ไกล่เคียงกับดัชนีฉบับคือ 0.86 แต่ได้ค่าเฉลี่ยคะแนนของผู้ที่มีสุขภาพจิตปกติสูงกว่าดัชนีฉบับและการ หาคุณลักษณะความตรงตามโครงสร้างโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบพบว่าเครื่องมือมี โครงสร้างไม่ชัดเจน ดังนั้น วิไล กุปต์นริตติชัยกุล และพนม เกตุมาน(2540) จึงได้นำมาศึกษาใน

บุคลากรโรงพยาบาลศิริราชและผู้ป่วยจิตเวชอีกครึ่งความไวและความจำเพาะเท่ากับ 93.33 และ 94.2 ตามลำดับ และมีความเที่ยงเท่ากับ 0.9154 มีข้อคำถาม 20 ข้อ คะแนนรวมมีตั้งแต่ 0 - 60 ซึ่งการแปลผลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ค่าคะแนนมาตรฐานที่บ่งชี้ภาวะซึมเศร้าของคนไทยเท่ากับหรือมากกว่า 19

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือ The Center for Epidemiologic Studies - Depression scale (CES-D) ซึ่งพัฒนาโดย วิลเลียม ลูปต์นิตติชัยกุล และพนม เกตุมาน (2540) เนื่องจากมีความตรง ความเที่ยงในระดับที่เชื่อถือได้ สะดวก ประหยัดเวลาและง่ายต่อการแปลผล สอดคล้องกับการเก็บข้อมูลในบริบทของโรงงานอุตสาหกรรมที่ต้องการความสะดวกและรวดเร็วเนื่องจากมีข้อจำกัดของเวลา อีกทั้งเป็นเครื่องมือหนึ่งที่พัฒนามาใช้วัดระดับภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยเรื้อรัง ในกลุ่มประชากรทั่วไป โดยจะสอบถามความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ทั้ง 20 คำถาม ให้คะแนนตามความถี่ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งค่าคะแนนยิ่งมากบ่งถึงระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า จากข้อดีหลายประการดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยเลือก The Center for Epidemiologic Studies - Depression scale (CES-D) ในการศึกษาครั้งนี้

ส่วนที่ 2 แนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคม (Ecological Models of Health Behavior)

แนวศึกษานิเวศวิทยาเชิงสังคมเป็นแนวคิดที่ถูกนำมาใช้ในการศึกษาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของประชากรอย่างแพร่หลายในต่างประเทศ โดยมีองค์กรด้านสุขภาพหลายแห่งสนับสนุนให้นำแนวคิดนี้มาใช้อย่างจริงจัง ไม่ว่าจะเป็นองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1998) ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC) และศูนย์ควบคุมและป้องกันการบาดเจ็บแห่งชาติของประเทศสหรัฐอเมริกาโดยแนวคิดนี้ McLeroy, Bibeau, Steckler, and Glanz (1988) ได้นำมาพัฒนาแนวคิดให้เป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้นมากกว่า 20 ปี โดยเขาได้ให้ความสำคัญกับอิทธิพลจากสภาพแวดล้อมที่อยู่รอบๆ ตัวบุคคล ซึ่งมีหลายระดับ ตั้งแต่ ภายในตัวบุคคล ระหว่างบุคคลและระดับชุมชน มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพจากสภาพแวดล้อมทางสังคมที่บุคคลดำเนินชีวิตอยู่ และมีปฏิสัมพันธ์ไม่ทางตรงก็ทางอ้อมกับสภาพแวดล้อมของตนเองอยู่เสมอ ซึ่ง McLeroy et al. (1988) ได้ให้แนวทางแก่นักวิจัยหรือผู้ที่ปฏิบัติงานในการนำแนวคิดเชิงนิเวศวิทยาเชิงสังคมมาประยุกต์ใช้ในงานส่งเสริมสุขภาพโดยแบ่งอิทธิพลในสภาพแวดล้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล (Intrapersonal factors) ระหว่างบุคคลและกลุ่ม (Interpersonal processes and primary groups) ระดับองค์กร (Institutional factors) ระดับชุมชน (Community factors) และระดับนโยบาย (Public policy) ต่อมา Stokols (1992, 1996) ได้ให้แนวทางในการนำไปประยุกต์ใช้ให้เป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น ดังต่อไปนี้

2.1 ระดับบุคคล (Individual Level) หมายถึงลักษณะภายในตัวบุคคลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลไม่ว่าจะเป็นลักษณะทางประชากร เช่น เพศ อายุ รายได้ การศึกษา อาชีพ เป็นต้น และลักษณะทางจิตวิทยา เช่น การรับรู้ ความเชื่อ ความรู้ ทักษะ หรือบุคลิกภาพ เป็นต้น

2.2 ระดับระหว่างบุคคล (Interpersonal Level) หมายถึงสภาพแวดล้อมในครอบครัว หรือเพื่อนสนิทที่สามารถส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคลได้โดยผ่านทางกระบวนการขัดเกลาทางสังคม

2.3 ระดับองค์กรหรือสถาบัน (Organizational/Institutional Level) หมายถึงสถานที่ทำงานหรือสถาบันการศึกษาที่กำหนดบรรทัดฐานหรือแบบอย่างการปฏิบัติให้กับสมาชิกในสถาบันหรือองค์กรนั้น

2.4 ระดับชุมชน (Community Level) หมายถึงเครือข่ายทางสังคมอย่างไม่เป็นทางการ เช่น เพื่อนบ้าน หรือ ชุมชนที่พักอาศัยในละแวกใกล้เคียง ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับชุมชนย่อมสามารถส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคลได้

2.5 ระดับสังคม (Societal Level) เป็นระดับที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชากรได้แก่ การออกกฎหมาย การวางนโยบาย การรณรงค์ผ่านสื่อมวลชนหรือสื่อต่างๆ การใช้แผนการตลาดเชิงสังคม หรือมาตรการต่างๆที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของประชากรในระดับมหภาค

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคม (Ecological Models of Health Behavior) ในการจัดกลุ่มปัจจัยเนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้ามีหลากหลาย ทั้งจากทฤษฎีด้านชีววิทยา (Biological Factors) ทฤษฎีด้านจิตวิทยา (Psychological Factors) และทฤษฎีทางสังคม (Social Factors) แต่ไม่สามารถสรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นจากทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งแต่พบว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกันเนื่องจากสตรีในปัจจุบันต้องรับภาระหน้าที่ที่มีความรับผิดชอบมากขึ้น ทั้งจากตนเอง ครอบครัวและการทำงาน จากสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปด้วยเหตุนี้สตรีจึงต้องพบกับสิ่งแวดล้อมที่มีหลากหลายและมีหลายระดับ และเป็นสาเหตุร่วมกันของการเกิดภาวะซึมเศร้า การศึกษาครั้งนี้จึงนำแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคมมาใช้ 4 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับบุคคล (Individual Level) 2) ระดับระหว่างบุคคล (Interpersonal Level) 3) ระดับองค์กรหรือสถาบัน (Organizational/Institutional Level) 4) ระดับสังคม (Societal Level) และนำมาจัดกลุ่มปัจจัยในการศึกษาครั้งนี้เป็น 4 กลุ่มปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านบุคคล 2) ปัจจัยด้านครอบครัว 3) ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน และ 4) ปัจจัยด้านสังคม เรียงตามระดับของแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคม

ส่วนที่ 3 แนวคิดเกี่ยวกับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Stress Life Event)

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Life stress event) หมายถึง สถานการณ์ทางลบที่เกิดขึ้นกับบุคคลแล้วมีผลต่อการดำเนินชีวิต ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงไปจากสภาพปกติของบุคคลนั้น ซึ่งบุคคลนั้นต้องมีการปรับตัวเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตด้วยดีต่อไปได้ (ธนวรรณ พยุงผล, 2545)

Holmes & Rhe (1967 อ้างถึงในธนวรรณ พยุงผล, 2545) ให้ความหมายของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตว่าเป็นความเครียดทางสังคม (social stressors) ซึ่งหมายถึงเหตุการณ์ใดๆ ที่เมื่อเกิดขึ้นกับบุคคลแล้ว จะทำให้บุคคลนั้น ๆ มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต

Lazarus & Folkman (1984) ให้ความหมาย ความเครียดว่าหมายถึง ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม ที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ความเครียดคือ การที่บุคคลประเมินเหตุการณ์ว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีในการปรับตัวอย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง บุคคลที่เผชิญความเครียดได้ดี คือ บุคคลที่รู้จักเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับเหตุการณ์ ซึ่งขึ้นอยู่กับแหล่งประโยชน์ทางด้านตัวบุคคลและด้านสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่ในสถานการณ์นั้นๆ ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความเชื่อในทางที่ดี ทักษะในการแก้ปัญหา ทักษะทางสังคมที่มีอยู่ในสถานการณ์นั้นๆ ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความเชื่อในทางที่ดี ทักษะในการแก้ปัญหา ทักษะทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม และแหล่งประโยชน์ทางด้านวัตถุ

Selye (1976 อ้างถึงใน รัชนิบูล เศรษฐภูมิรินทร์ และจินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย, 2540) กล่าวว่า ความเครียดเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้เสมอในชีวิตมนุษย์ มีสาเหตุมาจากหลาย ๆ ด้าน เช่น ความเครียดจากลักษณะงานสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ลักษณะส่วนตัว รวมถึงภูมิหลังของบุคคล ผลของความเครียดทำให้บุคคลเกิดความกลัว วิตกกังวล คับข้องใจ และรู้สึกไม่สบายใจ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิดและมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป เช่น หวาดกลัว เชื่องช้า หลีกหนี หรือซึมเศร้า เป็นต้น

ดวงใจ กสานติกุล (2542) ได้กล่าวว่า เมื่อมีความเครียดสะสมอยู่นานๆ สารเคมีที่เป็นสารนำสุข เช่น เอนดอร์ฟิน ซีโรโตนิน ในร่างกายและสมองจะลดจำนวนลงหรือทำหน้าที่ไม่ปกติ และสารเคมีที่จัดเป็นสารนำทุกข์ ได้แก่ คอซิโซน และนอร์เอเดรินาริน จะหลั่งออกมามากขึ้นส่งผลให้เป็นโรคต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง ร่างกายอ่อนแอเจ็บป่วยหรือติดเชื้อได้ง่าย ตามมาด้วยอารมณ์ท้อแท้ซึมเศร้า สติสับสนหรือโรคสมองเสื่อม หลงๆ ลืมๆ ก่อนวัยอันควร

Anderson ได้เสนอแนวความคิดเกี่ยวกับความเครียดที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วยไว้ 3 แนวทาง (อ้างถึงใน สุรีย์ กาญจนวงศ์, 2539) ได้แก่

1. ความเครียดเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วย (Stress as a Cause of illness) 3 ทางด้วยกันคือ

1.1 ความเครียดมีผลโดยตรงต่อการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ ในสภาวะความเครียดร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง อันเนื่องมาจากการทำงานร่วมกันระหว่างระบบประสาทอัตโนมัติกับต่อมไร้ท่อ ประสาทซิมแพทเทติก ทำให้แอดรีนอลเมดูลาหลั่งแคทีคอลามีนอันมีผลทำให้หัวใจเต้นแรงขึ้น เส้นเลือดหัวใจขยาย ความดันโลหิตสูงขึ้น เลือดถูกส่งไปยังกล้ามเนื้อต่างๆ ทำให้เกิดการเกร็งทางกล้ามเนื้อ หายใจถี่ขึ้น ระบบการย่อยลดลง ขณะเดียวกันแอดรีนอล คอเท็กซ์ ได้รับการกระตุ้นจากต่อมพิทูอิทารีทำให้หลั่งคอร์ติซอล ซึ่งมีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ความเครียดที่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ๆ (Chronic Stress) จะทำให้ระบบต่าง ๆ ดังกล่าวทำงานมากกว่าปกติ เป็นผลให้ร่างกายอ่อนแอ เกิดโรคต่าง ๆ ได้เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน มะเร็ง หรืออาการบางอย่าง เช่น เจ็บที่ข้อต่อและปวดศีรษะ เป็นต้น

1.2 ความเครียดสามารถทำให้เกิดความเจ็บป่วยจากพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ บุคคลที่เผชิญความเครียด อาจแสดงออกด้วยพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย เช่น ดื่มสุรา สูบบุหรี่หรือใช้สารเสพติดบางอย่าง รวมทั้งการใช้ยาแก้ปวดประสาทและยากดประสาทมากเกินไป นอกจากนี้บางคนยังสร้างนิสัยการกินที่ผิดๆ กินมากเกินไปหรือไม่กินอาหาร ผลจากพฤติกรรมดังกล่าวเป็นระยะเวลานาน ๆ ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ได้ เช่น โรคหัวใจ (จากการสูบบุหรี่) โรคมะเร็ง (จากการสูบบุหรี่) โรคเบาหวาน ความอ้วน (จากการกินอาหาร) และความดันโลหิตสูง (จากโรคอ้วน) เป็นต้น

1.3 การแสดงออกบางอย่างเพื่อสนองตอบต่อภาวะความเครียด เป็นการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ทำให้เกิดการทำร้ายร่างกาย หรือการขับรถเร็ว ๆ ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ พฤติกรรมดังกล่าวถือว่าเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยได้เช่นกัน นอกจากนี้ภาวะทางจิตที่เปลี่ยนไปในสภาวะความเครียดอาจทำให้เกิดอาการทางกาย โดยไม่มีหลักฐานความผิดปกติทางร่างกายได้เช่นกัน ได้แก่ Hypochondriacal reaction, Somatization disorder, Psychogenic pain disorder และความผิดปกติอันเนื่องจากการกินบางอย่าง เช่น Anorexia และ Bulimia เป็นต้น

2. การเจ็บป่วยเป็นความเครียดอย่างหนึ่ง (Illness as Stressor) การเจ็บป่วยเฉียบพลันจะเกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาฉุกเฉิน (Emergency Reaction) พลังงานต่าง ๆ ถูกนำมาใช้ในการเผชิญกับความเจ็บป่วยอย่างกะทันหัน ทำให้มีความเครียดสูงแต่มีช่วงความเครียดสั้น ส่วนการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องมีการปรับตัวระยะยาว จะมีผลต่อพฤติกรรมความคิด อารมณ์และความสัมพันธ์กับสังคม

3. ความเครียดกับการลดความเจ็บป่วย (Stress and the Reduction of Morbidity) การลดความเครียดจะช่วยลดความรุนแรงของการเจ็บป่วยได้หรืออาจป้องกันการเกิดขึ้นใหม่ของการเจ็บป่วยเรื้อรังได้

3.1 ระดับความเครียดที่ต่ำ มีความสัมพันธ์กับระดับการกระตุ้นทางอารมณ์และการแสดงพฤติกรรมซึ่งเป็นผลให้การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและทางพฤติกรรมลดลง

3.2 ระดับความเครียดที่ต่ำมีความสัมพันธ์กับการขอรับการรักษาอย่างเหมาะสมทำให้การรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ระดับของความเครียด

Janis (อ้างถึงใน ยุพดี ศรีพัฒนาสุวรรณ, 2539) แบ่งความเครียดเป็น 3 ระดับ คือ

1. ความเครียดระดับต่ำ (Mild Stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นและหมดไปในระยะเวลาอันสั้นเพียงนาทีกหรือชั่วโมงเท่านั้น เกี่ยวข้องกับสถานการณ์เล็กน้อยในชีวิตประจำวัน

2. ความเครียดระดับปานกลาง (Moderate Stress) ความเครียดระดับนี้รุนแรงกว่าระดับแรก อาจเป็นอยู่นานหลายชั่วโมงหรือเป็นวัน เช่น การเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง การทำงานมากเกินไป จัดแข่งกับเพื่อนร่วมงาน เป็นต้น

3. ความเครียดระดับสูง (Severe Stress) ความเครียดระดับนี้รุนแรงหรือมีอาการอยู่เป็นสัปดาห์ หรืออาจเป็นเดือนเป็นปี เกิดจากสาเหตุรุนแรงหรือหลายสาเหตุ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การเจ็บป่วยที่รุนแรง การสูญเสียอวัยวะของร่างกายที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิต เป็นต้น

Churoek (2005) ศึกษาความสัมพันธ์ของความเครียดที่เกิดจากเหตุการณ์ในชีวิต ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาท สถานะทางสุขภาพกับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนโดยใช้แบบวัดความตึงเครียดในบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง (Women Role's Strains Inventory : WRSI) ของ Lengacher (1997) ผลการศึกษาพบว่า ความตึงเครียดจากบทบาทมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.37, p < 0.01$) โดยสาเหตุของความตึงเครียดจากบทบาทในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนเกิดจากการสับสนในบทบาท (role ambiguity) ความขัดแย้งในบทบาท (role conflict) และบทบาทที่มากเกินไป (role overload)

Warren (1997 อ้างในมณีกานต์ สุภาส, 2551) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ที่สร้างความเครียดในชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองกับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชนชั้นกลางชาวอเมริกา-แอฟริกัน จำนวน 100 คน อายุระหว่าง 20-35 ปี ในช่วงปี 1997

โดยมีกรอบแนว คิดมาจากรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้าที่ใช้ศึกษาในผู้หญิงชาวยุโรป-อเมริกาของ Beeber (1987) วัดภาวะซึมเศร้าโดยแบบวัดของ Zung Self-Rating Depression Scale : SDS และ Beck Depression Inventory : BDI ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมใช้แบบวัดของ Personal Resource Questionnaire: PRQ Part II ผลการวิจัยพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชนชั้นกลางชาวอเมริกา-แอฟริกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.27, p < .01$ ในแบบวัดของ Beck และ $r = -0.24, p < .01$ ในแบบวัดของ Zung) ซึ่งเป็นการยืนยันว่าผู้หญิงชนชั้นกลางที่มีระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าน้อย (Beeber, 1987; Churoek, 2005; Maria et al., 2001; Parry, 1986; Warren, 1997)

ในการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่าเหตุการณ์ที่สร้างความเครียดในชีวิตเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งสามารถวัดได้จากเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Life Stress Event) ภายในหกเดือนที่ผ่านมา ซึ่งนำมาจากแบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ตามต้นฉบับของ Holmes & Rahe ซึ่งต่อมา Spurgeon et al.(2001) ได้ปรับจากต้นฉบับเดิมโดยศึกษาในกลุ่มคนงานให้มีความสั้น กระชับ สามารถนำมาวัดได้ผลเช่นเดียวกับต้นฉบับโดยพัฒนาเครื่องมือข้อคำถามจากต้นฉบับ จำนวน 55 ข้อ เหลือเพียง 10 ข้อ ซึ่งมีความเหมาะสมในการนำไปวัดในกลุ่มคนงาน นอกจากนี้การศึกษาวิจัยในประเทศไทย ธนวรรณ หิมรักษา (2552) ได้แปลเครื่องมือ The Life Events Inventory (LEI) ฉบับปรับปรุง นำมาใช้ในการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของพนักงานที่ปฏิบัติงานในโรงงานอุตสาหกรรมตัดเย็บเสื้อผ้าขนาดย่อม และพบว่าเหตุการณ์ที่สร้างความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์กับความเครียดของพนักงาน ในการศึกษานี้เป็นการศึกษาในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรม ซึ่งมีบริบทคล้ายกัน จึงนำเครื่องมือ The Life Events Inventory (LEI) ฉบับปรับปรุง มาใช้ในการศึกษานี้

ส่วนที่ 4 แนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว

ความหมายของสัมพันธภาพในครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีผู้ให้ความหมายต่างๆ ไว้ดังนี้

Friedman (1992) ได้อธิบายสัมพันธภาพในครอบครัวหมายถึง การแสดงออกที่สมาชิกภายในครอบครัวปฏิบัติต่อกัน ได้มีส่วนร่วมในการกระทำสิ่งต่างๆ ร่วมกัน การได้รับการดูแลเอาใจใส่ ความรู้สึกของสมาชิกยอมรับซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ Morrow & Wilson (1961) ได้อธิบายถึงลักษณะของสัมพันธภาพในครอบครัว (family relation) ว่าประกอบด้วย การสนับสนุนทางด้าน

อารมณ์และสิ่งแวดล้อมในครอบครัวมีความรักใคร่ผูกพันซึ่งกันและกันมีความเห็นอกเห็นใจกันและมีความกลมเกลียวสามัคคีปรองดองระหว่างสมาชิกในครอบครัว

Wilson & Kneisl (1996) ให้ความหมายว่าเป็นสถานที่ที่บุคคลมีพัฒนาการสร้างสรรค์สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเป็นครั้งแรกบุคคลจะมีภาพพจน์ต่อสิ่งแวดล้อม ภายนอกครอบครัวได้จากเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัวและเหตุการณ์นี้มีอิทธิพลต่อการพัฒนาชีวิตในช่วงวัยต่อมา

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2544) ได้ให้ความหมายว่าครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานของชีวิตเป็นสถาบันที่จำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาบุคคลให้ก้าวไปสู่ความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ผ่านประสบการณ์การอยู่ร่วมกันช่วยเหลือเกื้อกูลกันระหว่างบุคคลภายในและภายนอกครอบครัว

จึงสรุปว่าสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นความผูกพันของสมาชิกในครอบครัวซึ่งปฏิบัติต่อกันโดยเกิดขึ้นจากความรู้สึกส่วนลึกของจิตใจ ประกอบด้วยความรักความห่วงใยอาทรความเคารพซึ่งกันและกัน การปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและการพักผ่อนหย่อนใจในครอบครัวซึ่งเป็นสิ่งสำคัญต่อครอบครัวที่จะทำให้ครอบครัวมีความสุข แต่เนื่องจากปัจจุบันสภาพสังคมมีการเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมเมืองมากขึ้นส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับบทบาทของสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนไป เช่น สมาชิกออกไปทำงานนอกบ้านมากขึ้น เวลาอยู่กับครอบครัวน้อยลงนอกจากนี้มีการเปลี่ยนแปลงของลักษณะครอบครัวจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยวส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันน้อยลงมีความห่างเหินมากขึ้นส่งผลให้สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ราบรื่น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) ทำให้ปัญหาหย่าร้างกันเพิ่มมากขึ้น เกิดภาวะซึมเศร้าหากปรับตัวไม่เหมาะสม

องค์ประกอบของสัมพันธภาพในครอบครัว

Friedman (1992) ได้อธิบายถึงลักษณะสัมพันธภาพในครอบครัวเกี่ยวกับการได้รับการดูแลเอาใจใส่ความรู้สึกของสมาชิกยอมรับและมีการสนับสนุนซึ่งกันและกันนำไปสู่ถึงความใกล้ชิดมีความสนิทสนมและแบ่งปันซึ่งกันและกันองค์ประกอบของการประกอบหน้าที่ของครอบครัวมี 5 ด้าน ดังนี้

1. ด้านอารมณ์สมาชิกทุกคนได้รับความรักความอบอุ่นตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ของสมาชิก
2. ด้านการอบรมสั่งสอนให้รู้ระเบียบทางสังคมสถานะทางสังคมของตนในฐานะที่เป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว
3. ด้านการสร้างสมาชิกใหม่เพื่อความต่อเนื่องของครอบครัวและดำรงเผ่าพันธุ์ของมนุษย์ในสังคม

4. ด้านเศรษฐกิจครอบครัวต้องเตรียมแหล่งประโยชน์ที่จำเป็นทั้งด้านทรัพย์สินและอุปกรณ์แก่สมาชิกในครอบครัว

5. ด้านการดูแลสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย ได้แก่ อาหารเครื่องแต่งกาย ที่พัก และการดูแลเมื่อเจ็บป่วยความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวนี้มีผลต่อการพัฒนาการด้านบุคลิกภาพและสุขภาพจิต เช่น ในคนที่พ่อแม่รักมาก เลี้ยงดูอย่างปกป้องมากเกินไป คอยควบคุมดูแลทุกสิ่งทุกอย่าง จนมีผลทำให้เด็กขาดความเป็นตัวของตัวเอง ไม่มีความมั่นใจและต้องพึ่งพาผู้อื่นอยู่ตลอดเวลา เมื่อเผชิญปัญหาโดยลำพังอาจทำให้เกิดความเครียดสูง ซึ่งอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้

สรุปว่า สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นความผูกพันของสมาชิกในครอบครัวที่ปฏิบัติต่อกันซึ่งประกอบด้วยความรักความห่วงใยอาทร ความเคารพซึ่งกันและกัน การปรองดองเป็นหนึ่งเดียวกันและพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันของครอบครัวซึ่งทำให้ครอบครัวมีความสุขการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้แนวคิดสัมพันธภาพในครอบครัวของ Friedman (1992) และของ Morrow & Wilson (1961) ที่ รัตนา สารัญใจ (2541) พัฒนาเป็นแนวทางในการศึกษา ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านความรักและความห่วงใยอาทรซึ่งกันและกัน ด้านการพักผ่อนหย่อนใจ ด้านความเคารพซึ่งกันและกันและด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

ลักษณะของครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดีจะต้องมีพฤติกรรมที่แสดงความรักความผูกพัน ดังนี้ (กุหลาบ รัตนจักรธรรมและคณะ, 2541)

1. ต้องเอาใจใส่ดูแลและเอื้ออาทรต่อกัน หมายถึง การดูแลสุขภาพเอาใจใส่ของสมาชิกในครอบครัว ความทุกข์และความสุขที่ต้องการระบาย
2. ด้านการอบรมสั่งสอนให้รู้ระเบียบทางสังคมสถานะทางสังคมของตนในฐานะที่เป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว
3. ด้านการสร้างสมาชิกใหม่เพื่อความต่อเนื่องของครอบครัวและดำรงเผ่าพันธุ์ของมนุษย์ในสังคม
4. ด้านเศรษฐกิจครอบครัวต้องเตรียมแหล่งประโยชน์ที่จำเป็นทั้งด้านทรัพย์สินและอุปกรณ์แก่สมาชิกในครอบครัว

5. ด้านการดูแลสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย ได้แก่ อาหารเครื่องแต่งกาย ที่พัก และการดูแลเมื่อเจ็บป่วยความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวนี้มีผลต่อการพัฒนาการด้านบุคลิกภาพและสุขภาพจิต เช่น ในคนที่พ่อแม่รักมาก เลี้ยงดูอย่างปกป้องมากเกินไป คอยควบคุมดูแลทุกสิ่งทุกอย่าง จนมีผลทำให้เด็กขาดความเป็นตัวของตัวเอง ไม่มีความมั่นใจและต้อง

พึ่งพาผู้อื่นอยู่ตลอดเวลา เมื่อเผชิญปัญหาโดยลำพังอาจทำให้เกิดความเครียดสูง ซึ่งอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้

สรุปว่า สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นความผูกพันของสมาชิกในครอบครัวที่ปฏิบัติต่อกันซึ่งประกอบด้วยด้านความรักและความห่วงใยอาทรซึ่งกันและกัน ด้านการพักผ่อนหย่อนใจ ด้านความเคารพซึ่งกันและกันและด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ซึ่งทำให้ครอบครัวมีความสุขการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้แนวคิดสัมพันธภาพในครอบครัวของ Friedman (1992) และของ Morrow & Wilson (1961) ที่ รัตนา สำราญใจ (2541) พัฒนาเป็นแนวทางในการศึกษาประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านความรักและความห่วงใยอาทรซึ่งกันและกัน ด้านการพักผ่อนหย่อนใจ ด้านความเคารพซึ่งกันและกันและด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

ลักษณะของครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดีจะต้องมีพฤติกรรมที่แสดงความรักความผูกพัน ดังนี้ (กุหลาบ รัตนสังขธรรมและคณะ, 2541)

1. ต้องเอาใจใส่ดูแลและเอื้ออาทรต่อกัน หมายถึง การดูแลสุขภาพเอาใจใส่ของสมาชิกในครอบครัว ความทุกข์และความสุขที่ต้องการระบาย
2. ต้องรู้จักคนที่รักเรา สามิภรรยาต้องรู้จักและเข้าใจกันให้ดี สำหรับบุตร บิดา มารดา ก็ต้องเข้าใจอุปนิสัยของกันและกัน บุตรชอบหรือไม่ชอบอะไร จุดเด่นจุดด้อยเป็นอย่างไร สมาชิกในครอบครัวจะต้องเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เพื่อช่วยให้มีการตอบสนองที่ดีต่อกันและกัน
3. ต้องเคารพซึ่งกันและกัน การเคารพในที่นี้หมายถึง การเคารพที่มาจากเคารพในลักษณะนี้มีพฤติกรรมแสดงออกได้หลายอย่าง เช่น การฟังกัน การเคารพในความคิดเห็นที่แตกต่างกัน การเกรงใจกัน ความรู้สึกว่ามีคุณค่าและจะช่วยให้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลดีขึ้น
4. ต้องมีความรับผิดชอบของสมาชิกในครอบครัว หากไม่มีการรับผิดชอบของสมาชิกในครอบครัว ความไม่ถูกต้อง การเป็นต้นแบบที่ไม่ดี การละเลยหรือละเมิดสิทธิของเด็ก สิทธิของบิดามารดา สิทธิของผู้สูงอายุหรือ ผู้พิการ ก็เป็นการไม่รับผิดชอบ
5. ต้องมีความไว้วางใจกัน ความไว้วางใจเป็นรากฐานที่ทำให้เกิดสัมพันธภาพในครอบครัว ความไว้วางใจควรมีต่อกันทั้งทางกายและทางใจ ช่วยให้คนในครอบครัวมีความสบายใจ ไม่กังวลเป็นที่พึ่งพาได้ ครอบครัวใดที่ไม่ได้สร้างรากฐานที่ดีในเรื่องของความไว้วางใจ อาจนำไปสู่ภาวะของการเป็นคนก้าวร้าว เกือบกดหรือมีปมด้อย
6. ต้องให้กำลังใจกันและกัน การให้กำลังใจก็คือการให้พลังแก่สมาชิกในครอบครัวให้ดำเนินชีวิตไปอย่างมีความสุข การให้กำลังใจอาจเป็นคำพูดและท่าทางที่ให้การสนับสนุนชมเชยเมื่อทำสิ่งที่ถูกต้องแนะแนวทางในการหาทางออกเมื่อมีปัญหาไม่คว่ำหรือกล่าวโทษว่าเป็นความผิด

7. ต้องให้อภัยกันและกัน สมาชิกในครอบครัวอยู่ร่วมกันหลายคน ต้องมีการกระทบกระทั่งกันบ้างไม่มากก็น้อย ถ้ามีความรักอยู่ก็จะอภัยซึ่งกันและกัน

8. ต้องรู้จักสื่อสารในครอบครัว การสื่อสารอาจจะมีทั้งรูปแบบที่ใช้ภาษาและภาษาท่าทาง ภาษาพูด การเขียน

9. ต้องใช้เวลาด้วยกันอย่างมีคุณค่าและคุณภาพ สมาชิกในครอบครัวควรหาเวลาอยู่ด้วยกัน ช่วยกันแก้ปัญหาต่างๆ ที่มีกิจกรรมร่วมกัน เช่น ไปเที่ยวทางไกล ไปเที่ยวสวนสาธารณะ รับประทานอาหารพิเศษร่วมกัน ไปเยี่ยมญาติ เป็นต้น

10. ต้องมีการปรับตัวตามภาวะที่เปลี่ยนแปลงของบุคคลในครอบครัว สภาพของครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ตัวอย่างเช่น บุตรที่เกิดใหม่เป็นทารก ก็จะเติบโตและมีพัฒนาการตามวัยอันเหมาะสม บิดามารดาจะต้องปรับตัวตามความเปลี่ยนแปลงของบุตร ตัวของบิดามารดาเองก็มีการเปลี่ยนแปลงไปตามวัย ดังนั้น สมาชิกในครอบครัวจะต้องตระหนักในเรื่องความเปลี่ยนแปลงนี้ และปรับตามความเปลี่ยนแปลงนั้นๆ ในฐานะที่ตัวเองเปลี่ยนแปลงไปและปรับตัวในฐานะที่จะต้องสัมพันธ์กับความเปลี่ยนแปลงของคนอื่น

11. ต้องรู้จักหน้าที่ในครอบครัวและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การอยู่ร่วมกันในครอบครัวต่างคนต่างมีบทบาทหน้าที่ต่อตนเองและต่อสมาชิกในครอบครัว ซึ่งบทบาทและหน้าที่เหล่านี้ เกิดจากความคาดหวังของตนเอง และความคาดหวังของแต่ละคนในครอบครัว ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวจะต้องตกลงกันให้ได้ว่าเรื่องต่าง ๆ ที่จะบริหารครอบครัวให้เป็นปกติสุขนั้นเป็นเรื่องของใครอย่างใด ร่วมกันอย่างไร

12. มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีทำให้สมาชิกในครอบครัวมีอารมณ์ที่มั่นคงเห็นความสำคัญ คุณค่า ยอมรับในตนเอง ส่งผลให้ปรับตัวและทำหน้าที่ของการเป็นสมาชิกในครอบครัว

สรุปได้ว่าสัมพันธภาพภายในครอบครัวที่ดีจะเป็นพื้นฐานของครอบครัวที่มีผลต่อสังคมสมาชิกในครอบครัวที่มีความรักความผูกพัน ช่วยเหลือห่วงใยอาหารต่อกัน พักผ่อนร่วมกันมีความเคารพซึ่งกันและกัน และมีการปรองดองเป็นหนึ่งเดียวกันย่อมทำให้เกิดความสุขภายในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวมีอารมณ์ที่ดีและสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในสังคมได้

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาเลือกใช้กรอบแนวคิดสัมพันธภาพในครอบครัวของแนวคิดของ Friedman (1992) และ Morrow & Wilson (1961) เนื่องจากแนวคิดนี้มีความชัดเจนทางด้านอารมณ์และสิ่งแวดล้อมของสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวจะช่วยส่งเสริมและพัฒนาให้สมาชิกในครอบครัวมีพฤติกรรมที่เหมาะสมมีความสัมพันธ์ซึ่ง Morrow & Wilson (1961) กล่าวว่า การเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัวต้องให้ความรักความอบอุ่นซึ่งกันและกันซึ่งพฤติกรรมการแสดงออกถึงความรักจะเพิ่มความอบอุ่นแก่สมาชิกในครอบครัวโดยการรักใคร่

ห่วงใยซึ่งกันและกันมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเคารพซึ่งกันและกัน มีการพักผ่อนหย่อนใจด้วยกันในครอบครัวและมีความสามัคคีปรองดองระหว่างสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของชีวิตครอบครัวและส่งผลต่อสังคมในอนาคต ในการวิจัยครั้งนี้จึงใช้แบบวัดซึ่งรัตนาสำราญใจ (2541) ดัดแปลงมาจากแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของ อัญชลี จิตะประ (2536) ซึ่งสร้างตามแนวคิดของ Friedman (1992) และ Morrow & Wilson (1961) แบบสอบถามฉบับนี้มีจำนวน 33 ข้อประกอบด้วย 4 ด้าน คือด้านความรักและความห่วงใยอาทรซึ่งกันและกัน จำนวน 12 ข้อ ด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว จำนวน 6 ข้อ ด้านการเคารพซึ่งกันและกัน จำนวน 9 ข้อ และด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันจำนวน 6 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98

นอกจากนี้จากการทบทวนงานวิจัยของพรเทพ ศิริวนารังสรรค์และคณะ (2547) พบว่ามีปัจจัยด้านครอบครัวในด้านสภาพเศรษฐกิจของครอบครัวที่พบว่าครอบครัวที่มีหนี้สินมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า จึงนำปัจจัยความเพียงพอของรายได้ครอบครัวมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

ส่วนที่ 5 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับด้านจิตสังคมในการทำงาน

1. แนวคิดความต้องการของงานและการควบคุมงาน (และแรงสนับสนุนทางสังคมในงาน) (Job Demands-Control - Support Model)

แนวคิดนี้พัฒนาโดย Professor Dr. Robert Karasek และได้มีการเผยแพร่ครั้งแรกในปี ค.ศ. 1976 ในงานวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาเอก ด้วยข้อค้นพบว่าผลกระทบที่มีต่อสุขภาพและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องจากการทำงานเป็นผลมาจากข้อเรียกร้องทางด้านจิตใจและคุณลักษณะโครงสร้างของการตัดสินใจเกี่ยวกับงานและการใช้ทักษะความชำนาญในการทำงาน และได้มีการทดสอบและนำมาพัฒนาเรื่อยๆ ต่อมาในปี ค.ศ. 1988 Johnson และ Hall ได้เพิ่มองค์ประกอบที่สำคัญคือแรงสนับสนุนทางสังคมในการทำงาน โดยมีสมมติฐานคือ การขาดแรงสนับสนุนทางสังคมในการทำงานนำไปสู่ภาวะการแยกตัวของสังคม ทำให้เกิดเป็นแนวคิดที่สามารถนำมาอธิบายประสบการณ์ทางสังคมในการทำงานด้วยมิติข้อเรียกร้องจากงานด้านจิตใจและมิติของอำนาจในการตัดสินใจควบคุมงาน (Karasek & Theorell, 2000; Theorell & Karasek, 1996; Johnson & Hall, 1988) ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับความเครียดในการทำงาน หากงานที่ต้องการการทำงานสูง (Job Demand) แต่มีการควบคุมการทำงานโดยตนเอง หรือการตัดสินใจได้เอง (Job Control) ต่ำ จะทำให้เกิดความเครียดสูงกว่าผู้ที่มียานที่ความต้องการในงานต่ำและสามารถควบคุมการทำงานหรือตัดสินใจได้สูง เช่น การทำงานของแพทย์ พยาบาล วิศวกรถึงแม้จะมีความต้องการในงานและปริมาณสูง แต่สามารถควบคุมและตัดสินใจในงานที่ต้องทำได้สูงเช่นกัน จึงมีความเครียดในการ

ทำงานต่ำ เมื่อเปรียบเทียบกับพนักงานเสรีที่มีปริมาณงานมากแต่ไม่สามารถตัดสินใจหรือควบคุมการทำงานของตนเองได้ เนื่องจากการทำงานขึ้นอยู่กับคำสั่งจากลูกค้าและหัวหน้างาน จึงมีความเครียดในการทำงานสูง และพบว่าถ้าหากพนักงานยังมีตำแหน่งสูงก็ยังมีโอกาสที่จะมีระดับความต้องการในงานสูง และมีโอกาสที่จะเป็นผู้ควบคุมงานได้สูงเช่นเดียวกัน ด้วยเหตุนี้จึงมีการเพิ่มเติมความสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมการทำงาน โดยเฉพาะการสนับสนุนจากหัวหน้าหรือผู้ใต้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน ถ้างานที่มีความต้องการในงานสูงและผู้ปฏิบัติมีอำนาจในการควบคุมงานต่ำ จะมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคทางด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องมาจากความเครียดและการถูกแยกตัวในการทำงาน (Dollard, Winefield, & Winefield, 2003) จากการศึกษาทบทวนงานวิจัย 81 เรื่อง พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะการสนับสนุนทางด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์ที่ช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกันโรค และระบบต่อมไร้ท่อ และด้านหลอดเลือดหัวใจ (Uchino, Cacioppo, and Kiecolt-Glaser, 1996 อ้างใน สุกัลยรักษ์ เขษม, 2551)

ในช่วงระยะเวลา 20 ปีที่ผ่านมาแนวคิด Job Demands-Control (- Support Model) ได้รับการยอมรับว่าเป็นแนวคิด/ทฤษฎีหนึ่งที่มีการนำไปศึกษาวิจัยด้านอาชีวอนามัยและความเครียดจากการทำงานมากที่สุด โดยมีการนำมาใช้กับรูปแบบการวิจัยที่หลากหลาย ซึ่งผลของการศึกษาวิจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับสมมติฐานหลักอย่างชัดเจน คือ ภาวะความตึงเครียดที่เกิดจากงานและความตึงเครียดที่เป็นผลกระทบรวมของการขาดแรงสนับสนุนทางสังคมในการทำงาน (อาภรณ์ทิพย์ บัวเพชร, 2550)

2. แนวคิดการทุ่มเทในการทำงานและการตอบแทนไม่สมดุล (Effort/Reward Imbalance, ERI)

แนวคิดนี้พัฒนาขึ้นโดยนักวิจัยชาวเยอรมัน (Siegrist, 1985 อ้างถึงใน Siegrist & Peter, 1999) นำแนวคิดดังกล่าวมาใช้อย่างแพร่หลายและจัดเป็นทฤษฎีหนึ่งทางด้านอาชีวอนามัยที่มีความสำคัญอย่างมากในปัจจุบัน (อาภรณ์ทิพย์ บัวเพชร, 2550) แนวคิดนี้ศึกษามุ่งศึกษาการแลกเปลี่ยนตามปกติในสังคมเพื่อให้เกิดความสมดุลกันตามปกติของสังคม Siegrist มองการทำงานว่าเมื่อบุคคลพยายามลงแรงโดยใช้เวลาและทุ่มเทให้กับการทำงานมีความสัมพันธ์กับผลตอบแทนและผลลัพธ์ที่ได้ แต่หากว่าสัดส่วนของความพยายามและการทุ่มเทมีน้อยกว่าส่วนของผลตอบแทนและผลลัพธ์ที่ได้มีมากกว่าย่อมทำให้ผู้ทำงานมีความยินดี แต่ในทางกลับกันถ้าส่วนของการทำงานและความพยายามมีมาก แต่ส่วนของผลตอบแทนและผลลัพธ์ได้มีน้อย ย่อมทำให้ผู้ทำงานผิดหวังและทอดถอนใจเกิดภาวะความตึงเครียด(Job strain) แต่เมื่อใดก็ตามที่บุคคลทำงานตามภาระหน้าที่ที่จะมีผลประโยชน์เกื้อหนุนให้บุคคลทำตามหน้าที่ดังกล่าวผลประโยชน์หรือผลที่ได้จากการทำงานของ

บุคคลสามารถประมวลจากปัจจัยหลัก 2 ปัจจัยซึ่งมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างปัจจัยด้านการทุ่มเท (Effort) กับปัจจัยด้านผลตอบแทน (Reward) สำหรับการทุ่มเทให้กับงานเกิดจากภาระหน้าที่ของงานและความรับผิดชอบ ในส่วนเรื่องผลตอบแทน/รางวัล คือสิ่งตอบแทนในการทำงาน เช่น ในรูปของเงินเดือนชื่อเสียง ความมั่นคงในหน้าที่ และโอกาสความก้าวหน้า เป็นต้น นอกจากนี้การพิจารณาการทำงานที่มีผลกระทบต่อสภาพจิตใจและสังคมของผู้ปฏิบัติงานต้องพิจารณาพร้อมกับความมุ่งมั่นต่องานมากเกินไปด้วย เช่น บุคคลใดที่มีการทุ่มเทในการทำงานมาก ได้รับผลตอบแทนน้อย ประกอบกับมีความมุ่งมั่นในการทำงานมาก ย่อมทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ปฏิบัติงาน (Siegrist, 2004; มิกิโอะ ชูกาโมโต และคณะ, 2549) ดังแผนภูมิ 1



แผนภูมิ 1 แนวคิดการทุ่มเทในการทำงานและการตอบแทนไม่สมดุล

(Effort/Reward Imbalance, ERI cited in Siegrist, & Peter, 1999)

ซึ่งจากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งเน้นที่จะศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยสิ่งแวดล้อมด้านจิตสังคม หมายถึง ปัจจัยสิ่งแวดล้อมต่างๆในการทำงานมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจและสังคมของผู้ปฏิบัติงาน และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆทางสรีระ ทางอารมณ์ และทางจิตใจ แก่ผู้ปฏิบัติงานและก่อให้เกิดความเจ็บป่วยในระบบต่างๆของร่างกายตามมาได้ถ้าต้องสัมผัสกับสิ่งแวดล้อม เหล่านี้เป็นระยะเวลานานๆ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าแนวคิดความต้องการของงานและการควบคุมงาน (และการสนับสนุนทางสังคมในงาน) (Job Demands-Control (- Support Model) ที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นแนวคิด/ทฤษฎีหนึ่งที่มีการนำไปใช้ในการศึกษาวิจัย

ด้านอาชีวอนามัยและความเครียดจากการทำงานมากที่สุด ซึ่งผลของการศึกษาวิจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับสมมติฐานหลักอย่างชัดเจน คือ ภาวะความตึงเครียดที่เกิดจากงานและความตึงเครียดที่เป็นผลกระทบร่วมของการขาดแรงสนับสนุนทางสังคมในการทำงาน (อาภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร, 2550) ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในอีกแนวคิดหนึ่งที่สามารถประเมินคุณลักษณะทางจิตสังคมในด้านการงานที่สัมพันธ์กับสุขภาพมานานกว่า 18 ปี ในต่างประเทศ แต่ในประเทศไทยยังไม่มีผู้สนใจศึกษาน้อยมาก และเป็นการศึกษาในกลุ่มวิชาชีพเรื่องรูปแบบความไม่สมดุลระหว่างการทุ่มเทกับรางวัลของแพทย์เขตกรุงเทพฯ ซึ่งผลการวิจัยพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่มีภาวะตึงเครียดน้อยจะมีเพียงร้อยละ 25 ที่มีภาวะความตึงเครียด ปัจจัยซึ่งมีอิทธิพลคือการเรียกร้องจากงานที่ทำและความรับผิดชอบ (physical demand at work) อายุและเงินเดือนเป็นปัจจัยทางด้านลักษณะส่วนบุคคลที่มีผลต่อภาวะความตึงเครียด สำหรับแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลรัฐ ที่มีอายุน้อยกว่า 55 ปีและมีระดับเงินเดือนต่ำกว่า 75,000 บาท มีความตึงเครียดมากกว่าแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลเอกชน การทำงานในโรงพยาบาลเอกชน แพทย์มีความรู้สึกได้ว่า รางวัลที่ได้จากการทำงานมีมากกว่า ในทางกลับกันการทุ่มเทให้กับงานมีน้ำหนักรวมกว่ารางวัลที่ได้จากงาน ในหมู่ผู้ทำงานในโรงพยาบาลรัฐ (มิกิโอะ ชูกาโมโตะและคณะ, 2549) นอกจากนี้ในประเทศไทยมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเครื่องมือประเมินสิ่งแวดล้อมในการทำงานด้านจิตสังคมของพนักงานตัดเย็บเสื้อผ้าในประเทศไทย โดย อาภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร ซึ่งพัฒนาแบบสอบถาม Thai ERIQ ขึ้นและนำไปศึกษาในแรงงานสตรีกลุ่มอุตสาหกรรมทอผ้าพบว่ามีความตรงอยู่ในเกณฑ์ดี โดยพบว่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับสูง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาในส่วนของปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน แนวคิดทั้งสองแนวคิดข้างต้น 2 แนวคิดนี้มีทั้งส่วนที่ซ้ำซ้อนและแตกต่างกัน ส่วนที่ต่างกันคือ Job Demands-Control (- Support Model) จะเน้นผลกระทบที่เกิดเนื่องจากสภาพแวดล้อมทางจิตสังคมของการทำงาน ขณะที่ Effort-reward imbalance model จะอธิบายสภาพแวดล้อมทางจิตสังคมของการทำงาน ยังรวมไปถึงวิธีการแก้ปัญหาของแต่ละบุคคลผ่านความพยายามภายใน (Intrinsic effort) การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาทั้ง 2 รูปแบบสามารถอธิบายการเจ็บป่วยจากอาการทางกายและทางจิตได้

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งศึกษาการประเมินสิ่งแวดล้อมด้านจิตสังคมในการทำงาน ด้านการทุ่มเท (Efforts) กับผลตอบแทนจากงาน (Rewards) และความมุ่งมั่นต่องานที่มากเกินไป (Overcommitment) ซึ่งส่งอาจส่งผลทางด้านจิตใจแก่ผู้ปฏิบัติงานที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบวัด ERIQ ซึ่ง Siegrist (2008) พัฒนามาจากแบบวัด ERIQ 23 คำถามของ Siegrist (2004) ให้มีความสั้น กระชับ เหมาะสมกับยุคปัจจุบัน โดยที่ก่อนการศึกษาครั้งนี้แบบวัด ERIQ 23 คำถามของ Siegrist (2004) อาภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร (2550) ได้นำมา

แปลและพัฒนาแบบวัดฉบับภาษาไทยครั้งแรก เพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินสิ่งแวดล้อมในการทำงานด้านจิตสังคม มีข้อคำถาม 23 ข้อ การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยแปลแบบวัดฉบับใหม่ 16 ข้อคำถาม (Siegrist, 2008) ซึ่งสามารถวัดปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงานได้เช่นเดิม โดยใช้ข้อคำถามฉบับ ERIQ 23 ข้อ แปลโดยอาจารย์ทิพย์ บัวเพชร (2550) เป็นแนวทางในการแปลข้อคำถามฉบับใหม่ 16 ข้อ มีองค์ประกอบในการประเมิน 3 องค์ประกอบ ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ ได้แก่ การทุ่มเทในงาน จำนวน 3 ข้อ ผลตอบแทนจากงาน จำนวน 7 ข้อ และความมุ่งมั่นต่องานมากเกินไป จำนวน 6 ข้อ โดยประเมินจากการรับรู้ของแรงงานสตรี แปลผลโดยคิดคะแนนรวมแต่ละองค์ประกอบและนำมาจัดกลุ่มโดยใช้ค่า Tertile หากพบว่าคะแนนในองค์ประกอบใดมีค่าสูงหมายความว่า การรับรู้ในองค์ประกอบนั้นสูง เช่นเดียวกันหากพบว่าคะแนนในองค์ประกอบใดมีค่าต่ำ หมายความว่า การรับรู้ในองค์ประกอบนั้นน้อย นอกจากนี้สามารถศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทุ่มเทในการทำงานและผลตอบแทนจากการทำงานไม่สมดุล ได้จากการคิด ERI ratio เพื่อประเมินผลกระทบต่อสุขภาพได้อีกวิธีหนึ่งอีกด้วย ซึ่งจะอธิบายการคิดคะแนนและการแปลผลคะแนนในบทที่ 3 อย่างละเอียดต่อไป

ส่วนที่ 6 แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคมและแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญทางจิตวิทยา สังคม เกี่ยวกับข้อบกพร่องพฤติกรรมและภาวะสุขภาพของมนุษย์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้

Cobb (1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางด้านสังคมเป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยกย่องให้มีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Wiess (1974) ได้อธิบายแรงสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นความสัมพันธ์ของบุคคลที่จะดำรงรักษาไว้เป็นความสุขทางด้านจิตใจประกอบด้วยความใกล้ชิดและความรักใคร่ผูกพันการมีส่วนร่วมในสังคม การได้เลียดูผู้อื่น การรู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง การเชื่อถือไว้วางใจซึ่งกันและกัน และการได้รับคำแนะนำข้อมูลที่ทำให้บุคคลใช้ในการแก้ปัญหา

House (1981) ให้ความหมายว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม เป็นความรักใคร่และความห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านเงินสิ่งของและแรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง

Brandt & Weinert (1981) กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย ด้านความใกล้ชิดสนิทสนม ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนา ด้านความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านมีผู้คอยให้ความช่วยเหลือและแนะนำ

เบญจมาศ ตีฐานะ (2542) ได้กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความใกล้ชิด การช่วยเหลือโดยให้สิ่งของวัตถุ เงินทอง คำแนะนำ ข้อมูลป้อนกลับ และการมีส่วนร่วมทางสังคม

จากความหมายเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่กล่าวมาแล้ว พอสรุปได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในสังคมที่มีปฏิสัมพันธ์ด้วยกันในด้านต่างๆ ด้วยความใกล้ชิดผูกพันและเกิดการมีส่วนร่วมในสังคมประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถแบ่งออกเป็นหลายด้านตามแนวคิดที่มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

Cobb (1976) แบ่งประเภทแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้านคือ

1. แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านความต้องการด้านจิตใจ อารมณ์ (emotional support) เป็นสิ่งที่บุคคลนั้นรับรู้ว่าจะได้รับความรัก ความจริงใจ และการดูแลเอาใจใส่ มักจะได้รับความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและมีความผูกพันลึกซึ้ง
2. แรงสนับสนุนทางสังคม ได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า (esteem support) เป็นความรู้สึกที่บอกให้บุคคลนั้นทราบว่าตนเองมีคุณค่า และ บุคคลอื่นยอมรับและเห็นคุณค่า
3. แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (network support) เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ประเภท

1. แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านความจำเป็นในการดำรงชีวิต (tangible support) บุคคลจะได้รับความช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจ รางวัล แรงงาน เงินสิ่งของต่างๆ ตลอดจนการบริการเชื่อดูแลไว้วางใจกัน
2. แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) บุคคลจะรู้สึกรักใคร่ ผูกพัน และความเชื่อดูแลไว้วางใจกัน
3. แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการกระทำของบุคคลนั้นเป็นข้อมูลย้อนกลับ

Brandt & Weinert (1981) แบ่งประเภทแรงสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Weiss (1974) ประกอบด้วยแรงสนับสนุนทางสังคม 5 ด้านคือ

1. การได้รับความรักใคร่ผูกพัน (attachment) คือการได้รับการสนองตอบทางด้านอารมณ์ การได้รับความรักความผูกพัน การดูแลใกล้ชิดเอาใจใส่ สนิทสนมไว้วางใจซึ่งกันและกันทำ

ให้บุคคลรู้สึกว่าคุณเป็นที่รัก ถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนชนิดนี้ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว เดียวดายขาดความรักมองโลกในแง่ร้าย

2. แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับการยอมรับและการเห็นคุณค่าในตนเอง (reassurance of worth) คือการที่บุคคลได้รับการเคารพนับถือ ยกย่อง การให้โอกาสในการปรับปรุงตนเอง เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้บุคคลได้ติดต่อกับบุคคลในสังคม ถ้าขาดแรงสนับสนุนทางสังคมนี้ทำให้บุคคลขาดความเชื่อมั่นรู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์

3. แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (social integration) คือการที่บุคคลมีโอกาสร่วมในกิจกรรมของสังคม มีการแลกเปลี่ยนความรู้สึก ความห่วงใย ความเอื้ออาทร การมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของสังคม ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้รู้สึกถูกตัดขาดจากสังคมเกิดความเบื่อหน่ายไม่มีเพื่อน

4. แรงสนับสนุนทางสังคมการได้ช่วยเหลือเอื้อประโยชน์แก่บุคคลนั้น (opportunity for nurturance) คือการที่บุคคลได้มีโอกาสเลี้ยงดูผู้อื่นให้ได้รับความสุขสบายรู้สึกว่าคุณเป็นที่ต้องการของผู้อื่น แลกเปลี่ยนประโยชน์ระหว่างบุคคลถ้าขาดการสนับสนุนนี้จะรู้สึกชีวิตไร้ค่า

5. แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความช่วยเหลือหรือคำแนะนำ (assistance guidance) คือการได้รับข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำต่างๆหรือการช่วยเหลือ ด้านการเงิน สิ่งของ เครื่องใช้ถ้าขาดการสนับสนุนด้านนี้จะรู้สึกสิ้นหวัง

ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่าประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถแบ่งได้เป็น 4 ด้านที่สำคัญคือ ด้านจิตใจอารมณ์ ด้านการได้ยอมรับและการเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและด้านการได้รับข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้กรอบแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ Brandt & Weinert (1987) เนื่องจากมีความครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้บุคคลปรับตัวต่อความเครียดในสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นช่วยให้บุคคลเปลี่ยนวิธีการเผชิญปัญหาและลดความรุนแรงส่งผลให้บุคคลมีชีวิตอย่างมีความสุขแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลอื่นๆ ในด้านต่างๆแล้วยังครอบคลุมถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลและกลุ่มต่างๆ ในสังคมด้วย ซึ่งกลุ่มเหล่านี้เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลแก้ไขปัญหาคำถามและดำรงชีวิตอย่างมีความสุข

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลอื่นๆ ในด้านต่างๆแล้วยังครอบคลุมถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลและกลุ่มต่างๆ ในสังคมด้วย ซึ่งกลุ่มเหล่านี้เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลแก้ไขปัญหาคำถามและดำรงชีวิตอย่างมีความสุข นอกจากนี้ยังมีผู้ศึกษาและแบ่งแหล่งสนับสนุนไว้ต่างกันดังนี้

แหล่งสนับสนุนทางสังคม

แหล่งสนับสนุนทางสังคม หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีการติดต่อและให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Schaefer et al. อ้างใน มธุริน คำวงศ์ปิ่น, 2543) มีการแบ่งที่แตกต่างกันขึ้นกับวัตถุประสงค์ของผู้ศึกษาที่จะเน้นกลุ่มบุคคล ความใกล้ชิด ลักษณะและระยะเวลาของความสัมพันธ์ เช่น Pender (1996) ได้แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ประเภทคือ การสนับสนุนตามธรรมชาติ การสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน การสนับสนุนองค์กรศาสนา การสนับสนุนจากบุคลากรทางด้านสุขภาพและกลุ่มวิชาชีพอื่นๆ ปรีดา อุ่นเสียม (2539) ได้แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 แหล่ง คือแหล่งสนับสนุนปฐมภูมิ ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร แหล่งสนับสนุนทุติยภูมิ ได้แก่เพื่อนที่ใกล้ชิด ญาติและเพื่อนบ้าน แหล่งสนับสนุนตติยภูมิได้แก่บุคลากรทางด้านสุขภาพ สำหรับ Brandt & Weinert (1981) ได้แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคม 11 แหล่ง คือ บิดามารดา บุตร คู่สมรส ญาติ มิตรสหาย เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงานพระหรือนักบวช บุคลากรด้านสุขภาพ หน่วยบริการที่จัดให้ในชุมชน และกลุ่มอื่นๆจากการแบ่งประเภทการสนับสนุนข้างต้น

สรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมี 2 ลักษณะ คือแรงสนับสนุนทางสังคมที่เป็นนามธรรม เป็นเรื่องเกี่ยวกับจิตใจและการสนับสนุนที่เป็นรูปธรรม เกี่ยวกับสิ่งของ เครื่องใช้ เงินทอง และให้ข้อมูล การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Brandt & Weinert (1981) แปลโดยขนาด วรรณพรศิริ (2535) เนื่องจากได้แสดงให้เห็นถึงประเภทของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่จะขอความช่วยเหลือได้ชัดเจน

ในการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ของบุคคลทางสังคมที่จะดำรงและคงไว้ ทางด้านจิตใจ ความใกล้ชิดสนิทสนม การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนาความรู้สึกรู้เห็นคุณค่าในตัวเองมีผู้ให้ความช่วยเหลือและแนะนำจากแหล่งช่วยเหลือ ได้แก่ บิดา มารดา บุตร คู่สมรสหรือบุคคลใกล้ชิด ญาติหรือบุคคลในครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน บุคลากรทางด้านสุขภาพ หน่วยบริการที่จัดให้ในชุมชนและกลุ่มอื่นๆ

ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม

การแบ่งระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่

1. ระดับกว้าง (macro level) หมายถึง การได้รับการช่วยเหลือจากการมีส่วนร่วมในชุมชนหรือสังคม วัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกลุ่มต่างๆ และการดำเนินวิถีชีวิตในสังคม
2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (mezzo level) หมายถึง การช่วยเหลือของโครงการและหน้าที่ของแหล่งสนับสนุนทางสังคม วัดแบบเจาะจงในกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพกันอย่างสม่ำเสมอ เช่น

เพื่อน การสนับสนุนในระดับนี้ คือการให้คำแนะนำ ช่วยเหลือด้านสิ่งของ และการสนับสนุนด้านอารมณ์

3. ระดับเล็ก (micro level) เป็นความสัมพันธ์ใกล้ชิดมากที่สุด เช่น พ่อแม่ คู่สมรสบุตร และสมาชิกในครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถป้องกันความเครียดที่เกิดจากเหตุการณ์เครียดในชีวิต หรือช่วยลดระดับความรุนแรงของภาวะเครียดที่เกิดขึ้นกับบุคคลได้ (Beeber, 1996; Brown & Harris, 1978; Cohen & Wills, 1985; Israel et al., 2002; Parry, 1986) โดยพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญในกลุ่มผู้หญิงที่เป็นวัยรุ่น คือ ครอบครัวและเพื่อน ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญมากต่อผู้หญิงที่แต่งงาน คือสามี (จินตนา ตั้งวรพงษ์ชัย และ คุญทิ มุขสมบัติ, 2539; Beeber, 1996; Brown & Harris, 1978) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้หญิงที่มีปัญหาไม่มีความสุขในการแต่งงาน มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ชายที่แต่งงาน (Kerr, 1987; Krause & Geyer-Pestello, 1985; Weissman, 1986) และพบว่าผู้หญิงที่มีระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้หญิงที่มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำหรือไม่มี (Warren, 1997)

Baba, Galperin, & Lituchy (1999) ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตในการทำงานโดยการศึกษาปัจจัยการทำงานกับภาวะซึมเศร้าในพยาบาลแถบคาริบเบียน พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.29, p<0.01$) และพบว่าแรงสนับสนุนจากสังคมมีความสัมพันธ์ในทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความเหนื่อยหน่าย ความเครียดและภาวะซึมเศร้าในพยาบาล

จากการวิจัยที่ผ่านมาสนับสนุนว่าแรงสนับสนุนทางสังคมน่าจะเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีในการวิจัยครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของ Brandt & Weinert (1981) เป็นแนวทางในการศึกษา 5 ด้าน คือความใกล้ชิดสนิทสนม การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนา ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และด้านมีผู้คอยให้ความช่วยเหลือและแนะนำ

การประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคมมีองค์ประกอบหลายมิติเป็นปัจจัยที่มีผู้ศึกษาอย่างกว้างขวาง จึงมีแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมหลายชนิดที่แตกต่างกันบางชนิดใช้ประเมินเฉพาะแหล่งสนับสนุนทางสังคมด้านเดียวบางชนิดประเมินทั้งแหล่งสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ถึงลักษณะ

ของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ เช่น แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล (The Personal Resoure Questionnair [PRQ-85]) ของ Brandt & Weinert (1981) และแบบสอบถามของ Norbeck, Lindsey & Carrieri (1982) ที่มีชื่อว่า Norbeck Social Support Questionnair (NSSQ) ซึ่งแบบสอบถามทั้งสองนี้สามารถประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมเชิงปริมาณและคุณภาพได้และมีผู้เสนอแนะเกี่ยวกับการประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมว่าควรประเมินทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพซึ่งควรประเมินปริมาณทางสังคมที่ไม่ขึ้นกับจำนวนแหล่งสนับสนุนทางสังคมเนื่องจากบุคคลอาจมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมมากแต่ไม่สามารถให้ความช่วยเหลือต่อบุคคลได้ (Robinson, 1990) ดังนั้นการมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมมากไม่ใช่บ่งบอกถึงว่าบุคคลจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากด้วยแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล (PRQ-85) ของ Brandt & Weinert (1981) สร้างโดยใช้แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974) ประกอบด้วยแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลส่วนที่ 1 (PRQ-85 Part 1) ซึ่งเป็นการประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคมและแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 (PRQ-85 Part 2) เป็นการประเมินการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ 5 ด้านคือ ด้านการได้รับความรักใคร่ผูกพัน ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านการได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการได้ช่วยเหลือผู้อื่นและด้านการได้รับการช่วยเหลือหรือคำแนะนำซึ่ง ชมนาด วรรณพรศิริ (2535) ได้นำแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลของ Brandt & Weinert (1981) มาแปลเป็นภาษาไทยและได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านก่อนนำไปหาค่าความเชื่อมั่นกับพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่จำนวน 20 คนได้ค่าความเชื่อมั่นแบบวัดเครือข่ายทางสังคมเท่ากับ 0.84 และค่าความเชื่อมั่นแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 0.87

ในศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมของแรงงานสตรีที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม (PRQ-85 Part 2) ที่แปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงแก้ไขโดยชมนาด วรรณพรศิริ (2535) เกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมตามการรับรู้ของแรงงานสตรีซึ่งในแบบสอบถามมีลักษณะไม่เฉพาะเจาะจงกับกลุ่มที่ศึกษาสามารถนำมาใช้ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมในแรงงานสตรีได้

ส่วนที่ 7 แรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมการผลิตอิเล็กทรอนิกส์

แรงงานสตรีมีบทบาทในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมไทยมากขึ้น โดยที่แต่เดิมบทบาทของแรงงานสตรีมีขอบเขตอยู่เฉพาะการผลิตภายในครัวเรือน แต่ในปัจจุบันเป็นการใช้แรงงานรับจ้างทำงาน ทั้งในภาครัฐและเอกชนเพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัวโดยเริ่มหันเหจากภาคเกษตรกรรมเข้าสู่ตลาดแรงงานอุตสาหกรรมและบริการเพิ่มขึ้น ซึ่งนับว่ามีส่วนช่วยส่งเสริมให้

เศรษฐกิจของประเทศมีความเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง แต่ปัญหาของแรงงานสตรีส่วนใหญ่ยังเป็นแรงงานไร้ฝีมือ ขาดการพัฒนาความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ฝีมือแรงงาน โดยเฉพาะในสายงานช่างฝีมือผลตอบแทนจากการจ้างโดยทั่วไปยังไม่เท่าเทียมกับชาย (วรวิทย์ เจริญเลิศ, 2545) ทำให้แรงงานสตรีแต่ละคนอยู่ในสภาพที่เสียเปรียบ และมีนายจ้างบางพวกที่ไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย ค้ำครองแรงงาน เช่น การให้ลูกจ้างหญิงทำงานหนัก หรืองานอันตรายต่อสุขภาพและอนามัย ไม่ปฏิบัติตามกฎหมายในเรื่องการลาคลอดของหญิงมีครรภ์ เป็นต้น ซึ่งเป็นผลมาจากการขาดการสนับสนุนจากนายจ้าง (วีระศักดิ์ ศรีรักษ, 2541) อีกทั้งในบางครอบครัวบทบาทแรงงานสตรีนอกจากจะประกอบอาชีพเพื่อเลี้ยงครอบครัว แต่ยังต้องรับผิดชอบในครัวเรือน เพื่อนำรายได้มาจุนเจือครอบครัวที่มีภาวะหนี้สินเนื่องจากมาจากครอบครัวชนบทที่มีฐานะยากจน มีระดับการศึกษาต่ำ ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกงาน ทำให้ได้รับค่าจ้างต่ำขณะเดียวกันต้องเป็นแม่ของลูก และเป็นภรรยาของสามี(ภาวดี ทองอุไทย, 2551) ดังนั้นการได้รับการคุ้มครองจากกฎหมาย ค้ำครองแรงงานในแรงงานสตรี จึงนับว่ามีความสำคัญยิ่ง เพื่อป้องกันมิให้มีการใช้ แรงงานสตรีให้ทำงานอย่างหักโหม ไม่มีเวลาได้พักผ่อน ซึ่งอาจทำให้สุขภาพเสื่อมโทรม อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุในการทำงานได้ พร้อมกันนี้กฎหมายยังห้ามมิให้นายจ้างรับแรงงานสตรีที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ทำงานในสถานที่ที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายทางด้านศีลธรรมจรรยาด้วย และหากแรงงานสตรีมีครรภ์ กฎหมายก็ได้ให้การคุ้มครอง เพื่อเป็นการช่วยเหลือแม่และทารกมิให้ได้รับความกระทบกระเทือน ซึ่งอาจเป็นอันตรายทำให้เกิดความเสียหายต่อครอบครัวและสังคมโดยรวม นอกจากนี้กฎหมาย ค้ำครองแรงงานยังได้คุ้มครอง ในเรื่องกำหนดวันคลอด สิทธิที่จะได้รับค่าจ้างในการลาคลอดและการเปลี่ยนงานในหน้าที่ก่อนหรือหลังคลอด เป็นต้น (วิจิตรา วิเชียรชม, 2545)

จากบทบาทแรงงานหญิงในตลาดแรงงานนั้นมีมากขึ้นทั้งในประเทศและในต่างประเทศ แรงงานสตรีไทยมีความสามารถทำงานได้ไม่แพ้แรงงานชายทั้งในด้านงานหนักและงานเบาในบางโอกาส และในงานบางอย่างแรงงานสตรีสามารถทำงานอย่างมีประสิทธิภาพเหนือกว่าแรงงานชาย บทบาทของแรงงานสตรีจึงเป็นที่ต้องการสูงมากในภาคเอกชน ซึ่งแรงงานสตรีส่วนใหญ่ก็พร้อมที่จะเข้ามาทำงานในภาคอุตสาหกรรมเพื่อให้ชีวิตความเป็นอยู่ของตนและครอบครัวดีขึ้น

อุตสาหกรรมหลักที่ก่อให้เกิดมูลค่าการส่งออกมากที่สุดในระดับแรกๆและมีความสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศคือกลุ่มอุตสาหกรรมทอผ้าและกลุ่มอุตสาหกรรมไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ อุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์เป็นอุตสาหกรรมที่ส่งออก 1 ใน 3 ของประเทศ มีแรงงานสตรีอยู่ในภาคการผลิตมากถึงร้อยละ 80 อุตสาหกรรมการผลิตอิเล็กทรอนิกส์ในประเทศไทย เริ่มมีการผลิตตั้งแต่ปี 2525 โดยเป็นการลงทุนของบริษัทข้ามชาติที่ต้องการขยายฐาน

การผลิตออกนอกประเทศของตน เพื่อลดภาวะต้นทุนการผลิตให้สามารถแข่งขันในตลาดโลกได้ เนื่องจากอุตสาหกรรมการผลิตอิเล็กทรอนิกส์จัดเป็นอุตสาหกรรมที่มีลักษณะใช้แรงงานจำนวนมาก (Labor Intensive) ดังนั้นในขณะที่ค่าจ้างแรงงานในประเทศไทยต่ำกว่า และมีปัญหาน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศใกล้เคียง ประกอบกับรัฐบาลมีนโยบายในการส่งเสริมการผลิตเพื่อส่งออก ทำให้อุตสาหกรรมการผลิตอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการส่งออกขยายตัวเป็นอย่างมาก ปัจจุบันประเทศไทยมีโรงงานที่สามารถผลิตชิ้นส่วนอิเล็กทรอนิกส์ให้เป็นผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปอยู่เพียงไม่กี่ราย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบริษัทข้ามชาติหรือเป็นบริษัทที่มีการร่วมลงทุนกับต่างชาติ ชิ้นส่วนอิเล็กทรอนิกส์ที่ผลิตได้ในประเทศไทยจะส่งออกไปยังต่างประเทศประมาณร้อยละ 90 ของผลผลิตทั้งหมด ซึ่งมีการส่งออกชิ้นส่วนอิเล็กทรอนิกส์มูลค่าประมาณ 62,747 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 6.74 ของมูลค่าการส่งออกทั้งหมด 931,572 ล้านบาท ซึ่งเป็นมูลค่าเพิ่มขึ้นจากปี 2535 ประมาณ 7,363 ล้านบาทหรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 13.29 (ธนาวัฒน์ โชควิทยา, 2541) ทำให้เกิดการกระตุ้นเศรษฐกิจภายในประเทศ นอกจากนี้อุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์เป็นอุตสาหกรรมที่มีการพัฒนาทางเทคโนโลยีรวดเร็วมาก ก่อให้เกิดผลิตภัณฑ์ใหม่ๆ ที่ไม่มีมาก่อน เพื่อให้ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ได้ดีกว่าผลิตภัณฑ์เดิมและมีราคาถูกกว่าผลิตภัณฑ์ที่มีอยู่เดิม ดังนั้นลักษณะที่สำคัญของอุตสาหกรรมการผลิตอิเล็กทรอนิกส์ จึง ต้องใช้เทคโนโลยีในการผลิตที่สูงและทันสมัย จึงจะสามารถผลิตสินค้าได้อย่างมีคุณภาพและเป็นไปตามความต้องการของตลาดโลก ต้องอาศัยการผลิตจำนวนมาก เพื่อให้เกิดการประหยัดต่อขนาดการลงทุน ต้องใช้เงินลงทุนในระดับสูง เป็นอุตสาหกรรมที่ต้องใช้แรงงานจำนวนมากเพื่อทำงานให้ตรงตามเป้าหมายกับบริษัทแม่

นอกจากนี้โรงงานอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์เป็นอุตสาหกรรมหนึ่งที่ใช้แรงงานสตรีทำงานเป็นจำนวนมาก มีลักษณะการทำงานที่ค่อนข้างพิถีพิถันทั้งการควบคุมสภาพแวดล้อมในการทำงาน เพื่อไม่ให้มีผลกระทบต่อผลิตภัณฑ์ อันได้แก่ ฝุ่น ความชื้น และกระแสไฟฟ้าสถิตย์ เป็นต้น และการทำงานกฎระเบียบในการทำงานทั้ง การแต่งกายในชุดพนักงานที่รัดกุมเมื่อต้องทำงานในห้องที่มีการควบคุมสภาพแวดล้อม (Clean Room) การปฏิบัติตามกฎระเบียบที่เข้มงวด ทั้งนี้เพื่อป้องกันผลกระทบจากการทำงานของพนักงานต่อผลิตภัณฑ์ รวมทั้งลักษณะงานส่วนใหญ่จะต้องใช้สายตาในการตรวจสอบอย่างละเอียดเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดความเมื่อยล้าและเครียดได้ ซึ่งแรงงานที่ทำงานจะต้องมีการปรับตัวเพื่อรับสภาพการทำงานดังกล่าวให้ได้ และงานอีกลักษณะหนึ่งคือต้องผลิตให้มีปริมาณเพียงพอต่อความต้องการของตลาด การจัดระบบการทำงานกะขึ้นเพื่อให้ทันต่อการส่งสินค้า อันเป็นการทำงานนอกเหนือจากเวลาปกติทั้งที่ทำตามความต้องการของโรงงาน และต้องการทำงานเพื่อหารายได้จุนเจือครอบครัวจากการทำงานด้วยความทุ่มเท แต่การทำงานในอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์มักมีระยะเวลาการทำงานสั้น เนื่องจากขาดการส่งเสริมให้แรงงานสตรี

ได้พัฒนาตนเอง อีกทั้งแรงงานสตรีเมื่อทำงานในระยะหนึ่งแล้วต้องการกลับภูมิลำเนาเดิม จึงทำให้แรงงานสตรีมีอายุการทำงานไม่นาน จากสภาพการทำงาน ลักษณะงาน ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลของแรงงานสตรีที่กล่าวมาข้างต้น มีผลทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ในแรงงานสตรีอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทั้งปัญหาส่วนบุคคล ครอบครัว การทำงานและสังคม

ส่วนที่ 8 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

ในปัจจุบันแม้ว่ามีผู้ศึกษาสาเหตุของภาวะซึมเศร้าอย่างหลากหลาย และพบว่ามีแนวโน้มจะเกิดขึ้นมากในเพศหญิงแต่ยังพบว่าการศึกษาภาวะซึมเศร้าที่มีสาเหตุอันเกี่ยวเนื่องมาจากการทำงานมีน้อยมากการศึกษาในครั้งนี้จึงทบทวนวรรณกรรมให้มีความครอบคลุมในเรื่องปัจจัยที่เกิดจากการทำงาน รวมถึงปัจจัยอื่นๆ ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งสามารถจัดกลุ่มปัจจัยตามกรอบแนวคิดนิเวศวิทยาสังคม เป็น 4 ระดับ แบ่งปัจจัยเป็น 4 ด้าน ดังต่อไปนี้ 1) ระดับบุคคล (Individual Level) จัดเป็น ปัจจัยด้านบุคคล ประกอบด้วยตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ส่วนตัว สถานภาพสมรส โรคประจำตัว 2) ระดับระหว่างบุคคล (Interpersonal Level) จัดเป็น ปัจจัยด้านครอบครัว ประกอบด้วยตัวแปร ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวและสัมพันธภาพในครอบครัว 3) ระดับองค์กรหรือสถาบัน (Organizational/Institutional Level) จัดเป็น ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน ประกอบด้วยตัวแปร การทุ่มเทในงาน ผลตอบแทนจากงาน ความมุ่งมั่นในงานที่มากเกินไปและการทุ่มเทในการทำงานและการตอบแทนไม่สมดุล 4) ระดับสังคม (Societal Level) จัดเป็น ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคม โดยทบทวนวรรณกรรมดังต่อไปนี้

1. ระดับบุคคล (Individual Level)

1.1 ปัจจัยด้านบุคคล

1.1.1 อายุ Arber & Ginn (1993) พบว่า สตรีสูงอายุ จะมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าสตรีที่มีอายุน้อยกว่าถึง 3 เท่า เนื่องจากสตรีที่มีอายุน้อยกว่าสามารถเข้าถึงแหล่งทรัพยากรต่างๆ ได้ดีกว่า เช่น แหล่งบริการด้านสุขภาพ รายได้จากการประกอบอาชีพ และการมีอำนาจในการต่อรองในเรื่องสัมพันธภาพทางสังคมดีกว่าด้วย ส่วนสตรีวัยสูงอายุกว่า มักจะถูกปลดออกจากราน ต้องอาศัยพึ่งพิงคนอื่นในทางเศรษฐกิจ เข้าไม่ถึงบริการด้านสุขภาพ ซึ่งตามด้วยการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกายและปัญหาสุขภาพจิต แต่จากการศึกษาของพรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ(2546) กล่าวว่าความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับภาวะซึมเศร่ายังไม่สามารถสรุปได้แน่ชัด

1.1.2 ระดับการศึกษา จากการศึกษากอง Zauszniewski (1994)

ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการแสวงหาแหล่งช่วยเหลือทางด้านสุขภาพประกอบด้วยความสนใจต่อสังคม ชุมชน การเรียนรู้ที่จะใช้แหล่งประโยชน์อย่างเต็มที่ และการปรับตัวของผู้ที่มีอายุระหว่าง 21-65 ปี ที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 63 คน และผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 63 คน พบว่า กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ามีความสนใจต่อสังคม และเรียนรู้ที่จะใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และทั้งสองกลุ่มมีระดับการศึกษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.004 เช่นเดียวกับ Stewart et al, 2004; Mirza & Jenkins, 2004 ที่การศึกษาต่ำมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจาก การศึกษาต่ำทำให้ได้รับข้อมูลน้อย ในขณะที่ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะสามารถประยุกต์ความรู้ที่มีอยู่มาใช้ สามารถทำความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้ ใช้เหตุผลหรือหาวิธีการแก้ไขปัญหาก็ได้ดี ตลอดจนสามารถแสวงหาข้อมูล รู้จักใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดี

1.1.3 ความเพียงพอของรายได้ส่วนตัว รัชนีกร อุปเสน

(2541) กล่าวว่ารายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้และมีผลในการตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล ทำให้เกิดความสุขในชีวิต ทำให้รายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลและมีความสำคัญต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลและเป็นตัวกำหนดความพึงพอใจในชีวิต นอกจากนี้หากเกิดความเจ็บป่วยเมื่อมีรายได้น้อย ทำให้เป็นอุปสรรคในการรักษา การเข้าถึงบริการ ทำให้ไม่ได้ไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ (Stewart et.al, 2004; Mirza & Jenkins, 2004) นอกจากนี้ในบริบทของแรงงานสตรีในประเทศไทยยังพบว่าแรงงานสตรีที่มาทำงานในการทำงานภาคอุตสาหกรรม แรงงานสตรีส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ได้รับโอกาสทางการศึกษาน้อย ส่วนใหญ่มาจากครอบครัวชนบทที่มีรายได้น้อย ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกงาน ได้รับค่าจ้างต่ำ อีกทั้งยังต้องแบกรับภาระหลายด้านทั้งในฐานะเป็นผู้ประกอบอาชีพเพื่อนำรายได้มาจุนเจือครอบครัวที่มีภาวะหนี้สิน(ภาวดี ทองอุไทย, 2551) รายได้จึงเป็นอีกเหตุปัจจัยหนึ่งซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพของแรงงานสตรี

1.1.4 สถานภาพสมรส Guttentag, et al. (1980) พบว่า

สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตหรือภาวะซึมเศร้าในสตรีมากที่สุดโดยพบว่าในทุกๆ ที่ที่ทำการศึกษาระดับคะแนนการประเมินปัญหาสุขภาพจิตของผู้หญิงจะสูงกว่าผู้ชายทั้งหมดในขณะที่เปรียบเทียบเฉพาะเพศหญิงเหมือนกันก็พบว่าสตรีที่เป็นโสดจะมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าสตรีที่แต่งงานแล้ว แต่สตรีที่แต่งงานแล้วอย่าหรือแยกทางกับคู่สมรส หรือคู่สมรสตายจากจะพบปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ สอดคล้องกับงานวิจัยของ (วิจารณ์ วิชัยยะ, 2535; ดวงใจ กสานติกุล, 2536; Stewart et.al, 2004; Mirza & Jenkins, 2004) พบว่าการหย่าร้างหรือเป็นหม้ายถือว่าการสูญเสียชนิดหนึ่ง การสูญเสียทุกชนิดทำให้เกิด Grief reaction ได้ และถ้ามีอาการเศร้าโศกนานกว่า 6 เดือน ถือว่าเป็นการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า

1.1.5 โรคประจำตัว โรคทางกายเรื้อรังเป็นปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) โดยเฉพาะโรคที่ไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้ จากการมีโรคประจำตัวหรืออาการทางกายเรื้อรังหรือมีความพิการ ปรากฏอย่างชัดเจน ซึ่งภาวะเหล่านี้เป็นสาเหตุประการหนึ่งในการปรับตัวต้องเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต ส่งผลให้รับกวนการทำกิจวัตรประจำวันเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งภาวะนี้มักทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาทางด้านอารมณ์ เพราะไม่สามารถปรับตัวกับพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นได้ หากมีโรคหลายโรค ยิ่งส่งผลให้ผู้ป่วยท้อแท้ในชีวิต เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (ประเทือง อานันธิโก, 2541; ประอรทิพย์ สุทธิสาร, 2549)

2. ระดับระหว่างบุคคล (Interpersonal Level)

2.1 ปัจจัยด้านครอบครัว

2.1.1 ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว พรเทพ ศิริวนารังสรรค์และคณะ (2547) พบว่าสภาพเศรษฐกิจของครอบครัวที่พบว่าครอบครัวที่มีหนี้สินมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าเนื่องจากครอบครัวที่มีหนี้สินทำให้แรงงานสตรีต้องรับภาระหน้าที่ของการทำงานเพื่อหาเงินมาจุนเจือครอบครัว

2.1.2 สัมพันธภาพในครอบครัว รัดนา สำราญใจ (2541) กล่าวว่า สัมพันธภาพภายในครอบครัวที่ดีจะเป็นพื้นฐานของครอบครัวที่มีผลต่อสังคมสมาชิกในครอบครัวที่มีความรักความผูกพัน ช่วยเหลือห่วงใยอาทรต่อกัน พักผ่อนร่วมกันมีความเคารพซึ่งกันและกัน และมีการปรองดองเป็นหนึ่งเดียวกันย่อมทำให้เกิดความสุขภายในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวมีอารมณ์ที่ดีและสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในสังคมได้ แต่หากพบว่าหากเกิดสัมพันธภาพที่เป็นปัญหาในครอบครัวก็จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและนำไปสู่ภาวะฆ่าตัวตายได้เช่นกัน(มธุริน คำวงศ์ปิ่น, 2543)

3. ระดับองค์กรหรือสถาบัน (Organizational/Institutional Level)

3.1 ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน

3.1.1 แนวคิดการทุ่มเทในการทำงานและการตอบแทนไม่สมดุล (Effort/Reward Imbalance, ERI) แนวคิดนี้เป็นแนวคิดที่ทำให้เข้าใจถึงสภาพของสังคมที่ต้องพึ่งพาอาศัยกันซึ่งกันและกันเป็นธรรมชาติพื้นฐานของบุคคลที่จะทำให้นักแสดงออกถึงพฤติกรรมท่ามกลางสังคมที่เปลี่ยนแปลง ธรรมชาติของสังคมในปัจจุบันเป็นลักษณะที่เมื่อผู้ใดลงทุนสิ่งใดบนเงื่อนไขตามมาตรฐาน ย่อมคาดหวังว่าจะได้รับสิ่งตอบแทนกลับมา ซึ่งหากผลที่ได้รับตอบแทนกลับมาไม่ได้อย่างที่คาดหวังไว้ย่อมทำให้เกิดความเครียด ความรู้สึก เกิดผลตอบสนองต่อจิตใจและมีภาวะความทุกข์ทรมานต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า

มีงานวิจัยที่ได้ใช้แนวคิดการทุ่มเทในการทำงานและการตอบแทนไม่สมดุล เช่น การนำเครื่องมือไปใช้ศึกษาในบริบทอื่นในต่างประเทศ การศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและเกิดโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้าและพฤติกรรมที่แปลกๆไปจากเดิม การลาป่วยจากการทำงาน ความเครียดจากการทำงานที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย เป็นต้น

4. ระดับสังคม (Societal Level)

4.1 ปัจจัยด้านสังคม

4.1.1 เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ธนวรรณ พงษ์ผล (2545) พบว่าเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าสอดคล้องกับการศึกษาของ Rabe ที่ศึกษาความเครียดทางสังคมและการเกิดความเจ็บป่วยพบว่า เหตุการณ์ความเครียดของชีวิตคุกคามความมั่นคงของบุคคล ทำให้เกิดการปรับตัว และเกิดการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของเนื้อเยื่อ อวัยวะและระบบต่าง ๆ ของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้ความต้านทานโรคของร่างกายลดลง ยังมีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงของชีวิตมากเท่าใด โอกาสที่จะเกิดความเจ็บป่วยยังมีมากขึ้นเท่านั้น

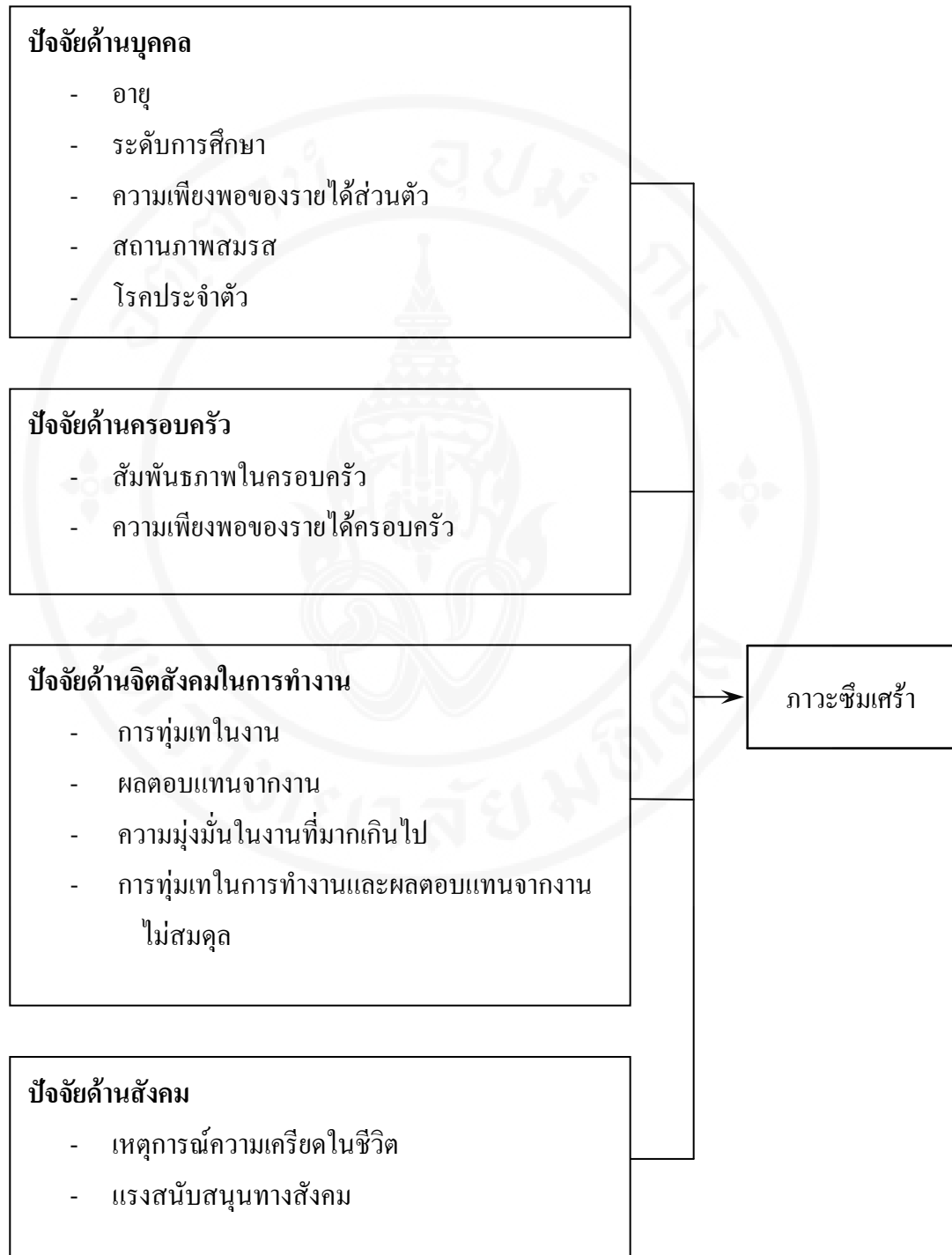
4.1.2 แรงสนับสนุนทางสังคม มณีกานต์ สุภาเส (2551) กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มาจากกรอบของทฤษฎีทางสังคมเกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้า เป็นผลจากการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลเมื่อต้องเผชิญกับความกดดันที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการให้และการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคม 5 ด้านได้แก่ 1) ความผูกพันใกล้ชิด 2) การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 3) การแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน เช่น การมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือผู้อื่น 4) การรับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง และ 5) การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น การได้รับข้อมูลคำแนะนำ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และการช่วยเหลือทางด้านวัตถุ สิ่งของ หรือบริการ แรงสนับสนุนทางสังคมนี้มีความสำคัญต่อการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยจะช่วยป้องกันและลดระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะซึมเศร้าในช่วงที่บุคคลมีความเครียด ซึ่งการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมนี้จะเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้แก่บุคคล บุคคลที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะมีความเครียดลดลง ทำให้สามารถปรับตัวได้ถูกต้องเหมาะสม และนำไปสู่การมีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยที่ดี

ในการศึกษาครั้งนี้เมื่อผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมจึงเห็นความสำคัญของปัญหาแนวโน้มของภาวะซึมเศร้าของสตรีในอนาคตซึ่งเกี่ยวข้องกับการทำงาน จึงกำหนดกลุ่มปัจจัยให้มีความสอดคล้องกับบทบาท ภาระหน้าที่ความรับผิดชอบของสตรีในปัจจุบัน อีกทั้งผู้วิจัยมีบทบาท

พยาบาลสาธารณสุขและมีความสนใจในการพยาบาลอาชีวอนามัย ซึ่งมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในกลุ่มผู้ประกอบอาชีพในทุกระดับ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษากลุ่มแรงงานสตรีที่ทำงานในภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์เพื่อหาอัตราสุขภาพของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายภาวะซึมเศร้า เพื่อนำผลที่ได้รับจากการวิจัยมาวางแผนแก้ไขปัญหาดังกล่าวต่อไป โดยใช้แนวคิดด้านนิเวศวิทยาเชิงสังคม (Ecological Model of Health Behavior) ในการกำหนดกรอบแนวคิด แบ่งระดับปัจจัยเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน และปัจจัยด้านสังคม ดังแผนภูมิ ต่อไปนี้

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ และปัจจัยที่มีอิทธิพลกับภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross - sectional Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

■ วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือแรงงานสตรีที่ทำงานระดับปฏิบัติการฝ่ายการผลิตในโรงงานอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์อายุตั้งแต่ 18 - 55 ปี ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งพบว่ามีอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์มากที่สุด โดยโรงงานที่ได้รับคัดเลือกเข้ามาศึกษาในครั้งนี้ต้องเป็นโรงงานที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา และมีความสมบูรณ์ของข้อมูล จากรายชื่อที่ขึ้นทะเบียนโรงงานของกรมโรงงานอุตสาหกรรม ณ สิ้นปี 2551 ซึ่งพบมีรายชื่อโรงงานอิเล็กทรอนิกส์ที่ประกอบกิจการอยู่ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา 7 อำเภอ ได้แก่ อำเภอพระนครศรีอยุธยา อำเภวังน้อย อำเภอุทัย อำเภนครหลวง อำเภอบางปะอิน อำเภอบางปะหันและอำเภอบางไทร ซึ่งมีข้อมูลสมบูรณ์จำนวน 134 โรงงาน มีแรงงานสตรีรวมทั้งสิ้น 35,802 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

1. สามารถอ่านออกและเขียนภาษาไทยได้
2. ทำงานเต็มเวลาหรือเป็นพนักงานที่ทำงานประจำ ระดับปฏิบัติการฝ่ายผลิตในโรงงานนั้นและรับค่าจ้างที่อาจเป็นรายวัน รายสัปดาห์หรือรายเดือน
3. โรงงานอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ยินดีให้เก็บข้อมูลในการวิจัยและแรงงานสตรียินดีเข้าร่วมทำการวิจัยครั้งนี้

4. แรงงานสตรีที่ไม่ได้อยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์ และระยะหลังคลอดบุตรตั้งแต่ระยะ 1 เดือน - 1 ปี ที่กลับมาทำงานหลังการลาคลอดบุตร (เกรียงยุทธ ก้อนทอง, 2548)

เกณฑ์การคัดออก

- แรงงานสตรีที่ไม่ต้องการตอบแบบสอบถาม และต้องการออกจากการวิจัยในระหว่างการทำแบบสอบถาม

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือแรงงานสตรีที่มีอายุระหว่าง 18 – 55 ปี ที่ทำงานในโรงงานอิเล็กทรอนิกส์จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ทั้งโรงงานประเภทขนาดใหญ่และขนาดกลาง ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คำนวณโดยสูตรเดเนียล (Daniel, 1995: 178) ดังนี้

วิธีการคำนวณ

N คือ จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 35,490 คน

Z คือ ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติซึ่งมีค่าสอดคล้องกับระดับนัยสำคัญที่กำหนด 0. 05 ซึ่ง $Z_{\alpha/2}$ เท่ากับ 1.96

p คือสัดส่วนภาวะซึมเศร้า ของการศึกษากลุ่มแรงงานสตรีกลุ่มดัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูป ของอาภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร (2550) เท่ากับร้อยละ 18.7 (0.187)

q คือ $1-P = 0.813$

d คือ ค่าความคลาดเคลื่อนมากที่สุดที่ยอมรับได้ ในการศึกษาที่กำหนดให้เท่ากับ 0.04

สูตร

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{Z_{\alpha/2}^2 \cdot p \cdot q + (N - 1) d^2}$$

$$n = \frac{3.8416 \times 35,490 \times 0.187 \times 0.813}{(3.8416 \times 0.187 \times 0.813) + (35,490 - 1) \times (0.04)^2}$$

$$n = \frac{20,727.66}{57.37}$$

$$= 361.32$$

จากสูตร คำนวณตัวอย่างแรงงานสตรีได้เท่ากับ 362 คน เพิ่มจำนวนตัวอย่างร้อยละ 20 จากจำนวนตัวอย่างที่คำนวณได้ (72.26 คน) สำหรับข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ หรือกรณีสูญหาย จะได้เก็บกลุ่มตัวอย่างแรงงานสตรีอย่างน้อยเท่ากับ 434 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 1 จัดหมวดโรงงานโดยนำรายชื่อโรงงานในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่ขึ้นทะเบียนกรมโรงงานอุตสาหกรรมจาก 1,829 โรงงาน นำมาจำแนกประเภทโรงงานอุตสาหกรรมตามกฎหมายกระทรวง พ.ศ.2535 ออกตามความพระราชบัญญัติโรงงาน พ.ศ. 2535 เลือกหมวดที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมาย คือ โรงงานอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งพบการจดทะเบียนแยกเป็น 2 ประเภทโรงงานหลัก ดังนี้

หมวด 06900 หมายถึง โรงงานผลิต ประกอบ ดัดแปลง หรือซ่อมแซม เครื่องคำนวณ เครื่องทำบัญชี เครื่องจักรสำหรับระบบบัตรเจาะ เครื่องจักรสำหรับการคำนวณ ชนิด ดิจิทัล หรือชนิดอนาล็อก หรือเครื่องอิเล็กทรอนิกส์สำหรับปฏิบัติงานกับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกัน หรืออุปกรณ์ (Digital or Analog Computers or Associated Electronic Data Processing Equipment or Accessories) เครื่องรวมราคาของขาย (Cash Registers) เครื่องพิมพ์ดีด เครื่องชั่งซึ่งมิใช่เครื่องชั่งที่ใช้ในห้องทดลองวิทยาศาสตร์ เครื่องอัดสำเนาซึ่งมิใช่เครื่องอัดสำเนาด้วยการถ่ายภาพ และรวมถึงส่วนประกอบหรืออุปกรณ์ของผลิตภัณฑ์ดังกล่าว

หมวด 07200 หมายถึง โรงงานผลิต ประกอบ ดัดแปลง หรือซ่อมแซม เครื่องรับวิทยุ เครื่องรับโทรทัศน์ เครื่องกระจายเสียงหรือบันทึกเสียง เครื่องเล่นแผ่นเสียง เครื่องบันทึกคำบอกเครื่องบันทึกเสียงด้วยเทป เครื่องบันทึกคำบอกเครื่องบันทึกด้วยเทป เครื่องเล่นหรือเครื่องบันทึกแถบภาพ (วิดีโอ) แผ่นเสียง เทปแม่เหล็กที่ได้บันทึกเสียงแล้ว เครื่องโทรศัพท์หรือโทรเลขชนิดมีสายหรือไม่มีสาย เครื่องส่งวิทยุ เครื่องส่งโทรทัศน์ เครื่องรับส่งสัญญาณหรือจับสัญญาณ เครื่องเรดาร์ ผลิตภัณฑ์ที่เป็นตัวกึ่งนำหรือตัวกึ่งนำชนิดไวที่เกี่ยวข้อง (Semi-Conductor or Related Sensitive Semi-Conductor Devices) คาปาซิเตอร์หรือคอนเดนเซอร์อิเล็กทรอนิกส์ชนิดคงที่หรือเปลี่ยนแปลงได้ Fixed or Variable Electronic Capacitors or Condensers) เครื่องหรือหลอดเรดิโอกราฟ เครื่องหรือหลอดฟลูโรสโคป หรือเครื่องหรือหลอดเอชเรย์ และรวมถึงการผลิตอุปกรณ์หรือชิ้นส่วนสำหรับใช้กับเครื่องอิเล็กทรอนิกส์

ขั้นตอนที่ 2 คัดเลือกโรงงานที่ตั้งอยู่ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 16 อำเภอ ที่มีคุณสมบัติตามหมวด 06900 และ 07200 และมีความสมบูรณ์ของข้อมูล พบรายชื่อโรงงานอิเล็กทรอนิกส์จำนวน 134 โรงงาน มีแรงงานสตรีรวม 35,802 คน ซึ่งประกอบกิจการอยู่ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 7 อำเภอ ได้แก่ อำเภอพระนครศรีอยุธยา อำเภวังน้อย อำเภอุทัย อำเภอ นครหลวง อำเภอบางปะอิน อำเภอบางปะหันและอำเภอบางไทร นำรายชื่อของโรงงานอิเล็กทรอนิกส์จำนวน 134 โรงงาน จัดประเภทตามคำจัดความของกรมส่งเสริมอุตสาหกรรมประเภทที่ใช้แรงงาน(2530) ดังนี้

- โรงงานขนาดใหญ่ คือ มีแรงงานมากกว่า 200 คน
- โรงงานขนาดกลาง คือ มีแรงงาน 51–200 คน
- โรงงานขนาดเล็ก คือ มีแรงงาน 1-50 คน

สามารถจำแนกจำนวนโรงงานและจำนวนแรงงานสตรีได้ ดังนี้ โรงงานอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ 69 โรงงาน มีแรงงานสตรี 31,861 คน โรงงานอุตสาหกรรมขนาดกลาง 42 โรงงาน มีแรงงานสตรี 3,629 คน และโรงงานอุตสาหกรรมขนาดเล็ก 23 โรงงาน มีแรงงานสตรี 312 คน ในการศึกษาครั้งนี้เลือกศึกษาในโรงงานอุตสาหกรรมขนาดใหญ่และขนาดกลางเนื่องจากโรงงานอุตสาหกรรมขนาดเล็กมีสภาพแวดล้อมการทำงานและลักษณะงาน แตกต่างกับโรงงานอุตสาหกรรมขนาดใหญ่และขนาดกลาง จึงไม่ได้นำโรงงานอุตสาหกรรมขนาดเล็กเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ สรุปได้ว่าประชากรกลุ่มเป้าหมายในครั้งนี้ประกอบด้วยโรงงานอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ประเภทขนาดใหญ่และขนาดกลาง แบ่งเป็น โรงงานอุตสาหกรรมขนาดใหญ่จำนวน 69 โรงงาน มีแรงงานสตรี 31,861 คนและโรงงานอุตสาหกรรมขนาดกลางจำนวน 42 โรงงาน มีแรงงานสตรี 3,629 คน รวมโรงงานกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 111 โรงงาน มีแรงงานสตรีรวมจำนวน 35,490 คน

ขั้นตอนที่ 3 จากนั้นคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป้าหมายที่ต้องการจากโรงงานอุตสาหกรรมตามประเภทขนาดใหญ่และขนาดกลางสุ่มเป็นตัวแทนไว้ตามสูตรดังนี้

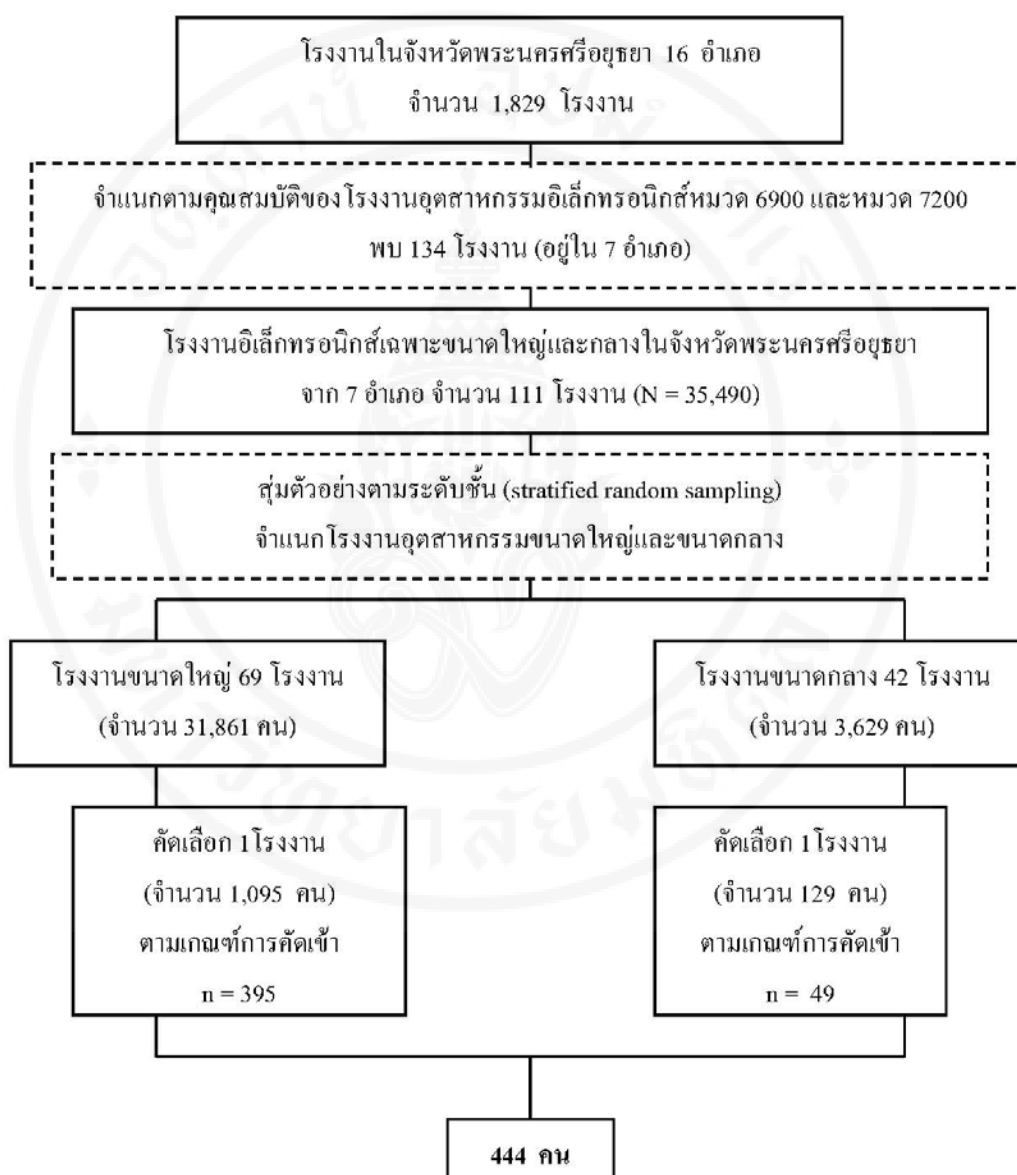
$$\text{กลุ่มตัวอย่างแต่ละประเภท} = \frac{\text{ตัวอย่างเป้าหมายทั้งหมด} \times \text{จำนวนประชากรเป้าหมายของโรงงานแต่ละขนาด}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมด}}$$

ได้ประชากรกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ โรงงานอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ จำนวน 390 คน และโรงงานอุตสาหกรรมขนาดกลางจำนวน 44 คน รวม 434 คน

ขั้นตอนที่ 4 ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างตามระดับชั้น (stratified random sampling) โดยให้หน่วยสุ่มเป็นโรงงานอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์จาก ประเภทขนาดใหญ่ 1 โรงงาน และขนาดกลาง 1 โรงงาน เก็บตัวอย่างตามสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ได้คำนวณไว้อย่างน้อยในโรงงานอุตสาหกรรมขนาดใหญ่อย่างน้อย จำนวน 390 คนและในโรงงานอุตสาหกรรมขนาดกลางอย่างน้อย จำนวน 44 คน รวม 434 คน

ขั้นตอนที่ 5 สุ่มเลือกโรงงานขนาดกลาง 1 โรงงานและขนาดใหญ่ 1 โรงงาน ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับฉลาก ให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามที่จำแนกไว้ในแต่ละขนาดโรงงานที่กำหนดไว้

ในการศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 444 คน จากโรงงานขนาดใหญ่ 1 โรงงาน จำนวน 395 คน และโรงงานขนาดกลาง 1 โรงงาน จำนวน 49 คน รวมมีผู้เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 444 คน



แผนภูมิ 3 รายละเอียดขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างและจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองมีทั้งหมด 12 ข้อคำถาม โดยมีตัวเลือกให้เลือกตอบ และเติมข้อความ ประกอบด้วย อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ส่วนตัว รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ยาที่รับประทานประจำ การทำงานเป็นกะ ชั่วโมงการทำงาน การทำงานล่วงเวลาและอายุการทำงาน

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะซึมเศร้า The Center for Epidemiologic Studies- Depression scale (CES-D) ฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลและดัดแปลงโดย วิไล คุปต์นิริติชัยกุล และพนม เกตุมาน (2540) รวมทั้งจัดแปลภาษาให้มีความหมายใกล้เคียงต้นฉบับภาษาอังกฤษมากที่สุด โดยนักภาษาศาสตร์และจิตแพทย์ไทย ซึ่งผ่านการวิเคราะห์คุณลักษณะความไวและความจำเพาะเท่ากับ 93.33 และ 94.2 ตามลำดับ และมีความเที่ยงเท่ากับ 0.9154 ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัด CES-D เนื่องจากเป็นแบบวัดที่สามารถประเมินด้วยตนเอง สามารถคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มบุคคลทั่วไป มีความสะดวก ประหยัดเวลา ง่ายต่อการแปลผล มีความแม่นยำสูง เหมาะแก่การนำไปใช้จึงเลือกใช้เครื่องมือดังกล่าวในการศึกษานี้ เครื่องมือนี้ประกอบด้วยคำถามที่เกี่ยวกับพฤติกรรม ความรู้สึก อารมณ์ต่างๆ จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามเชิงลบ 16 ข้อคำถามเชิงบวก 4 ข้อ โดยแบ่งเป็น 4 ส่วนใหญ่ๆ คือ วัดความรู้สึกด้านซึมเศร้า 7 ข้อ ความรู้สึกด้านดี 4 ข้อ วัดอาการทางกาย 7 ข้อ และวัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอื่นอีก 2 ข้อ โดยผู้ตอบแบบสอบถามจะถูกสอบถามว่า เหตุการณ์หรือพฤติกรรมนั้นๆ เกิดขึ้นบ่อยเพียงใดในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา เกณฑ์การให้คะแนนคือ คำถามเชิงลบ (ข้อ 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20) ค่าคะแนนรวมมีตั้งแต่ 0 - 60 ซึ่งการแปลผลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า คือ มีคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งภาวะซึมเศร้าเป็น มีภาวะซึมเศร้าคือ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน (> 19 – 60 คะแนน) และไม่มีภาวะซึมเศร้าคือมีระดับคะแนนน้อยกว่า 19 คะแนน (0 – 18 คะแนน)

- ไม่เกิดขึ้นเลย (น้อยกว่า 1 วันในหนึ่งสัปดาห์) จะให้คะแนนเท่ากับ 0
- นานๆครั้ง (1-2 วันในหนึ่งสัปดาห์) จะให้คะแนนเท่ากับ 1
- เกิดขึ้นค่อนข้างบ่อย (3-4 วันในหนึ่งสัปดาห์) จะให้คะแนนเท่ากับ 2
- บ่อยครั้ง (5-7 วันในหนึ่งสัปดาห์) จะให้คะแนนเท่ากับ 3

คำถามเชิงบวก (ข้อ 4, 8, 12, 16)

- ไม่เกิดขึ้นเลย (น้อยกว่า 1 วันในหนึ่งสัปดาห์) จะให้คะแนนเท่ากับ 3
- นานๆ ครั้ง (1-2 วันในหนึ่งสัปดาห์) จะให้คะแนนเท่ากับ 2
- เกิดขึ้นค่อนข้างบ่อย (3-4 วันในหนึ่งสัปดาห์) จะให้คะแนนเท่ากับ 1
- บ่อยครั้ง (5-7 วันในหนึ่งสัปดาห์) จะให้คะแนนเท่ากับ 0

ส่วนที่ 3 แบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Life Stress Event) ฉบับปรับปรุง ผู้วิจัยปรับปรุงข้อคำถามจาก ชนวรรณ หมีรักษา (2552) ซึ่งแปลเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Life Stress Event) ของ Spurgeon et al. (2001) เป็นภาษาไทย โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ แบบวัดมีความสั้น กระชับและเหมาะสมกับบริบทของแรงงาน (Spurgeon et al., 2001) ได้พัฒนาแบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต จากแบบวัดความเครียดของ Holmes & Rahe (1967) แบบวัดประเมินถามเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา 10 เหตุการณ์ ได้แก่ คู่ชีวิตหรือคู่สมรสเสียชีวิต มีเรื่องเป็นคดีความต้องขึ้นศาล มีสมาชิกในครอบครัวเสียชีวิตกะทันหัน สมาชิกในครอบครัวพยายามที่จะฆ่าตัวตาย มีหนี้สินที่ต้องจ่ายชดใช้ อยู่ในช่วงระยะเวลาที่ไม่มีที่อยู่อาศัย หรือกำลังหาที่พักอาศัย สมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยเป็นโรครุนแรงอย่างกะทันหัน หัวหน้าครอบครัวอยู่ในสภาพตกงานหรือขาดรายได้ มีปัญหาหายาร้างในชีวิตและครอบครัวแตกแยก ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบว่ามีหรือไม่มีเหตุการณ์นั้น โดยข้อคำถามแต่ละข้อได้จัดสเกลลำดับคะแนนระหว่าง 1 – 100 ระดับคะแนน 0 หมายถึงไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของเหตุการณ์ดังกล่าว ระดับคะแนน 100 หมายถึง การรับรู้ต่อเหตุการณ์ดังกล่าวว่ารุนแรงมากที่สุด โดยแบ่งระดับคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของเหตุการณ์สำคัญในชีวิต ดังนี้

0 – 33 คะแนน	หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงระดับต่ำ
34 – 66 คะแนน	หมายถึง การรับรู้คะแนนระดับปานกลาง
67–100 คะแนน	หมายถึง รับรู้คะแนนระดับสูง

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าเกิดจากคะแนนจำนวนครั้งการเกิดเหตุการณ์ของกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีตั้งแต่ 1 – 10 เหตุการณ์

ส่วนที่ 4 แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งพัฒนาโดยรัตนา สำราญใจ (2541) ตามแนวคิดสัมพันธภาพในครอบครัวของ Friedman (1992) และของ Morrow & Wilson (1961) แบบสอบถามมีทั้งหมด 33 ข้อ ประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านความรักและความห่วงใยอาทรซึ่งกันและกัน(Affection & Mutural Nurturance) จำนวน 12 ข้อ

2. ด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว(Sharing of Recreation) จำนวน 6 ข้อ

3. ด้านการเคารพซึ่งกันและกัน(Mutural Respect Balance) จำนวน 9 ข้อ

4. ด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน(Harmony of Members) จำนวน 6 ข้อ

ลักษณะของข้อความมีทั้งความหมายทางบวกและทางลบ เป็นข้อความทางบวก 31 ข้อ และข้อความทางลบ 2 ข้อ

- ข้อความที่มีความหมายทางบวก ได้แก่ ข้อ 1 ถึงข้อ 6 และข้อ 9 ถึงข้อ 33

- ข้อความที่มีความหมายทางลบ ได้แก่ ข้อ 7 และข้อ 8

มีการกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบโดยมีความหมายและเกณฑ์การประเมิน ดังนี้

ไม่จริงเลย	หมายถึง	ข้อความนี้ไม่ตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นของท่านเลย
จริงเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นของท่านน้อยกว่าครึ่ง
จริงบ้าง	หมายถึง	ข้อความนี้ตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นของท่านเพียงครึ่งหนึ่ง
จริงเป็นส่วนมาก	หมายถึง	ข้อความนี้ตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นของท่านเกินครึ่งหนึ่ง
จริงมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนี้ตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นของท่านทั้งหมด

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยของคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัว (รัตนา สำราญใจ, 2541)

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.99	หมายถึง	สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี
คะแนนเฉลี่ย 2.00 - 2.99	หมายถึง	สัมพันธภาพในครอบครัวค่อนข้างไม่ดี
คะแนนเฉลี่ย 3.00 - 3.99	หมายถึง	สัมพันธภาพในครอบครัวค่อนข้างดี
คะแนนเฉลี่ย 4.00 - 5.00	หมายถึง	สัมพันธภาพในครอบครัวดี

ส่วนที่ 5 แบบวัด Effort-Reward Imbalance Questionnaires (ERIQ) ฉบับภาษาไทย (Thai - ERIQ) มีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ ซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัยจากต้นฉบับแบบวัด ERIQ ฉบับใหม่ล่าสุดของ Siegrist (2008) ซึ่ง Siegrist พัฒนามาจากแบบวัด ERIQ ฉบับเดิม ปี 2004 มีข้อคำถาม 23 ข้อ ให้ความรู้สึก กระชับ เหมาะสมกับยุคปัจจุบันมากยิ่งขึ้น และสามารถวัดปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงานได้เช่นเดิม ซึ่งการศึกษาก่อนนี้ อารมณ์ทิพย์ บัวเพชร (2550) ได้นำแบบวัด ERIQ 23 คำถามของ Siegrist (2004) มาแปลและพัฒนาแบบวัดฉบับภาษาไทยครั้งแรก เพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินสิ่งแวดล้อมในการทำงานด้านจิตสังคม เมื่อผู้วิจัยพิจารณาแบบวัดต้นฉบับปี 2004 และปี 2008 พบว่าข้อคำถามปี 2008 เหมือนกับปี 2004 แต่ได้ทำการตัดข้อคำถามออกจำนวน 7 ข้อ และปรับระดับการวัดเป็นแบบลิเคิร์ตสเกล 4 ระดับ ผู้วิจัยจึงปรับปรุงข้อคำถามจาก อารมณ์ทิพย์ บัวเพชร (2550) 23 ข้อ เป็นแนวทางในการพัฒนาข้อคำถามฉบับ 16 ข้อ มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ มีองค์ประกอบในการประเมิน 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1. การทุ่มเทในงาน จำนวน 3 ข้อ
2. ผลตอบแทนจากงาน จำนวน 7 ข้อ
3. ความมุ่งมั่นในงานที่มากเกินไป จำนวน 6 ข้อ

การตอบคำถามของการรับรู้ตัวแปรการทุ่มเทในการทำงาน ผลตอบแทนและความมุ่งมั่นต่องานมากเกินไป เป็นแบบลิเคิร์ตสเกลที่เลือกตอบ 4 ระดับ (4 ตัวเลือก) โดยตอบตามความคิดเห็นว่าเห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว

1. คำถามเกี่ยวกับการทุ่มเทในการทำงาน (Effort) ทั้ง 3 ข้อ คิดคะแนนของทุกข้อรวมกัน(มีค่าอยู่ระหว่าง 3-12 คะแนน) จัดกลุ่มคะแนนโดยใช้ค่า Tertile ซึ่งหากคะแนนในส่วนนี้มีค่าสูง หมายถึงการรับรู้ว่าการทุ่มเทในการทำงานสูงและหากคะแนนในส่วนนี้มีค่าต่ำหมายถึงการรับรู้ว่าการทุ่มเทในการทำงานต่ำ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อสุขภาพหากมีการทุ่มเทในการทำงานในระดับสูง

2. คำถามเกี่ยวกับผลตอบแทนจากงาน (Reward) ทั้ง 7 ข้อ คิดคะแนนของทุกข้อรวมกัน(มีค่าอยู่ระหว่าง 7-28 คะแนน) จัดกลุ่มคะแนนโดยใช้ค่า Tertile ซึ่งหากคะแนนในส่วนนี้มีค่าต่ำ หมายถึงการรับรู้ว่ามีผลตอบแทนจากงานอยู่ในระดับต่ำและหากคะแนนในส่วนนี้มีค่าสูง หมายถึง การรับรู้ว่ามีผลตอบแทนจากงานอยู่ในระดับสูง ซึ่งจะมีผลกระทบต่อสุขภาพหากมีผลตอบแทนจากงานในระดับต่ำ

3. คำถามเกี่ยวกับความมุ่งมั่นต้องงานมากเกินไป (Overcommitment) คำถาม 6 ข้อ คัดคะแนนของทุกข้อรวมกัน(มีค่าอยู่ระหว่าง 6-24 คะแนน) จัดกลุ่มคะแนนโดยใช้ค่า Tertile หากคะแนนในส่วนนี้มีค่าสูง หมายถึงการรับรู้ที่มีความมุ่งมั่นต้องงานมากเกินไปอยู่ในระดับสูงและหากคะแนนในส่วนนี้มีค่าต่ำ หมายถึงการรับรู้ที่มีความมุ่งมั่นต้องงานมากเกินไปอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อสุขภาพหากมีความมุ่งมั่นต้องงานมากเกินไปในระดับสูง

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสามารถวิเคราะห์ได้โดยนำใช้คะแนนและการแปลผลคะแนนการรับรู้ด้านการทุ่มเทในการทำงาน (Effort) และด้านความมุ่งมั่นในงานที่มากเกินไป (Overcommitment) ที่จัดกลุ่ม Tertile อยู่ในระดับสูง วิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ส่วนด้านผลตอบแทนจากงาน (Reward) ใช้กลุ่มที่มีค่าคะแนน Tertile อยู่ในระดับต่ำ วิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

4. การทุ่มเทในการทำงานและผลตอบแทนจากงานไม่สมดุล (Effort-Reward Imbalance) จัดว่าเป็นภาวะการทำงานที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตใจ ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อมีการรับรู้ว่าการทุ่มเทในการทำงานอยู่ในระดับสูงในขณะที่มีการรับรู้ว่าผลตอบแทนที่ได้รับจากงานอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้ผลกระทบต่อสุขภาพจะยิ่งมากขึ้นหากมีการรับรู้ที่มีความมุ่งมั่นต้องงานมากเกินไปอยู่ในระดับสูงด้วย สามารถคิดคะแนนและการแปลผล ERI ratio (Effort-Reward Imbalance ratio) เพื่อประเมินความเสี่ยงของผลกระทบจากการทำงานกับภาวะสุขภาพ สามารถคำนวณได้จากการใช้คะแนนรวมของการทุ่มเทในการทำงาน(Effort)เป็นตัวตั้งและหารด้วยคะแนนรวมของผลตอบแทนจากงาน(Reward) คูณด้วยค่า 0.4285 (3/7) เพื่อปรับค่าคะแนนที่ได้จากจำนวนข้อคำถามที่ไม่เท่ากันดังสมการ

$$\text{ERI ratio} = e / (r * c)$$

โดย e = คะแนนรวมของการทุ่มเทในการทำงาน (Effort)

r = คะแนนรวมของผลตอบแทนจากงาน (Reward)

c = ค่า 0.4285 (3/7)

การแปลผล ค่าที่ได้มากกว่า 1 แปลผลได้ว่าเป็นการรับรู้ภาวะไม่สมดุลของการทุ่มเทในการทำงานและผลตอบแทนจากงานซึ่งจัดว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดผลเสียต่อสุขภาพ ส่วนค่าที่ได้หากมีค่าน้อยกว่า 1 แปลผลได้ว่าเป็นกลุ่มที่ยังไม่มีความเสี่ยง ส่วนค่าเท่ากับ 1 แปลผลได้ว่าเป็นกลุ่มที่เริ่มมีความเสี่ยง

ส่วนที่ 6 แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม Personal Resource Questionnaire (PRQ 85) โดย Brandt & Weinert (1981) สร้างตามแนวความคิดของ Weiss (1974) ผู้สร้างได้หาความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านสังคมศาสตร์ตรวจสอบ และหาความเชื่อมั่นโดยวิธี Test – retest ในกลุ่มอายุ

30-37 ปี จำนวน 100 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 ชมนาค วรรณพรศิริ(2535) นำมาแปลเป็นภาษาไทย โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ให้เหมาะสมกับคนไทย และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่จำนวน 20 คนได้ค่าความเชื่อมั่น 0.87 โดยวิธี Alpha Cronbach Coefficient แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมนี้ แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ ด้านการได้รับความรักใคร่ผูกพัน ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านการได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการได้ช่วยเหลือผู้อื่นประโยชน์แก่บุคคลอื่นและด้านการได้รับการช่วยเหลือหรือคำแนะนำ

ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 20 ข้อ และทางลบ 5 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คำตอบ	ข้อคำถามทางด้านบวก (คะแนน)	ข้อคำถามด้านลบ (คะแนน)
เห็นด้วยมากที่สุด	7	1
เห็นด้วย	6	2
ค่อนข้างจะเห็นด้วย	5	3
ไม่แน่ใจ	4	4
ค่อนข้างจะไม่เห็นด้วย	3	5
ไม่เห็นด้วย	2	6
ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	1	7

แรงสนับสนุนทางสังคมมีค่าคะแนนระหว่าง 25 - 175 คะแนนแบ่งระดับคะแนนออกเป็นระดับต่ำ ระดับปานกลาง ระดับสูง โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ยบวกลบส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นเกณฑ์ในการแบ่ง และถือว่าเป็นช่วงคะแนนระดับกลาง ส่วนคะแนนที่สูงและต่ำกว่าช่วงดังกล่าวถือเป็นระดับสูงและต่ำตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือ โดยมีการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าหนังสือ ตำรา แนวคิดทฤษฎี เอกสารและงานวิจัย ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม และขอคำแนะนำจากอาจารย์ผู้ควบคุม วิทยานิพนธ์
2. กำหนดขอบเขตโครงสร้างของเนื้อหาตามทฤษฎีที่นำมาประยุกต์ใช้ แล้วสร้างแบบสอบถามโดยการประยุกต์ทฤษฎีมาใช้ และนำแบบวัดที่มีการพัฒนามาแล้วมาใช้

3. นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้ว เสนอให้อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ตรวจสอบ แนะนำปรับปรุงแก้ไข

4. เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย 1) ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช 2 ท่าน 2) ผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผล 1 ท่าน 3) ผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวอนามัย 1 ท่าน และ 4) ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสาธารณสุข 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) เพื่อพิจารณาความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหา การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษาแล้วนำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

5. การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ (Try out) โดยนำแบบสอบถาม ไปทดลองใช้กับกลุ่มแรงงานสตรีในโรงงานอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ที่มีความคล้ายคลึงกับตัวอย่างที่กำหนด แต่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการ ศึกษาครั้งนี้ โดยนำไปทดลองใช้ในนิคมอุตสาหกรรมนวนคร จังหวัด ปทุมธานี จำนวน 40 คน

6. หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค (Cronbach's Alpha) สำหรับแบบวัดที่คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยได้ค่าความเชื่อมั่นดังนี้

1. แบบวัดภาวะซึมเศร้า มีข้อคำถาม 20 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดเท่ากับ 0.89

2. แบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Life Stress Event) ฉบับปรับปรุง มีจำนวน 10 ข้อ ซึ่งผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญมีความตรงอยู่ในเกณฑ์ดี

3. แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว มีข้อคำถาม 33 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดเท่ากับ มีค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดเท่ากับ 0.97

4. แบบวัดปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงานมีข้อคำถาม 16 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดแยกรายด้าน

- ด้านการทุ่มเทในงาน มีข้อคำถาม 3 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัด 0.67

- ด้านผลตอบแทนจากงาน มีข้อคำถาม 7 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นของแบบวัด 0.75

- ด้านความมุ่งมั่นต่องานมากเกินไป มีข้อคำถาม 6 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นของแบบวัด 0.83

5. แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม มีข้อคำถาม 25 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นของแบบวัด 0.93

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ประสานงานกับกรมโรงงานเพื่อขอข้อมูลแรงงานสตรีทั้งหมดในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาประมาณประชากร คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง สุ่มเลือกโรงงานแล้วนำหนังสือขอความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลพร้อมกับเอกสารการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรองเลขที่ MUPH2010-074 รหัสโครงการ 5/2553 เสนอต่อรองผู้จัดการฝ่ายบริหารเพื่อพิจารณาการเก็บข้อมูลวิทยานิพนธ์ ซึ่งโรงงานอุตสาหกรรมตอบรับการวิจัยโดยให้ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของโรงงานเพื่อให้เป็นผู้ช่วยวิจัยในครั้งนี้

ผู้วิจัยประสานงานกับผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ฝ่ายบริหาร ที่ได้รับมอบหมายจากโรงงานให้ประสานงานกับผู้วิจัยเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างโดยคัดเลือกผู้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกที่ดี และสมัครใจโดยให้ผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่แนะนำตัวเพื่อสร้างสัมพันธภาพและอธิบายโครงการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการวิจัย โดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบทุกข้ออย่างครบถ้วน และเปิดโอกาสให้แรงงานสตรีซักถามในสิ่งที่ไม่เข้าใจได้ตลอดเวลา โดยที่ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลได้ต่อเมื่อแรงงานสตรียินดีให้ความร่วมมือและลงนามในเอกสารยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรในการเข้าร่วมการวิจัยอธิบายการตอบแบบสอบถามซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะใช้เวลา 30 - 45 นาที ซึ่งแรงงานสตรีสามารถนำแบบสอบถามไปทำในช่วงเวลาที่สะดวกหรือนำกลับไปทำที่บ้านได้ หลังจากนั้นให้แรงงานสตรีนำกลับมาส่งคืนตามช่วงวัน เวลา สถานที่ที่กำหนดประมาณ 2 อาทิตย์ โดยที่ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะไม่ได้พบกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้ช่วยวิจัยนำกล่องตอบรับแบบสอบถามที่ได้รับคืนจากผู้ยินยอมส่งคืนให้แก่ผู้วิจัย ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยจะใช้วิธีลงรหัสไม่ระบุชื่อของผู้ให้ข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลเมื่อแรงงานสตรียินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามโดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้
2. ผู้ช่วยวิจัยมอบแบบสอบถามให้แรงงานสตรีตอบในช่วงเวลาตามความเหมาะสมและความสะดวกของโรงงาน/แรงงานสตรี ผู้ช่วยวิจัยเปิดโอกาสให้แรงงานสตรีซักถามในสิ่งที่ไม่เข้าใจได้ตลอดเวลา ถ้าแรงงานสตรีต้องการยุติการตอบแบบสอบถาม ผู้ช่วยวิจัยยินยอมยุติตามความต้องการของแรงงานสตรีและยกเลิกการเก็บข้อมูล

3. ผู้ช่วยวิจัยรวบรวมแบบสอบถามที่ได้รับคืนจากแรงงานสตรีและมอบแบบสอบถามคืนแก่ผู้วิจัย
4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับคืนจากผู้ช่วยวิจัยก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. สถิติพรรณนาได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล (อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ส่วนตัว สถานภาพสมรส และโรคประจำตัว) โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด-สูงสุด ค่ามัธยฐานและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติวิเคราะห์ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล (อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ส่วนตัว สถานภาพสมรส โรคประจำตัว) ปัจจัยด้านครอบครัว (ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวและสัมพันธภาพในครอบครัว) ปัจจัยด้านสังคม (เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและแรงสนับสนุนทางสังคม) และปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน (การทุ่มเทในงาน ผลตอบแทนจากงาน ความมุ่งมั่นต่องานมากเกินไป การทุ่มเทในการทำงานและผลตอบแทนจากการทำงานไม่สมดุล) กับภาวะซึมเศร้าโดยใช้สถิติไคร้ – สแควร์
3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติถดถอยลอจิสติก

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ตอบด้วยตนเองจากแรงงานสตรีที่ปฏิบัติงานในโรงงานภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ขนาดใหญ่และขนาดกลางในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เก็บข้อมูลในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2553 จากการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ตอบกลับพบว่า มีแบบสอบถามที่สมบูรณ์ จำนวน 444 ชุด หรือคิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งเพียงพอในการเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล แล้วนำมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และนำเสนอผลการวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล (อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ส่วนตัว ความเพียงพอของรายได้ ข้อมูลด้านสุขภาพ ข้อมูลการทำงาน) ปัจจัยด้านครอบครัว (รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว) ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน (การทุ่มเทในงาน ผลตอบแทนจากงาน ความมุ่งมั่นต่องานมากเกินไป การทุ่มเทในงานและผลตอบแทนจากงานไม่สมดุล) และปัจจัยด้านสังคม (เหตุการณ์เครียดในชีวิตและแรงสนับสนุนทางสังคม) ของแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์

ส่วนที่ 2 ภาวะซึมเศร้าของแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน และปัจจัยด้านสังคม กับภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพล (ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน และปัจจัยด้านสังคม) กับภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์

ส่วนที่ 5 สรุปผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงานและปัจจัยด้านสังคมของแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยด้านบุคคลจำแนกตามข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ส่วนตัว ความเพียงพอของรายได้ (n = 444)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
≤ 30 ปี	79	17.8
31 - 39 ปี	155	34.9
40 - 49 ปี	199	44.8
≥ 50 ปี	11	2.5
$\bar{X} = 38$ ปี Median = 39 ปี SD = 7.1 ปี Min = 18 ปี Max = 52 ปี		
ศาสนา		
พุทธ	435	98.0
คริสต์	5	1.1
อิสลาม	4	0.9
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	14	3.2
มัธยมศึกษาตอนต้น	145	32.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	213	48.0
อนุปริญญา/ปวส.	43	9.6
ปริญญาตรี	29	6.5

$\bar{X}$ = ค่าเฉลี่ย , Median = มัธยฐาน , SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน , Min = ค่าต่ำสุด , Max = ค่าสูงสุด

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยด้านบุคคลจำแนกตามข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ส่วนตัว ความเพียงพอของรายได้ (n = 444) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	150	33.9
คู่อยู่ด้วยกัน	201	45.3
คู่ไม่ได้อยู่ด้วยกันเนื่องจากการทำงาน	34	7.4
หม้าย	14	3.2
หย่า/แยก	45	10.2
รายได้ส่วนตัว (บาท/เดือน)		
< 10,000 บาท	326	72.4
10,001-20,000 บาท	67	15.1
20,001-30,000 บาท	5	1.1
> 30,001 บาท	46	10.4
$\bar{X}$ = 9,285.6 บาท Median = 8,500 บาท SD = 3,503.7 บาท Min = 4,000 บาท Max = 40,000 บาท		
ความเพียงพอของรายได้ส่วนตัว (n = 434)		
รายได้ไม่พอใช้มีหนี้สิน	105	24.2
รายได้ไม่พอใช้ไม่มีหนี้สิน	22	5.1
รายได้พอใช้ไม่มีหนี้สิน	69	15.9
รายได้พอใช้ไม่เหลือเก็บ	183	42.1
รายได้พอใช้มีเหลือเก็บ	55	12.7

$\bar{X}$ = ค่าเฉลี่ย , Median = มัธยฐาน , SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน , Min = ค่าต่ำสุด , Max = ค่าสูงสุด

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านบุคคลของแรงงานสตรี พบว่าแรงงานสตรีเกือบครึ่งหนึ่งมีอายุระหว่าง 40 – 49 ปี (ร้อยละ 45) โดยมีอายุเฉลี่ย 38 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98) และจบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 81) มีสถานภาพสมรสคู่ที่อยู่ด้วยกันและคู่ไม่ได้อยู่ด้วยกันเนื่องจากการทำงานมากกว่าครึ่งเล็กน้อย (ร้อยละ 53) แรงงานสตรีส่วนใหญ่มีรายได้ส่วนตัวต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 72) โดยมีรายได้ส่วนตัวเฉลี่ย 9,286 บาท ในส่วนของความพอเพียงของรายได้พบว่า มีรายได้ส่วนตัวพอใช้ไม่เหลือเก็บน้อยกว่าครึ่งเล็กน้อย (ร้อยละ 42) รองลงมา มีรายได้ไม่พอใช้มีหนี้สิน ร้อยละ 24 (ตาราง 1)

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของปัจจัยด้านบุคคลจำแนกตามข้อมูลด้านสุขภาพ (n = 444)

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ไม่ทราบ	82	18.5
ไม่มี	283	63.7
มี	79	17.8
ยาที่รับประทานเป็นประจำตามแผนการรักษาของแพทย์		
ไม่มี	391	88.1
มี	53	11.9
ยาที่รับประทานเป็นประจำนอกเหนือการรักษาของแพทย์		
ไม่มี	433	97.5
มี	11	2.5

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่าประมาณ 2 ใน 3 ของแรงงานสตรีไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 64) ส่วนใหญ่ไม่มียาที่รับประทานเป็นประจำตามแผนการรักษาของแพทย์ (ร้อยละ 88) และไม่มียาที่รับประทานเป็นประจำนอกเหนือการรักษาของแพทย์ (ร้อยละ 98) (ตาราง 2)

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของปัจจัยด้านบุคคล จำแนกตามข้อมูลด้านการทำงาน (n = 444)

ข้อมูลด้านการทำงาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การทำงานเป็นกะ		
ไม่ทำ	38	8.6
ทำ (หมุนเวียนทุกกะ)	406	91.4
ชั่วโมงการทำงาน/วัน (n = 439)		
ปกติ (8 ชั่วโมง)	44	10.0
ปกติ + ล่วงเวลา (12 ชั่วโมง)	395	90.0
ระยะเวลาที่ทำงานในโรงงานแห่งนี้(ปี)		
≤ 5	86	19.4
6 – 10	117	26.4
11-15	102	23.0
16-20	75	16.9
> 20	64	14.4
$\bar{X} = 12.2$ ปี Median = 11 ปี SD = 6.6 ปี Min = 8 เดือน Max = 25 ปี		

$\bar{X}$ = ค่าเฉลี่ย , Median = มัธยฐาน , SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน , Min = ค่าต่ำสุด , Max = ค่าสูงสุด

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านการทำงาน พบว่าแรงงานสตรีส่วนใหญ่ทำงานเป็นกะ โดยทำงานหมุนเวียนทุกกะ ร้อยละ 91 ส่วนใหญ่มีชั่วโมงการทำงาน 12 ชั่วโมง/วัน และทำงานล่วงเวลา 6 วัน/สัปดาห์ โดยมีชั่วโมงการทำงานล่วงเวลาเฉลี่ย 4 ชั่วโมง/วัน (ร้อยละ 92) ส่วนระยะเวลาการทำงานในโรงงานแห่งนี้พบว่า แรงงานสตรีทำงานในโรงงานมาแล้วในช่วงระยะเวลา 6 – 10 ปี (ร้อยละ 26) โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยของการทำงานในโรงงาน 12 ปี (ตาราง 3)

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของปัจจัยด้านครอบครัวจำแนกตามรายได้ของครอบครัวประกอบด้วย
รายได้ของครอบครัวและความเพียงพอของรายได้ครอบครัว (n = 444)

รายได้ของครอบครัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน)		
$\leq 10,000$ บาท	106	23.9
10,001-20,000 บาท	164	36.9
20,001-30,000 บาท	46	10.4
$> 30,001$ บาท	128	28.8
$\bar{X} = 16,702.1$ บาท Median = 15,000 บาท SD = 9069.5 บาท Min = 5,538 บาท Max = 50,000 บาท		
ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว (n = 393)		
รายได้ไม่พอใช้มีหนี้สิน	105	26.7
รายได้ไม่พอใช้ไม่มีหนี้สิน	21	5.3
รายได้พอใช้ไม่มีหนี้สิน	57	14.5
รายได้พอใช้ไม่เหลือเก็บ	148	37.7
รายได้พอใช้มีเหลือเก็บ	62	15.8

$\bar{X}$ = ค่าเฉลี่ย , Median = มัชฐาน , SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน , Min = ค่าต่ำสุด , Max = ค่าสูงสุด

จากการวิเคราะห์ปัจจัยด้านครอบครัวของแรงงานสตรีพบว่าแรงงานสตรีมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวระหว่าง 10,001- 20,000 บาทมากที่สุด (ร้อยละ 37) โดยมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 16,702 บาท และมีความเพียงพอของรายได้ครอบครัวพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38 (ตาราง 4)

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของปัจจัยด้านครอบครัวจำแนกตามสัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวม และรายด้าน (n = 444)

สัมพันธภาพในครอบครัว	ไม่ดี	ค่อนข้างไม่ดี	ค่อนข้างดี	ดี	$\bar{X}$	SD	ระดับสัมพันธภาพ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
สัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวม	8(1.8)	70(15.8)	204(45.9)	162(36.5)	3.2	0.8	ค่อนข้างดี
สัมพันธภาพในครอบครัวตามรายด้าน							
1.ด้านความรักและความห่วงใยอาหาร	3(0.7)	50(11.3)	186(41.9)	205(46.2)	3.3	0.7	ค่อนข้างดี
2.ด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว	43(9.7)	121(27.3)	159(35.8)	121(27.3)	2.8	0.9	ค่อนข้างไม่ดี
3. ด้านการเคารพซึ่งกันและกัน	16 (3.6)	81(18.2)	168(37.8)	179(40.3)	3.1	0.8	ค่อนข้างดี
4. ด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน	10(2.3)	48(10.8)	141(31.8)	245(55.2)	3.4	0.8	ค่อนข้างดี

$\bar{X}$ = ค่าเฉลี่ย, SD. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จากผลการวิเคราะห์ระดับสัมพันธภาพในครอบครัว พบว่าแรงงานสตรีมีสัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวมค่อนข้างดี ($\bar{X} = 3.2$, SD = 0.8) ในส่วนสัมพันธภาพในครอบครัวรายด้าน พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวด้านความรักและความห่วงใยอาหาร ด้านการเคารพซึ่งกันและกัน ด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มีระดับสัมพันธภาพค่อนข้างดี ($\bar{X} = 3.3$, 3.1 และ 3.4 SD. = 0.7, 0.8 และ 0.8) ตามลำดับ โดยมีเพียงด้านเดียวที่พบว่าสัมพันธภาพค่อนข้างไม่ดีคือด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว ($\bar{X} = 2.8$; SD. = 0.9) (ตาราง 5)

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงานจำแนกตามตัวแปรด้านการทุ่มเทในงานด้านผลตอบแทนจากงานและด้านความมุ่งมั่นต่องานมากเกินไป ($n = 444$)

ตัวแปร	ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน		
	ระดับต่ำ (ร้อยละ)	ระดับ ปานกลาง (ร้อยละ)	ระดับสูง (ร้อยละ)
ด้านการทุ่มเทในงาน	78 (17.6)	186 (41.9)	180 (40.5)
ด้านผลตอบแทนจากงาน	157 (35.4)	203 (45.7)	84 (18.9)
ด้านความมุ่งมั่นต่องานมากเกินไป	114 (25.7)	126 (28.4)	204 (45.9)

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน พบว่าแรงงานสตรีมีปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงานด้านการทุ่มเทในการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง และระดับสูงใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 42 และร้อยละ 41) ในด้านผลตอบแทนจากการทำงานพบว่าเกือบครึ่งหนึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 46) (ตาราง 6)

ตาราง 7 ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงานจำแนกตามตัวแปรภาวะการทุ่มเทในงาน และผลตอบแทนจากงานไม่สมดุล ($n = 444$)

ตัวแปร	มี	ไม่มี
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ภาวะการทุ่มเทในงานและผลตอบแทนจากงานไม่สมดุล	194 (43.7)	250 (56.3)

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านจิตสังคมในด้านภาวะการทุ่มเทในงานและผลตอบแทนจากงานไม่สมดุล พบว่า แรงงานสตรีเกือบครึ่งหนึ่งมีภาวะการทุ่มเทในงานและผลตอบแทนจากงานไม่สมดุล (ร้อยละ 44) (ตาราง 7)

ตาราง 8 อัตราส่วนของการทุ่มเทในงานและผลตอบแทนจากงาน ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐานและค่าต่ำสุด – สูงสุดของตัวแปรการทุ่มเทในงาน ผลตอบแทนจากงานและการมุ่งมั่นต่องานมากเกินไป (n = 444)

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD.	Median	Min – Max
ด้านการทุ่มเทในงาน	7.2	1.9	7	3 – 12
ด้านผลตอบแทนจากงาน	17.6	2.8	17	9 – 26
ด้านความมุ่งมั่นต่องานมากเกินไป	13.2	2.8	13	6 – 21
อัตราส่วนของภาวะการทุ่มเทในงานและผลตอบแทนจากงานไม่สมดุล (n = 194)	1.2	0.2	1.17	1.00 - 2.14

$\bar{X}$ = ค่าเฉลี่ย, SD. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Median = ค่ามัธยฐาน, Min – Max = ค่าต่ำสุด- ค่าสูงสุด

จากอัตราส่วนของการทุ่มเทในงานและผลตอบแทนจากงานพบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.2 โดยมีค่าต่ำสุด 1.00 และค่าสูงสุด 2.14 (ตาราง 8)

ตาราง 9 จำนวนและร้อยละของปัจจัยด้านสังคมจำแนกตามการเกิดเหตุการณ์สำคัญในชีวิต และระดับความรุนแรงของการเกิดเหตุการณ์สำคัญในชีวิต ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา (n = 444)

เหตุการณ์สำคัญในชีวิต	จำนวน(คน) ร้อยละ	ระดับความรุนแรง ของเหตุการณ์
ไม่มีเหตุการณ์	202 (49.5)	
มีเหตุการณ์	242 (54.5)	
1. คนใกล้ชิดในครอบครัวเสียชีวิตกะทันหัน $\bar{X} = 76.2$ SD = 26.5 Min = 0 Max = 100	113 (25.5)	สูง
2. คนใกล้ชิดในครอบครัวเจ็บป่วยเป็นโรครุนแรงอย่างกะทันหัน $\bar{X} = 62.3$ SD = 25.8 Min = 0 Max = 100	110 (24.8)	ปานกลาง
3. มีหนี้สินเกินความสามารถในการชดใช้ $\bar{X} = 58.9$ SD = 25.6 Min = 10 Max = 100	106 (23.9)	ปานกลาง
4. หัวหน้าครอบครัวอยู่ในสภาพตกงานหรือขาดรายได้ $\bar{X} = 62.2$ SD = 28.6 Min = 10 Max = 100	79 (17.8)	ปานกลาง
5. สมาชิกในครอบครัวมีเรื่องเป็นคดีความต้องขึ้นศาล $\bar{X} = 63.5$ SD = 27.0 Min = 10 Max = 100	66 (14.9)	ปานกลาง
6. ครอบครัวแตกแยก $\bar{X} = 59.7$ SD = 29.3 Min = 10 Max = 100	62 (14.0)	ปานกลาง
7. มีปัญหาหย่าร้างในชีวิต $\bar{X} = 60.0$ SD = 25.2 Min = 10 Max = 100	60 (13.5)	ปานกลาง
8. อยู่ในช่วงระยะเวลาที่ไม่มีที่อยู่อาศัยหรือกำลังหาที่พักอาศัย $\bar{X} = 53.0$ SD = 29.6 Min = 10 Max = 100	50 (11.3)	ปานกลาง
9. คู่ชีวิตหรือคู่สมรสเสียชีวิต $\bar{X} = 70.6$ SD = 31.5 Min = 10 Max = 100	34 (7.7)	สูง
10. คนใกล้ชิดในครอบครัวพยายามที่จะฆ่าตัวตาย $\bar{X} = 52.6$ SD = 28.7 Min = 10 Max = 100	34 (7.7)	ปานกลาง

$\bar{X}$ = ค่าเฉลี่ย, Median = มัธยฐาน, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Min = ค่าต่ำสุด, Max = ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด

จากผลการวิเคราะห์เหตุการณ์เครียดในชีวิตของแรงงานสตรี พบว่า ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา มีแรงงานสตรีมากกว่าครึ่งเล็กน้อยเกิดเหตุการณ์เครียดในชีวิต (ร้อยละ 55) โดยเหตุการณ์ที่แรงงานสตรีประสบมากที่สุดคือเหตุการณ์คนใกล้ชิดในครอบครัวเสียชีวิตกะทันหัน (ร้อยละ 26)

รองลงมาคือคนใกล้ชิดในครอบครัวเจ็บป่วยเป็นโรครุนแรงอย่างกะทันหัน (ร้อยละ 25) และมีหนี้สินเกินความสามารถในการชดเชย (ร้อยละ 24) ตามลำดับ ส่วนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นน้อยที่สุดคือ คู่ชีวิตหรือคู่สมรสเสียชีวิตและคนใกล้ชิดในครอบครัวพยายามที่จะฆ่าตัวตาย คิดเป็นร้อยละ 8 เท่ากัน และเมื่อพิจารณาถึงการรับรู้ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น พบว่าเหตุการณ์ในกลุ่มอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงในระดับสูงประกอบด้วย 2 เหตุการณ์ ได้แก่ คนใกล้ชิดในครอบครัวเสียชีวิตกะทันหันและคู่ชีวิตหรือคู่สมรสเสียชีวิต และเหตุการณ์ที่แรงงานสตรีมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของเหตุการณ์เครียดในชีวิตต่ำสุดคือเหตุการณ์คนใกล้ชิดพยายามจะฆ่าตัวตาย (ตาราง 9)

ตาราง 10 จำนวนและร้อยละของปัจจัยด้านสังคมจำแนกตามการเกิดเหตุการณ์เครียดในชีวิต ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา (n = 444)

จำนวนครั้งการเกิดเหตุการณ์เครียดในชีวิต	จำนวน(ร้อยละ)
ระดับต่ำ (0 - 1)	291 (65.5)
ระดับกลาง (2 - 4)	108 (24.3)
ระดับสูง (≥ 5)	45 (10.1)
$\bar{X} = 1.60$ Median = 1 SD = 2.4 Min = 0 Max = 2	

$\bar{X}$ = ค่าเฉลี่ย , Median = มัธยฐาน , SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน , Min = ค่าต่ำสุด , Max = ค่าสูงสุด

จากการเกิดเหตุการณ์เครียดในชีวิตเกิดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่า แรงงานสตรี 2 ใน 3 มีผลรวมของการเกิดเหตุการณ์เครียดในชีวิตอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 66) รองลงมาคือมีผลรวมของการเกิดเหตุการณ์เครียดในชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 24) และมีผลรวมของการเกิดเหตุการณ์เครียดในชีวิตอยู่ในระดับสูงเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 10) (ตาราง 10)

ตาราง 11 จำนวนและร้อยละของปัจจัยด้านสังคมจำแนกตามระดับความรุนแรงของการเกิดเหตุการณ์ในชีวิตในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา (n = 242)

ระดับความรุนแรงเหตุการณ์ในชีวิต	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับต่ำ (0 - 33)	208 (86.0)
ระดับกลาง (34 - 66)	30 (12.3)
ระดับสูง (67 - 100)	4 (1.7)

จากผลการวิเคราะห์ระดับความรุนแรงของการเกิดเหตุการณ์ในชีวิตในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่าแรงงานสตรีส่วนใหญ่เกิดเหตุการณ์เครียดในชีวิตและรับรู้ระดับความรุนแรงของการเกิดเหตุการณ์เครียดในชีวิตอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 86) รองลงมาคือระดับปานกลาง (ร้อยละ 12) และพบอยู่ในระดับสูงเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 2) (ตาราง 11)

ตาราง 12 จำนวนและร้อยละของปัจจัยด้านสังคมจำแนกตามแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้าน (n = 444)

แรงสนับสนุนทางสังคม	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{X}$	SD.	ระดับแรง สนับสนุน ทางสังคม
แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	84(19.0)	281(63.4)	79 (17.6)	22.9	16.2	ปานกลาง
1.ด้านการได้รับความรักใคร่ผูกพัน	84(19.0)	298(67.2)	62(13.8)	23.9	4.3	ปานกลาง
2.ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	52(11.7)	289(65.1)	104(23.2)	25.2	4.5	ปานกลาง
3.ด้านการได้ช่วยเหลือเอื้อประโยชน์ แก่บุคคลอื่น	84(18.9)	319(71.8)	42 (9.2)	25.8	3.8	ปานกลาง
4.ด้านการได้รับการยอมรับและการ เห็นคุณค่าในตนเอง	77(17.2)	299(67.3)	69(15.5)	24.2	3.9	ปานกลาง
5.ด้านการได้รับความช่วยเหลือหรือ คำแนะนำ	87(19.6)	308(69.4)	49(11.0)	23.8	3.9	ปานกลาง

$\bar{X}$ = ค่าเฉลี่ย , SD. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลแรงสนับสนุนทางสังคมของแรงงานสตรีรายด้านและโดยรวม พบว่า แรงงานสตรีมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อแยกรายพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงสุดคือด้านการได้ช่วยเหลือเอื้อประโยชน์แก่บุคคลอื่น ส่วนด้านการได้รับความช่วยเหลือหรือคำแนะนำอยู่ในระดับน้อยที่สุด (ตาราง 12)

ส่วนที่ 2 ภาวะซึมเศร้าของแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์

ตาราง 13 จำนวนและร้อยละของแรงงานสตรีจำแนกตามการคัดกรองภาวะซึมเศร้า (n = 444)

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มี	128	28.8
ไม่มี	316	71.2

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของแรงงานสตรีจำแนกตามภาวะของโรคพบว่าแรงงานสตรีมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 29 (ตาราง 13)

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน และปัจจัยด้านสังคมกับภาวะซึมเศร้า ด้วย Bivariate Analysis (chi-square test)

ตาราง 14 ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านบุคคลกับภาวะซึมเศร้า (n = 444)

ปัจจัยด้านบุคคล	ภาวะซึมเศร้า		χ^2	p-value	Odd ratio	95% CI
	มี	ไม่มี				
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)				
อายุ (ปี)			1.694	0.429		
18 – 30	26 (32.9)	53 (67.1)	1.693	0.193	1.64	0.78 -3.44
31 – 45	87 (29.0)	213 (71.0)	0.931	0.335	1.36	0.73- 2.55
≥46	15 (23.1)	50 (76.9)			1	
ระดับการศึกษา			0.125	0.939		
อุดมศึกษา	22 (30.6)	10 (71.4)	0.124	0.724	1.10	0.64 – 1.92
ประถมศึกษา	4 (28.6)	256 (71.5)	0.000	0.995	1.00	0.31 – 3.27
มัธยมศึกษา	102 (28.5)	50 (69.4)			1	
ความเพียงพอของรายได้ส่วนตัว						
ไม่พอใช้	48 (37.8)	79 (62.2)	4.181	0.008	1.82	1.17 – 2.82
พอใช้	77 (25.1)	230 (74.9)			1	
สถานภาพสมรส			0.133	0.936		
หม้าย/หย่า/แยก	18 (30.5)	41 (69.5)	1.130	0.718	1.13	0.58 – 2.18
คู่/คู่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน	68 (28.9)	167 (71.1)	0.039	0.843	1.05	0.67 – 1.65
โสด	42 (28.0)	108 (72.0)			1	
โรคประจำตัว						
มี	28 (35.4)	51 (64.6)	2.049	0.152	1.46	0.87 – 2.44
ไม่มี /ไม่ทราบ	100 (27.4)	265 (72.6)			1	

χ^2 = ค่าสถิติทดสอบไคสแควร์ ,Odd ratio = อัตราส่วนโอกาสอุบัติการณ์ , CI = ช่วงความเชื่อมั่น

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลกับภาวะซึมเศร้า พบว่า อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ยกเว้น ความเพียงพอของรายได้ส่วนตัว ซึ่งพบว่าแรงงานสตรีที่มีรายได้ส่วนตัวไม่พอใช้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเมื่อเทียบกับแรงงานสตรีที่มีความเพียงพอของรายได้ส่วนตัวพอใช้ 1.82 เท่า (95 % CI : 1.17 – 2.82) (ตาราง 14)

ตาราง 15 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวกับภาวะซึมเศร้า (n = 444)

ปัจจัยด้านครอบครัว	ภาวะซึมเศร้า		χ^2	p- value	Odd ratio	95% CI
	มี	ไม่มี				
	จำนวน	จำนวน				
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)				
ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว (n=393)						
ไม่พอใช้	48 (38.1)	78 (61.9)	7.901	0.005	1.91	1.21 – 3.02
พอใช้	65 (24.3)	202 (75.7)			1	
สัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวม			65.702	<0.001		
ไม่ดี/ ก่อนข้างไม่ดี	48 (61.5)	30 (38.5)	67.152	<0.001	12.80	6.55 – 25.00
ก่อนข้างดี	62 (30.4)	142 (69.6)	19.653	<0.001	3.49	1.97 – 6.20
ดี	18 (11.1)	144 (88.9)			1	

χ^2 = ค่าสถิติทดสอบไคสแควร์, Odd ratio = อัตราส่วนโอกาสอุบัติการณ์, CI = ช่วงความเชื่อมั่น

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวกับภาวะซึมเศร้า พบว่า ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว และสัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว พบว่า แรงงานสตรีที่มีรายได้ครอบครัวไม่พอใช้มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 1.91 เท่า (95% CI : 1.21 – 3.02) เมื่อเทียบกับแรงงานสตรีที่มีรายได้ของครอบครัวพอใช้

ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว พบว่า แรงงานสตรีที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี/ค่อนข้างไม่ดีและสัมพันธภาพในครอบครัวค่อนข้างดี มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเมื่อเทียบกับแรงงานสตรีที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี 12.80 เท่า (95% CI : 6.55 – 25.00) และ 3.49 เท่า (95% CI : 1.97 – 6.20) ตามลำดับ (ตาราง 15)

ตาราง 16 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงานกับภาวะซึมเศร้า (n = 444)

ปัจจัยด้านจิตสังคม ในการทำงาน	ภาวะซึมเศร้า		χ^2	p-value	Odd ratio	95% CI
	มี	ไม่มี				
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)				

ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน						
ด้านการทุ่มเทในงาน			10.040	0.007		
สูง	66 (36.7)	114 (63.3)	7.681	0.006	2.43	1.28-4.61
ปานกลาง	47 (25.3)	139 (74.7)	1.115	0.291	1.42	0.74-2.73
ต่ำ	15 (19.2)	63 (80.8)			1	
ด้านผลตอบแทนจากงาน			22.066	<0.001		
ต่ำ	66 (42.0)	91 (58.0)	15.885	<0.001	3.63	1.88 – 6.99
ปานกลาง	48 (23.6)	155 (76.4)	1.709	0.191	1.55	0.80 – 2.99
สูง	14 (16.7)	70 (83.3)			1	
ด้านการมุ่งมั่นต่องานมากเกินไป			19.878	<0.001		
สูง	80 (39.2)	124 (60.8)	13.316	<0.001	2.70	1.57 - 4.65
ปานกลาง	26 (20.6)	100 (79.4)	0.067	0.796	1.09	0.58 – 2.05
ต่ำ	22 (19.3)	92 (80.7)			1	
ด้านการทุ่มเทในการทำงานกับผลตอบแทนไม่สมดุล						
มี	64 (33.0)	130 (67.0)	2.907	0.088	1.43	0.95 – 2.16
ไม่มี	64 (25.6)	186 (72.8)			1	

χ^2 = ค่าสถิติทดสอบไคสแควร์ , Odd ratio = อัตราส่วนโอกาสอุบัติการณ์ , CI = ช่วงความเชื่อมั่น

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงานกับภาวะซึมเศร้าพบว่าด้านการทุ่มเทในงาน ด้านผลตอบแทนจากงาน และด้านการทุ่มเทในงานมากเกินไปมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการทุ่มเทในการทำงานและผลตอบแทนจากงานไม่สอดคล้องไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าแรงงานสตรีที่มีการทุ่มเทในงานระดับสูง มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเมื่อเทียบกับแรงงานสตรีที่มีการทุ่มเทในการทำงานในระดับต่ำ 2.43 เท่า (95% CI : 1.28-4.61) ด้านผลตอบแทนจากงาน พบว่า ผู้ที่มีผลตอบแทนการทำงานในระดับต่ำ มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเมื่อเทียบกับแรงงานสตรีที่มีผลตอบแทนการทำงานระดับสูง 3.63 เท่า (95% CI : 1.88 – 6.99) และแรงงานสตรีที่มีการมุ่งมั่นต่องานมากเกินไปในระดับสูง มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเมื่อเทียบกับแรงงานสตรีที่มีการมุ่งมั่นต่องานมากเกินไประดับต่ำ 2.70 เท่า (95% CI : 1.57 – 4.65) ตามลำดับ (ตาราง 16)

ตาราง 17 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคมกับภาวะซึมเศร้า (n = 444)

ปัจจัยด้านสังคม	ภาวะซึมเศร้า		χ^2	p-value	Odd ratio	95% CI
	มี	ไม่มี				
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)				
จำนวนเหตุการณ์เครียดในชีวิต			13.124	0.001		
สูง (≥ 5)	20 (44.4)	25 (55.6)	8.966	0.003	2.62	1.37 - 5.01
ปานกลาง (2-4)	40 (37.0)	68 (63.0)	7.455	0.006	1.93	1.20 - 3.10
ต่ำ (0-1)	68 (23.4)	223 (76.6)			1	
แรงสนับสนุนทางสังคม			48.106	<0.001		
ต่ำ (≤ 107)	47 (56.0)	37 (44.0)	43.386	<0.001	15.46	6.05 - 39.46
ปานกลาง (108-139)	75 (26.7)	206 (73.3)	12.895	<0.001	4.43	1.85 - 10.61
สูง (≥ 140)	6 (7.7)	73 (92.4)			1	

χ^2 = ค่าสถิติทดสอบไคสแควร์, Odd ratio = อัตราส่วนโอกาสอุบัติการณ์, CI = ช่วงความเชื่อมั่น

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคม(เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและแรงสนับสนุนทางสังคม) กับภาวะซึมเศร้าพบว่าเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าแรงงานสตรีที่มีจำนวนครั้งของการเกิดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับสูงและระดับปานกลางมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเมื่อเทียบกับแรงงานสตรีที่มีจำนวนครั้งของการเกิดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในระดับต่ำ 2.62 เท่า (95 % CI : 1.37 – 5.01) และ 1.93 เท่า (95% CI : 1.20 – 3.10) ตามลำดับ และแรงงานสตรีที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำและระดับปานกลาง มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเมื่อเทียบกับแรงงานสตรีที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง 15.46 เท่า (95 % CI : 6.05 - 39.46) และ 4.43 เท่า (95% CI : 1.85 - 10.61) ตามลำดับ (ตาราง 7)

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพล (ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน และปัจจัยด้านสังคม) กับภาวะซึมเศร้า

เมื่อนำปัจจัยด้านบุคคล(ความเพียงพอของรายได้ส่วนตัว) ปัจจัยด้านครอบครัว (สัมพันธภาพในครอบครัว)และปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน(การทุ่มเทในงาน ผลตอบแทนจากงานและการมุ่งมั่นต่องานมากเกินไป) และปัจจัยด้านสังคม (เหตุการณ์เครียดในชีวิตและแรงสนับสนุนทางสังคม) ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่ระดับความเชื่อมั่น $p \leq 0.05$ จำนวน 7 ตัวแปร ซึ่งผ่านการวิเคราะห์ด้วยสถิติแบบ Bivariate Analysis (Chi-square test) มาศึกษาความสัมพันธ์ที่มีต่อตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้า โดยวิธี Logistic Regression Analysis โดยควบคุมตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว และการทุ่มเทในการทำงานและผลตอบแทนจากงานไม่สมดุล ผลการวิเคราะห์ พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลที่ระดับความเชื่อมั่น $p \leq 0.05$ ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว ผลตอบแทนจากงาน และแรงสนับสนุนทางสังคม ดังตาราง 18

ตาราง 18 ปัจจัยที่มีอิทธิพล (ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน และปัจจัยด้านสังคม) กับภาวะซึมเศร้า

ตัวแปร	ภาวะซึมเศร้า		
	OR.adj	95% CI	p-value
ความเพียงพอของรายได้ส่วนตัว			
ไม่พอใช้	1.08	0.63 - 1.85	0.762
พอใช้	1		
สัมพันธภาพในครอบครัว			<0.001
ไม่ดี/ค่อนข้างไม่ดี	5.83	2.66 - 12.79	<0.001
ค่อนข้างดี	2.22	1.15 - 4.29	0.018
ดี	1		
การทุ่มเทในงาน			0.196
ระดับสูง	1.84	0.84 - 4.04	0.128
ระดับปานกลาง	1.23	0.57 - 2.67	0.598
ระดับต่ำ	1		
ผลตอบแทนจากงาน			0.015
ระดับต่ำ	2.58	1.20 - 5.53	0.015
ระดับปานกลาง	1.38	0.65 - 2.96	0.406
ระดับสูง	1		
ความมุ่งมั่นต่องานมากเกินไป			0.145
ระดับสูง	1.63	0.83 - 3.19	0.154
ระดับปานกลาง	0.96	0.46 - 1.97	0.919
ระดับต่ำ	1		
จำนวนครั้งการเกิดเหตุการณ์เครียดในชีวิต			0.216
ระดับสูง	1.59	0.74 - 3.44	0.236
ระดับปานกลาง	1.56	0.89 - 2.73	0.124
ระดับต่ำ	1		

Odd ratio adjusted = อัตราส่วนโอกาสอุบัติการณ์ปรับ , CI = ช่วงความเชื่อมั่น

ตาราง 18 ปัจจัยที่มีอิทธิพล (ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน และปัจจัยด้านสังคม) กับภาวะซึมเศร้า (ต่อ)

ตัวแปร	ภาวะซึมเศร้า		
	OR.adj	95% CI	p-value
แรงสนับสนุนทางสังคม			0.010
ระดับต่ำ	4.63	1.60 - 13.40	0.005
ระดับปานกลาง	2.31	0.90 - 5.91	0.080
ระดับสูง	1		

Odd ratio adjusted = อัตราส่วนโอกาสอุบัติการณ์ปรับ , CI = ช่วงความเชื่อมั่น

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับภาวะซึมเศร้าที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว ผลตอบแทนจากงาน และแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าแรงงานสตรีที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี/ค่อนข้างไม่ดีมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 5.83 เท่า (95 % CI : 2.66 - 12.79) และ 2.22 เท่า (95 % CI : 1.15 - 4.29) ตามลำดับ เมื่อเทียบกับแรงงานสตรีที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี แรงงานสตรีที่รับรู้ด้านผลตอบแทนจากการทำงานระดับต่ำ มีโอกาสเสี่ยง 2.58 เท่า (95 % CI : 1.20 - 5.53) และ 1.38 เท่า (95 % CI : 0.65 - 2.96) เมื่อเทียบกับแรงงานสตรีที่มีผลตอบแทนจากการทำงานระดับสูง และแรงงานสตรีที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ จะมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 4.63 เท่า (95 % CI : 1.59 - 1.60 - 13.40) เมื่อเทียบกับแรงงานสตรีที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง (ตาราง 18)

ส่วนที่ 5 สรุปผลการศึกษา

ตาราง 19 สรุปผลการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน และปัจจัยด้านสังคมกับภาวะซึมเศร้า

สมมติฐาน	ตัวแปรที่มีอิทธิพล
1. ปัจจัยด้านบุคคล (อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และโรคประจำตัว) มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า	
- อายุ	ไม่มีความสัมพันธ์
- ระดับการศึกษา	ไม่มีความสัมพันธ์
- รายได้	มีความสัมพันธ์
- สถานภาพสมรส	ไม่มีความสัมพันธ์
- โรคประจำตัว	ไม่มีความสัมพันธ์
2. ปัจจัยด้านครอบครัว (สภาพเศรษฐกิจของครอบครัว และสัมพันธภาพในครอบครัว) มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า	
- รายได้ของครอบครัว	มีความสัมพันธ์
- สัมพันธภาพในครอบครัว	มีความสัมพันธ์
3. ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน (การทุ่มเทในงาน ผลตอบแทนในงาน การมุ่งมั่นต่องานมากเกินไป และภาวะการทุ่มเทในการทำงานและผลตอบแทนจากงานไม่สมดุล) มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า	
- การทุ่มเทในงาน	มีความสัมพันธ์
- ผลตอบแทนในงาน	มีความสัมพันธ์
- การมุ่งมั่นต่องานมากเกินไป	มีความสัมพันธ์
- ภาวะการทุ่มเทในการทำงานและการตอบแทนจากงานไม่สมดุล	ไม่มีความสัมพันธ์
4. ปัจจัยด้านสังคม (เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และแรงสนับสนุนทางสังคม) มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า	
- เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	มีความสัมพันธ์
- แรงสนับสนุนทางสังคม	มีความสัมพันธ์

ผลการศึกษา พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล (ความเพียงพอของรายได้ส่วนตัว) ปัจจัยด้านครอบครัว (ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว และสัมพันธภาพในครอบครัว) ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน (การทุ่มเทในงาน ผลตอบแทนในงาน และการมุ่งมั่นต่องานมากเกินไป) และปัจจัยด้านสังคม (เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และแรงสนับสนุนทางสังคม) (ตาราง 19)

ตาราง 20 สรุปผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพล (ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน และปัจจัยด้านสังคม)

สมมติฐาน	ตัวแปรที่มีอิทธิพล
ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงานและปัจจัยด้านสังคม สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมได้	
1. ปัจจัยด้านบุคคล (ความเพียงพอของรายได้ส่วนตัว)	ไม่พบ
2. ปัจจัยด้านครอบครัว (สัมพันธภาพในครอบครัว)	สัมพันธภาพในครอบครัว
3. ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน (ด้านการทุ่มเทในงาน, ด้านผลตอบแทนจากงานและด้านการมุ่งมั่นต่องานมากเกินไป)	ผลตอบแทนจากงาน
4. ปัจจัยด้านสังคม (เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและแรงสนับสนุนทางสังคม)	แรงสนับสนุนทางสังคม

จากการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติก พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 คือ ปัจจัยด้านครอบครัว (สัมพันธภาพในครอบครัว) ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน (ผลตอบแทนจากงาน) และปัจจัยด้านสังคม (แรงสนับสนุนทางสังคม) (ตาราง 20)

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ และปัจจัยที่มีอิทธิพล (ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน และปัจจัยด้านสังคม) กับภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์

การวิจัยในครั้งนี้พบว่า ภาวะซึมเศร้าของแรงงานสตรีจำแนกตามภาวะของโรคพบว่า แรงงานสตรีส่วนใหญ่ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 71.2 และมีภาวะซึมเศร้ามากกว่า 1 ใน 4 ของแรงงานสตรีเล็กน้อย (ร้อยละ 28.8)

เมื่อพิจารณาการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมาจากการสำรวจความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย ปี 2546 ที่พบว่าเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 4 การศึกษาของผู้วิจัยในครั้งนี้มีความชุกมากกว่าในระดับประเทศ แต่น้อยกว่าระดับวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตแรงงานในสถานประกอบการขนาดกลาง ของ พรเทพ ศิริวนารังสรรค์และคณะ (2547) ซึ่งพบความชุกของภาวะซึมเศร้าค่อนข้างสูงในแรงงานสตรี คือ ประมาณร้อยละ 35.5 แต่มากกว่าการศึกษาของอาภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร์ (2550) ที่พบว่า แรงงานสตรีกลุ่มพนักงานตัดเย็บเสื้อผ้าในประเทศไทย มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 18.7 เหตุผลที่พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีที่ศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาในสถานประกอบการข้างต้นทั้งสองแห่ง อาจเนื่องมาจากสภาพการทำงานที่แตกต่างกัน จากการศึกษาพบว่าแรงงานสตรีกลุ่มอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ในโรงงานขนาดกลางและโรงงานขนาดใหญ่ ส่วนใหญ่มีลักษณะงานต้องใช้สายตาในการผลิตชิ้นงาน ต้องทำงานกับอุปกรณ์ที่ทันสมัยในผลิตชิ้นงาน ต้องผลิตสินค้าตามคำสั่งของผู้บริหารที่มอบหมายให้กับหัวหน้างานซึ่งมีหน้าที่คอยกระจายงานและให้คำปรึกษาลูกน้องในแต่ละแผนกเพื่อผลิตชิ้นงานให้ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด เนื่องจากหลังจากช่วงภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ ยอดการสั่งสินค้าเริ่มดีขึ้น แต่โรงงานยังไม่ได้รับแรงงานเพิ่มขึ้น แรงงานสตรีจึงต้องทำงานล่วงเวลาโดยทำงานเฉลี่ยวันละ 12 ชั่วโมง และทำงานเฉลี่ย 6 วัน/สัปดาห์ แต่ยังคงมีความเพียงพอของรายได้

ไม่พอใช้ ด้วยเหตุนี้จึงอาจทำให้แรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าแรงงานสตรีอุตสาหกรรมตัดเย็บเสื้อผ้าที่มีรูปแบบการผลิตชิ้นงานที่แน่นอนเป็นขั้นตอน ทำให้ไม่เกิดความยุ่งยากในการทำงานมากนัก อาจทำให้แรงงานสตรีตัดเย็บเสื้อผ้าคิดว่าการทำงานที่ทำอยู่นี้ไม่ได้กดดันมากนัก ปัญหาที่เกิดขึ้นอาจถูกมองว่ามีปัญหาระดับที่สามารถเกิดขึ้นได้ในที่ทำงาน และสามารถปรับตัวได้ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของพรเทพ ศิริวนารังสรรค์และคณะ (2547) ที่ต้องทำงานระบบสายพานต้องทำงานซ้ำๆกันและทำงานแข่งกับเครื่องจักร แข่งกับเวลา ไม่มีเวลาหยุดพัก ไม่สามารถปรึกษาปัญหาที่มีอยู่ในขณะการทำงานจึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงกว่า จากการศึกษาพบว่าแรงงานสตรีที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้าจึงมีความสำคัญเนื่องจากเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในภาคอุตสาหกรรมของประเทศก่อให้เกิดการกระตุ้นเศรษฐกิจในภาพรวม หากมีภาวะซึมเศร้าอาจเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงาน ลาป่วย ขาดงาน ส่งผลทำให้ผลิตสินค้าได้ลดลง นอกจากนี้อาจส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน สัมพันธภาพในครอบครัวและสังคม

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ส่วนตัว สถานภาพสมรส โรคประจำตัวกับภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์

2.1 อายุ ผลการศึกษาพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานสตรีที่ปฏิบัติงานในอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่วางไว้ อาจเนื่องจากแรงงานสตรีกลุ่มตัวอย่างเป็นแรงงานสตรีวัยทำงาน มีบทบาทในการทำงานเหมือนกัน อยู่ในลักษณะงานที่ใกล้เคียงกัน ถึงแม้จะมีความแตกต่างในด้านอายุแต่ไม่พบความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า แต่เมื่อพิจารณาผลการศึกษาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มอายุพบว่าแรงงานสตรี อายุ 18 – 30 มีภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มอายุอื่น (ร้อยละ 33) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของพรเทพ ศิริวนารังสรรค์ (2547) ที่พบว่าแรงงานสตรีที่มีอายุต่ำกว่า 30 มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด อาจเนื่องมาจากกลุ่มอายุดังกล่าวเป็นช่วงวัยเริ่มต้นของการทำงานอาจมีภาวะสับสนในเรื่องของความมั่นคงในการทำงาน ความก้าวหน้าในอาชีพ ลักษณะงานต้องเพ่งตลอดเวลา ทักษะในงานน้อย ยังไม่มีความชำนาญงาน ความรู้เกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยในการทำงาน กลัวการผิดพลาด และต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบ มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆน้อย เมื่อเกิดปัญหากลุ้มใจเกี่ยวกับเรื่องการทำงานมีการขอความช่วยเหลือจากหัวหน้างานและเพื่อนร่วมงานน้อย อีกทั้งวัยนี้อาจเป็นช่วงวัยของการเริ่มสร้างครอบครัวจึงทำให้ต้องรับภาระหลายบทบาทนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของ Arber & Ginn (1993) พบว่า สตรีสูงอายุ จะมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าสตรีที่มีอายุน้อยกว่าถึง 3 เท่า เนื่องจากสตรีที่มีอายุน้อยกว่าสามารถเข้าถึงแหล่งทรัพยากรต่างๆ ได้ดีกว่า เช่น แหล่งบริการ

ด้านสุขภาพ รายได้จากการประกอบอาชีพ และการมีอำนาจในการต่อรองในเรื่องสัมพันธภาพทางสังคมดีกว่าด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าอายุเป็นปัจจัยทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในมารดาที่มีอายุน้อยและตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก (สุทธนันท์ ชุนแจ่ม, 2551) ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับภาวะซึมเศร้าจึงยังไม่สามารถสรุปได้แน่ชัด เนื่องจากการศึกษาในหลายกลุ่มการศึกษาและมีผลแตกต่างกันออกไปในแต่ละกลุ่มการศึกษา แต่ควรมีการป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มแรงงานสตรีช่วงอายุ 18 – 30 ปี

2.2 ระดับการศึกษา ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานสตรีที่ปฏิบัติงานในอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่วางไว้แต่เป็นที่น่าสนใจว่าการศึกษาในครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา (ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงและปริญญาตรี) พบภาวะซึมเศร้ามากที่สุด(ร้อยละ 31) สอดคล้องกับผลการวิจัยของพรเทพ ศิริวนารังสรรค์และคณะ (2547) ที่พบว่าลูกจ้างที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา อาชีวศึกษา และปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าค่อนข้างสูงซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาที่ผ่านมา ส่วนใหญ่พบว่าผู้ที่มีการศึกษาดำเนินการมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเนื่องจากการศึกษาดำเนินการได้รับข้อมูลน้อย ไม่สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูล ในขณะที่ผู้มีการศึกษาสูงจะสามารถประยุกต์ความรู้ที่มีอยู่มาใช้ สามารถทำความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้ ใช้เหตุผลหรือหาวิธีการแก้ไขปัญหาได้ดี ตลอดจนสามารถแสวงหาข้อมูล รู้จักใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าผู้มีการศึกษาดำเนินการ (Stewart et al., 2004 ; Mirza & Jenkins, 2004) การศึกษาในปัจจุบันเริ่มพบว่าผู้มีการศึกษาสูงมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า สาเหตุหนึ่งอาจเนื่องมาจากค่านิยมในปัจจุบันที่หล่อหลอมให้สตรีในยุคปัจจุบันสามารถเป็นบุคคลสมบูรณ์แบบได้พร้อมๆ กัน เช่น บทบาทการทำงาน บทบาทภรรยาและบทบาทการเป็นมารดา เป็นต้น แต่ในความจริงสตรีไม่สามารถทำได้ทุกอย่างตามที่สังคมคาดหวัง เช่นเดียวกับแรงงานสตรีกลุ่มนี้ที่เรียนจบระดับปริญญาตรี ย่อมได้รับการคาดหวังว่าจบมาแล้วต้องได้ทำงานในตำแหน่งที่ดีแต่แรงงานกลุ่มนี้ทำงานในระดับปฏิบัติการเช่นเดียวกับผู้ที่จบระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา โดยไม่ได้ใช้ความรู้ที่เรียนมา ปัจจุบันนี้อาจทำให้แรงงานสตรีอาจรู้สึกกับตนเองในแง่ลบทำให้แรงงานสตรีเกิดภาวะซึมเศร้า

2.3 ความเพียงพอของรายได้ส่วนตัว ผลการศึกษาพบว่า ความเพียงพอของรายได้ไม่พอใช้มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานสตรีที่ปฏิบัติงานในอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่วางไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Stewart et al. (2004) ที่พบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศแคนาดาและพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชนิกร อุปเสน (2541) ซึ่งกล่าวว่ารายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้และมีผลในการตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล ทำให้เกิดมีความสุขในชีวิต ผลการศึกษานี้ที่พบว่าแรงงานสตรีมีรายได้ส่วนใหญ่พอใช้แต่พบว่าผู้ที่มีความเพียงพอของ

รายได้ส่วนตัวไม่พอใช้มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งรายได้จัดเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลและเป็นตัวกำหนดความพึงพอใจในชีวิต รายได้จึงเป็นอีกเหตุปัจจัยหนึ่งซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพของแรงงานสตรี

2.4 สถานภาพสมรส ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานสตรีที่ปฏิบัติงานในอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่วางไว้ การศึกษาที่ผ่านมา พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอาจเกิดจากภาวะซึมเศร้าสามารถพบได้ทุกสถานภาพสมรสเนื่องจากมีสิ่งแวดล้อมอื่นๆ เข้ามามีอิทธิพลร่วมด้วย เช่น สัมพันธภาพในครอบครัว แสดงให้เห็นว่าการมีสถานภาพสมรสคู่ไม่ได้แสดงถึงการมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี หากภายในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันจะแสดงออกถึงความรักที่มีต่อการให้คำปรึกษาซึ่งกันและกัน ซึ่งจะช่วยดูแลภาวะสุขภาพจิตของแรงงานสตรีได้ แต่หากว่าได้รับสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี เมื่อต้องพบเจอกับปัญหาและอุปสรรคที่ไม่สามารถก้าวข้ามผ่านไปได้ ย่อมนำมาซึ่งการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าสถานภาพสมรส หม้าย หย่า หรือแยกทางกัน คู่/คู่อยู่ด้วยกัน และโสด มีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 31, 29 และ 28 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าผู้มีสถานภาพสมรสหม้าย หย่าหรือแยก มีภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มอื่นเล็กน้อย อาจเนื่องมาจากการรับรู้ของแรงงานสตรีรู้สึกถึงการสูญเสีย ทำให้ขาดคนร่วมทุกข์ร่วมสุขด้วยกันมา คอยให้คำปรึกษา ขาดความรักและขาดวิธีแก้ปัญหาเมื่อต้องการจัดการกับปัญหาหรือเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤต ซึ่งเป็นเหตุการณ์ ที่จำเป็นต้องมีบุคคลคอยให้ความช่วยเหลือ เช่น เจ็บป่วย การตกงาน เป็นต้น หากบุคคลต้องอยู่ในภาวะของการขาดคู่สมรสจะทำให้บุคคลนั้นขาดบุคคลที่คอยช่วยเหลือ เกิดความว้าเหว่ ความทุกข์ทรมานทางจิตใจที่เกิดจากการสูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึก สงสารตนเองรู้สึกว่าตนเองด้อยค่าไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ส่งผลให้อาจนำมาซึ่งภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในและต่างประเทศ พบว่า สตรีที่แต่งงานแล้ว หย่า หรือแยกทางกับคู่สมรสหรือคู่สมรสตายจาก เป็นการสูญเสียชนิดหนึ่ง การสูญเสียทุกชนิดทำให้เกิด Grief reaction และถ้ามีอารมณ์เศร้าโศกนานกว่า 6 เดือน ถือว่าเป็นการป่วยด้วยภาวะซึมเศร้า (วิจารณ์ วิชัยยะ, 2535 ดวงใจ กสานติกุล, 2536; Stewart et al, 2004; Mirza & Jenkins, 2004)

2.5 โรคประจำตัว ผลการศึกษาพบว่า โรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานสตรีที่ปฏิบัติงานในอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่วางไว้ แตกต่างจากผลการศึกษาของพรเทพ ศิริวนารังสรรค์และคณะ (2547) ที่พบว่าการมีโรคประจำตัวของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง และโรคที่ไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยท้อแท้ในชีวิต มีความเครียดจากการเสื่อมของร่างกายจนเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา โรคทางกายเรื้อรังเป็นปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า แต่จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า

แรงงานสตรีส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว มีเพียงส่วนน้อยที่เป็นโรคประจำตัว เช่น โรคภูมิแพ้ โรคไทรอยด์ แรงงานสตรีกลุ่มนี้อาจรับรู้ถึงสภาพปัญหาของตนเอง ปรับตัวยอมรับกับสภาพของการเป็นโรคได้เนื่องจากภาวะหรือโรคดังกล่าวไม่นำไปสู่อันตรายจนถึงแก่ชีวิต

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัวและสภาพเศรษฐกิจของครอบครัว กับภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรม

3.1 สัมพันธภาพในครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานสตรีที่ปฏิบัติงานในอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่วางไว้ จากการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของธณินทร กองสุข (2549) ที่พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง สอดคล้องกับการศึกษาของ มธุริน คำวงศ์ปิ่น (2543) ซึ่งพบว่าหากเกิดสัมพันธภาพที่เป็นปัญหาในครอบครัวก็จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและนำไปสู่ภาวะฆ่าตัวตายได้ สาเหตุหนึ่งอาจเนื่องมาจากครอบครัวเป็นหน่วยที่เล็กที่สุดทางสังคมที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันตั้งแต่คน 2 คนขึ้นไป หากสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวไม่ดีย่อมทำให้ภายในครอบครัวอาจมีเรื่องไม่เข้าใจกัน ทะเลาะกัน ไม่มีการพักผ่อนหย่อนใจในครอบครัวร่วมกัน ซึ่งทำให้เป็นปัญหาของการภาวะซึมเศร้า ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันจะทำให้ครอบครัวความอบอุ่น เกิดปัญหาในครอบครัวน้อยลง การศึกษาครั้งนี้พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี/ค่อนข้างไม่ดี มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ามากที่สุด อาจเนื่องจากแรงงานสตรีรับรู้ถึงความผูกพันของสมาชิกในครอบครัวมีปัญหาจากการปฏิบัติต่อกัน เมื่อพิจารณาจากรายด้านพบว่าด้านพักผ่อนหย่อนใจในครอบครัวร่วมกันในครอบครัว เช่น การเปลี่ยนอิริยาบถจากการทำงานและการเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่ซ้ำซากจำเจ มาผ่อนคลายโดยการกระทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ค่อนข้างไม่ดีเพียงด้านเดียว ส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากครอบครัวในปัจจุบันเป็นครอบครัวเดี่ยว คู่สามีและภรรยาจะต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัวร่วมกัน สภาพการทำงานที่ออกแบบให้แรงงานสตรีทำงาน 6 วัน/สัปดาห์ ทำให้แรงงานสตรีมีเวลาร่วมกับครอบครัวน้อยลง หากมีลูกย่อมเป็นภาระ เกิดความเครียดจากสภาพปัญหา ลูกอาจเป็นเด็กมีปัญหาเนื่องจากขาดความรักความอบอุ่นจากคนในครอบครัว ส่งผลกระทบต่อสังคมตามมาได้ การเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัวจึงต้องให้ความรักความอบอุ่นซึ่งกันและกันให้ความรักความอบอุ่นแก่สมาชิกในครอบครัว ห่วงใยซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเคารพซึ่งกันและกัน

รวมทั้งมีการพักผ่อนหย่อนใจด้วยกันในครอบครัวซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการดำเนินชีวิต ครอบครัวที่ดีสุขภาพจิตดีและส่งผลดีต่อสังคมในอนาคต

3.2 ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานสตรีที่ปฏิบัติงานในอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่วางไว้ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของพรเทพ ศิริวนารังสรรค์และคณะ(2547) ที่พบว่าสภาพเศรษฐกิจของครอบครัวที่มีหนี้สินมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของจารูวรรณ เหมะธร และคณะ (2540) ที่พบว่าสถานภาพทางการเงินของตนเองและครอบครัว ลูกจ้างที่ตนเองและครอบครัวมีภาวะหนี้สิน มีภาวะซึมเศร้าสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชนิกร อุปเสน (2541) ซึ่งกล่าวว่ารายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้และมีผลในการตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล ส่งผลให้เกิดความสุขในชีวิต ครอบครัว การศึกษาครั้งนี้พบว่ารายได้ครอบครัวไม่พอใช้อาจเนื่องมาจากค่าครองชีพในปัจจุบันสูงขึ้น แรงงานสตรีต้องหาเงินมาจุนเจือเพื่อแบ่งเบาภาระร่วมกันภายในครอบครัว หากรายได้ไม่พอใช้อาจนำไปสู่ความเครียดเกิดภาวะซึมเศร้าได้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 4 เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน ได้แก่ การทุ่มเทในงาน ผลตอบแทนในงาน การมุ่งมั่นต่องานมากเกินไป การทุ่มเทในการทำงาน และผลตอบแทนจากงานไม่สมดุล กับภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรม

4.1 การทุ่มเทในงาน ผลการศึกษาพบว่า การทุ่มเทในงานมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานสตรีที่ปฏิบัติงานในอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่วางไว้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Kikushi et al. (2009) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในพยาบาลประเทศญี่ปุ่นและพบว่าการทำงานสูงมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในพยาบาลประเทศญี่ปุ่น (OR 2.75, 95% CI 1.34–5.66) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Siegrist (2008) ที่ศึกษาแบบวัด ERIQ ฉบับใหม่ในลูกจ้างประเทศเยอรมนี จำนวน 10,698 คน ที่พบว่าการทำงานมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อารณทิพย์ บัวเพชร(2550) ที่พบว่าการทำงานมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากการรับรู้ของแรงงานสตรีที่มีความรับผิดชอบในการทำงาน ซึ่งต้องใช้การทุ่มเทและความพยายามทั้งด้านจิตใจและร่างกายเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของ ตามความต้องการจากหัวหน้างานและจากผู้บริหาร จากภาระหน้าที่ในการทำงานมากขึ้นหากไม่สามารถทำได้ตามความรับผิดชอบอาจทำให้แรงงานสตรีเกิดภาวะซึมเศร้าได้

4.2 ผลตอบแทนจากงาน ผลการศึกษาพบว่า ผลตอบแทนจากงานมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานสตรีที่ปฏิบัติงานในอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่วางไว้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อารณ์ทิพย์ บัวเพชร(2550) ที่พบว่าผลตอบแทนในงานมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Kikushi et al.(2009) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในพยาบาลประเทศญี่ปุ่นและพบว่าผลตอบแทนจากงานมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (OR 2.75, 95% CI 1.34–5.66) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Siegrist (2008) ที่ศึกษาแบบวัด ERIQ ฉบับใหม่ในลูกจ้างประเทศเยอรมันนี จำนวน 10,698 คน ที่พบว่าผลตอบแทนจากงานมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจาก แรงงานสตรีรับรู้ถึงผลที่ได้รับตอบแทนจากงานในปัจจุบันซึ่งอาจจะเป็นค่าตอบแทน การได้รับการแสดงความชื่นชม ยกย่องและให้เกียรติจากผู้อื่นจากหัวหน้างานหรือเพื่อนร่วมงาน รวมถึงการรับรู้ถึงความปลอดภัย ความมั่นคงในงานและมีโอกาสก้าวหน้าจากหน้าที่การงานในระดับต่ำ จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีได้ เพราะสุขภาพกายและจิตใจที่สัมพันธ์กันไม่เพียงแต่ได้รับผลตอบแทนจากงานที่เป็นรายได้เท่านั้น แต่ควรมีการส่งเสริมให้มีความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน การได้รับความเคารพยกย่องเพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคงในการทำงานด้วย

4.3 การมุ่งมั่นต่องานมากเกินไป ผลการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานสตรีที่ปฏิบัติงานในอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่วางไว้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Kikushi et al. (2009) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในพยาบาลประเทศญี่ปุ่นและพบว่าความมุ่งมั่นต่องานมากเกินไปมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในพยาบาลประเทศญี่ปุ่น (OR 1.27, 95% CI : 1.15–1.41) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Siegrist (2008) ที่ศึกษาแบบวัด ERIQ ฉบับใหม่ในลูกจ้างประเทศเยอรมันนี จำนวน 10,698 คน ที่พบว่าความมุ่งมั่นต่องานมากเกินไปมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของอารณ์ทิพย์ บัวเพชร (2550) ที่พบว่าความมุ่งมั่นต่องานมากเกินไปมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการวิจัยได้แสดงให้เห็นถึงการรับรู้ของแรงงานสตรีที่เกิดความคิด อารมณ์ ความรู้สึกและวิธีการปรับตัวของแรงงานสตรีที่ต้องเผชิญกับสภาพงานที่ตึงเครียด ส่งผลต่อทัศนคติ ความเชื่อ พฤติกรรมและอารมณ์ความรู้สึกของแรงงานสตรีที่มีความมุ่งมั่นในการทำงานมากเกินไป สภาพงานที่ตึงเครียดส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการจ้างงานในปัจจุบันมักต้องแลกกับการประเมินทำให้แรงงานสตรีส่วนใหญ่มีความมุ่งมั่นในการทำงานเพื่อให้มีตำแหน่งในการทำงานต่อไป ได้รับหน้าที่การทำงานที่ดี จากการแข่งขันกันเองในตลาดแรงงานจากในยุคที่เศรษฐกิจตกต่ำ ทุกคนจึงต้องมุ่งมั่นในการทำงานเพื่อให้ผ่านการประเมิน เกิดการจ้างงานต่อไป ซึ่งความเครียดที่มีจากความเชื่อ ทัศนคติของแรงงานสตรี อาจส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของแรงงานสตรีได้

4.4 การทุ่มเทในการทำงานและผลตอบแทนจากงานไม่สมดุล ผลการศึกษาพบว่า การทุ่มเทในการทำงานและผลตอบแทนจากงานไม่สมดุล ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานสตรีที่ปฏิบัติงานในอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่วางไว้ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในต่างประเทศที่พบภาวะการทุ่มเทในการทำงานและผลตอบแทนจากงานไม่สมดุลมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของพยาบาลในประเทศญี่ปุ่น(Kikushi et al., 2009) และผลการศึกษาของ Lau (2008) ที่ศึกษาภาวะทุ่มเทในการทำงานและผลตอบแทนจากงานไม่สมดุลกับภาวะสุขภาพพบว่า ผู้ที่มีภาวะการทุ่มเทในการทำงานและผลตอบแทนจากงานไม่สมดุลร่วมกับความมุ่งมั่นต่องานมากเกินไปสูงจะมีคะแนนภาวะสุขภาพในระดับต่ำ ส่วนผู้ที่มีภาวะการทุ่มเทในการทำงานและผลตอบแทนจากงานไม่สมดุลร่วมกับความมุ่งมั่นต่องานมากเกินไปต่ำจะมีระดับคะแนนภาวะสุขภาพในระดับสูง และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Siegrist (2008) ที่ศึกษาแบบวัด ERIQ ฉบับใหม่ในลูกจ้าง ประเทศเยอรมันนี จำนวน 10,698 คน และพบว่าภาวะการทุ่มเทในการทำงานและผลตอบแทนจากงานไม่สมดุลมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ แต่เป็นที่น่าสนใจว่าการศึกษาครั้งนี้ การทุ่มเทในการทำงานและผลตอบแทนจากงานไม่สมดุลไม่พบความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ทั้งที่แรงงานสตรีเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 47) มีการทุ่มเทในการทำงานและผลตอบแทนจากงานไม่สมดุล ความแตกต่างของการศึกษาในครั้งนี้ที่ไม่พบความสัมพันธ์อาจเนื่องจากมีปัจจัยอื่นด้านสังคมเข้ามากระทบ โดยเฉพาะในบริบทด้านเศรษฐกิจของประเทศ ที่ส่งผลกระทบต่ออุตสาหกรรมในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เกิดภาวะวิกฤตด้านปัญหาเศรษฐกิจตกต่ำทั่วโลกทำให้ปลายปี 2551 ยอดสั่งผลิตสินค้าจากต่างประเทศลดน้อยลง โรงงานอิเล็กทรอนิกส์หลายแห่งในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาต้องต้องปิดกิจการลง หรือการปลดพนักงานเพื่อลดต้นทุนและปรับตัวเพื่อให้อิทธิพลอยู่รอด ทำให้เกิดปัญหาการว่างงานมากขึ้น แต่แรงงานสตรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างไม่เกิดผลกระทบปัญหาการตกงาน แต่มีแรงงานสตรีบางส่วนที่ได้รับการประเมินให้ออกจากงานเพื่อลดต้นทุนไม่ให้โรงงานต้องปิดกิจการลง ทำให้แรงงานสตรีที่ได้รับการประเมินให้ทำงานต่อเกิดภาระงาน ได้รับความรับผิดชอบในงานมากขึ้นแต่ได้รับผลตอบแทนเท่าเดิม เหตุผลข้อนี้ อาจเป็นเงื่อนไขของการชะงักทางสังคมที่ทำให้แรงงานสตรีปรับตัวยอมรับกับสภาพของปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ ถึงแม้ว่าแรงงานสตรีต้องทุ่มเทในงานและมุ่งมั่นในการทำงานมากขึ้น แต่ยังมีงานทำต่อไปดีกว่าสูญเสียรายได้ไปอย่างถาวร

วัตถุประสงค์ข้อที่ 5 เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมและเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรม

5.1 เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานสตรีที่ปฏิบัติงานในอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่วางไว้ ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าแรงงานสตรีมีเหตุการณ์เครียดในชีวิต (ร้อยละ 55) 2 ใน 3 ของแรงงานสตรีมีจำนวนของการเกิดเหตุการณ์สำคัญในชีวิตอยู่ในระดับต่ำ (จำนวน 0 - 1 เหตุการณ์) (ร้อยละ 66) และมีการรับรู้ระดับความรุนแรงของการเกิดเหตุการณ์สำคัญในชีวิตอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 86) โดยพบว่าเหตุการณ์ที่แรงงานสตรีประสบมากที่สุดคือเหตุการณ์คนใกล้ชิดในครอบครัวเสียชีวิตกะทันหัน รองลงมาคือคนใกล้ชิดในครอบครัวเจ็บป่วยเป็นโรครุนแรงอย่างกะทันหัน ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าเหตุการณ์ดังกล่าวทำให้แรงงานสตรีมีการรับรู้ กระตุ้นให้เกิดความเครียดซึ่งเหตุการณ์มีความรุนแรง มีความสำคัญในชีวิตและส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต ต่อแรงงานสตรีทำให้แรงงานสตรีเกิดภาวะซึมเศร้า ความสอดคล้องกับทฤษฎี The Kübler-Ross model ซึ่งอธิบาย 5 ระยะของกระบวนการปรับตัวเมื่อเกิดเหตุการณ์สูญเสียในชีวิต โดยมี 5 ระยะ ได้แก่ ปฏิเสธ (Denial) โกรธ (Anger) ต่อรอง (Bargain) ซึมเศร้า (Depression) และยอมรับ (Acceptant) ซึ่งทฤษฎีดังกล่าวอธิบายได้ว่ากระบวนการดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้หากบุคคลมีความสูญเสียอย่างกะทันหัน โดยกระบวนการดังกล่าวนี้กล่าวว่าบุคคลเมื่อเกิดความสูญเสียอาจเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งการพัฒนาของกระบวนการดังกล่าวอาจจะไม่เป็นไปตามลำดับขั้นตอนของทฤษฎีที่ไว้ แต่ขั้นตอนดังกล่าวอาจมีการย้อนกลับไปได้ ก่อนที่บุคคลจะยอมรับในขั้นตอนสุดท้าย นอกจากนี้ยังมีผลการศึกษาอื่นที่พบว่าเหตุการณ์เครียดในชีวิตกับภาวะซึมเศร้าดังเช่นผลการศึกษาของธนวรรณ พงษ์ผล(2545) ที่ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่พบว่าเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า และสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุทธนันท์ ชุนแจ่ม (2551) ที่ทำการสำรวจงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยที่พบการศึกษาปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในทุกกลุ่มเป็นการสะท้อนว่าเหตุการณ์ความเครียดไม่ว่าระดับของความรุนแรงจะเป็นอย่างไรหากแต่เมื่อเกิดกับบุคคลย่อมก่อให้เกิดผลกระทบที่ตามมาได้เช่นเดียวกัน นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์เหตุการณ์ความเครียดในครั้งนี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับการวิจัยในประเทศไทยที่ผ่านมาและเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศกล่าวคือเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกและเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

5.2 แรงสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานสตรีที่ปฏิบัติงานในอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

ที่วางไว้ การศึกษาในครั้งนี้พบแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอาจเนื่องจากแรงงานสตรีมีการรับรู้จากการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในสังคม ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันด้านต่างๆในระดับต่ำ ประกอบด้วย ด้านการได้รับความรักใคร่ผูกพัน การได้รับการยอมรับและการเห็นคุณค่าในตนเอง การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้ช่วยเหลือเอื้อประโยชน์แก่บุคคลอื่นและการได้รับความช่วยเหลือหรือคำแนะนำ ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Warren (1997) ที่พบว่าผู้หญิงที่มีระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้หญิงที่มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำหรือไม่มี เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถป้องกันความเครียดที่เกิดจากเหตุการณ์เครียดในชีวิต หรือช่วยลดระดับความรุนแรงของภาวะเครียดที่เกิดขึ้นกับบุคคลได้ (Beeber, 1996; Brown & Harris, 1978; Cohen & Wills, 1985; Parry, 1986) เช่นเดียวกับ Baba, Galperin, & Lituchy (1999) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตในการทำงานโดยการศึกษาปัจจัยการทำงานกับภาวะซึมเศร้าในพยาบาลแถบคาริบเบียน พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.29, p < 0.01$) และพบว่าแรงสนับสนุนจากสังคม มีความสัมพันธ์ในทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความเหนื่อยหน่ายความเครียดและภาวะซึมเศร้าในพยาบาล เช่นเดียวกับธนวรรณ พงษ์ผล(2545) ที่ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการเกิดภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธนันท์ ชุนแจ่ม(2551) ที่ทำการการสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์และเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการวิจัยภายในประเทศไทยก่อนหน้านี้และเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาในต่างประเทศ กล่าวคือ การขาดแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบและเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า มณีกานต์ สุภาเส (2551) ได้กล่าวไว้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มาจากการอธิบายของทฤษฎีทางสังคมเกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้า เป็นผลจากการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลเมื่อต้องเผชิญกับความกดดันที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม หากมีแรงสนับสนุนทางสังคม ด้านการได้รับความรักใคร่ผูกพัน ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านการได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการได้ช่วยเหลือเอื้อประโยชน์แก่บุคคลอื่นและด้านการได้รับการช่วยเหลือหรือคำแนะนำ จะช่วยป้องกันและลดระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะซึมเศร้าในช่วงที่บุคคลมีความเครียด ซึ่งการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมนี้จะเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองให้แก่บุคคล บุคคลที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะมีความเครียดลดลง ทำให้สามารถปรับตัวได้ถูกต้องเหมาะสม และนำไปสู่การมีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยที่ดี

วัตถุประสงค์ข้อที่ 6 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพล (ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน และปัจจัยด้านสังคม) ที่อาจส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรม พบว่ามี 3 กลุ่มปัจจัย ซึ่งได้แก่ ปัจจัยด้านครอบครัว(สัมพันธภาพในครอบครัว) ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน(ผลตอบแทนในงาน)และปัจจัยด้านสังคม(แรงสนับสนุนทางสังคม) มีความสามารถในการทำนายภาวะซึมเศร้าของแรงงานสตรีได้ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 สอดคล้องกับแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคม (Ecological model of Health behavior) ซึ่งกล่าวถึงอิทธิพลจากสภาพแวดล้อมที่อยู่รอบๆ ตัวบุคคล ซึ่งมีหลายระดับ ล้วนส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพจากสภาพแวดล้อมทางสังคมที่บุคคลดำเนินชีวิตอยู่และมีปฏิสัมพันธ์ไม่ทางตรงก็ทางอ้อมกับสภาพแวดล้อมของตนอยู่เสมอ การศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ของแรงงานสตรีที่เกิดจากปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงานและปัจจัยด้านสังคม ล้วนส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของแรงงานสตรี อาจมีสาเหตุเนื่องจากปัจจัยด้านครอบครัวมีอิทธิพลต่อการหล่อหลอมทางบุคลิกภาพ คุณลักษณะของบุคคล มีการถ่ายทอดค่านิยมและความรู้สึกนึกคิดของแรงงานสตรีจากการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันโดยการเข้าไปมีบทบาท ภาระหน้าที่และมีความรับผิดชอบในฐานะสมาชิกของครอบครัวร่วมกัน การที่บุคคลทำบทบาทหน้าที่ในด้านครอบครัวบกพร่องไปอาจนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ส่วนปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงานมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าอาจมีสาเหตุเนื่องจากช่วงวัยทำงานของแรงงานสตรี ส่วนใหญ่อยู่ในสถานที่ทำงาน ต้องพบกับสภาพความกดดันในการทำงาน ความรับผิดชอบต่องาน แต่ผลตอบแทนจากงานไม่เป็นไปตามความคาดหวัง ส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากหลังภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ แรงงานสตรีบางส่วนอาจได้รับการประเมินให้ถูกปลดออกจากงาน เพื่อไม่ให้โรงงานต้องปิดกิจการลง ทำให้เกิดภาระงานที่มากขึ้นกับแรงงานสตรีที่ได้รับการประเมินให้ทำงานต่อ อาจรู้สึกว่ามี ความมั่นคงในการทำงานดั่งเดิม มีระบบการประเมินเข้ามาเกี่ยวข้อง ต้องทำงานหนักมากขึ้นแต่ได้รับผลตอบแทนเท่าเดิม เหตุผลข้อนี้อาจทำให้ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงานมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ส่วนปัจจัยด้านสังคมพบว่ามีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเนื่องจากสภาพแวดล้อมทางสังคมที่แรงงานสตรีต้องดำเนินชีวิตอยู่และมีปฏิสัมพันธ์ด้วยอยู่เสมอ ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลเมื่อต้องเผชิญกับความกดดันที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นการรับรู้เกี่ยวกับการให้และการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคม 5 ด้าน คือ ด้านการได้รับความรักใคร่ผูกพัน ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านการได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการได้ช่วยเหลือเอื้อประโยชน์แก่บุคคลอื่นและด้านการได้รับการช่วยเหลือหรือคำแนะนำ แรงสนับสนุนทางสังคมนี้นี้มีความสำคัญต่อการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยจะช่วยป้องกันและดูดซับความรุนแรงของการเกิดภาวะซึมเศร้าในช่วงที่บุคคลมีความเครียดในชีวิต เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองให้แก่

บุคคล มีความเครียดลดลง ทำให้สามารถปรับตัวได้ถูกต้องเหมาะสม และนำไปสู่การมีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยที่ดี ส่วนปัจจัยด้านบุคคลไม่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อาจมีสาเหตุเนื่องจากแรงงานสตรีสามารถเผชิญปัญหาส่วนบุคคลและแก้ไขปัญหาด้านส่วนบุคคลได้ด้วยตนเอง แต่สิ่งแวดล้อมด้านครอบครัว ด้านการทำงานและด้านสังคมเป็นปัจจัยภายนอกที่ควบคุมได้ยากกว่าตนเองจึงไม่พบปัจจัยด้านบุคคลมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า



บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพล (ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน และปัจจัยด้านสังคม) กับภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นแรงงานสตรีที่ทำงานระดับปฏิบัติการฝ่ายการผลิตในโรงงานอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์อายุตั้งแต่ 18 - 55 ปี ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 444 คน เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยคือแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ข้อมูลเกี่ยวกับการทำงานและรายได้ครอบครัว แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว สอบถามปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว แบบวัด ERIQ ฉบับภาษาไทย (Thai - ERIQ) สอบถามปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน ได้แก่ การทุ่มเทในงาน ผลตอบแทนจากงาน การมุ่งมั่นต่องานมากเกินไป การทุ่มเทในการทำงานและการตอบแทนไม่สมดุล แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมและเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต สอบถามปัจจัยทางสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมและเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และแบบวัดภาวะซึมเศร้า CES-D ฉบับภาษาไทย หาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำเครื่องมือไปทดสอบกับแรงงานสตรีที่ปฏิบัติงานในโรงงานอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 40 ราย นำแบบวัดไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดดังต่อไปนี้ แบบวัดภาวะซึมเศร้า(0.89) แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว(0.97) แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม(0.93) และแบบวัด ERIQ ฉบับภาษาไทย โดยมีส่วนประกอบของแบบสอบถามได้แก่ ด้านการทุ่มเทในงาน(0.67) ด้านผลตอบแทนจากงาน(0.75) และด้านการมุ่งมั่นจากงานมากเกินไป(0.83) ตามลำดับ การเก็บข้อมูลสำหรับการศึกษานี้เริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 4 มีนาคม 2553 ถึง 18 มีนาคม 2553 จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด สูงสุด สถิติที่ใช้ทดสอบความสัมพันธ์ ได้แก่ สถิติไคว์-สแควร์ สถิติที่ใช้ทดสอบปัจจัยที่มีอิทธิพล ได้แก่ การวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติก ซึ่งผลการศึกษารายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านบุคคลของแรงงานสตรีพบว่า แรงงานสตรีส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 40 – 49 ปี เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 45) โดยมีอายุเฉลี่ย 38 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98) และจบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 81) มีสถานภาพสมรสคู่เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 45) แรงงานสตรีส่วนใหญ่มีรายได้ส่วนตัวต่อเดือน < 10,000 บาท (ร้อยละ 72) โดยมีรายได้ส่วนตัวเฉลี่ย 9,286 บาท มีรายได้ส่วนตัวไม่พอใช้ไม่เหลือเก็บน้อยกว่าครึ่งเล็กน้อย (ร้อยละ 42) ส่วนด้านข้อมูลด้านสุขภาพของแรงงานสตรีพบว่า ประมาณ 2 ใน 3 ของแรงงานสตรีไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 64) ส่วนใหญ่ไม่มียาที่รับประทานเป็นประจำตามแผนการรักษาของแพทย์ (ร้อยละ 88) และไม่มีอาการที่รับประทานเป็นประจำนอกเหนือการรักษาของแพทย์ (ร้อยละ 98) ข้อมูลด้านการทำงานพบว่าแรงงานสตรีส่วนใหญ่ทำงานเป็นกะ ทำงานหมุนเวียนทุกกะ ร้อยละ 91 ส่วนใหญ่มีชั่วโมงการทำงาน 12 ชั่วโมง/วัน และทำงานล่วงเวลา 6 วัน/สัปดาห์ โดยมีชั่วโมงการทำงานล่วงเวลาเฉลี่ย 4 ชั่วโมง/วัน (ร้อยละ 92) ส่วนระยะเวลาการทำงานในโรงงานแห่งนี้พบว่า แรงงานสตรีทำงานในโรงงานมาแล้วในช่วงระยะเวลา 6 – 10 ปี (ร้อยละ 26) โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยของการทำงานในโรงงาน 12 ปี ปัจจัยด้านครอบครัวของแรงงานสตรีพบว่า แรงงานสตรีมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวในช่วง 10,001-20,000 บาทมากที่สุด (ร้อยละ 37) โดยมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 16,703 บาท และมีรายได้พอใช้ไม่เหลือเก็บมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38 ส่วนข้อมูลด้านครอบครัวพบว่าแรงงานสตรีมีสัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวมค่อนข้างดี ($\bar{X} = 3.2$, $SD = 0.8$) มีเพียงด้านเดียวที่พบว่าสัมพันธภาพไม่ดีคือการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว ($\bar{X} = 2.8$; $SD = 0.9$) จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน พบแรงงานสตรี ร้อยละ 43.7 มี (194 คน) ที่มีอัตราส่วนของการทุ่มเทในงานและผลตอบแทนจากงานไม่สมดุล (Effort – Reward Imbalance ; ERI ratio > 1) ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.22 โดยมีค่าต่ำสุด – สูงสุด (1.00 - 2.14) ส่วนตัวแปรด้านการทุ่มเทในการทำงานพบว่าอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูงใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 42 และร้อยละ 41) ด้านผลตอบแทนจากการทำงานพบว่าเกือบครึ่งหนึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 46) และมากกว่า 1 ใน 3 เล็กน้อยมีผลตอบแทนจากการทำงานอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 35) และด้านความมุ่งมั่นต่องานมากเกินไปพบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของแรงงานสตรีมีความมุ่งมั่นต่องานมากเกินไปอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 46) ส่วนระดับปานกลางและระดับต่ำอยู่ในช่วงใกล้เคียงกันคือร้อยละ 28 และร้อยละ 26 ตามลำดับ และปัจจัยด้านสังคมจากการสอบถามพบว่าเหตุการณ์สำคัญในชีวิตของแรงงานสตรี ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา มีแรงงานสตรีมากกว่าครึ่งเล็กน้อยเกิดเหตุการณ์เครียดในชีวิต (ร้อยละ 54.5) โดยเหตุการณ์ที่แรงงานสตรีประสบมากที่สุดคือเหตุการณ์คนใกล้ชิดในครอบครัวเสียชีวิตกะทันหัน ร้อยละ 25.5 รองลงมาคือคนใกล้ชิดในครอบครัวเจ็บป่วยเป็นโรครุนแรงอย่าง

กะทันหัน ร้อยละ 24.8 โดย 2 ใน 3 มีผลรวมของการเกิดเหตุการณ์สำคัญในชีวิตอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 66) และมีการรับรู้ระดับความรุนแรงของการเกิดเหตุการณ์สำคัญในชีวิตอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 86) ข้อมูลด้านแรงสนับสนุนทางสังคมของแรงงานสตรีรายด้านและโดยรวม พบว่า แรงงานสตรีมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 122.9$, $SD = 16.2$) เมื่อแยกรายพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมทุกด้านมีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงสุดคือด้านการได้ช่วยเหลือเอื้อประโยชน์แก่บุคคลอื่น ($\bar{X} = 25.8$, $SD = 3.8$) ส่วนด้านที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยที่สุดคือด้านการได้รับความช่วยเหลือหรือคำแนะนำ ($\bar{X} = 23.8$, $SD = 3.9$) จากการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของแรงงานสตรีด้วยแบบวัดภาวะซึมเศร้า (CES-D) จำแนกตามภาวะของโรคพบว่าแรงงานสตรีมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 29 และส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 71

2. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงานและปัจจัยด้านสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์

สมมติฐานที่ 1.1 อายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์

ผลการศึกษาพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ ($p = 0.426$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

สมมติฐานที่ 1.2 ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์

ผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ ($p = 0.939$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

สมมติฐานที่ 1.3 ความเพียงพอของรายได้ส่วนตัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

ผลการศึกษาพบว่าความเพียงพอของรายได้ส่วนตัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ ($p < 0.008$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

สมมติฐานที่ 1.4 สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์

ผลการศึกษาพบว่าสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ ($p = 0.936$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

สมมติฐานที่ 1.5 โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าใน แรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์

ผลการศึกษาพบว่าโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าใน แรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ ($p = 0.157$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

สมมติฐานข้อที่ 2 ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัวและความ เพียงพอของรายได้ครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรม อิเล็กทรอนิกส์

สมมติฐานที่ 2.1 สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะ ซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์

ผลการศึกษาพบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะ ซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ ($p < 0.005$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

สมมติฐานที่ 2.2 ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับ ภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์

ผลการศึกษาพบว่ารายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าใน แรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ ($p < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

สมมติฐานข้อที่ 3 ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน ได้แก่ การทุ่มเทในงาน ผลตอบแทน จากงาน การมุ่งมั่นต่องานมากเกินไป การทุ่มเทในการทำงานและการตอบแทนไม่สมดุล มี ความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์

สมมติฐานที่ 3.1 การทุ่มเทในงานมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าใน แรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์

ผลการศึกษาพบว่าการทุ่มเทในงานมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าใน แรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ ($p < 0.007$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3

สมมติฐานที่ 3.2 ผลตอบแทนจากงานมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าใน แรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์

ผลการศึกษาพบว่าผลตอบแทนจากงานมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ ($p < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3

สมมติฐานที่ 3.3 การมุ่งมั่นต่องานมากเกินไปมีความสัมพันธ์กับภาวะ ซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์

ผลการศึกษาพบว่า การมุ่งมั่นทำงานมากเกินไป มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ ($p < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3

สมมติฐานที่ 3.4 การทุ่มเทในการทำงานกับผลตอบแทนไม่สมดุลมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์

ผลการศึกษาพบว่า การทุ่มเทในการทำงานกับผลตอบแทนไม่สมดุล ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ ($p = 0.088$) ซึ่งเป็นไม่ เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3

สมมติฐานข้อที่ 4 ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมและเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์

สมมติฐานที่ 4.1 เหตุการณ์เครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์

ผลการศึกษาพบว่า เหตุการณ์เครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ ($p < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4

สมมติฐานที่ 4.2 แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์

ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ ($p < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4

สมมติฐานข้อที่ 5 ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน และปัจจัยด้านสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์

จากการศึกษา 4 กลุ่มปัจจัย 13 ตัวแปร พบว่ามีเพียง 3 กลุ่มปัจจัยและ 3 ตัวแปร ซึ่ง ได้แก่ ปัจจัยด้านครอบครัว (สัมพันธ์ภาพครอบครัว) ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน (ผลตอบแทนจากงาน) และปัจจัยด้านสังคม (แรงสนับสนุนทางสังคม) มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย

จากผลการศึกษา ผู้วิจัยสามารถสรุปข้อเสนอแนะเสนอผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้บริหารพยาบาลอาชีวอนามัย และแรงงานสตรี ดังนี้

1. ผู้บริหารหรือเจ้าของโรงงานควรนำข้อมูลเรื่องสัมพันธภาพในครอบครัวและผลตอบแทนจากงานที่เกี่ยวข้องกับรายได้ การได้รับการส่งเสริมในงานและความมั่นคงปลอดภัยในการทำงาน และแรงสนับสนุนทางสังคม ไปพิจารณาเป็นมาตรการต่างๆ ดังต่อไปนี้

1.1 ด้านสัมพันธภาพในครอบครัวที่พบว่าแรงงานสตรีส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ค่อนข้างดี จากการศึกษาพบว่าผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าคือผู้ที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี/ค่อนข้างไม่ดี และค่อนข้างดี ทั้งที่พบแรงงานสตรีส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่แสดงให้เห็นว่าสถานภาพสมรสไม่ได้เป็นข้อบ่งชี้ของคุณภาพชีวิตสมรสที่ดี ด้วยเหตุนี้ผู้บริหารควรมอบหมายหน้าที่ให้ฝ่ายบริหารงานบุคคลประสานงานกับทีมงานด้านสุขภาพจัดทำกิจกรรมเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวของแรงงานสตรี และทบทวนระยะเวลาการทำงานของแรงงานสตรี เนื่องจากพบว่าด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันแรงงานสตรีมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ค่อนข้างไม่ดี อาจเนื่องจากมาจากสาเหตุระยะเวลาการทำงานของแรงงานสตรีส่วนใหญ่อยู่ในที่ทำงานมากกว่าอยู่บ้าน ส่วนใหญ่ต้องทำงานเป็นกะและทำงานล่วงเวลา ทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวมีปัญหา หากมีเวลาในการอยู่ร่วมกันมากขึ้นหรือสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ ย่อมส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพจิตในแรงงานสตรี

1.2 ด้านผลตอบแทนจากงาน

- ด้านรายได้จากผลการวิจัยพบว่าแรงงานสตรีส่วนใหญ่ที่มีรายได้ไม่พอใช้มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ควรมีการพิจารณาผลตอบแทนจากงานในปัจจุบันที่เป็นไปได้และมีความเหมาะสม นอกจากนี้อาจรวบรวมผู้ที่มีภาวะหนี้สินในปัจจุบันและประสานงานกับธนาคารพาณิชย์หามาตรการเพื่อแบ่งเบาภาระหนี้สินของแรงงานสตรี หรือจัดกิจกรรมเทคนิคการบริหารเงินให้แรงงานสตรีรู้จักการควบคุมรายรับ รายจ่าย เงินออม การทำบัญชีการกระจายความเสี่ยง เป็นต้น

- ด้านการเคารพยกย่องควรส่งเสริมผู้ที่ทำความดีให้เกียรติแรงงานสตรีควรได้รับการส่งเสริมจากผู้บริหารในการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดคุณค่าในแรงงานสตรี ในการแสดงความชื่นชม และการยอมรับนับถือจากหัวหน้างานเพื่อนร่วมงาน หรือผู้บริหารเพื่อสร้างกำลังใจในการทำงาน

- ด้านความมั่นคงในการทำงานควรมีข้อตกลงและระบบการจ้างงานที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมให้แรงงานสตรีรับรู้ถึงความมั่นคงในการทำงานในสถานประกอบการ

- ด้านการส่งเสริมความก้าวหน้าในงานโดยพิจารณาถึงตำแหน่งงานในปัจจุบัน รวมถึงโอกาสของความก้าวหน้าในที่ทำงาน

1.3 สนับสนุนในการจัดกิจกรรมเพื่อเปิดโอกาสให้แรงงานสตรีได้มีโอกาสได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคมโดยจัดกิจกรรมที่ใช้เวลาร่วมกัน เช่น กีฬา การเยี่ยมเยียนในแต่ละแผนก เป็นต้น

2. พยายามเอาชนะความกลัว ครอบงำถึงสาเหตุเพื่อป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีและแก้ไขปัญหาดังนี้

2.1 ควรคัดกรองภาวะซึมเศร้าร่วมกับการตรวจร่างกายประจำปีเพื่อเป็นการคัดกรองทั้งสุขภาพจิตและสุขภาพกายในขั้นต้นจะได้สามารถแก้ไขปัญหาบุคคลในรายที่เป็นเริ่มแรกหรือส่งต่อผู้ที่มีภาวะเสี่ยงไปรักษาต่อไป

2.2 จัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตโดยนำผลการวิจัยใช้ในการวางแผนให้ความรู้ ให้คำแนะนำแก่แรงงานสตรี การจัดอบรมเกี่ยวกับเรื่องภาวะซึมเศร้า การประเมินตนเอง วิธีการแก้ไขปัญหามา เพื่อให้แรงงานสตรีได้ทราบถึงสาเหตุและการแก้ไขโดยการทำความเข้าใจตนเอง รู้วิธีการแก้ปัญหาเหมาะสม

2.3 ควรเฝ้าระวังสุขภาพของแรงงานสตรีที่มีภาวะซึมเศร้าป้องกันปัญหาโดยควรมีการติดตามและประสานงานการกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากภาวะซึมเศร้าสามารถรักษาให้หายหากได้รับการรักษาและการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะซึมเศร้า

2.4 ควรเป็นผู้ให้คำปรึกษาโดยมีห้องให้คำปรึกษาที่เป็นส่วนตัว เปิดโอกาสให้แรงงานสตรีที่มีปัญหาขอรับคำปรึกษา เช่น ปัญหาสุขภาพจิต วิธีการสร้างคุณค่าแก่ตนเอง เพื่อให้แนวทางแรงงานสตรีระลึกตนว่าเป็นคนมีคุณค่า เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า

2.5 เสนอแนะแนวทางในการจัดโปรแกรมสามัคคีในครอบครัว และเสริมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือทั้งภายในและภายนอกโรงงาน เพื่อส่งเสริมป้องกันปัญหาภาวะสุขภาพจิต

3. แรงงานสตรี

3.1 ควรให้ความร่วมมือกับฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรม โดยการเข้าร่วมกิจกรรมอบรม ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับวิธีป้องกันหรือลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า ฝึกการผ่อนคลายเป็นระยะๆ ขณะปฏิบัติงานและเรียนรู้ในการปฏิบัติตนให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมงาน เป็นต้น

3.2 ควรเรียนรู้ทักษะในการจัดการปัญหา วิธีการเผชิญปัญหา การหาแหล่งสนับสนุน หากมีปัญหามุ่งผลกระทบต่องานสุขภาพจิตของแรงงานสตรี

3.3 ควรให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพในครอบครัวเพิ่มขึ้นโดยการแสดงออกที่สมาชิกภายในครอบครัวปฏิบัติต่อกัน มีส่วนร่วมในการกระทำสิ่งต่างๆร่วมกัน การได้รับการดูแลเอาใจใส่ ความรู้สึกของสมาชิกยอมรับซึ่งกันและกันโดยเฉพาะด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกัน เพื่อให้มีเวลาในการร่วมแบ่งประสบการณ์ความรู้สึกซึ่งกันและกัน เป็นต้น

3.4 ควรเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันบุคคลรอบๆ ข้าง เช่น การสนทนากันให้มากขึ้น เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการพบปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาของแต่ละบุคคล และจัดกิจกรรมร่วมกัน หรือเข้าร่วมกิจกรรมที่สถานประกอบการจัดขึ้นเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในสังคมปฏิบัติตนให้เป็นส่วนหนึ่งในสังคม เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสำคัญกับภาวะซึมเศร้าในแรงงานกลุ่มอุตสาหกรรมการผลิตให้ครอบคลุมทั่วประเทศ ทั้งโรงงานอุตสาหกรรมขนาดเล็ก ขนาดกลางและขนาดใหญ่ พร้อมทั้งเปรียบเทียบความแตกต่างของผลการศึกษาในโรงงานแต่ละขนาด
2. ควรศึกษาภาวะซึมเศร้าในช่วงวัยทำงานในกลุ่มแรงงานอื่นๆ เช่น แรงงานภาคบริการ แรงงานภาคเกษตรกรรม เนื่องจากเป็นกลุ่มแรงงานที่สำคัญของประเทศไทย
3. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติม เช่น บุคลิกภาพ บทบาททางเพศ เป็นต้น เพื่อเป็นการส่งเสริม ป้องกันภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีต่อไป
4. ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงานอื่นๆเพิ่มเติม เช่น นโยบายขององค์กร ความสามารถในการทำงาน สภาพแวดล้อมการทำงานและความพึงพอใจในการทำงาน เป็นต้น
5. ควรมีการนำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปศึกษาต่อในเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ความรู้เชิงคุณภาพเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าที่มีสาเหตุเนื่องมาจากการงาน

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์

DEPRESSION INFLUENCING FACTORS AMONG FEMALE WORKERS IN THE ELECTRONICS INDUSTRY

ศุภิสรา เจริญไพฑูรย์ 5037512 PHPH/M

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : สุรินทร์ กลัมพากร, Ph.D. (Nursing), โสภิติน แสงอ่อน, Ph.D. (Nursing), แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ, Ph.D. (Global Environmental Health Sciences), ปราวณา สถิตย์วิภาวี, Ph.D. (Public Health)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความสำคัญและที่มาของการศึกษา

ภาวะซึมเศร้ากำลังเป็นปัญหาสุขภาพเรื้อรังอันดับหนึ่งของประชากรโลกและเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญลำดับแรก (Murray & Lopez, 1996) องค์การอนามัยโลก (2001) คาดการณ์ว่าใน ค.ศ. 2020 ผู้ป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าจะเพิ่มสูงขึ้นเป็นปัญหาสุขภาพอันดับ 3 ของโลก และเป็นภาระทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม ใกล้เคียงกับค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด แนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร้ามีเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ 2 : 1 (American Psychiatric Association, 2000; Piccinelli & Wilkinson, 2000) บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีลักษณะชอบเก็บตัว เกิดสัมพันธภาพที่เป็นปัญหากับบุคคลอื่น ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม สูญเสียหน้าที่การทำงาน เสียการรักษาพยาบาลเรื้อรัง หากไม่สามารถแก้ไขภาวะดังกล่าวได้จะนำไปสู่ปัญหาการทำร้ายตนเอง และฆ่าตัวตายในที่สุด (ปราชญ์ บุญขวงศิริโรจน์ และคณะ, 2547) การศึกษาในต่างประเทศมีแรงงานประสบกับภาวะซึมเศร้าและไม่ได้รับการรักษาเป็นจำนวนมาก ทำให้ส่งผลกระทบต่อการทำงาน สูญเสียความสามารถในการทำงาน มีความสัมพันธ์กับการลางาน ลาป่วย สัมพันธภาพในครอบครัวและการดำเนินชีวิต (National Academy on an Aging Society, 2000)

การศึกษาภาวะซึมเศร้าที่ผ่านมาในประเทศไทยพบศึกษาในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น วัย
หมดประจำเดือน หญิงหลังคลอด ผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ป่วย (Sripornsripet, 2001; ศิริพร จิรวัฒน์
กุล, 2546; จารุวรรณ เหมะธรและคณะ, 2539; เบญจพร ปัญญาฯ, 2545; นันทา กัญมาศ, 2538) แต่
ยังไม่พบศึกษาในวัยแรงงานโดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานสตรีในสังคมไทยที่เปลี่ยนแปลงไปจากใน
อดีตซึ่งทำหน้าที่เป็นแม่บ้านรับผิดชอบเพียงภาระภายในบ้านต้องมาแบกรับภาระในการทำงานนอก
บ้านซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ในอนาคต โดยพบว่าสตรีทำงานอยู่ในภาคภาคอุตสาหกรรม
1 ใน 3 ของการประกอบอาชีพ อุตสาหกรรมหลักที่ก่อให้เกิดมูลค่าการส่งออกมากที่สุดในระดับ
แรกๆและมีความสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศคือกลุ่มอุตสาหกรรมทอผ้าและกลุ่ม
อุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2548) ทั้งนี้เนื่องจากโครงสร้างทางเศรษฐกิจ
ภายในประเทศได้เปลี่ยนแปลงจากภาคเกษตรกรรมไปสู่ภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการมากขึ้น
แรงงานสตรีอยู่ในภาคการผลิตมากถึงร้อยละ 80 ส่วนใหญ่เป็นผู้มีโอกาสน้อยในการศึกษาน้อย มาจาก
ครอบครัวชนบทที่มีรายได้ต่ำ ได้รับค่าจ้างต่ำ อีกทั้งยังต้องแบกรับภาระหลายด้านทั้งในสถานะ
เป็นผู้ประกอบอาชีพเพื่อนำรายได้มาจุนเจือครอบครัวที่มีภาวะหนี้สิน ขณะเดียวกันต้องเป็นแม่ของ
ลูก และเป็นภรรยาของสามี (ภาวดี ทองอุไทย, 2551)

การทำงานในภาคการผลิตในโรงงานอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์มีลักษณะงานที่ต้อง
ใช้เทคโนโลยีในการผลิตสูงมีความทันสมัย ภายในห้องทำงานพนักงานต้องแต่งกายในชุดพนักงาน
ที่รัดกุม ทั้งนี้เพื่อป้องกันผลกระทบจากการทำงานของพนักงานต่อผลิตภัณฑ์ซึ่งมีขนาดเล็กต้องทำ
อย่างพิถีพิถัน การตรวจสอบชิ้นงานต้องใช้สายตาอย่างละเอียด ทำให้เกิดความเมื่อยล้าและความบิ
บั่นในการทำงาน เพื่อให้เกิดการประหยัดต้นทุนของโรงงานและทันต่อความต้องการของคู่ธุรกิจ
โรงงานต้องผลิตชิ้นงานจำนวนมาก พนักงานต้องเร่งรีบในการทำงาน ทำงานล่วงเวลาเพื่อให้ได้
ผลผลิตตามความต้องการของโรงงาน ทำให้ขาดสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน จากปัจจัยดังกล่าว
ส่งผลให้แรงงานสตรีไม่อาจหลีกเลี่ยงปัญหาคุณภาพชีวิตซึ่งอาจมีผลต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมได้
(อนุชา ภวายน, 2548 และ สุเพ็ญศรี พึ่งโคกสูง, 2551) การศึกษาภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีจึง
เป็นประเด็นแนวโน้มที่มีความสำคัญต่อการรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและเตรียม
รับกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

จากการทบทวนวรรณกรรมพบที่ผ่านมามีตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า
หลากหลาย ซึ่งส่วนใหญ่พบศึกษาเพียงปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัวและปัจจัยด้านจิตสังคม
ซึ่งไม่ครอบคลุมและไม่สามารถอธิบายภาวะซึมเศร้าของสตรีได้ในทุกบริบทของสังคมไทย แนวคิด
นิเวศวิทยาเชิงสังคม (Ecological model of Health behavior) (Stokols, D., 1992, 1996) ได้กล่าวถึง
อิทธิพลจากสภาพแวดล้อมที่อยู่รอบๆ ตัวบุคคล ซึ่งมีหลายระดับ ตั้งแต่ ภายในตัวบุคคล ระหว่าง

บุคคลและชุมชน ล้วนส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพไม่ทางตรงก็ทางอ้อมกับสภาพแวดล้อมของตนอยู่เสมอ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคม (Ecological Model of Health Behavior) เป็นกรอบแนวคิดในการกำหนดปัจจัยให้ครอบคลุมการศึกษาครั้งนี้ ในระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับองค์กร และระดับสังคม โดยจัดกลุ่มปัจจัยออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงานและปัจจัยด้านสังคมตามลำดับ

ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลสาธารณสุขและมีความสนใจในการพยาบาลอาชีวอนามัย ซึ่งมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพ มีความสนใจในการศึกษาอัตราชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีกลุ่มภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ เนื่องจากมีแรงงานสตรีทำงานในกลุ่มนี้ 1 ใน 3 ของประเทศและมีแนวโน้มการทำงานในภาคอุตสาหกรรมเพิ่มมากขึ้น ผลที่ได้จากการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการวางแผนเตรียมความพร้อมในการการจัดโปรแกรมเพื่อช่วยเหลือและเฝ้าระวังความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มแรงงานสตรี เพื่อลดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาทั้งผู้ป่วย ครอบครัว สังคมและประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์
2. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส โรคประจำตัวกับภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์
3. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว และสภาพเศรษฐกิจของครอบครัว กับภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์
4. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน ได้แก่ การทุ่มเทในงาน ผลตอบแทนในงาน การมุ่งมั่นต่องานมากเกินไป การทุ่มเทในการทำงานและการตอบแทนไม่สมดุล กับภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์
5. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมและเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์
6. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพล (ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงานและปัจจัยด้านสังคม) ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional research)

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ แรงงานสตรีระดับปฏิบัติการฝ่ายผลิตในโรงงานอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เนื่องจากมีโรงงานอิเล็กทรอนิกส์มากที่สุดในประเทศ โดยเลือกศึกษาในประชากรกลุ่มตัวอย่างซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในโรงงานขนาดใหญ่และขนาดกลางเนื่องจากมีลักษณะสภาพแวดล้อมการทำงานและลักษณะงานที่ใกล้เคียงกัน ส่วนโรงงานอุตสาหกรรมขนาดเล็กที่ไม่ได้เลือกมาเป็นประชากรในการศึกษาครั้งนี้เนื่องจากโรงงานอุตสาหกรรมขนาดเล็กมีจำนวนน้อยและส่วนใหญ่เป็นอุตสาหกรรมในครัวเรือนมีแรงงานจำนวนน้อย มีสภาพแวดล้อมการทำงานและลักษณะงานที่ไม่ได้ควบคุมสภาพแวดล้อมและกฎระเบียบเช่นเดียวกับอุตสาหกรรมขนาดใหญ่และอุตสาหกรรมขนาดกลาง ดังนั้นประชากรกลุ่มเป้าหมายในครั้งนี้จึงประกอบด้วยโรงงานอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ประเภทขนาดใหญ่ (แรงงาน > 200 คน) จำนวน 69 โรงงาน มีแรงงานสตรี 31,861 คน โรงงานขนาดกลาง (แรงงาน 1-200 คน) มี 42 โรงงาน มีแรงงานสตรี 3,629 คน

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้มีคุณสมบัติเป็นพนักงานระดับปฏิบัติการ อายุระหว่าง 18-55 ปี ไม่เป็นผู้ที่อยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์และหลังคลอดบุตรภายใน 1 ปี สม่ครใจในการให้ข้อมูลและสามารถอ่านหนังสือได้มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรเดเนียล (Daniel, 1995: 178) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 361 คน และเพื่อป้องกันความไม่ครบถ้วน และความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับคืน จึงเพิ่มจำนวนตัวอย่างร้อยละ 20 จากจำนวนตัวอย่างที่คำนวณได้ จะได้กลุ่มตัวอย่างเป็นแรงงานสตรีอย่างน้อย จำนวน 434 คน เมื่อสุ่มตัวอย่างตามระดับชั้น (stratified random sampling) และจับฉลากเลือกโรงงานประเภทขนาดใหญ่และขนาดกลางอย่างละ 1 โรงงาน เก็บจำนวนตัวอย่างโดยคัดเลือกแรงงานสตรีตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้กลุ่มตัวอย่างจากโรงงานขนาดใหญ่ 1 โรงงาน จำนวน 395 คนและกลุ่มตัวอย่างจากโรงงานขนาดกลางจำนวน 1 โรงงาน 49 คน รวม 444 คน คิดเป็น ร้อยละ 100

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามที่ได้จากการศึกษา

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องคำরা บทความ เอกสารวิชาการ วารสาร และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีทั้งหมด 12 ข้อคำถาม โดยมีตัวเลือกให้เลือกตอบ และเติมข้อความประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการทำงาน

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะซึมเศร้า The Center for Epidemiologic Studies-Depression scale (CES-D) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย เป็นแบบวัดภาวะซึมเศร้าของบุคคลทั่วไปและผู้ป่วย เป็นเครื่องมือที่พัฒนาและดัดแปลงโดย วิลโล คูปตันริตติชัยกุล และพนม เกตุมาน(2540) ประกอบด้วยคำถามที่เกี่ยวกับพฤติกรรม ความรู้สึก อารมณ์ต่างๆ จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามเชิงลบ 16 ข้อคำถามเชิงบวก 4 ข้อ โดยแบ่งเป็น 4 ด้านใหญ่ๆ คือ วัดความรู้สึกด้านซึมเศร้า 7 ข้อ ความรู้สึกด้านดี 4 ข้อ วัดอาการทางกาย 7 ข้อ และวัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอื่นอีก 2 ข้อ เป็นการตอบแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ (4 ตัวเลือก) โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งฉบับ (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.89

ส่วนที่ 3 แบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Life Stress Event) ฉบับปรับปรุง มีจำนวน 10 ข้อ โดยปรับปรุงจากงานวิจัยของ ธนวรรณ หมีรักษา(2552) ตามการศึกษาของ Spurgeon et al. (2001) ซึ่งพัฒนาเครื่องมือจากแบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตตามต้นฉบับของ Holmes & Rahe (1967) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบว่ามีหรือไม่มีเหตุการณ์นั้น โดยข้อคำถามแต่ละข้อได้จัดสเกลลำดับคะแนนระหว่าง 1 – 100 ระดับคะแนน 0 หมายถึงไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของเหตุการณ์ดังกล่าว ระดับคะแนน 100 หมายถึง การรับรู้ต่อเหตุการณ์ดังกล่าวว่ารุนแรงมากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัวโดยใช้แนวคิดสัมพันธภาพในครอบครัวของ Friedman(1992) และของ Morrow & Wilson(1961) ที่ รัตนา ลำราญใจ(2541) พัฒนาเป็นแนวทางในการศึกษา ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้ ด้านความรักและความห่วงใยอาหาร จำนวน 12 ข้อ ด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว จำนวน 6 ข้อ ด้านการเคารพซึ่งกันและกัน จำนวน 9 ข้อ ด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน จำนวน 6 ข้อ ลักษณะข้อคำถามมีคำตอบให้เลือกตอบในลักษณะมาตราประมาณค่าของลิเคิร์ตสเกล 5 ระดับ (5 ตัวเลือก) โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งฉบับ (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.97

ส่วนที่ 5 แบบวัด ERIQ ฉบับภาษาไทย (Thai - ERIQ) มีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยปรับจากแบบวัด ERIQ 23 คำถามของ อาภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร(2550) เหลือ 16 ข้อตามต้นฉบับของ Siegrist(2008) เป็นแนวทางในการวิจัยครั้งนี้ มีองค์ประกอบในการประเมิน 3 องค์ประกอบ ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ ดังนี้ ด้านการทุ่มเทในงาน (effort) จำนวน 3 ข้อ ด้านผลตอบแทนในงาน (reward) จำนวน 7 ข้อ และด้านความมุ่งมั่นต่องานมากเกินไป (overcommitment) จำนวน 6 ข้อ

การตอบคำถามของการรับรู้ตัวแปรการทุ่มเทในการทำงาน ผลตอบแทนและความมุ่งมั่นต่องานมากเกินไปเป็นแบบลิเคิร์ตสเกลที่เลือกตอบ 4 ระดับ (4 ตัวเล็ก) โดยตอบตามความคิดเห็นว่าเห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัด (Cronbach's Alpha) ด้านการทุ่มเทในงาน (effort) เท่ากับ 0.67 ด้านผลตอบแทนในงาน (reward) เท่ากับ 0.75 และด้านความมุ่งมั่นต่องานมากเกินไป (overcommitment) เท่ากับ 0.83

การคิดคะแนนและการแปลผลการทุ่มเทในการทำงานและผลตอบแทนจากงานไม่สมดุล (Effort-Reward Imbalance) จากค่า ERI ratio (Effort-Reward Imbalance ratio) เพื่อประเมินความเสี่ยงของผลกระทบจากการทำงานกับภาวะสุขภาพ สามารถคำนวณได้จากการใช้คะแนนรวมของการทุ่มเทในการทำงาน (Effort) เป็นตัวตั้งและหารด้วยคะแนนรวมของผลตอบแทนจากงาน (Reward) คูณด้วยค่า 0.4285 (3/7) เพื่อปรับค่าคะแนนที่ได้จากจำนวนข้อคำถามที่ไม่เท่ากัน ดังสมการ

$$\text{ERI ratio} = e / (r \cdot c)$$

โดย e = คะแนนรวมของการทุ่มเทในการทำงาน (Effort)

r = คะแนนรวมของผลตอบแทนจากงาน (Reward)

c = ค่า 0.4285 (3/7)

การแปลผล ค่าที่ได้มากกว่า 1 แปลผลได้ว่าเป็นการรับรู้ภาวะไม่สมดุลของการทุ่มเทในการทำงานและผลตอบแทนจากงานซึ่งจัดว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดผลเสียต่อสุขภาพ ส่วนค่าที่ได้หากมีค่าน้อยกว่า 1 แปลผลได้ว่าเป็นกลุ่มที่ยังไม่มีความเสี่ยง ส่วนค่าเท่ากับ 1 แปลผลได้ว่าเป็นกลุ่มที่เริ่มมีความเสี่ยง

ส่วนที่ 6 แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม Personal Resource Questionnaire (PRQ 85) จำนวน 25 ข้อ โดย Brant & Weinert (1981) สร้างตามแนวความคิดของ Weiss (1974) ซึ่งแบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการได้รับความรักใคร่ผูกพัน (provision for attachment/intimacy) จำนวน 5 ข้อ ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (social integration) จำนวน 5 ข้อ ด้านการได้ช่วยเหลือผู้อื่น

ประโยชน์แก่บุคคลอื่น (opportunity for nurturance) จำนวน 5 ข้อ ด้านการได้รับการยอมรับและการเห็นคุณค่าในตนเอง (reassurance of worth) จำนวน 5 ข้อ และด้านการได้รับความช่วยเหลือหรือคำแนะนำ (assistance/guidance) จำนวน 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามมีคำตอบให้เลือกตอบในลักษณะมาตราประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert Scale) 7 ระดับ โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัด (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.93

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการ ดังนี้

ประสานงานกับกรมโรงงานเพื่อขอข้อมูลแรงงานสตรีทั้งหมดในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาประมาณประชากร คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง สุ่มเลือกโรงงานแล้วนำหนังสือขอความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลพร้อมกับเอกสารการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรองเลขที่ MUPH2010-074 รหัสโครงการ 5/2553 เสนอต่อรองผู้จัดการฝ่ายบริหารเพื่อพิจารณาการเก็บข้อมูลวิทยานิพนธ์ ซึ่งโรงงานอุตสาหกรรมตอบรับการวิจัยโดยให้ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของโรงงานเพื่อให้เป็นผู้ช่วยวิจัยในครั้งนี้

ผู้วิจัยประสานงานกับผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ฝ่ายบริหาร ที่ได้รับมอบหมายจากโรงงานให้ประสานงานกับผู้วิจัยเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างโดยคัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกที่ดี และสมัครใจโดยให้ผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่แนะนำตัวเพื่อสร้างสัมพันธภาพและอธิบายโครงการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการวิจัย โดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบทุกข้ออย่างครบถ้วน และเปิดโอกาสให้แรงงานสตรีซักถามในสิ่งที่ไม่เข้าใจได้ตลอดเวลา โดยที่ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลได้ต่อเมื่อแรงงานสตรียินดีให้ความร่วมมือและลงนามในเอกสารยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรในการเข้าร่วมการวิจัยอธิบายการตอบแบบสอบถามซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะใช้เวลา 30 - 45 นาที ซึ่งแรงงานสตรีสามารถนำแบบสอบถามไปทำในช่วงเวลาที่สะดวกหรือนำกลับไปทำที่บ้านได้ หลังจากนั้นให้แรงงานสตรีนำกลับมาส่งคืนตามช่วงวัน เวลา สถานที่ที่กำหนดประมาณ 2 อาทิตย์ โดยที่ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะไม่ได้พบกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้ช่วยวิจัยนำกล่องตอบรับแบบสอบถามที่ได้รับคืนจากผู้ยินยอมส่งคืนให้แก่ผู้วิจัย ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยจะใช้วิธีลงรหัสไม่ระบุชื่อของผู้ให้ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. สถิติพรรณนาได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล (อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ส่วนตัว สถานภาพสมรส และโรคประจำตัว) โดยใช้สถิติพรรณนาในรูปของค่าแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ค่ามัธยฐานและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติวิเคราะห์ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล (อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ส่วนตัว สถานภาพสมรส และโรคประจำตัว) ปัจจัยด้านครอบครัว (สัมพันธภาพในครอบครัว และความเพียงพอของรายได้ครอบครัว) ปัจจัยด้านสังคม (เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และแรงสนับสนุนทางสังคม) และปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน (การทุ่มเทในงาน ผลตอบแทนในงาน ความมุ่งมั่นต่องานมากเกินไป การทุ่มเทในการทำงานและผลตอบแทนจากการทำงานไม่สมดุล) กับภาวะซึมเศร้าโดยใช้สถิติไคร์ – สแควร์
3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติถดถอยลอจิสติก

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านบุคคลของแรงงานสตรีพบว่า แรงงานสตรีส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 40 – 49 ปี เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 45) โดยมีอายุเฉลี่ย 38 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98) และจบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 81) มีสถานภาพสมรสคู่เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 45) แรงงานสตรีส่วนใหญ่มีรายได้ส่วนตัวต่อเดือน < 10,000 บาท (ร้อยละ 72) โดยมีรายได้ส่วนตัวเฉลี่ย 9,286 บาท มีรายได้ส่วนตัวไม่พอใช้ไม่เหลือเก็บน้อยกว่าครึ่งเล็กน้อย (ร้อยละ 42) ส่วนด้านข้อมูลด้านสุขภาพของแรงงานสตรีพบว่า ประมาณ 2 ใน 3 ของแรงงานสตรีไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 64) ส่วนใหญ่ไม่มียาที่รับประทานเป็นประจำตามแผนการรักษาของแพทย์ (ร้อยละ 88) และไม่มีอาการที่รับประทานเป็นประจำนอกเหนือการรักษาของแพทย์ (ร้อยละ 98) ข้อมูลด้านการทำงานพบว่าแรงงานสตรีส่วนใหญ่ทำงานเป็นกะ ทำงานหมุนเวียนทุกกะ ร้อยละ 91 ส่วนใหญ่มีชั่วโมงการทำงาน 12 ชั่วโมง/วัน และทำงานล่วงเวลา 6 วัน/สัปดาห์ โดยมีชั่วโมงการทำงานล่วงเวลาเฉลี่ย 4 ชั่วโมง/วัน (ร้อยละ 92) ส่วนระยะเวลาการทำงานในโรงงานแห่งนี้พบว่า แรงงานสตรีทำงานในโรงงานมาแล้วในช่วงระยะเวลา 6 – 10 ปี (ร้อยละ 26) โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยของการทำงานในโรงงาน 12 ปี

ปัจจัยด้านกรอบครัวของแรงงานสตรีพบว่า แรงงานสตรีมีรายได้เฉลี่ยของกรอบครัว ในช่วง 10,001-20,000 บาทมากที่สุด (ร้อยละ 37) โดยมีรายได้เฉลี่ยของกรอบครัว 16,703 บาท และมีรายได้พอใช้ไม่เหลือเก็บมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38 ส่วนข้อมูลด้านกรอบครัวพบว่าแรงงานสตรีมีสัมพันธภาพในกรอบครัวโดยรวมค่อนข้างดี ($\bar{X} = 3.2$, $SD = 0.8$) มีเพียงด้านเดียวที่พบว่าสัมพันธภาพค่อนข้างไม่ดีคือด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในกรอบครัว ($\bar{X} = 2.8$; $SD = 0.9$)

ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน พบแรงงานสตรี ร้อยละ 43.7 มี (194 คน) ที่มีอัตราส่วนของการทุ่มเทในงานและผลตอบแทนจากงานไม่สมดุล (Effort – Reward Imbalance ; ERI ratio > 1) ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.22 โดยมีค่าต่ำสุด – สูงสุด (1.00 - 2.14) ส่วนตัวแปรด้านการทุ่มเทในการทำงานพบว่าอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูงใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 42 และร้อยละ 41) ด้านผลตอบแทนจากการทำงานพบว่าเกือบครึ่งหนึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 46) และมากกว่า 1 ใน 3 เล็กน้อยมีผลตอบแทนจากการทำงานอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 35) และด้านความมุ่งมั่นต่องานมากเกินไปพบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของแรงงานสตรีมีความมุ่งมั่นต่องานมากเกินไปอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 46) ส่วนระดับปานกลางและระดับต่ำอยู่ในช่วงใกล้เคียงกันคือร้อยละ 28 และร้อยละ 26 ตามลำดับ

ปัจจัยด้านสังคมจากการสอบถามพบว่าเหตุการณ์สำคัญในชีวิตของแรงงานสตรี ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา มีแรงงานสตรีมากกว่าครึ่งเล็กน้อยเกิดเหตุการณ์เครียดในชีวิต (ร้อยละ 54.5) โดยเหตุการณ์ที่แรงงานสตรีประสบมากที่สุดคือเหตุการณ์คนใกล้ชิดในครอบครัวเสียชีวิตกะทันหัน ร้อยละ 25.5 รองลงมาคือคนใกล้ชิดในครอบครัวเจ็บป่วยเป็นโรครุนแรงอย่างกะทันหัน ร้อยละ 24.8 โดย 2 ใน 3 มีผลรวมของการเกิดเหตุการณ์สำคัญในชีวิตอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 66) และมีการรับรู้ระดับความรุนแรงของการเกิดเหตุการณ์สำคัญในชีวิตอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 86) ข้อมูลด้านแรงสนับสนุนทางสังคมของแรงงานสตรีรายด้านและโดยรวม พบว่า แรงงานสตรีมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 122.9$, $SD = 16.2$) เมื่อแยกรายพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมทุกด้านมีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงสุดคือด้านการได้ช่วยเหลือเอื้อประโยชน์แก่บุคคลอื่น ($\bar{X} = 25.8$, $SD = 3.8$) ส่วนด้านที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยที่สุดคือด้านการได้รับความช่วยเหลือหรือคำแนะนำ ($\bar{X} = 23.8$, $SD = 3.9$) จากการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของแรงงานสตรีด้วยแบบวัดภาวะซึมเศร้า (CES-D) จำแนกตามภาวะของโรคพบว่าแรงงานสตรีมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 29 และส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 71

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงานและปัจจัยด้านสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์

จากการวิเคราะห์ผลการวิจัยด้วย Bivariate Analysis (chi-square test) พบว่าปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงานและปัจจัยด้านสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ที่ระดับนัยความเชื่อมั่น $p < 0.05$ ทุกด้าน ดังต่อไปนี้ (ตาราง 1)

ปัจจัยด้านบุคคล พบว่าแรงงานสตรีที่มีความเพียงพอของรายได้ส่วนตัวไม่พอใช้มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (OR 1.82, 95% CI : 1.17 – 2.82) ส่วน อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยด้านครอบครัว พบว่า ความเพียงพอของรายได้ส่วนตัวไม่พอใช้และสัมพันธ์ภาพที่ไม่ดี/ค่อนข้างไม่ดี มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (OR 1.91, 12.80 ; 95% CI : 1.21 – 3.02, 6.55 – 25.00) ตามลำดับ

ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงานพบว่า การทุ่มเทในงานสูง ผลตอบแทนจากงานต่ำ และความมุ่งมั่นต่องานมากเกินไปสูง มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (OR 2.43, 3.63, 2.70 ; 95% CI : 1.28-4.61, 1.88 – 6.99, 1.57 - 4.65) ส่วนการทุ่มเทในงานและผลตอบแทนจากงานไม่สมดุลไม่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยด้านสังคมพบว่าแรงงานสตรีที่มีจำนวนครั้งของการเกิดเหตุการณ์เครียดในชีวิตระยะ 6 เดือนที่ผ่านมาในระดับสูงและมีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ (OR 2.62, 15.46; 95% CI : 1.37 – 5.01, 6.05 - 39.46) มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์

เมื่อนำปัจจัยด้านบุคคล(ความเพียงพอของรายได้ส่วนตัว) ปัจจัยด้านครอบครัว (สัมพันธ์ภาพในครอบครัว)และปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน(การทุ่มเทในงาน, ผลตอบแทนจากงานและการมุ่งมั่นต่องานมากเกินไป)และปัจจัยด้านสังคม(เหตุการณ์เครียดในชีวิตและแรงสนับสนุนทางสังคม) ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่ระดับความเชื่อมั่น $p \leq 0.05$ จำนวน 7 ตัวแปร ซึ่งผ่านการวิเคราะห์ด้วยสถิติแบบ Bivariate Analysis (Chi-square test) มาศึกษาความสัมพันธ์ที่มีต่อตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้า โดยวิธี Logistic Regression Analysis โดยควบคุมตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว และการทุ่มเทในการทำงานและผลตอบแทนจากงานไม่สมดุล ผลการวิเคราะห์ พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลที่ระดับความเชื่อมั่น $p \leq 0.05$ ได้แก่ สัมพันธ์ภาพในครอบครัว ผลตอบแทนจากงาน และแรงสนับสนุนทางสังคม (ดูตาราง 1)

ปัจจัยด้านครอบครัว พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี/ค่อนข้างไม่ดี และค่อนข้างดี มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 5.83 เท่า และ 2.22 เท่า (95 % CI : 2.66 - 12.79 และ 1.15 - 4.29) ตามลำดับ เมื่อเทียบกับผู้ที่สัมพันธภาพในครอบครัวดี

ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน ได้แก่ ด้านผลตอบแทนจากการทำงานระดับต่ำ มีโอกาสเสี่ยง 2.58 เท่า (95 % CI : 1.09 - 5.53) เมื่อเทียบกับผู้ที่มีผลตอบแทนจากการทำงานระดับสูง

ปัจจัยด้านสังคม พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ จะมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 4.63 (95 % CI 1.60 - 13.40) เมื่อเทียบกับผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง ตามลำดับ

ตาราง 1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของแรงงานสตรีภาคสาธารณสุขอิเล็กทรอนิกส์ (Logistic Regression Analysis)

ตัวแปร	Crude		Adjusted ^a	
	OR	95% CI of OR	OR	95% CI of OR
ความเพียงพอของรายได้ส่วนตัว				
เพียงพอ	1.82**	1.17 – 2.82	1.08	0.63 - 1.85
ไม่เพียงพอ	1		1	
สัมพันธภาพในครอบครัว				
ไม่ดี/ค่อนข้างไม่ดี	12.80 ***	6.55 – 25.00	5.83***	2.66 - 12.79
ค่อนข้างดี	3.49	1.97 – 6.20	2.22**	1.15 – 4.29
ดี	1		1	
การทุ่มเทในงาน				
สูง	2.43 **	1.28-4.61	1.84	0.84 - 4.04
ปานกลาง	1.42	0.74-2.73	1.23	0.57 – 2.67
ต่ำ	1		1	
ผลตอบแทนในงาน				
ต่ำ	3.63 ***	1.88 – 6.99	2.58 **	1.20 - 5.53
ปานกลาง	1.55	0.80 – 2.99	1.38	0.65 – 2.96
สูง	1		1	

Note. OR, odds ratio; CI, confidence interval * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

ตาราง 1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของแรงงานสตรีภาคสาหรรมอิเล็กทรอนิกส์
(Logistic Regression Analysis) (n = 444) (ต่อ)

ตัวแปร	Crude		Adjusted ^a	
	OR	95% CI of OR	OR	95% CI of OR
การมุงมั่นต่องานมากเกินไป				
สูง	15.24	5.97 - 8.93	1.63	0.83 - 3.19
ปานกลาง	4.37	1.82 - 10.47	0.96	0.46 - 1.97
ต่ำ	1		1	
เหตุการณ์เครียดในชีวิต				
สูง	2.62 ***	1.37 - 5.01	1.59	0.74 - 3.44
ปานกลาง	1.93	1.20 - 3.10	1.56	0.89 - 2.73
ต่ำ	1		1	
แรงสนับสนุนทางสังคม				
ต่ำ	15.24	5.97 - 8.93	4.63**	1.60 - 13.40
ปานกลาง	4.37	1.82 - 10.47	2.31	0.90 - 5.91
สูง	1		1	

Note. OR, odds ratio; CI, confidence interval * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้พบว่า ภาวะซึมเศร้าของแรงงานสตรีจำแนกตามภาวะของโรคพบว่า แรงงานสตรีส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 71.2 และมีภาวะซึมเศร้ามากกว่า 1 ใน 4 ของแรงงานสตรีเล็กน้อย (ร้อยละ 28.8)

เมื่อพิจารณาการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมาจากการสำรวจความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย ปี 2546 พบว่า เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 3 การศึกษาของผู้วิจัยในครั้งนี้มีความชุกมากกว่าในระดับประเทศ แต่น้อยกว่าระดับชาติของปัญหาสุขภาพจิตแรงงานในสถานประกอบการขนาดกลาง ของ พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ (2547) ซึ่งพบความชุกของภาวะซึมเศร้าค่อนข้างสูงในแรงงานสตรี คือ ประมาณร้อยละ 35.5 มากกว่าการศึกษาของอาทรทิพย์ บัวเพ็ชร (2550) ที่พบว่า แรงงานสตรีกลุ่มพนักงานตัดเย็บ

เสื้อผ้าในประเทศไทย มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 18.7 เหตุผลที่พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีมากกว่าผลการศึกษาความชุกในคนไทย ปี 2546 อาจเนื่องมาจากผู้ที่ใช้แรงงานภาคอุตสาหกรรม มีปัจจัยหลายประการที่ส่งผลต่อปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น ลักษณะงาน ระบบการทำงานเป็นกะ การทำงานล่วงเวลา การผลิตสินค้าจำนวนมากตามความต้องการของลูกค้า มีสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการทำงาน การอยู่ในสถานที่ที่จำกัด เป็นต้น ซึ่งแตกต่างจากคนทั่วไปที่ไม่ต้องทำงานในโรงงาน ถูกจำกัดจากสภาพแวดล้อมภายนอก ทำงานแข่งกับเวลาเพื่อให้ได้ผลลัพท์ตามที่ต้องการ มีอิสระในการทำงาน ทั้งนี้อาจเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งผลให้แรงงานภาคอุตสาหกรรมมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าคนทั่วไป จากผลทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพในสถานประกอบการ 2 การศึกษา พบว่า การศึกษาครั้งนี้พบภาวะซึมเศร้ามากกว่าแรงงานสตรีโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้า ซึ่งมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 18.7 ทั้งนี้อาจเนื่องจากสภาพงานตัดเย็บเสื้อผ้าซึ่งมีรูปแบบการผลิตชิ้นงานที่แน่นอนเป็นขั้นตอน ทำให้ไม่เกิดความยุ่งยากในการทำงานมากนัก อาจทำให้แรงงานสตรีตัดเย็บเสื้อผ้าคิดว่าการทำงานที่ทำอยู่นี้ไม่ได้กดดันมากนัก เมื่อเกิดปัญหาอาจถูกมองว่าเป็นเรื่องธรรมดาที่สามารถเกิดขึ้นได้ในที่ทำงานและสามารถปรับตัวได้ ซึ่งแตกต่างจากสภาพงานอิเล็กทรอนิกส์ มีการควบคุมกฎระเบียบในโรงงานอุตสาหกรรมอย่างเคร่งครัด ลักษณะงานต้องใช้เทคโนโลยีสูงในการผลิตและมีความทันสมัย มีการควบคุมสภาพแวดล้อมในการทำงาน อันได้แก่ ฝุ่น ความชื้น และกระแสไฟฟ้าสถิตย์ เป็นต้น มีกฎระเบียบในการทำงานทั้งการแต่งกายในชุดพนักงานที่รัดกุมเมื่อต้องทำงานในห้องที่มีการควบคุมสภาพแวดล้อม (Clean Room) ใช้สายตาทำงานกับชิ้นงานทำให้ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อตาได้ แต่พบว่ามีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าการศึกษาในสถานประกอบการขนาดกลางของพรเทพ ศิริวนารังสรรค์และคณะ (2547) ซึ่งภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 35.5 อาจมีสาเหตุเนื่องจากลักษณะงานมีความกดดันมากกว่า แรงงานสตรีต้องทำงานแข่งกับเวลาทำงานซ้ำๆ ในระบบสายพาน แข่งกับเครื่องจักร ไม่มีเวลาหยุดพัก อีกทั้งต้องทำงานล่วงเวลา ไม่สามารถปรึกษาปัญหาที่มีอยู่ในขณะการทำงานจึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงกว่าแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์

จากผลภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับแรงงานสตรี จึงมีความสำคัญเนื่องจากเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในภาคอุตสาหกรรมของประเทศก่อให้เกิดการกระตุ้นเศรษฐกิจในภาพรวม หากไม่ได้รับการแก้ไขในทางที่ถูกต้องเหมาะสม นอกจากจะมีผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการทำงานของบุคคลและองค์กรแล้ว อาจเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงาน ลาป่วย ขาดงาน ส่งผลทำให้ผลิตสินค้าได้ลดลง นอกจากนี้อาจส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน สัมพันธภาพในครอบครัว สังคมและประเทศชาติ เนื่องจากพนักงานถือว่าเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่า เมื่อพนักงานมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและมีสุขภาพจิตดีก็จะทำให้มีศักยภาพและมีความสามารถในการ

ทำงานมาก สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเต็มความสามารถ มีความสุขกับการทำงาน ประสิทธิภาพและประสิทธิภาพของงาน ย่อมสูงตามไปด้วย ได้ผลผลิตที่มีคุณภาพตอบสนองต่อความต้องการและเป็นที่พึงพอใจของลูกค้าและผู้รับบริการ

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล พบว่า ความเพียงพอของรายได้ส่วนตัวไม่พอใช้มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานสตรีที่ปฏิบัติงานในอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่วางไว้ สอดคล้องกับการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ (รัชนิกร อุปเสน, 2541 ; Stewart et al., 2004) ที่พบว่าความเพียงพอของรายได้ส่วนตัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อาจเนื่องมาจากรายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้และมีผลในการตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล ทำให้เกิดมีความสุขในชีวิต เป็นตัวกำหนดความพึงพอใจในชีวิต ความเพียงพอของรายได้จึงเป็นอีกเหตุปัจจัยหนึ่งซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพของแรงงานสตรี

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัว พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวที่ไม่ดี/ค่อนข้างไม่ดีและความเพียงพอของรายได้ครอบครัวไม่พอใช้มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานสตรีที่ปฏิบัติงานในอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่วางไว้ อาจเนื่องมาจาก แรงงานสตรี ขาดการใช้เวลาในการอยู่ร่วมกันขาดการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว ทำให้ขาดปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันและเมื่อเกิดปัญหาขึ้นมาไม่ได้รับการแก้ไขจึงทำให้เกิดสัมพันธภาพในครอบครัวที่มีปัญหาได้ ส่วนด้านความเพียงพอของรายได้ของครอบครัวไม่พอใช้ ผลการศึกษา พบว่า ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวไม่พอใช้ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานสตรีเนื่องจากความเพียงพอของรายได้ครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ชีวิตในครอบครัวส่งผลให้เกิดความสุขในชีวิตครอบครัว (จารุวรรณ เหมะธร และคณะ, 2540; รัชนิกร อุปเสน, 2541; พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ, 2547)

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน พบว่า การทุ่มเทในงานผลตอบแทนจากงานและการมุ่งมั่นต่องานมากเกินไปมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า มีเพียงด้านเดียวคือการทุ่มเทในการทำงานและผลตอบแทนจากงานไม่สมดุลที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งผลการวิจัยได้แสดงให้เห็นถึงความสอดคล้องและความแตกต่างการศึกษาที่ผ่านมาจากการทบทวนความสัมพันธ์แนวคิดด้านการทุ่มเทในการทำงานและด้านผลตอบแทนจากงานไม่สมดุล ผู้วิจัยมักพบว่าองค์ประกอบย่อยทุกตัวได้แก่ การทุ่มเทในงาน ด้านผลตอบแทนในงานและด้านการมุ่งมั่นต่องานมากเกินไป และด้านการทุ่มเทในการทำงานและด้านผลตอบแทนจากงานไม่สมดุลจะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (อาภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร, 2550 ; siegrist, 2008 ; Kikushi et al., 2009)

การศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องกับแนวคิดทุกองค์ประกอบยกเว้นด้านการทุ่มเทในการทำงานและด้านผลการตอบแทนจากงานไม่สมดุลเพียงด้านเดียวที่ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอาจมีสาเหตุเนื่องจากการรับรู้ของแรงงานสตรีและพฤติกรรมต่อสภาพแวดล้อมทางสังคมที่มีผลต่อการทำงานเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากมีปัจจัยอื่นด้านสังคมเข้ามากระทบ โดยเฉพาะในบริบทด้านเศรษฐกิจของประเทศไทย ที่ส่งผลกระทบต่ออุตสาหกรรมในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในกลุ่มโรงงานอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์มากที่สุด ในช่วงปลายปี 2551 เกิดภาวะเศรษฐกิจโลกตกต่ำ ยอดการสั่งผลิตจากต่างประเทศลดน้อยลง ทำให้โรงงานบางส่วนในกลุ่มอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ต้องปิดกิจการลง หรือปรับตัวเพื่อให้กิจการอยู่รอดโดยการปลดพนักงานทำให้เกิดปัญหาการว่างงานมากขึ้น แต่แรงงานสตรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างไม่เกิดผลกระทบปัญหาการตกงาน แต่มีพนักงานบางส่วนที่ได้รับการประเมินและต้องถูกปลดออกจากงานเพื่อไม่ให้โรงงานต้องปิดกิจการลง ทำให้เกิดภาระงานที่มากขึ้นกับแรงงานสตรีที่ได้รับการประเมินให้ทำงานต่อและต้องทำงานหนักมากขึ้นแต่ได้รับผลตอบแทนเท่าเดิม เหตุผลข้อนี้อาจเป็นเงื่อนไขของการชดเชยทางสังคมที่ทำให้แรงงานสตรีคิดว่าถึงแม้ต้องทุ่มเทในงานมากขึ้นแต่ยังคงมีงานทำต่อไป ซึ่งถือว่าเป็นการปรับตัวยอมรับกับสภาพของปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ ถึงแม้ต้องทำงานหนักแต่มีรายได้ลดลงหรือเท่าเดิม ยังดีกว่าสูญเสียรายได้ไปอย่างถาวร โดยมีเงื่อนไขของความมั่นคงในงานที่ยังคงอยู่ต่อไป

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคมพบว่าเหตุการณ์เครียดในชีวิตและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า พบว่า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานสตรีที่ปฏิบัติงานในอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่วางไว้ โดยพบว่าเหตุการณ์ที่แรงงานสตรีประสบมากที่สุดคือเหตุการณ์คนใกล้ชิดในครอบครัวเสียชีวิตกะทันหัน รองลงมาคือคนใกล้ชิดในครอบครัวเจ็บป่วยเป็นโรครุนแรงอย่างกะทันหัน ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าเมื่อบุคคลเกิดการสูญเสียหรือเหตุการณ์ใดที่มีผลกระทบต่อตัวบุคคลย่อมทำให้บุคคลเกิดกระบวนการปรับตัวก่อนการยอมรับกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นซึ่งได้แก่ภาวะซึมเศร้า(มณีกานต์ สุภาส, 2551 ; สุทธนันท์ ชุนแจ่ม, 2551 ; ธนวรรณ พยุงผล, 2545) ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานสตรีที่ปฏิบัติงานในอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่วางไว้ เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถป้องกันความเครียดที่เกิดจากเหตุการณ์เครียดในชีวิตหรือช่วยลดระดับความรุนแรงของภาวะเครียดที่เกิดขึ้นกับบุคคลได้ หากมีแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยป้องกันปัญหาที่มากกระทบต่อจิตใจ ทำให้บุคคลมีที่ปรึกษาที่ไว้วางใจสามารถปรึกษาได้ในยามทุกข์ใจ การศึกษาที่ผ่านมาทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่า ปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดใน

ชีวิตเป็นการสะท้อนว่าเหตุการณ์ความเครียดไม่ว่าระดับของความรุนแรงจะเป็นอย่างไรหากแต่เมื่อเกิดกับบุคคลย่อมก่อให้เกิดผลกระทบที่ตามมาได้เช่นเดียวกันเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Brown & Harris, 1978 ; Cohen & Wills, 1985 ; Parry, 1986 ; Beeber, 1996 ; Baba, Galperin, & Lituchy , 1999)

ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน และปัจจัยด้านสังคม ที่อาจส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมพบว่ามี 3 กลุ่มปัจจัย ซึ่งได้แก่ ปัจจัยด้านครอบครัว(สัมพันธภาพในครอบครัว) ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน (ผลตอบแทนในงาน) และปัจจัยด้านสังคม (แรงสนับสนุนทางสังคม) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของแรงงานสตรีได้ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 สอดคล้องกับแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคม (Ecological model of Health behavior) ซึ่งกล่าวถึงอิทธิพลจากสภาพแวดล้อมที่อยู่รอบๆ ตัวบุคคล ซึ่งมีหลายระดับ ล้วนส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพจากสภาพแวดล้อมทางสังคมที่บุคคลดำเนินชีวิตอยู่และมีปฏิสัมพันธ์ไม่ทางตรงก็ทางอ้อมกับสภาพแวดล้อมของตนอยู่เสมอ การศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ของแรงงานสตรีที่เกิดจากปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงานและปัจจัยด้านสังคม ล้วนส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของแรงงานสตรี อาจมีสาเหตุเนื่องจากปัจจัยด้านครอบครัวมีอิทธิพลต่อการหล่อหลอมทางบุคลิกภาพ คุณลักษณะของบุคคล มีการถ่ายทอดค่านิยมและความรู้สึกนึกคิดของแรงงานสตรีจากการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันโดยการเข้าไปมีบทบาทภาระหน้าที่และความรับผิดชอบในฐานะสมาชิกของครอบครัวร่วมกัน การที่บุคคลทำบทบาทหน้าที่ในด้านครอบครัวบกพร่องไปอาจนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ส่วนปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงานมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะเศร้าอาจมีสาเหตุเนื่องจากช่วงวัยทำงานของแรงงานสตรี ส่วนใหญ่อยู่ในสถานที่ทำงาน ต้องพบกับสภาพความกดดันในการทำงาน ความรับผิดชอบต่องาน แต่ผลตอบแทนจากงานไม่เป็นไปตามความคาดหวัง ส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากหลังภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ แรงงานสตรีบางส่วนอาจได้รับการประเมินให้ถูกปลดออกจากงาน เพื่อไม่ให้โรงงานต้องปิดกิจการลง ทำให้เกิดภาระงานที่มากขึ้นกับแรงงานสตรีที่ได้รับการประเมินให้ทำงานต่อ อาจรู้สึกว่าไม่มี ความมั่นคงในการทำงานดังเดิม มีระบบการประเมินเข้ามาเกี่ยวข้อง ต้องทำงานหนักมากขึ้นแต่ได้รับผลตอบแทนเท่าเดิม เหตุผลข้อนี้ อาจทำให้ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงานมีอิทธิพลกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ส่วนปัจจัยด้านสังคมพบว่ามีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเนื่องจากสภาพแวดล้อมทางสังคมที่แรงงานสตรีต้องดำเนินชีวิตอยู่และมีปฏิสัมพันธ์ด้วยอยู่เสมอ ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลเมื่อต้องเผชิญกับความกดดันที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นการรับรู้เกี่ยวกับการให้และการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคม 5 ด้าน คือ ด้านการได้รับความรักใคร่ผูกพัน ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าใน

ตนเอง ด้านการได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการได้ช่วยเหลือเอื้อประโยชน์แก่บุคคลอื่นและด้านการได้รับการช่วยเหลือหรือคำแนะนำ แรงสนับสนุนทางสังคมนี้มีความสำคัญต่อการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยจะช่วยป้องกันและดูดซับความรุนแรงของการเกิดภาวะซึมเศร้าในช่วงที่บุคคลมีความเครียดในชีวิต เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองให้แก่บุคคล มีความเครียดลดลง ทำให้สามารถปรับตัวได้ถูกต้องเหมาะสม และนำไปสู่การมีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยที่ดี ส่วนปัจจัยด้านบุคคลไม่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อาจมีสาเหตุเนื่องมาจากแรงงานสตรีสามารถเผชิญปัญหาส่วนบุคคลและแก้ไขปัญหาค้นหาส่วนบุคคลได้ด้วยตนเอง แต่สิ่งแวดล้อมด้านครอบครัว ด้านการทำงานและด้านสังคมเป็นปัจจัยภายนอกที่ควบคุมได้ยากกว่าตนเองจึงไม่พบปัจจัยด้านบุคคลมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า

จากผลการศึกษา ผู้วิจัยสามารถสรุปข้อเสนอแนะเสนอผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้บริหารพยาบาลอาชีวอนามัย และแรงงานสตรี ดังนี้

1. ผู้บริหารหรือเจ้าของโรงงานควรนำข้อมูลเรื่องสัมพันธภาพในครอบครัวและผลตอบแทนจากงานที่เกี่ยวข้องกับรายได้ การได้รับการส่งเสริมในงานและความมั่นคงปลอดภัยในการทำงาน และแรงสนับสนุนทางสังคม ไปพิจารณาเป็นมาตรการต่างๆ ดังต่อไปนี้

1.1 ด้านสัมพันธภาพในครอบครัวที่พบว่าแรงงานสตรีส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ค่อนข้างดี จากการศึกษาพบว่าผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าคือผู้ที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี/ค่อนข้างไม่ดี และค่อนข้างดี ทั้งที่พบแรงงานสตรีส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่แสดงให้เห็นว่าสถานภาพสมรสไม่ได้เป็นข้อบ่งชี้ของคุณภาพชีวิตสมรสที่ดี ด้วยเหตุนี้ผู้บริหารควรมอบหมายหน้าที่ให้ฝ่ายบริหารงานบุคคลประสานงานกับทีมงานด้านสุขภาพจัดทำกิจกรรมเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวของแรงงานสตรี และทบทวนระยะเวลาการทำงานของแรงงานสตรี เนื่องจากพบว่าด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันแรงงานสตรีมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ค่อนข้างไม่ดี อาจเนื่องจากมาจากสาเหตุระยะเวลาการทำงานของแรงงานสตรีส่วนใหญ่อยู่ในที่ทำงานมากกว่าอยู่บ้าน ส่วนใหญ่ต้องทำงานเป็นกะและทำงานล่วงเวลา ทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวมีปัญหา หากมีเวลาในการอยู่ร่วมกันมากขึ้นหรือสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ ย่อมส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพจิตในแรงงานสตรี

1.2 ด้านผลตอบแทนจากงาน

- ด้านรายได้จากผลการวิจัยพบว่าแรงงานสตรีส่วนใหญ่ที่มีรายได้ไม่พอใช้มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ควรมีการพิจารณาผลตอบแทนจากงานในปัจจุบันที่เป็นไปได้และมีความเหมาะสม นอกจากนี้อาจรวบรวมนักที่มีภาวะหนี้สินในปัจจุบันและประสานงานกับธนาคารพาณิชย์หามาตรการเพื่อแบ่งเบาภาระหนี้สินของแรงงานสตรี หรือจัด

กิจกรรมเทคนิคการบริหารเงินให้แรงงานสตรีรู้จักการควบคุมรายรับ รายจ่าย เงินออม การทำบัญชี การกระจายความเสี่ยง เป็นต้น

- ด้านการเคารพยกย่องควรส่งเสริมผู้ที่ทำความดีให้เกียรติแรงงานสตรีควรได้รับการส่งเสริมจากผู้บริหารในการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดคุณค่าในแรงงานสตรี ในการแสดงความชื่นชม และการยอมรับนับถือจากหัวหน้างานเพื่อนร่วมงาน หรือผู้บริหาร เพื่อสร้างกำลังใจในการทำงาน

- ด้านความมั่นคงในการทำงานควรมีข้อตกลงและระบบการจ้างงานที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมให้แรงงานสตรีรับรู้ถึงความมั่นคงในการทำงานในสถานประกอบการ

- ด้านการส่งเสริมความก้าวหน้าในงานโดยพิจารณาถึงตำแหน่งงานในปัจจุบัน รวมถึงโอกาสของความก้าวหน้าในที่ทำงาน

1.3 สนับสนุนในการจัดกิจกรรมเพื่อเปิดโอกาสให้แรงงานสตรีได้มีโอกาสได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคมโดยจัดกิจกรรมที่ใช้เวลาร่วมกัน เช่น กีฬา การเขียนเขียนในแต่ละแผนก เป็นต้น

2. พยาบาลอาชีวอนามัย ควรตระหนักถึงสาเหตุเพื่อป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีและแก้ไขปัญหา ดังนี้

2.1 ควรคัดกรองภาวะซึมเศร้าร่วมกับการตรวจร่างกายประจำปีเพื่อเป็นการคัดกรองทั้งสุขภาพจิตและสุขภาพภายในขั้นต้นจะได้สามารถแก้ไขปัญหารายบุคคลในรายที่เป็นเริ่มแรกหรือส่งต่อผู้ที่มีภาวะเสี่ยงไปรักษาต่อไป

2.2 จัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตโดยนำผลการวิจัยใช้ในการวางแผนให้ความรู้ ให้คำแนะนำแก่แรงงานสตรี การจัดอบรมเกี่ยวกับเรื่องภาวะซึมเศร้า การประเมินตนเอง วิธีการแก้ไขปัญหา เพื่อให้แรงงานสตรีได้ทราบถึงสาเหตุและการแก้ไขโดยการทำความเข้าใจตนเอง รู้วิธีการแก้ปัญหาเหมาะสม

2.3 ควรเฝ้าระวังสุขภาพของแรงงานสตรีที่มีภาวะซึมเศร้าป้องกันปัญหาโดยควรมีการติดตามและประสานงานการกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากภาวะซึมเศร้าสามารถรักษาให้หายหากได้รับการรักษาและการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะซึมเศร้า

2.4 ควรเป็นผู้ให้คำปรึกษาโดยมีห้องให้คำปรึกษาที่เป็นส่วนตัว เปิดโอกาสให้แรงงานสตรีที่มีปัญหาขอรับคำปรึกษา เช่น ปัญหาสุขภาพจิต วิธีการสร้างคุณค่าแก่ตนเอง เพื่อให้แนวทางแรงงานสตรีระลึกตนว่าเป็นคนมีคุณค่า เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า

2.5 เสนอแนะแนวทางในการจัดโปรแกรมสานสัมพันธ์ในครอบครัว และเสริมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือทั้งภายใน และภายนอกโรงงาน เพื่อส่งเสริมป้องกันปัญหาภาวะสุขภาพจิต

3. แรงงานสตรี

3.1 ควรให้ความร่วมมือกับฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรม โดยการเข้าร่วมกิจกรรมอบรม ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับวิธีป้องกันหรือลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า ฝึกการผ่อนคลายเป็นระยะๆ ขณะปฏิบัติงานและเรียนรู้ในการปฏิบัติตนให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมงาน เป็นต้น

3.2 ควรเรียนรู้ทักษะในการจัดการปัญหา วิธีการเผชิญปัญหา การหาแหล่งสนับสนุน หากมีปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของแรงงานสตรี

3.3 ควรให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพในครอบครัวเพิ่มขึ้น โดยการแสดงออกที่สมาชิกภายในครอบครัวปฏิบัติต่อกัน มีส่วนร่วมในการกระทำสิ่งต่างๆร่วมกัน การได้รับการดูแลเอาใจใส่ ความรู้สึกของสมาชิกยอมรับซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะด้านการพักผ่อน หย่อนใจร่วมกัน เพื่อให้มีเวลาในการร่วมแบ่งประสบการณ์ความรู้สึกซึ่งกันและกัน เป็นต้น

3.4 ควรเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันบุคคลรอบๆ ข้าง เช่น การสนทนากันให้มากขึ้น เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการพบปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาของแต่ละบุคคล และจัดกิจกรรมร่วมกัน หรือเข้าร่วมกิจกรรมที่สถานประกอบการจัดขึ้นเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในสังคมปฏิบัติตนให้เป็นส่วนหนึ่งในสังคม เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสำคัญกับภาวะซึมเศร้าในแรงงานกลุ่มอุตสาหกรรม การผลิตให้ครอบคลุมทั่วประเทศ ทั้งโรงงานอุตสาหกรรมขนาดเล็ก ขนาดกลางและขนาดใหญ่ พร้อมทั้งเปรียบเทียบความแตกต่างของผลการศึกษาในโรงงานแต่ละขนาด

2. ควรศึกษาภาวะซึมเศร้าในช่วงวัยทำงานในกลุ่มแรงงานอื่นๆ เช่น แรงงานภาคบริการ แรงงานภาคเกษตรกรรม เนื่องจากเป็นกลุ่มแรงงานที่สำคัญของประเทศไทย

3. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติม เช่น บุคลิกภาพ บทบาททางเพศ เป็นต้น เพื่อเป็นการส่งเสริม ป้องกันภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีต่อไป

4. ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงานอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น นโยบายขององค์กร ความสามารถในการทำงาน สภาพแวดล้อมการทำงานและความพึงพอใจในการทำงาน เป็นต้น

5. ควรมีการนำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปศึกษาต่อในเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ความรู้เชิงคุณภาพเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าที่มีสาเหตุเนื่องมาจากการงาน



DEPRESSION INFLUENCING FACTORS AMONG FEMALE WORKERS IN THE ELECTRONICS INDUSTRY

SUPISARA CHAROENPAITON 5037512 PHPH/M

M.Sc. (PUBLIC HEALTH) MAJOR IN PUBLIC HEALTH NURSING

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SURINTORN KALAMPAKORN, Ph.D.
(NURSING), SOPIN SANGON, Ph.D. (NURSING), ANN JIRAPONGSUWAN,
Ph.D.(GLOBAL ENVIRONMENTAL HEALTH SCIENCES),
PRATANA SATIVIPAWEE, Ph.D. (PUBLIC HEALTH)

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance

Depression was being ranked as the top chronic health problems of the world population and the most important mental health problem (Murray & Lopez, 1996). World Health Organization (2001) estimated that in 2020 depressed patients would become the third health problem of the world and the burden on economic and society similarly to medical expenses of Cardiovascular disease. Female was more likely to have depression than male by 2:1 approximately (American Psychiatric Association, 2000; Piccinelli & Wilkinson, 2000). Depressed people would be introvert, face relationship problems, lack social support, and in the long term lose job and costs medical expenses. If such problems could not be solved, it would cause people to hurt themselves and commit a suicide (Boonyawongvirot et al, B.E. 2547). A previous foreign study revealed that there were many laborers having depression without receiving treatment, these could affect their work ability, sick leave, family relationships, and lifestyle (National Academy on an Aging Society, 2000).

Previous studies on depression in Thailand had been conducted in children, teenagers, menopause, postpartum women, older people, disabled people, and patients (Sripornsripret, 2001; Chirawatkul, B.E. 2546; Hematorm et al., B.E. 2539; Panyayong, B.E. 2545; Kanmas, B.E. 2538). However, there were no any studies conducted in working population especially female workers who tended to change their role from housewife to working woman. It was found that one-half of female workers working in the industrial sector. Main industry groups that contributed to high export value and were significant for economic development of the country were weaving industry and electronics industry (The National Statistical Office of Thailand, B.E. 2548). This was because the local economic structure had increasingly changed from agricultural sector to industry and service sector. About 80% of female workers belonged to manufacturing sector. Most of them had less education opportunity, came from rural families with low income, and had multiple burdens of workers supporting family's debts and meanwhile taking the role of mother and wife (Tonguthai, B.E. 2551).

Working in the electronics industry relied on advance technology. Employees had to wear special uniform to assure products quality. Parts inspection needed to be done neatly and carefully resulting in fatigue and pressure. For saving cost and fulfilling customers' demands, the industry had to have mass production, and employees had to work overtime for achieving required productivity resulting in lack of relationships with colleagues. Such factors caused female workers unable to avoid quality of life problems possibly affecting their physical, psychological, and social conditions (Pavayon, B.E. 2548 & Pheungkhoaksoong, S., B.E. 2551). Thus, the study on depression among female workers was likely to be a significant issue for responding to current changes and possible problems in the future.

According to the literature review, there were various factors related to depression. Most studies involved only personal factors, family factors, or psychosocial factors. They could not explain depression of women in every context of Thai society. Ecological model of Health behavior (Stokols, D., 1992, 1996) mentioned that multi-level of environments ranging from personal, interpersonal, and community always had the influence on people either directly or indirectly. Therefore, the researcher utilized Ecological Model of Health Behavior as a framework for

determining factors affecting depression at personal, interpersonal, organizational, and social level. Factors were divided into 4 groups: personal factors, family factors, psychosocial factors at work, and social factors respectively. Being a public health nurse focusing on occupational health who took role of promoting health and preventing occupational diseases, the researcher was interested in studying prevalence of depression and factors related to depression among female workers in the electronics industry. The finding of the study could be utilized for planning on how to launch the surveillance program on depression in female workers in order to reduce quality of life impact and medical expenses of the patients, families, society, and the nation.

Objectives

1. To explore the prevalence of depression in female workers in the electronics industry.
2. To examine the relationships between personal factors including age, education level, adequacy of income, marital status, personal illness, and depression among female workers in the electronics industry.
3. To examine the relationships among family factors including family relationships and adequacy of family income, and depression among female workers in the electronics industry.
4. To examine the relationships between psychosocial factors at work including effort, reward, overcommitment, effort-reward imbalance and depression among female workers in the electronics industry.
5. To examine the relationships among social factors including social support and crisis life event, and depression among female workers in the electronics industry.
6. To examine factors (personal factors, family factors, psychosocial factors at work, and social factors) influencing depression among female workers in the electronics industry.

Research methodology

Research design This study was a cross-sectional survey research.

Population The populations in this study were female operational workers in production department of electronics factories in Ayutthaya Province where most of electronics factories in the country located. The researcher selected the population working in large and medium factories due to its similar work environment and characteristics. Small factories were not included as there were few small factories and most of them were household industry with small workforces and did not enforce environmental regulations as in large and medium industries. Therefore, the population in this study consisted of 69 large electronics factories (workforces > 200 persons) including 31,861 female workers, and 42 medium factories (workforces = 1-200 persons) including 3,629 female workers.

Sample Inclusion criteria were operational employees aged from 18-55 years, not giving birth within the past 1 year, willing to provide information, being literate, and being conscious. The samples were calculated based on Daniel formula (Daniel, 1995: 178) being equivalent to 361 persons. To prevent incomplete returned questionnaires, the samples were increased by 20% resulting in at least 434 samples of female workers.

Sampling The samples were chosen by stratified random sampling. Drawing was done for selecting each of large and medium factories and chosen the samples by inclusion criteria in these factories resulting in 395 persons from a large factory and 49 persons from a medium factory. A total of 444 female workers (100%) were the subjects in this study.

Research instrument

Data were collected by self-administered questionnaire developed base on literature reviews with a total of 6 parts as below:

Part 1 Questionnaire on general information developed by the researcher contained 14 questions. There were multiple choices and fill in the blanks including

age, education level, Adequacy of income, marital status, congenital disease, and general information about working.

Part 2 The Center for Epidemiologic Studies-Depression scale (CES-D) (Thai version) was used for measuring depression of general people and patients developed and adapted by Kupniratsaikul, & Katumarn, (B.E. 2540). There were 20 questions about behaviors, feelings, and emotions comprising 16 negative questions and 4 positive questions. The questions mainly measured 4 aspects: depression (7 items), positive feelings (4 items), physical symptoms (7 items), and interpersonal relationship (2 items) with 4-level Likert scale (rarely or none of the time (Less than 1 day), some of a little of the time (1-2 days), occasionally or a moderate amount of the time (3-4 days), and most or all of the time (5-7 days)). Its reliability (Cronbach's Alpha) was at 0.89.

Part 3 Crisis Life Event (edited version) contained 10 questions adapted from the study of Meeraksa, (B.E. 2552) based on the study of Spurgeon et al (2001) developed from Stress Life Event scale of Holmes & Rahe (1967). The questions contained multiple choices of occurred events or no events. Scores of each item ranged from 1-100; 0 = non-perceived severity of events, and 100 = perceived most severity of events.

Part 4 Family Relationship Scale Form was developed based on the family relationship theory of Friedman (1992) and Morrow & Wilson (1961) by Sumranjai, (B.E. 2541) consisting of 4 aspects as follows: Love and care (12 items), family relaxation (6 items), mutual respect (9 items), and harmony (6 items). The questions contained multiple choices of 5-level Likert scale (select only 1 out of 5 choices). Its reliability (Cronbach's Alpha) was at 0.97.

Part 5 Thai – ERIQ contained 16 questions adapted from 23-question ERIQ of Buapetch, (B.E. 2550) resulting in 16 questions as same as the study of Siegrist (2008). There were 3 evaluated aspects containing 16 questions: effort (3 items), reward (7 items), and overcommitment (6 items).

The questions contained multiple choices of 4-level Likert scale (strongly agree, agree, disagree, and strongly disagree). Its reliability (Cronbach's Alpha) was at 0.67 for effort, 0.75 for reward, and 0.83 for overcommitment.

Score calculation and interpretation of effort and effort-reward imbalance from ERI ratio (Effort-Reward Imbalance ratio) for assessing health risks at work could be done as follows: Total scores of effort would be divided by total scores of reward and multiplied by 0.4285 (3/7) in order to adjust scores of unequal number of questions as following equation:

$$\text{ERI ratio} = e / (r * c)$$

e = total scores of effort

r = total scores of reward

c = 0.4285 (3/7)

Interpretation Score of more than 1 point represented perception on effort-reward imbalance and reward being considered as a group with health risks. Score of less than 1 point represented a non-risk group. Score of 1 point represented a group starting to be at risk.

Part 6 Personal Resource Questionnaire (PRQ 85) contained 25 questions developed by Brant & Weinert (1981) based on Weiss (1974) consisting of 5 aspects: provision for attachment/intimacy (5 items), social integration (5 items), opportunity for nurturance (5 items), reassurance of worth (5 items), and assistance/guidance (5 items). The questions contained multiple choices of 7-level Likert scale (strongly disagree, disagree, somewhat, disagree, neutral, somewhat agree, agree and strongly agree). Its reliability (Cronbach's Alpha) was at 0.93.

Data collection

The researcher coordinated with Department of Industry Works in asking for information of all female workers in Ayutthaya Province, estimated the population, calculated sample size, randomly chose factories, and submitted the data collection request letter along with the approval letter of Human Research Ethics Committee (certified document no. MUPH2010-074; project code 5/2553) to Deputy Managing

Director Administration for consideration. Then, the factories permitted the research request and assigned their officers to assist the researcher in this study.

The researcher coordinated with research assistants before collecting the data from the samples, introducing themselves for building relationships, explaining the project, and clarifying objectives, the right to accept or deny the research based on research participant advocacy. Research assistants had to completely explain about the study to the samples who were willing to participate in the project and allowed them to ask what they did not understand all the time. Research assistants collected the data when female workers signed the research consent form. The samples were informed about how to answer the questionnaires that required 30-45 minutes. Female workers filled in the questionnaires at their convenience time or at home. After that, they were requested to return the questionnaires within 2 weeks as stipulated. Research assistants would give the returned questionnaire box to the researcher, check data completeness, analyze the data by using statistical software package, and encoding without mentioning name of respondents.

Data analysis and statistics

Data analysis was made by using data statistical software package as follows:

1. Descriptive statistics for analyzing personal factors (age, education level, Adequacy of income, marital status, and congenital disease) included frequency distribution, percentage, mean, median, and standard deviation.
2. Analysis statistics were used for testing relationships between personal factors (age, education level, income, marital status, congenital disease), family factors (family relationship and Adequacy of family income), social factors (social support and stress life event), psychosocial at working condition factors (effort, reward, overcommitment, and effort-reward imbalance ratio), and depression by using Chi-square.
3. Predictability of depression was analyzed by using logistic regression analysis.

Results

1. General characteristics of the samples

According to the analysis, it was found that almost half of female workers aged between 40-49 years (45%) with an average age of 38 years. Most of them were Buddhist (98%), and graduated secondary level education (81%). Almost half of them were married (45%). Their monthly income was equal to < 10,000 baht (72%) with an average income of 9,286 baht. Less than half of them had adequacy income not enough (42%). As for their health status, it was found that about two third of female workers had no congenital disease (64%). Most of them had no regular medicine as treatment plan (88%), and had no other regular medicine than medical treatment (98%). Regarding their work, it was found that most female workers were shift workers, rotating every shift (91%). They mostly worked for 12 hours/day, and worked overtime for 6 days/week with an average overtime working for 4 hours/day (92%). As for working period in the industry, it was found that female workers had worked in the industry for 6-10 years (26%) with an average working period of 12 years.

In terms of their family, it was found that average income of their family was mostly equal to 10,001-20,000 baht (37%) with an average family income of 16,703 baht, and one-third of them had adequacy of income (38%). Overall family relationship was rather good ($\bar{X} = 3.2$, SD. = 0.8), and only one bad relationship belonged to family relaxation ($\bar{X} = 2.8$; SD. = 0.9).

Regarding psychosocial factors at work, it was found that 43.7% of female workers (194 persons) had effort-reward imbalance; ERI ratio > 1 with an average score of 1.22 (min. 1.00 and max. 2.14). Their effort was at a medium and a high level similarly (42% and 41%). Almost half of them had a medium level of reward (46%), and over one third of them had a low level of reward (35%). It was found that almost half of female workers had a high level of overcommitment (46%), followed by a medium and a low level (28% and 26% respectively).

It was found that more than half of female workers had faced stressful situations during the past 6 months (54.4%), the most frequent situation was sudden death of their family members (25.5%), followed by sudden severe illness of their

family members (24.8%), two third of them had a low level of critical events (66%), and had a low level of perceived severity of critical events (86%). As for overall and each aspect of social support, overall social support of female workers were at a medium level ($\bar{X} = 122.9$, $SD. = 16.2$). When considering each aspect, it was found that all aspects of social support were at a moderate level, the highest social support belonged to opportunity for nurturance ($\bar{X} = 25.8$, $SD. = 3.8$) whereas the lowest social support belonged to assistance/guidance ($\bar{X} = 23.8$, $SD. = 3.9$). According to the depression screening by CES-D classified by disease conditions, it was found that 29% of them had depression, and most of them had no depression (71%).

2. Relationships between personal factors, family factors, psychosocial at working condition factors, social factors, and depression among female workers in the electronics industry

According to Bivariate Analysis (chi-square test), it was found that all personal factors, family factors, psychosocial at working condition factors, and social factors were related to depression among female workers in the electronics industry with a statistical significance ($p < 0.05$) as follows (Table 1)

Few personal factors, it was found that insufficient income was related to depression among female workers (OR 1.82; 95% CI 1.17 – 2.82) whereas age, education level, marital status, and personal illness were not related to depression.

Family factors, it was found that poor relationship were related to depression (OR 1.91, 12.80; 95% CI 1.21 – 3.02, 6.55 – 25.00 respectively).

Regarding of psychosocial factors at work, it was found that effort, low reward, and overcommitment were related to depression (OR 2.43, 3.63, 2.70; 95% CI 1.28-4.61, 1.88 – 6.99, 1.57 - 4.65). Effort-reward imbalance was not related to depression.

Social factors, it was found that female workers who had often faced stressful situations during the past 6 months, and had low social support (OR 2.62, 15.46; 95% CI 1.37 – 5.01, 6.05 - 39.46) were related to depression.

3. Factors influencing depression among female workers in the electronics industry

When applying personal factors (adequacy of personal income, family factors (family relationships), psychosocial at working condition factors (effort,

reward, and overcommitment), and social factors (stress life event and social support) that were related to depression with a statistical significance ($p \leq 0.05$) totally 7 variables based on Bivariate Analysis (Chi-square test) to study the relationships with depression based on Multivariate Analysis (Logistic Regression Analysis) by controlling variables e.g. age, education level, marital status, congenital disease, and effort-reward imbalance, it was found that factors influencing depression with a statistical significance ($p\text{-value} \leq 0.05$) were family relationships, reward, and social support (Table 1).

Family factors, it was found that poor family relationships were at risk of depression by 5.83 and 2.21 times (95% CI 2.66 – 12.77 and 1.15 – 4.28) respectively when comparing with good family relationships.

Psychosocial factors at work, low reward was at risk of depression by 2.58 times (95% CI 1.09 - 5.51) when comparing with high reward.

Social factors, it was found that low social support was at risk of depression by 4.60 times (95% CI 1.59 – 13.33) when comparing with high social support.

Table 1 Factors influencing depression among female workers in the electronics industry (Logistic Regression Analysis)

Variable	Crude		Adjusted ^a	
	OR	95% CI of OR	OR	95% CI of OR
Adequacy of income				
enough	1.82**	1.17 – 2.82	1.08	0.63 - 1.85
not enough	1		1	
Family relationship				
poor	12.80 ***	6.55 – 25.00	5.83***	2.66 - 12.79
fair	3.49	1.97 – 6.20	2.21**	1.15 – 4.28
good	1		1	

Note. OR : odds ratio, 95% CI, confidence interval , * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Table 1 Factors influencing depression among female workers in the electronics industry (Logistic Regression Analysis) (cont.)

Variable	Crude		Adjusted ^a	
	OR	95% CI of OR	OR	95% CI of OR
Effort				
high	2.43 **	1.28-4.61	1.84	0.84 - 4.04
moderate	1.42	0.74-2.73	1.23	0.57 – 2.66
low	1		1	
Reward				
low	3.63 ***	1.88 – 6.99	2.58 **	1.20 - 5.53
moderate	1.55	0.80 – 2.99	1.38	0.65 – 2.96
high	1		1	
Overcommitment				
high	2.70 ***	1.57 - 4.65	1.63	0.83 - 3.19
moderate	1.09	0.58 – 2.05	0.96	0.46 – 1.97
low	1		1	
Stress life event				
High	2.62 ***	1.37 – 5.01	1.59	0.74 - 3.44
Moderate	1.93	1.20 – 3.10	1.56	0.89 – 2.73
Low	1		1	
Social support				
low	15.24***	5.97 - 8.93	4.63**	1.60 - 13.40
moderate	4.37	1.82 - 10.47	2.31	0.90 - 5.91
High	1		1	

Note. OR : odds ratio, 95% CI, confidence interval , * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Discussion

In this study, over one-fourth of female workers had depression (28.8%) when considering prevalence of depression in Thailand from the previous survey, it had more national level (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Public Health, B.E.2546). There are several factors that affect mental health problems in employee industrial sectors, such as, job, shift work, working overtime, customers requirements, environmental is not conducive to work and limit in place. Such conditions were different from other people working outside factories. Time restraint and limited workplace isolated from external environment might cause industrial workers to have higher depression than other people. According to the literature review on 2 studies related to health status in the enterprises, it was found that this study found higher depression than female workers in the weaving industry (18.7%) possibly because dressmaking was rather certain and step-by-step job without too many difficulties, so female workers in the weaving industry did not consider their job stressful. Problems were probably regarded as normal problems at work and workers could adjust themselves. Differently, the electronics industry enforced work rules strictly, applied high and modern production technology, controlled work environments such as dust, moisture, and static electricity, demanded tidy uniform when working in the clean room, and needed to use eyesight for working with work pieces resulting in eye pain. However, this study found less depression than the study in medium enterprises by Siriwanarangsana et al (B.E. 2547) revealing 35.5% of depression possibly because of more pressure at work. Female workers had a time restraint, repetitive, and speedy work of conveyor system with no break time, needed to work overtime, and could not consult their problems while working resulting in higher depression than female workers in the electronics industry.

Thus, depression of female workers was critical because these workers took a major role in the industrial sector of the country contributing to the stimulation of overall economic condition. If the problem was not solved properly, it did not only affect work efficiency of people and organizations, but also obstructed operations due to sick leave and absence resulting in less production. In addition, it might affect relationships among colleagues, family, society, and country because workers were

regarded as personnel resources. When workers were healthy physically and mentally, they would have high potential at work, be able to perform their duties at full capabilities, and be happy at work leading to high work effectiveness and efficiency, quality products responding to demands and satisfying customers and clients.

Personal factors, it was found that insufficient income was related to depression among female workers in the electronics industry that supported the research hypothesis related in Thailand and other country. (Upasan, B.E. 2541 ; Stewart et al.,2004) found that income was related to depression. Likewise, income was a factor influencing perception and fulfilling basic requirements of people leading to well-being.

Family factors, it was found that family relationships were related to depression among female worker in the electronics industry that supported the research hypothesis. Regarding family factors, it was found that bad family relationships and insufficient income were related to depression. This might be due to female workers lack of time, lack of leisure, and lack of family activities together. Adequacy of family income was related to depression represented that income was a significant factor for basic requirements of people, and influenced life satisfaction, Adequacy of income was factor affecting health status in family and fulfilling basic requirements of people leading to family well-being. (Hemathorn et al., B.E. 2540; Upasen, B.E. 2541; Siriwanarangsana, et al. B.E 2547)

Psychosocial factors at work, it was found that effort, reward, and overcommitment were related to depression. Only effort-reward imbalance was not related to depression. The study represented correspondence with effort-reward imbalance describing that it was caused by personal perception, emotions, and behaviors, or social environments affecting work. This study showed different result of non-correspondence might be due to the effect of other social factors especially in the economic context of Thailand on the electronics industry in Ayutthaya Province. During late B.E. 2551, global economic downturn resulted in reduced foreign orders. As a result, some factories in the electronics industry had to close down or adjust themselves by employees lay off leading to increasing unemployment. However, the female workers samples did not face the unemployment problem while some workers were laid-off for the industry survival. As a result, existing female workers received

more workload with the same reward. This might be a social compensation that encouraged female workers to realize their employed status even though they needed to give more effort.

Social factors it was founded that stress life event and social support were related to depression as follows: The study revealed that stress life event and social support were related to depression among female workers in the electronics industry that supported the research hypothesis. It was found that the most frequent event was sudden death of their family members, followed by acute severe illness of their family members. Stress life event and social support could prevent stress. (Payunpol, B.E. 2545; Supase, B.E. 2551; Chunjam, S. , B.E. 2551). In addition, the analysis of stress life event was consistent with previous studies in Thailand and foreign studies; stress life event was a risk factor positively related to depression (Brown & Harris, 1978; Cohen & Wills, 1985; Parry, 1986; Beeber, 1996; Baba, Galperin, & Lituchy, 1999).

Influencing factors (personal factors, family factors, psychosocial at working condition factors, and social factors) that might cause depression among female workers in the electronics industry consisted of 3 factor groups: family factors (family relationships), psychosocial factors at work (reward), and social factors (social support) could cooperatively predict depression among female workers with a statistical significance ($p = 0.05$). This was consistent with the Ecological model of Health behavior, in which stated influence the environment around a person who has multi levels. Health behaviors are affected by social environment around people and interaction with the environments. This study shows that family factors, psychosocial factors at work, and social factors affect the health behaviors of female workers. This caused due to factors affecting the family and personality characteristics associated to emotional of female workers. Economic crisis cause greater workload on female workers. Female workers must have to work very hard, but did receive the same compensation as personal income or reward is not fair. This reason might cause psychosocial at working condition factors to influence depression. It was found that social factors also influenced depression because environments affected health behaviors. Female workers had to live among social environments and always had interaction with their environments. Depression was a personal reaction when facing environmental pressure that was the perception on assistance provided and received

from social networking consisting of 5 aspects as follows: attachment, reassurance of worth, social integration, opportunity for nurturance, and assistance guidance. Social support was significant for preventing depression. This support would help prevent and absorb severity of depression when people got stressed, increase self-esteem, reduce stress, and contribute to proper self-adjustment leading to good health behaviors. Personal factors could not influence depression possibly because environmental influence might affect female workers slightly. They could adjust themselves by focusing more on family, work, and society rather than people.

Implications from the findings

According to the study, the researcher proposed suggestions to relevant parties such as executives, occupational health nurses, and female workers as follows:

1. Executives or industrial owners should apply data of family relationships and reward relating to income, work promotion, and job security to consider some measures as follows:

- 1.1 Results show that female workers had rather bad family relationships in terms of relaxation possibly because most female workers spend times at their workplace rather than at home. Most of them were also shift workers with overtime work resulting in their problems of family relationships. If they had more time with their family or could solve such problems, it would positively affect female workers' mental health. Therefore, executives should assign HR Department to coordinate with health team members in arranging activities enhancing family relationships of female workers, and reviewing their work duration.

- 1.2 Reward

- As for income, it was found that most female workers who had insufficient income would be at risk of having depression. It suggested considering possible and proper reward, as well as gathering current debtors and coordinating with banks in finding some measures for alleviating debts of female workers, or educating them about how to manage their financial conditions regarding income / spending / saving control, accounting, risk sharing etc.

- As for complimentary and recognition, the management team should arrange activities to promote value of female workers as well as expressing complimentary and recognition to them.

- As for job security, it was suggested implementing clear and concrete job employment system to ensure their job security.

- As for work promotion, it was suggested considering current position and career advancement.

1.3 It was suggested providing some activities would allow female workers to participate such as sport day, Department visit, etc.

2. Occupational health nurses should realize causes of depression in order to prevent and manage depression among female workers as below:

2.1 It was suggested that depression should be screened along with annual health checkup. Screening both physical and mental health can detect health problem in its early stage.

2.2 Mental health promotion program should be arranged to provide knowledge and suggestions for female workers, as well as conducting training about depression so that female workers can realize causes and solutions on how to manage their mental health problems.

2.3 People with depression should be followed up continuously because depression was curable if receiving proper treatment and care.

2.4 Private consultation that allowed female workers to ask for consultation such as mental health problems, and self-value creation should be provided in order to prevent depression.

2.5 Family relationships promotion program and enhancing social support as well as providing information about assistance sources inside and outside the factory should be arranged in order to prevent mental health problems.

3. Female workers

3.1 It was suggested that workers should cooperate with activity organizers in participating in training courses, seeking knowledge about how to prevent or reduce risk of depression, practicing periodical relaxation while working, and learning how to have good relationships with their colleague.

3.2 Skills of problem solving, how to face problems, searching for support if having some problems affecting mental health among female workers should be trained.

3.3 More emphasis should be placed on family relationships by having interaction between family members, sharing activities, caring for each other, recognizing each other, especially having mutual relaxation in order to share their experiences and feelings.

3.4 Interaction with other people, for example, having more conversation in order to exchange experiences of encountering problems and solving problems, and cooperatively arranging activities or participating in activities of the workplace for contributing to involvement in the society should be increased.

Recommendations for future research

1. Studies examining factors affecting depression of workers in the manufacturing industry nationwide comprising small, medium, and large factories as well as comparing different findings in each factory size should be conducted.
2. Depression of workers in other groups such as service sector, agricultural sector as they were the significant working groups of Thailand should be explored.
3. Other factors such as personality, sexual role etc. that might be related to depression of female workers should be examined in further studies.
4. Other psychosocial at working condition factors such as organizational policy, work ability, work environment, and work satisfaction should be explored.
5. Qualitative research should be conducted for acquiring qualitative knowledge about work-related depression.

เอกสารอ้างอิง

- กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. (2545). ภาระโรคจากปัญหาสุขภาพจิต (Burden of disease). *เอกสารประกอบประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิตนานาชาติ*, ครั้งที่ 8. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กุหลาบ รัตนสังขธรรมและ คณะ. (2541). รายงานการวิจัยเรื่องสัมพันธภาพในครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. สำนักงานนโยบายและแผนอุดมศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงทบวงมหาวิทยาลัย.
- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพทางสมอง. (2537). แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย. *สารศิริราช*, 46(1), 1-9.
- กรมโรงงานอุตสาหกรรม. (2530). *คำจัดความของอุตสาหกรรมขนาดเล็ก ขนาดกลางและขนาดใหญ่*. บันทึกข้อความกองควบคุมโรงงาน วันที่ 30 ธันวาคม 2530.
- กรมโรงงานอุตสาหกรรม. (2551). *รายชื่อโรงงานที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการ* จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ณ สิ้นปี 2551. จัดทำ ข้อมูลเมื่อวันที่ 21 มกราคม 2552.
- กรมโรงงานอุตสาหกรรม. (2551). *บัญชีประเภทโรงงานอุตสาหกรรม*. จัดทำข้อมูลเมื่อวันที่ 21 มกราคม 2552.
- เกรียงยุทธ ก้อนทอง. (2548). *ภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด* โรงพยาบาลน่าน. วิทยานิพนธ์พยาบาล-ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จารุวรรณ เหมะธร, สมใจ ทุนกุล, จรรยา เสี่ยงเสนาะ และสุลิต ทองวิเชียร. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเขตเมืองกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 11(1), 49-56.
- จำลอง ดุษฎีนิช. (2545). ปัจจัยทางจิตใจในวัยต่อมาไร้ท่อ : เบาหวาน. ในจำลอง ดุษฎีนิชและพรพิมล ดุษฎีนิช(บรรณาธิการ), *ความเครียด ความวิตกกังวลและสุขภาพ*, เชียงใหม่ : โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- ชนนาค วรรณพรศิริ. (2535). *ความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม และสุขภาพจิต ของพยาบาลโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ดวงใจ กสานครกุล. (2542). โรคซึมเศร้ารักษาหายได้และโรคอารมณ์ผิดปกติ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์นํ้าอักษรรการพิมพ์.

ดวงใจ กสานครกุล และ เดชา ลลิตอนันต์พงศ์. (2542). แนวโน้มการวินิจฉัยโรคจิตเภทและโรคทางอารมณ์ในผู้ป่วยไทยช่วง 10 ปี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 44(2), 90-98.

ทวี ตั้งเสรี. (2546). การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า. การประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 2 สุขภาพจิตกับยาเสพติด ปี 2546. หน้า 184, วันที่ 19-21 สิงหาคม 2546 โรงแรมแอมบาสเดอร์ กรุงเทพมหานคร.

ธนวรรณ พยุงผล. (2545). ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธนวรรณ หมีรักษา. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของพนักงานที่ปฏิบัติงานในโรงงานอุตสาหกรรมตัดเย็บเสื้อผ้าขนาดย่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ธนา นิลชัยโกวิทย์ มาโนช หล่อตระกูล และ อุมารณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2539). HADS ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 41(1), 18-30.

ธนาวัฒน์ โชควิทยา. (2541). ปัญหาการปรับตัวของพนักงานกะ ในโรงงานผลิตชิ้นส่วนคอมพิวเตอร์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ธรณินทร กองสุข. (2549). องค์ความรู้โรคซึมเศร้า ผลการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ. อุบลราชธานี : โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.

นันทา กัญมาศ. (2538). ปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคทางกาย โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 4, 6-8 กันยายน 2538.

เบญจพร ปัญญาขง. (2545). ภาวะซึมเศร้าในเด็กพิการทางการมองเห็น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 47(1), 39-47.

เบญจมาศ ดิฐานะ. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด บุคลิกภาพที่เข้มแข็งทางสังคมกับการปรับตัวของพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่ในสังกัดมหาวิทยาลัยมหิดล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ปราชนีย์ บุญวงศ์วิโรจน์, สมควร หาญพัฒนชัยกุล, และบารมี จรัสสิงห์. (2547). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายตนเองในประเทศไทย . *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 13, 25-27 สิงหาคม 2547, ณ โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ กรุงเทพมหานคร.*
- ปรีดา อุ่นเสียม. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของบิดา มารดาที่มีต่อบุตรที่ป่วยวิกฤตกับความต้องการการสนับสนุนทางสังคม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลมารดาและเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.*
- ประเทือง อานันธิโก. (2541). *ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตในสตรีวัยหมดประจำเดือนในจังหวัดทางภาคเหนือของประเทศไทย. รายงานวิจัยศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กภาคเหนือจังหวัดเชียงใหม่ : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.*
- ประอรทิพย์ สุทธิสาร. (2549). *ภาวะซึมเศร้าและบริบทชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองคาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พันชนภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, และอัจฉรา จรัสสิงห์. (2546). *ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย : การสำรวจระดับชาติ ปี 2546, วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 12(3), 177-188.*
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, เนตรชนก บัวเล็ก, พัทธิน สุริยา, และสาตริรัตน์ รุจิราคร. (2547). *รายงานการวิจัยภาวะสุขภาพจิตของลูกจ้างในสถานประกอบการในประเทศไทย . กลุ่มงานระบาดวิทยาสุขภาพจิต กองสุขภาพจิตสังคม กระทรวงสาธารณสุข.*
- ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร. (2542). *ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. ใน ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร (บรรณาธิการ), จิตเวชศาสตร์สำหรับประชาชน, เชียงใหม่ : นันทพันธ์.*
- ภาวดี ทองอุไทย. (2551). *แรงงานสตรีในภาคอุตสาหกรรมส่งออก : ฐานหลักคำจูนระบบเศรษฐกิจไทย, เข้าถึงเมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน 2551. <http://www.women-family.go.th>*
- มธุริน คำวงศ์ปิ่น. (2543). *ความเครียด วิธีการปรับแก้ และแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- มานิช หล่อตระกูล ปราโมทย์ สุกนิษฐ์ และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. (2539). *การพัฒนาแบบวัด HAM-D ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 41(4) 235-246.*
- มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2543). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. กรุงเทพมหานคร : วิชาการพิมพ์.*

- มิกิโอะ ชูกาโมโต, สันทัด เสริมศรี, บุญยง เกี่ยวการค้า, ประกายรัตน์ สุขุมลชาติ, และโยชิน แสงวงศ์. (2549). รูปแบบความไม่สมดุลระหว่างการทุ่มเทกับรางวัลของแพทย์ เขตกรุงเทพฯ. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, 4 (3), 19-29.
- มณีกานต์ สุภาเส. (2551). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- ยุพดี ตรีพัฒนาศูวรรณ. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมทางการศึกษาภาคปฏิบัติกับความเครียดและระหว่างความเครียดกับผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัชนิกร อุปเสน. (2541). การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัชนิบูล เศรษฐภูมิรินทร์และจินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย. (2540). ความเครียดของนักศึกษาพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 11, 63-64.
- รัตนา สำราญใจ. (2541). สัมพันธภาพในครอบครัวและการปรับตัวของสตรีวัยหมดประจำเดือนในหน่วยทหารเรือ พื้นที่สัดหีบ จ.ชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2534). การพยาบาลครอบครัว: แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.
- วิจารณ์ วิชัยยะ. (2535). *Management of depression*. กรุงเทพมหานคร : บอสโกออฟเซต.
- วิจิตรา วิเชียรชม. (2545). *รวมกฎหมายแรงงาน*. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์วิญญูชน.
- วิระวรรณ อุประมาณ. (2538). การทำหน้าที่ของครอบครัวของเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันเพ็ญ แสงสงวน . (2538). การพัฒนาแบบสัมภาษณ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. เอกสารการวิจัยเรื่อง การพัฒนาแบบสัมภาษณ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิภาวี เผ่ากันทราก. (2548). ภาวะซึมเศร้า: ประสพการณ์การจมทุกข์-พ้นทุกข์ของผู้หญิงอีสาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- วิลโลว์ คุปต์นัรดิศัยกุลและพนม เกตุมาน. (2540). การศึกษาแบบสอับวัดความซึมเศร้าโดยเครื่องมือ CES-D ในคนไทย. *วารสารศิริราช*, 5(พฤษภาคม), 442-448.
- วีระศักดิ์ ศรีรักรัณ. (2541). การศึกษาการใช้แรงงานสตรีภาคเศรษฐกิจนอกระบบในชนบท จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรวิทย์ เจริญเลิศ. (2538). การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2546). ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคน มิติทางวัฒนธรรมในการพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: บริษัทด้านสุขภาพการพิมพ์ จำกัด.
- สุเพ็ญศรี พึ่งโคกสูง.(2551).สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ใช้แรงงานหญิงในยุคเศรษฐกิจถดถอย, เข้าถึงเมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน 2551 จาก <http://www.women-family.go.th>
- สุทธนันท์ ชุนแจ่ม.(2551).การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุกลัษณ์ เขยชม.(2551). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการทำงานของแรงงานในสถานประกอบการ จังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล .
- สุรศักดิ์ บุรณตรีเวทย์และตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์. (2545). สภาพเครียดจากการทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมประเภทอิเล็กทรอนิกส์. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 3(11), 312 – 316.
- สุริย์ กาญจนวงศ์. (2539). ความเครียด สุขภาพและความเจ็บป่วย. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาสังคมศาสตร์(เอกสารอัดสำเนา). คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- สรยุทธ วาสิกานนท์. (2547). โรคซึมเศร้า. ใน พิเชษฐ์ อุดมรัตน์. (บรรณาธิการ). *การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช*. (หน้า 77-92). สงขลา: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สมพร บุญราที. (2542) . *จิตเวชปฏิบัติ 43*. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2541). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กรมสุขภาพจิต สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และ
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2551). *การสำรวจสุขภาพจิตของ
คนไทย พ.ศ. 2551*. เข้าถึงเมื่อวันที่ 14 กันยายน 2552. [http://www.service.nso.go.th/
nso/nsopublish/service/.../sumHealth- md51.pdf](http://www.service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/.../sumHealth-md51.pdf)
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2548). *บทบาทการทำงานของสตรีไทย*. กรุงเทพฯ : กระทรวงเทคโนโลยี
สารสนเทศและการสื่อสาร.
- อนุชา ภาวนน. (2548). คุณภาพชีวิตการทำงานของแรงงานหญิงในโรงงานอุตสาหกรรม
อิเล็กทรอนิกส์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา, มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรม
ราชูปถัมภ์.
- อาภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร. (2545). ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับความเครียดจากการทำงานของ
พนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตร-
มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาการพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อาภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร. (2550). รายงานการวิจัย เรื่อง การพัฒนาเครื่องมือประเมินสิ่งแวดล้อมใน
การทำงานด้านจิตสังคมของพนักงานตัดเย็บเสื้อผ้าในประเทศไทย. คุณวุฒิพนธ์
สาธารณสุขศาสตรคุณวุฒิปบัณฑิต (การพยาบาลสาธารณสุข), บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัญชลี จิตะปุระ. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ป่วย
โรคคลื่นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์,
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ, คุณิต ลิขนะพิชิตกุล . (2539). อาการซึมเศร้าในเด็ก : การศึกษาโดยใช้
Children's Depression Inventory. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 41 (4),
222-234.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). *จิตบำบัดและให้คำปรึกษารอบครัว*. กรุงเทพมหานคร : ชันดำการพิมพ์.

เอกสารอ้างอิงต่างประเทศ

- Akiskal, H. S. (2000). Mood disorder. In Sadock B. J., & Sadock V. A. (Eds.). *Kaplan & Sadock comprehensive textbook of psychiatry* (7th ed.) (pp. 1284-1337). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- American Psychiatric Association, (1999). Annual meeting of the American Psychiatric Association, Washington, D.C. May 15-20, 1999. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (9), 623-631.
- American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington D. C.: American Psychiatric Association.
- Arber S., & Ginn, J. G. (1993). Inequalities. health in later life. *Soc SciMed* , 36,33-46.
- Arunpongpaisal, S. (1996). *Development of Khon Kaen University Depression Inventory(KKU-DI) As a Depressive Measurement for Northeastern Thai Population*. A Thesis Submitted In partial fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of science in Public Health, (Field of Study Clinical Epidemiology) Graduate Program, University of Gadjah Mada Yogyakarta.
- Baba, V. V., Galperin, B. L., & Lituchy, T. R. (1999). Occupational mental health : A study of work-related depression among nurses in the Caribbean. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 807-827.
- Beck, A.T., (1967). *Depression : Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. New York : Hoeber Medical Division.
- Beck, A. T., Rush, A. P., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beeber, L. S. (1996). Depression in women. In A. B. McBride & J. K. Austin (Eds.), *Integrating the behavioral and biological sciences. Psychiatric-mental health nursing*, 235-268.
- Bowling, Ann. (1995). *Measuring health: A review of quality of life*. Philadelphia : Open University Press.
- Brandt, P. A., & Weinert, C. (1981). *The PRQ-a social support measure*. *Nursing Research*, 30(5), 277-280.
- Brandt, P, Weinert, C. (1987). A social support measure : PRQ 85. *Nursing Research*, 38, 237(7).
- Brown, G. W., & Harris, T. (1978). *Social origin of depression: A study of psychiatric disorder in women*. London: Tavistock Publications.

- Churoek, O. (2005). *Relationships among stressful life events, role strain, health status and depression in postmenopausal women*. Master's thesis of Nursing Science (Psychiatric Mental Health Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medical*, 38, 300(14).
- Cohen, S. & Wills, T. A. (1985). Stress, social support and buffering hypothesis. *Psychological Bullentin*, 98, 310-352.
- Daniel, W.W. (1995). *Biostatistics : A Foundation for Analysis in the Health Sciences*, (6th ed). John Wiley & Sons. Inc., Singapore.
- Dobson, K. S. (1988). *Handbook of Cognitive-behavior therapies*. London : Hutchinson.
- Dobson, K. S., & Jackman-Cram, S. (1996). Common change processes in cognitive-behavioral therapies for depression. In Dobson K. S., & Craig R. D. (Eds.), *Advances in cognitive-behavioral therapy* (pp. 63-82). USA : Sage Publication.
- Dollard, M. F., Winefield, A.H., Winefield, H..R. (2003). *Occupational stress in the Service Professions*. London :Taylor Francis.
- Dubovsky, S. L., Davies, R., & Dubovsky, A. N. (2004). *Essential of clinical psychiatry : Mood disorder*. Washigton DC : American Psychiatry.
- Friedman, M. M. .(1992). *Family nursing: Theory and practice (3nd ed.)*. Norwalk : Appleton & Lange.
- Guttentag, M., Salasin, S. & Belle, D. (1980). *The mental health of women*. London: Academic.
- Holoday-Worrt P. A., Fortinash, Barbee, M. A., & Bricker, P (Eds.). (1996), Suicide. In K. M. *Psychiatric mental health nursing*, (pp.613-635). U. S. A. : Mosby.
- Holmes, T. H. & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- House, J. S., Strecher, V., Metzner, H. L., & Robbins, C. A. (1986). Occupational stress and Health among men and women in the Tecumseh Community health study. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 62-77.
- House, J. (1981). *Work, stress and social support* . Philadelphia : Addison Wesley.
- Holasuit, S., Potisuk, S., & Gandour, J. (2540). Thai version of the Beck Depression Inventory (BDI). *วารสารสวนปรง*, 13(1), 22-28.

- Johnson, J. V., Hall, E. M. (1988). Job strain, work place social support, and Cardiovascular disease : A Cross Sectional Study of a Random Sample of the Swedish Working Population. *American Journal of Public Health*, 78, 1336-42.
- Karasek, R.A. & Theorell, T. (2000). The demand-control-support model and CVD. In Schnall, P. L., Belkic, K., Landsbergis, P. & baker, D. (eds), State of the Art Reviews, Occupational Medicine, *The workplace and cardiovascular disease*. Philadelphia : Hanley and Belfus, Inc, 15, 78-83.
- Kaplan, H.I. & Sadock, B. J. (1989). *Comprehensive textbook of Psychiatry (5thed)*. volume 2. Baltimore : Williams & Wilkins.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1998). *Kaplan and Sadock 's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry* (8 th ed.). Baltimor: Williams & Wilkins.
- Kendler, K. S., Kessler, R. C., Neale, M. C., Heath, A.C., Phil, D., & Eaves, L. J. (1993). The prediction of major depression in women: Toward an integrated etiologic model. *American Journal of Psychiatry*, 153(8), 1139-1148.
- Kerr, N. J. (1987). Patterns of depression. In J. Haber, P. P. Hoskins, & B. F. Sideleau (Eds.), *Comprehensive psychiatric nursing*. (3rd ed., pp. 647-679). U.S.A.: McGraw-Hill Book Company.
- Kikuchi, Y., Nakaya, M., Ikeda, M., Narita, K., Takeda, M. & Nishi, M. (2009). Effort–reward imbalance and depressive state in nurses. *Occupational Medicine* Retrieved December 3, 2009, from <http://occmed.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract>.
- Krause, N., & Geyer-Pestello, H. F. (1985). Depressive symptoms among women employed outside the home. *American Journal of Community Psychology*, 13(1), 49-64.
- Lazarus, R. S, Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York : Springer.
- Lengacher, C. A. (1997). A Reliability and validity study of the women's role strain inventory. *Journal of Nursing Measurement*, 5(2), 139-150.
- Lotrakul, M. & Sukanich, P. (1999). Development of the Thai Depression Inventory. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 82(12), 1200-1207.
- Lotrakul, M., Sumrithe, S. & Saipanish, R.(2008). Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *Biomedcentral Psychiatry*, 8(25) Retrieved from: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/8/46> September 21, 2009.

- Lau, B. (2008). Effort-reward imbalance and overcommitment in employees in a Norwegian municipality: a cross sectional study. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 3(9), Retrieved from doi:10.1186/1745-6673-3-9 April 30, 2008.
- Maharaj (2007). Depression and the nature of Trinidadian family practice : a cross-sectional study. *Biomedical Family Practice* 2007, 8(25), Retrieved from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/8/25> October 10, 2008.
- Maria, A., Irma, C., Lee, P.-J., & Eugene, S. (2001). Stress, social support, and coping as predictors of depressive symptoms: Gender differences among Mexican Americans. *Social Work Research*, 25(1), 37-48.
- McLeroy, K., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion program. *Health Education Quarterly*, 15, 351-377.
- Mirza & Jenkins. (2004). Risk factors, prevalence, and treatment of anxiety and depressive disorders in Pakistan. *Biomedical Psychiatry*, 328(3) Retrieved form : www.bmj.com, October 10, 2008.
- Morrow & Wilson, R. C. (1961). Family Relationship of Bright High-Achieving and Under-Achieving High School Boy. *Child Development*, 32, 501-510.
- Murray, J. L., & Lopez, A. D. (Eds). (1996). The global burden of disease and injury series, volume 1: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA: Published by the Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, Harvard University Press.
- National Academy on an Aging Society. (2000). *Depression A treatable disease*. Retrieved form <http://www.docstoc.com/docs/13458284/Depression-2>, 9 July 2000,1-6.
- Norbeck, J. S., Lindsey, M. A., & Carrieri, V. L. (1982). Further development of the Norbeck Social Support Questionnaire normative data and validity testing. *Nursing Research*, 32(1), 4-9.
- Pender, N. J. (1982). *Health promotion in nursing practice*. 2nd. Norewalk : Appleton- Century Crofts.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice*. New York : Appleton & Lange.

- Parry, G. (1986). Paid employment, life events, social support, and mental health in working-class mothers. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 193-208.
- Piccinelli & Wilkinson .(2000). Gender difference in depression Critical review. *British Journal of Psychiatry*, 177, 486-492.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing reseach: Principle and method (6th ed.)*. Philadelphia : J.B.Lippincott.
- Potisuk, & Gandour. (2540). Thai version of the Beck Depression Inventory (BDI). *วารสารสวนปรง*, 13(1), 22-28.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Robinson, K. (1990). The relationships between social skill, social support, self-esteem and burden in adult caregivers. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 788-795.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2000). *Kaplan & Sadock' s comprehensive textbook of psychiatry*. 7th editor. New York : Lippincott Williams & Wilkins.
- Sallis J, Owen N & Fisher E. (2008). Ecological Models of Health Behavior. In Glanz K, Rimer B & Viswanath K (Ed.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. 3th ed. (pp. 462-484) United States: Jossey-Bass.
- Selye, H. (1976). *The stress of life*. New York : McGraw – Hill.
- Siegrist, J., & Peter, R. (1999). *Questionnaire guidelines: Measuring effort-reward imbalance at work: guidelines*. University of Duesseldorf, Germany. Retrieved September 15, 2009, from <http://www.uniduesseldoft.de/MedFak/workstress/dimens5.html>
- Siegrist, J. & Peter, R. (1999). *The model of effort-reward imbalance: Theoretical background and measuring effort-reward imbalance guidelines*. Retrieved September 15, 2009, from <http://www.uniduesseldoft.de/MedFak/workstress/dimens5.html>
- Siegrist J., Starke D., Chandola, T., Godin I., Marmot, M., Niedhammer, I., Peter, R. (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine*, 58, 1483–1499.

- Siegrist, J. , Wege, N. Pühlhofer, F. & Wahrendor M. (2008). A short generic measure of work stress in the era of globalization: effort–reward imbalance. *Occupational Environment Health*. Retrieved December 10, 2009, from DOI 10.1007/s00420-008-0384-3
- Sripornsripret, C. (2001). *Depression in Adolescents*. (Community Health Nursing), Mahidol University.
- Spurgeon, A., Jackson C. A.& Beach J. R. (2001). The Life Events Inventory: re-scaling based on an occupational Sample. *Occupational Medical*, 51(4), 287–293.
- Stewart, Gucciardi, Sherry & Grace. (2004). Depression.. *Biomedical Psychiatry*, (4),1-19. Retrieved form: <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/4>
- Stokols, D. (1992). Establishing and maintaining healthy environments: Toward a social ecology of health promotion. *American Psychologist*, 47(1), 6-22.
- Stokols, D. (1996). Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 10, 282-298.
- Theorell, T., & Karasek, R. A. (1996). Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 9-6.
- Towsend, M. C. (1993). *Psychiatric mental health nursing: concept of care*. Philadelphia : F. A. Davis Company.
- Varcarolis, E. M. (1994). *Foundation of psychiatric mental health nursing*. (2nd ed) USA: W.B.Saunders Company.
- Valente, S. M. (2005). Detecting and evaluation depression among elderly patient in home health. [Electronic Version]. *Home Health Care Management & Practice*, 17, 101- 108.
- Warren, B.J. (1997). Depression, stressful Life Event, Social Support and Self Esteem In Middle class African American women. *Archives of Psychiatric Nursing*, 11(3), 107-117.
- Wieclaw, Agerbo, Bo Mortensen, Burr, Tuchsén & Bonde. (2008). Psychosocial working conditions and the risk of depression and anxiety disorders in the Danish workforce. *Biomedical Psychiatry Public Health* 2008, 8 : 280.
- Wiess, R. (1974). *The provision of social support*. In Z. Rubin (Ed.), *Doing unto others*. Newjersey : Prentice Hall.

- Wilson, P.H., Spence S.H. & Kavanagh D.J. (1989). *Depression. Cognitive Behavioural Interviewing for Adult Disorder. A Practical Handbook*. Kent : Mackays of chatham.
- Weinert, C. (1988). *Measuring social support: Revision and further development of Personal Resource Questionnaire*. In C. F. Waitz & O. L. Strickland (Eds.), *Measurement of nursing outcome: Measurement client outcome*, pp 309-327, New York.
- Winert, C., & Tilden, V. P. (1990). Measures of social support assessment validity. *Nursing Research*, 39(4), 211-216.
- Wilson, H., & Kneisl, C. (1996). *Psychiatric nursing (5th ed.)*. U.S.A.: Addison-Wesley. Springer.
- World Health Organization. (1998). *"Obesity : Preventing and Managing the Global Epidemic"*. Geneva : World Health Organization.
- World Health Organization. (2001). The Global Burden of Disease 2000 project: aims, methods and data sources. *Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper No. 36*.
- Zauszniewski, J. A. .(1994). Health – seeking resources and adaptive functioning in Depressed and Nondepressed Adults. *Psychiatric Nursing*, 13(3), 159-68.



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

1. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ มาโนช หล่อตระกูล
อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รองศาสตราจารย์สุณีย์ ละกำป็น
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รองศาสตราจารย์สรา อภรณ์
อาจารย์ประจำภาควิชาอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
4. อาจารย์อภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
5. อาจารย์ศุภกรใจ เจริญสุข
รองผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฉบับภาษาไทย



เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารรับรองเลขที่ MUPH2010-074

ชื่อโครงการ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์

รหัสโครงการ 5/2553

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาวศุภิสรา เจริญไพฑูรย์

ที่ทำงาน หลักสูตร วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
420/1 ถนนราชวิถี กรุงเทพมหานคร

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับคำประกาศ
เจตจำนง จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ลงนาม
(รองศาสตราจารย์พัฒน์ ลักษณะมีจรัสกุล)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม
(รองศาสตราจารย์พินา จารุพูนผล)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

วันที่รับรอง : 10 กุมภาพันธ์ 2553

วันที่เอกสารรับรองหมดอายุ : 9 กุมภาพันธ์ 2554

ภาคผนวก ค

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยฉบับภาษาอังกฤษ



**Documentary Proof of Ethical Clearance
Ethics Committee for Human Research
Faculty of Public Health, Mahidol University**

Proof Number	MUPH2010-074
Project Title	Factors Influencing Depression among Female Workers in Electronic Industry
Project Number	5/2553
Principal Investigator	Miss Supisara Charoenpaitoon
Official Address	Master of Science (Public Health) Program in Public Health Nursing Faculty of Public Health, Mahidol University 420/1 Rajvithi Road, Bangkok, Thailand

The aforementioned project and informed consent have been reviewed and approved by Ethics Committee for Human Research, according to the Declaration of Helsinki.

(Assoc. Prof. Pipat Luksamijarulkul)

Chairman of Ethics Committee for Human Research

(Assoc. Prof. Phitaya Charupoonphol)

Dean of Faculty of Public Health

Date of Approval : 10 February 2010

Date of Expiration : 9 February 2011

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ง
ผลการวิเคราะห์รายข้อ

ตารางภาคผนวกที่ 1 จำนวนและร้อยละของแรงงานสตรีจำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้ารายข้อ

ข้อความ	การรับรู้				$\bar{X}$	SD.
	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	ค่อนข้างบ่อย	บ่อยครั้ง		
	น้อยกว่า	1 - 2 วัน	บ่อย	5 - 7 วัน		
	1 วันต่อสัปดาห์	ต่อสัปดาห์	3 - 4 วันต่อสัปดาห์	ต่อสัปดาห์		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1. ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่ายกว่าปกติ	113 (25.5)	276 (62.2)	47 (10.6)	8 (1.8)	1.0	0.65
2. ฉันรู้สึกเบื่ออาหาร	222 (50.0)	165 (37.2)	52 (11.7)	5 (1.1)	0.5	0.73
3. ฉันรู้สึกว่า ฉันไม่สามารถจัดความหม่นหมองออกไป แม้ว่า จะมีคนในครอบครัวหรือเพื่อน คอยช่วยเหลือ	284 (64.0)	121 (27.3)	26 (5.9)	13 (2.9)	0.0	0.74
4. ฉันรู้สึกตนเองมีความดี ทัดเทียมคนอื่น ๆ	43 (9.7)	88 (19.8)	143 (32.2)	170 (38.3)	2.0	0.99
5. ฉันรู้สึกลำบากในการตั้งสมาธิ เพื่อทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง	213 (48.0)	162 (36.5)	50 (11.3)	19 (4.3)	1.0	0.83
6. ฉันรู้สึกหดหู่ใจ	231 (52.0)	159 (35.8)	38 (8.6)	16 (3.6)	0.0	0.79
7. ฉันรู้สึกว่าทุกๆ สิ่งที่ต้อง กระทำได้ฝืนใจทำ	236 (53.2)	161 (36.3)	36 (8.1)	11 (2.5)	0.0	0.74
8. ฉันรู้สึกว่ามีความหวังเกี่ยวกับ อนาคต	91 (20.5)	133 (30.0)	129 (29.1)	91 (21.5)	1.0	1.04
9. ฉันคิดว่าชีวิตฉันมีแต่ความ สิ้นหวัง	307 (69.1)	93 (20.9)	24 (5.4)	20 (4.5)	0.0	0.79
10. ฉันรู้สึกหวาดกลัว	305 (68.7)	111 (25.0)	15 (3.4)	13 (2.9)	0.0	0.70
11. ฉันนอนไม่ค่อยหลับ	241 (54.3)	140 (31.5)	37 (8.3)	26 (5.9)	0.0	0.86
12. ฉันมีความสุข	139 (31.3)	126 (28.4)	100 (22.5)	79 (17.8)	1.0	1.08
13. ฉันพุดคุยน้อยกว่าปกติ	230 (51.8)	157 (35.4)	46 (10.4)	11 (2.5)	0.0	0.77

$\bar{X}$ = ค่าเฉลี่ย, SD. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางภาคผนวกที่ 1 จำนวนและร้อยละของแรงงานสตรีจำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้ารายข้อ (ต่อ)

ข้อความ	การรับรู้				$\bar{X}$	SD.
	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	ค่อนข้าง	บ่อยครั้ง		
	น้อยกว่า	1 - 2 วัน	บ่อย	5 - 7 วัน		
	1 วันต่อ	ต่อสัปดาห์	3 - 4 วัน	ต่อสัปดาห์		
	สัปดาห์		ต่อสัปดาห์			
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน		
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)		
14. ฉันรู้สึกอ้างว้าง เดียวดาย	280 (63.1)	120 (27.0)	27 (6.1)	17 (3.8)	0.0	0.78
15. ฉันรู้สึกว่าคุณคนต่างๆไป ไม่มี	228 (51.4)	146 (32.9)	46 (10.4)	24 (5.4)	0.0	0.86
ความเป็นมิตร						
16. ฉันรู้สึกว่าคุณคนนี้น่าสนุกสนาน	103 (23.2)	123 (27.7)	108 (24.3)	110 (24.8)	1.0	1.10
17. ฉันมักร้องไห้	319 (71.8)	88 (19.8)	24 (5.4)	13 (2.9)	0.0	0.72
18. ฉันรู้สึกไม่มีความสุข	281 (63.3)	125 (28.2)	25 (5.6)	13 (2.9)	0.0	0.73
19. ฉันรู้สึกว่าคุณคนรอบข้างไม่	239 (53.8)	160 (36.0)	31 (7.0)	14 (3.2)	0.0	0.76
ชอบฉัน						
20. ฉันรู้สึกท้อถอยในชีวิต	264 (59.5)	133 (30.0)	29 (6.5)	18 (4.1)	0.0	0.79

$\bar{X}$ = ค่าเฉลี่ย, SD. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางภาคผนวกที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการมีเหตุการณ์เครียดในชีวิต

ข้อคำถาม		จำนวน (ร้อยละ)	ระดับความ รุนแรง
1. คู่ชีวิตหรือคู่สมรสเสียชีวิต	มี	34 (92.3)	สูง
	ไม่มี	410 (7.7)	
2. สมาชิกในครอบครัวมีเรื่องเป็นคดีความต้องขึ้นศาล	มี	66 (14.9)	ปานกลาง
	ไม่มี	378 (85.1)	
3. คนใกล้ชิดในครอบครัวเสียชีวิตกะทันหัน	มี	113 (25.5)	สูง
	ไม่มี	331 (75.5)	
4. คนใกล้ชิดในครอบครัวพยายามที่จะฆ่าตัวตาย	มี	34 (7.7)	ปานกลาง
	ไม่มี	410 (92.3)	
5. คนใกล้ชิดในครอบครัวเจ็บป่วยเป็นโรครุนแรงอย่างกะทันหัน	มี	110 (24.8)	ปานกลาง
	ไม่มี	334 (75.2)	
6. หัวหน้าครอบครัวอยู่ในสภาพตกงานหรือขาดรายได้	มี	79 (17.8)	ปานกลาง
	ไม่มี	365 (82.2)	
7. มีหนี้สินเกินความสามารถในการชำระ	มี	106 (23.9)	ปานกลาง
	ไม่มี	338 (76.1)	
8. อยู่ในช่วงระยะเวลาที่ไม่มีที่อยู่อาศัยหรือกำลังหาที่พักอาศัย	มี	50 (88.7)	ปานกลาง
	ไม่มี	394 (11.3)	
9. มีปัญหาหย่าร้างในชีวิต	มี	60 (13.5)	ปานกลาง
	ไม่มี	384 (86.5)	
10. ครอบครัวแตกแยก	มี	62 (14.0)	ปานกลาง
	ไม่มี	382 (86.0)	

ตารางภาคผนวกที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับของสัมพันธภาพในครอบครัวในแต่ละข้อ

ข้อความ	การรับรู้					$\bar{X}$	SD.	ระดับ
	ไม่	จริง	จริง	จริงเป็น	จริง			
	จริงเลย	เล็กน้อย	บ้าง	ส่วนมาก	มากที่สุด			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ด้านความรักและความห่วงใย								
อาทรซึ่งกันและกัน	20 (4.5)	44 (9.9)	69 (15.5)	164 (36.9)	147 (33.1)	3.8	1.13	ก่อน ข้างดี
1. สมาชิกในครอบครัวใช้คำพูด และการกระทำที่แสดงว่ารักท่าน								
2. สมาชิกในครอบครัวแสดง ความสนใจที่จะเข้ามาพูดคุยกับ ท่าน	14 (3.2)	37 (8.3)	63 (14.2)	195 (43.9)	135 (30.4)	3.9	1.03	ก่อน ข้างดี
3. ครอบครัวของท่านมีความรัก และความอบอุ่น	12 (2.7)	34 (7.7)	60 (13.5)	146 (32.9)	192 (43.2)	4.1	1.06	ดี
4. ท่านให้ความสนใจเรื่องที่ เกิดขึ้นภายในครอบครัว	4 (0.9)	26 (5.9)	39 (8.8)	171 (38.5)	204 (45.9)	4.2	0.90	ดี
5. สมาชิกภายในครอบครัวให้ ความสนใจกับวันสำคัญต่างๆ ของท่าน เช่น วันเกิด วัน ครบรอบแต่งงาน	51 (11.5)	89 (20.0)	113 (25.5)	103 (23.2)	88 (19.8)	3.2	1.28	ก่อน ข้างดี
6. ท่านได้รับการปลอบใจและ ได้กำลังใจจากสมาชิกใน ครอบครัว เมื่อท่านมีเรื่อง เดือดร้อนหรือไม่สบายใจ	26 (5.9)	39 (8.8)	84 (18.9)	152 (34.2)	143 (32.2)	3.8	1.16	ก่อน ข้างดี
7. สมาชิกในครอบครัวส่วน ใหญ่ไม่เคยทราบว่าท่านชอบ หรือต้องการอะไร	18 (4.1)	73 (16.4)	146 (32.9)	115 (25.9)	92 (20.7)	3.4	1.11	ก่อน ข้างดี
8. ท่านน้อยใจต่อท่าทางคำพูด หรือวิธีที่สมาชิกในครอบครัว ปฏิบัติต่อท่าน	30 (6.8)	63 (14.2)	111 (25.0)	148 (33.3)	92 (20.7)	3.5	1.16	ก่อน ข้างดี

$\bar{X}$ = ค่าเฉลี่ย , Median = มัธยฐาน , SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางภาคผนวกที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับของสัมพันธภาพในครอบครัว
ในแต่ละข้อ (ต่อ)

ข้อความ	การรับรู้					$\bar{X}$	SD.	ระดับ
	ไม่	จริง	จริง	จริงเป็น	จริง			
	จริงเลย	เล็กน้อย	บ้าง	ส่วนมาก	มากที่สุด			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
9. ท่านรู้สึกเป็นห่วงกังวลเมื่อ สมาชิกในครอบครัวมีเรื่อง เดือดร้อนไม่สบายใจ	5 (1.1)	29 (6.5)	43 (9.7)	164 (36.9)	203 (45.7)	4.2	0.94	ดี
10. ท่านจะให้ความช่วยเหลือ เมื่อสมาชิกในครอบครัว เดือดร้อนเรื่องเงิน	8 (1.8)	43 (9.7)	82 (18.5)	140 (31.5)	171 (38.5)	4.0	1.06	ดี
11. ท่านรู้สึกว่สมาชิกใน ครอบครัวเอาใจใส่ในตัวของท่าน	29 (6.5)	50 (11.3)	99 (22.3)	154 (34.7)	112 (25.2)	3.6	1.17	ค่อนข้างดี
12. ท่านรู้สึกว่สมาชิกใน ครอบครัวห่วงใยท่านเสมอ	9 (2.0)	45 (10.1)	87 (19.6)	144 (32.4)	159 (35.8)	3.9	1.07	ค่อนข้างดี
ด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกัน ในครอบครัว	22 (5.0)	55 (12.4)	100 (22.5)	143 (32.2)	124 (27.9)	3.7	1.15	ค่อนข้างดี
13. ท่านกับสมาชิกในครอบครัว ใช้เวลาว่างพูดคุยกันอย่าง สนุกสนาน								
14. เมื่อสมาชิกในครอบครัวไป เที่ยวหรือพักผ่อนจะชวนท่านไป ด้วย	22 (5.0)	58 (13.1)	85 (19.1)	136 (30.6)	143 (32.2)	3.7	1.19	ค่อนข้างดี
15. ท่านและสมาชิกใน ครอบครัวทำงานอดิเรกร่วมกัน เช่น ปลูกต้นไม้ เลี้ยงปลา	74 (16.7)	105 (23.6)	127 (28.6)	78 (17.6)	60 (13.5)	2.9	1.27	ค่อนข้าง ไม่ดี
16. ท่านและสมาชิกใน ครอบครัวมักชวนกันไปเที่ยว พักผ่อนหย่อนใจเมื่อมีเวลาว่าง	63 (14.2)	65 (14.6)	126 (28.4)	102 (23.0)	88 (19.8)	3.2	1.31	ค่อนข้างดี
17. ท่านและสมาชิกใน ครอบครัวรับประทานอาหาร ร่วมกันเสมอ	27 (6.1)	43 (9.7)	87 (19.6)	124 (27.9)	163 (36.7)	3.8	1.21	ค่อนข้างดี

$\bar{X}$ = ค่าเฉลี่ย , Median = มัธยฐาน , SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางภาคผนวกที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับของสัมพันธภาพในครอบครัว
ในแต่ละข้อ (ต่อ)

ข้อความ	การรับรู้					$\bar{X}$	SD.	ระดับ
	ไม่	จริง	จริง	จริงเป็น	จริง			
	จริงเลย	เล็กน้อย	บ้าง	ส่วนมาก	มากที่สุด			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
18. เมื่อมีเวลาหลังเลิกงาน ท่าน และครอบครัวมักออกกำลังกาย ร่วมกัน เช่น วิ่ง เดินเล่นรอบ บ้าน เป็นต้น	144 (32.4)	131 (29.5)	110 (24.8)	36 (8.1)	23 (5.2)	2.2	1.14	ค่อนข้าง ไม่ดี
ด้านการเคารพซึ่งกันและกัน	9	65	139	159	72	3.5	1.00	ค่อนข้าง ดี
19. ท่านเห็นด้วยกับการกระทำ หรือความคิดเห็นส่วนใหญ่ของ สมาชิกในครอบครัว	(2.0)	(14.6)	(31.3)	(38.5)	(16.2)			
20. สมาชิกในครอบครัวรับฟัง ความคิดเห็นต่างๆของท่าน	12 (2.7)	39 (8.8)	149 (33.6)	171 (38.5)	73 (16.4)	3.6	1.09	ค่อนข้าง ดี
21. ท่านเห็นความสำคัญและ ปฏิบัติตามแบบแผนของสมาชิก ในครอบครัว	16 (3.6)	49 (11.0)	127 (28.6)	179 (40.3)	73 (16.4)	3.6	1.01	ค่อนข้าง ดี
22. เมื่อท่านมีปัญหาท่านจะ ปรึกษากับสมาชิกในครอบครัว	27 (6.1)	45 (10.1)	75 (16.9)	171 (38.5)	126 (28.4)	3.7	1.16	ค่อนข้าง ดี
23. สมาชิกในครอบครัวจะช่วย แก้ปัญหาให้แก่ท่าน	32 (7.2)	48 (10.8)	101 (22.7)	164 (36.9)	99 (22.3)	3.6	1.16	ค่อนข้าง ดี
24. สมาชิกในครอบครัวให้ ความเคารพเชื่อฟังและให้ ความสำคัญต่อคำแนะนำของ ท่าน	26 (5.9)	55 (12.4)	119 (26.8)	163 (36.7)	81 (18.2)	3.5	1.10	ค่อนข้าง ดี
25. สมาชิกในครอบครัวมัก ปรึกษาหารือกันในครอบครัว เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น	14 (3.2)	54 (12.2)	87 (19.6)	155 (34.9)	134 (30.2)	3.8	1.10	ค่อนข้าง ดี
27. สมาชิกในครอบครัวให้ ความเคารพ ขกย่อง และเห็น ความสำคัญของท่าน	14 (3.2)	55 (12.4)	131 (29.5)	155 (34.9)	89 (20.0)	3.7	1.09	ค่อนข้าง ดี

$\bar{X}$ = ค่าเฉลี่ย , Median = มัธยฐาน , SD. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางภาคผนวกที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับของสัมพันธภาพในครอบครัว
ในแต่ละข้อ (ต่อ)

ข้อความ	การรับรู้					$\bar{X}$	SD	ระดับ
	ไม่	จริง	จริง	จริงเป็น	จริง			
	จริงเลย	เล็กน้อย	บ้าง	ส่วนมาก	มากที่สุด			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน	8 (1.8)	36 (8.1)	76 (17.1)	165 (37.2)	159 (35.8)	4.0	1.01	ดี
28. สมาชิกในครอบครัวมักเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ซึ่งกันและกัน								
29. สมาชิกในครอบครัวพุดจาถ้อยทีถ้อยอาศัยกัน ไม่ทะเลาะเบาะแว้งกัน	17 (3.8)	39 (8.8)	135 (30.4)	161 (36.3)	92 (20.7)	3.6	1.03	ค่อนข้างดี
30. สมาชิกในครอบครัวเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน	7 (1.6)	33 (7.4)	99 (22.3)	183 (41.2)	122 (27.5)	3.9	0.96	ค่อนข้างดี
31. ครอบครัวของท่านรักใคร่ปรองดอง เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน	6 (1.4)	39 (8.8)	105 (23.6)	167 (37.6)	127 (28.6)	3.8	0.99	ค่อนข้างดี
32. เมื่อมีการกิจภายในบ้าน ท่านและสมาชิกในครอบครัวจะช่วยกันทำงานอย่างเต็มที่	11 (2.5)	37 (8.3)	73 (16.4)	181 (40.8)	142 (32.0)	3.9	1.02	ค่อนข้างดี
33. เมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวต้องการความช่วยเหลือ ท่านและสมาชิกในครอบครัวจะช่วยกันอย่างเต็มที่	7 (1.6)	26 (5.9)	69 (15.5)	180 (40.5)	162 (36.5)	4.1	0.95	ดี

$\bar{X}$ = ค่าเฉลี่ย , Median = มัธยฐาน , SD. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางภาคผนวกที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงานรายข้อ

ปัจจัยด้านจิตสังคม ในการทำงาน	การรับรู้				$\bar{X}$	SD.
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ เห็นด้วย	ไม่ เห็นด้วย อย่างยิ่ง		
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน		
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)		
1. ตลอดช่วงเวลาของการทำงาน ฉันรู้สึกกดดันเรื่องเวลาเนื่องจากปริมาณงานที่มีมาก/ลักษณะงานหนัก	39 (8.8)	205 (46.2)	148 (33.3)	52 (11.7)	2.5	0.81
2. ในขณะที่ทำงานฉันถูกขัดจังหวะหรือถูกรบกวนบ่อยครั้ง	62 (14.0)	213 (48.0)	140 (31.5)	29 (6.5)	2.3	0.79
3. ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ปริมาณงานของฉันมีมากขึ้นเรื่อย ๆ	69 (15.5)	181 (40.8)	149 (33.6)	45 (10.1)	2.4	0.87
4. ฉันได้รับการยอมรับ ตามที่ฉันควรได้จากผู้บังคับบัญชา	37 (8.3)	275 (61.9)	98 (22.1)	34 (7.7)	2.3	0.73
5. หน้าที่การงานของฉันในอนาคตไม่ค่อยมีความก้าวหน้า	39 (8.8)	130 (29.3)	198 (44.6)	77 (17.3)	2.7	0.85
6. ฉันเคยมีประสบการณ์ หรืออาจจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่ฉันไม่ต้องการเกี่ยวกับสถานการณ์ของการทำงาน	36 (8.1)	103 (23.2)	229 (51.6)	76 (17.1)	2.8	0.82
7. งานที่ฉันทำมีความมั่นคงในระดับต่ำ	29 (6.5)	173 (39.0)	172 (38.7)	70 (15.8)	2.6	0.82
8. จากการที่ฉันพยายาม ท่วมเทให้กับงาน รวมถึงความสำเร็จต่าง ๆ ในหน้าที่การงาน ฉันคิดว่าได้รับการยอมรับและยกย่องให้เกียรติตามที่ฉันสมควรได้รับ	38 (8.6)	271 (61.0)	112 (25.2)	23 (5.2)	2.3	0.69
9. จากการที่ฉันได้ใช้ความพยายาม หรือท่วมเทให้กับงาน รวมถึงความสำเร็จต่าง ๆ ในหน้าที่การงาน ฉันมองว่าความก้าวหน้าในการทำงานของฉันจะอยู่ในระดับที่น่าพอใจและเหมาะสม	39 (8.8)	279 (62.8)	107 (24.1)	19 (4.3)	2.2	0.67

$\bar{X}$ = ค่าเฉลี่ย , Median = มัธยฐาน , SD. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางภาคผนวกที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงานรายข้อ (ต่อ)

ปัจจัยด้านจิตสังคม ในการทำงาน	การรับรู้				$\bar{X}$	SD.
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ เห็นด้วย	ไม่ เห็นด้วย อย่างยิ่ง		
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน		
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)		
10. จากการที่ฉันได้ใช้ความพยายาม หรือทุ่มเทให้กับงาน รวมถึง ความสำเร็จต่าง ๆ ในหน้าที่การงาน ฉันคิดว่าเงินเดือน/รายได้ของฉันจัดอยู่ ในระดับที่เพียงพอ/เหมาะสมแล้ว	22 (5.0)	151 (34.0)	204 (45.9)	67 (15.1)	2.7	0.78
11. ฉันรู้สึกถูกกดดันได้ง่ายมากเมื่อมี เรื่องของเวลาเข้ามาเกี่ยวข้องในการ ทำงาน	35 (7.9)	117 (39.9)	184 (41.4)	48 (10.8)	2.6	0.79
12. ฉันเริ่มคิดเกี่ยวกับปัญหาเรื่องงาน ในทันทีที่ฉันตื่นนอนตอนเช้า	78 (17.6)	202 (45.5)	126 (28.4)	38 (8.6)	2.3	0.85
13. เมื่อกลับถึงบ้าน ฉันสามารถ พักผ่อน/ผ่อนคลาย และปล่อยวางทุก อย่างที่เกี่ยวข้องกับงานได้อย่างง่ายดาย	159 (35.8)	201 (45.3)	68 (15.3)	16 (3.6)	1.9	0.80
14. คนที่ใกล้ชิดกับฉันพูดว่าฉันทุ่มเท ชีวิตให้กับการทำงานมากเกินไป	47 (10.6)	229 (51.6)	140 (31.5)	28 (6.3)	2.3	0.75
15. ฉันยังคงคิดเกี่ยวกับเรื่องงานอยู่ เสมอ แม้จะถึงเวลานอนแล้วก็ตาม	133 (30.0)	212 (47.7)	73 (16.4)	26 (5.9)	2.0	0.84
16. ถ้าวันนี้ฉันไม่สามารถทำงานที่ ได้รับมอบหมายให้เสร็จตามที่กำหนด คืนนี้ฉันจะมีปัญหานอนไม่หลับ	98 (22.1)	179 (40.3)	136 (30.6)	31 (7.0)	2.2	0.87

$\bar{X}$ = ค่าเฉลี่ย , Median = มัธยฐาน , SD. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางภาคผนวกที่ 5 จำนวนและร้อยละของของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามแรงสนับสนุนทางสังคมรายชื่อ

ข้อความ	การรับรู้							$\bar{X}$	SD.
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วย	ค่อนข้างจะเห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ค่อนข้างจะไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยมากที่สุด		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1. ฉันมีคนที่จะเมื่อได้อยู่ใกล้ชิดแล้วฉันรู้สึกปลอดภัย	10 (2.3)	15 (3.4)	20 (4.5)	72 (16.2)	72 (16.2)	174 (39.2)	81 (18.2)	5.3	1.43
2. ฉันเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มที่ทำให้ฉันรู้สึกเป็นคนสำคัญ	2 (0.5)	20 (4.5)	22 (5.0)	121 (27.3)	119 (26.9)	133 (30.0)	26 (5.9)	4.9	1.22
3. คนอื่นมักจะบอกให้ฉันรู้ว่าฉันทำงานได้ดี (งานและการดูแลบ้าน)	4 (0.9)	18 (4.1)	29 (6.5)	103 (23.2)	123 (27.7)	134 (30.2)	33 (7.4)	4.9	1.27
4. เมื่อฉันมีปัญหาฉันไม่สามารถที่จะพึ่งพาเพื่อนหรือญาติให้ช่วยเหลือได้	24 (5.4)	71 (16.0)	79 (17.8)	66 (14.9)	83 (18.7)	96 (21.6)	25 (5.6)	4.1	1.69
5. ฉันพบปะกับคนที่ทำให้ฉันรู้สึกว่าเป็นคนสำคัญมากเพียงพอ	4 (0.9)	32 (7.2)	37 (8.3)	131 (29.5)	103 (23.2)	111 (25.0)	26 (5.9)	4.7	1.34
6. ฉันได้ใช้เวลากับคนที่มีความสนใจตรงกับฉัน	2 (0.5)	21 (4.7)	23 (5.2)	71 (16.0)	116 (26.1)	175 (39.4)	36 (8.1)	5.1	1.25
7. ฉันมีโอกาสน้อยมากในชีวิตที่จะให้ความช่วยเหลือและดูแลคนอื่น	18 (4.1)	89 (20.0)	94 (21.2)	74 (16.7)	58 (13.1)	94 (21.2)	17 (3.8)	3.9	1.64
8. คนอื่นทำให้ฉันรู้ว่าพวกเขาชอบทำงานกับฉัน (งาน, การประชุม, โครงการ)	5 (1.1)	20 (4.5)	38 (8.6)	177 (39.9)	96 (21.6)	95 (21.4)	13 (2.9)	4.5	1.20

$\bar{X}$ = ค่าเฉลี่ย , Median = มัธยฐาน , SD. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางภาคผนวกที่ 5 จำนวนและร้อยละของของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามแรงสนับสนุนทางสังคมรายข้อ (ต่อ)

ข้อความ	การรับรู้							$\bar{X}$	SD.
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วย	ค่อนข้างจะเห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ค่อนข้างจะไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยมากที่สุด		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
9. ฉันมีคนพร้อมจะช่วยเหลือถ้าฉันต้องการ	3 (0.7)	26 (5.9)	30 (6.8)	100 (22.5)	101 (22.7)	147 (33.1)	37 (8.3)	4.9	1.34
10. ฉันไม่มีใครที่พอจะบอกได้ว่าฉันรู้สึกอย่างไร	16 (3.6)	61 (13.7)	70 (15.8)	102 (23.0)	67 (15.1)	98 (22.1)	30 (6.8)	4.3	1.61
11. ในกลุ่มเพื่อนของฉันเราต่างช่วยเหลือซึ่งกันและกัน	5 (1.1)	11 (2.5)	28 (6.3)	44 (9.9)	102 (23.0)	187 (42.1)	67 (15.1)	5.4	1.28
12. ฉันมีโอกาสที่จะส่งเสริมให้กำลังใจคนอื่นในการพัฒนาความสนใจและทักษะของเขา	1 (0.2)	15 (3.4)	25 (5.6)	75 (16.9)	103 (23.2)	184 (41.4)	41 (9.2)	5.2	1.22
13. ครอบครัวของฉันทำให้ฉันรู้สึกว่ามีค่าต่อการดำเนินชีวิตของครอบครัว	1 (0.2)	5 (1.1)	9 (2.0)	31 (7.0)	93 (20.9)	196 (44.1)	109 (24.5)	5.8	1.05
14. ฉันมีญาติหรือเพื่อนที่จะให้ความช่วยเหลือแก่ฉันแม้ฉันไม่อาจจะตอบแทนเขาได้	8 (1.8)	20 (4.5)	18 (4.1)	62 (14.0)	82 (18.5)	185 (41.7)	69 (15.5)	5.3	1.40
15. เมื่อฉันอารมณ์ไม่ดีจะมีบางคนที่ฉันสามารถระบายความรู้สึกให้ฟังได้	3 (0.7)	20 (4.5)	11 (2.5)	54 (12.2)	90 (20.3)	198 (68.0)	68 (15.3)	5.4	1.27

 $\bar{X}$ = ค่าเฉลี่ย , Median = มัธยฐาน , SD. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางภาคผนวกที่ 5 จำนวนและร้อยละของของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามแรงสนับสนุนทางสังคมรายข้อ (ต่อ)

ข้อความ	การรับรู้							$\bar{X}$	SD.
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วย	ค่อนข้างจะเห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ค่อนข้างจะไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยมากที่สุด		
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน		
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)		
16. ฉันคิดว่าไม่มีใครมีปัญหาเหมือนฉัน	22	50	49	130	56	110	27	4.3	1.61
คนอื่นรู้สึกมีชีวิตชีวา	(5.0)	(11.3)	(11.0)	(29.3)	(12.6)	(24.8)	(6.1)		
17. ฉันชอบที่จะทำอะไรเป็นพิเศษ	6	26	20	76	125	158	33	5.0	1.32
เล็กๆน้อยๆเพื่อให้	(1.4)	(5.9)	(4.5)	(17.1)	(28.2)	(35.6)	(7.4)		
18. ฉันรู้ว่าคนอื่นรู้สึกยอมรับในตัวฉัน	3	12	17	141	118	129	24	4.9	1.15
	(0.7)	(2.7)	(3.8)	(31.8)	(26.6)	(29.1)	(5.4)		
19. มีคนที่รักและห่วงใยฉัน	3	7	7	56	66	189	116	5.7	1.18
	(0.7)	(1.6)	(1.6)	(12.6)	(14.9)	(42.6)	(26.1)		
20. มีใครบางคนที่ฉันสามารถอยู่ด้วยแล้วทำให้ฉันเป็นตัวของตัวเอง	2	5	17	64	80	207	69	5.5	1.14
เมื่อฉันรู้สึกวุ่นวายใจ	(0.5)	(1.1)	(3.8)	(14.4)	(18.0)	(46.6)	(15.5)		
21. ฉันมีหน้าที่รับผิดชอบในการให้ความช่วยเหลือในสิ่งที่คนอื่นต้องการ	3	22	29	106	117	141	26	4.9	1.26
	(0.7)	(5.0)	(6.5)	(23.9)	(26.4)	(31.8)	(5.9)		
22. เมื่อฉันต้องการคำแนะนำจะมีคนช่วยวางแผนเพื่อที่จะจัดการกับสถานการณ์นั้น	4	27	36	111	106	132	28	4.8	1.33
	(0.9)	(6.1)	(8.1)	(25.0)	(23.9)	(29.7)	(6.3)		
23. ฉันมีความรู้สึกว่าฉันเป็นที่ต้องการของคนอื่น	9	21	31	176	89	96	22	4.6	1.28
	(2.0)	(4.7)	(7.0)	(39.6)	(20.0)	(21.6)	(5.0)		

 $\bar{X}$ = ค่าเฉลี่ย , Median = มัธยฐาน , SD. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางภาคผนวกที่ 5 จำนวนและร้อยละของของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามแรงสนับสนุนทางสังคมรายข้อ (ต่อ)

ข้อความ	การรับรู้							$\bar{X}$	SD.
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วย	ค่อนข้างจะเห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ค่อนข้างจะไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยมากที่สุด		
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน		
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)		
24. มีคนคิดว่าฉันไม่ใช่เพื่อนที่ดีเท่าที่ฉันควรเป็น	8 (1.8)	53 (11.9)	77 (17.3)	172 (38.7)	49 (11.0)	63 (14.2)	22 (5.0)	4.1	1.39
25. เมื่อฉันไม่สบายจะมีคนมาแนะนำวิธีการดูแลตัวเอง	1 (0.2)	18 (4.1)	26 (5.9)	33 (7.4)	113 (25.5)	207 (46.6)	46 (10.4)	5.4	1.21

$\bar{X}$ = ค่าเฉลี่ย , Median = มัธยฐาน , SD. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ภาคผนวก จ

ตัวอย่างแบบสอบถาม

แบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโท หลักสูตร วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ดังนั้นท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดของการวิจัย และสิทธิของการเข้าร่วมวิจัยอย่างละเอียดและเป็นที่ยอมรับแล้ว ก่อนการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย
 2. กรุณาอ่านข้อคำถามและวิธีการตอบคำถามให้เข้าใจก่อนการเลือกคำตอบ
 3. กรุณาตอบคำถามจากความคิดเห็น ความรู้สึกที่เป็นจริงของท่าน
 4. คำตอบของแบบสอบถามฉบับนี้ ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด เนื่องจากคำถามได้สร้างขึ้นเพื่อวัดการรับรู้ และความคิดเห็นของท่านที่มีต่อสัมพันธภาพในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน เหตุการณ์เครียดในชีวิตและภาวะซึมเศร้าของท่านเท่านั้น
 5. หากท่านมีความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะอื่นๆเพิ่มเติม กรุณาเขียนข้อความลงในเนื้อที่ว่างท้ายแบบสอบถาม
 6. หากท่านนำแบบสอบถามกลับไปทำที่บ้าน กรุณานำแบบสอบถามที่ตอบเสร็จเรียบร้อยแล้วมาคืนให้กับผู้ช่วยวิจัยในการนัดครั้งต่อไปด้วย
 7. แบบสอบถามฉบับนี้แบ่งออกเป็น 6 ส่วน มีข้อคำถามรวม 116 ข้อ ดังต่อไปนี้
ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป มีจำนวน 12 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะซึมเศร้า มีจำนวน 20 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มีจำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว มีจำนวน 33 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบวัดปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน มีจำนวน 16 ข้อ
ส่วนที่ 6 แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม มีจำนวน 25 ข้อ
 8. การตอบแบบสอบถามอาจใช้เวลาประมาณ 30 - 45 นาที
- หากท่านมีข้อสงสัยหรือไม่แน่ใจเกี่ยวกับคำถามข้อหนึ่งข้อใด กรุณานำมาสอบถามกับผู้ช่วยวิจัยในการนัดหมายครั้งต่อไป

นางสาวศุภิสรา เจริญไพฑูรย์
นักศึกษาปริญญาโทหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่แบบสอบถาม.....

วัน/เดือน/ปี(ที่เก็บข้อมูล).....

แบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป**

คำชี้แจง ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความและเติมข้อความที่ตรงตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. ปัจจุบันท่านอายุ ปี

2. ศาสนา

() 1.พุทธ () 2.อิสลาม () 3.คริสต์ () 4.อื่น ระบุ.....

3. จบการศึกษาระดับ

() 1.ประถมศึกษา () 2.มัธยมศึกษาตอนต้น () 3.มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.

() 4.อนุปริญญา/ปวส. () 5.ปริญญาตรี

4. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน บาท

() 1. รายได้ไม่พอใช้มีหนี้สิน () 2. รายได้ไม่พอใช้ไม่มีหนี้สิน () 3. รายได้พอใช้ไม่มีหนี้สิน () 4. รายได้พอใช้ไม่เหลือเก็บ () 5. รายได้พอใช้มีเหลือเก็บ

5. รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน บาท

() 1. รายได้ไม่พอใช้มีหนี้สิน () 2. รายได้ไม่พอใช้ไม่มีหนี้สิน () 3. รายได้พอใช้ไม่มีหนี้สิน () 4. รายได้พอใช้ไม่เหลือเก็บ () 5. รายได้พอใช้มีเหลือเก็บ

6. สถานภาพสมรส

() 1. โสด () 2. คู่อยู่ด้วยกัน () 3. คู่ไม่ได้อยู่ด้วยกันเนื่องจากการทำงาน

() 4. หย่า () 5. หย่า/แยกทางกัน

7. ปัจจุบันท่านมีโรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์หรือไม่ ถ้ามีโปรดเติมข้อความในช่องว่าง

() 1. ไม่ทราบ

() 2. ไม่มี

() 3. มี

คือ.....

ระยะเวลา รวมทั้งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์.....

8. ยาที่ท่านรับประทานเป็นประจำนอกเหนือจากการแผนการรักษาของแพทย์

() 1. ไม่มี

() 2. มี เป็นยาตามแผนการรักษาของแพทย์ โปรดระบุชื่อยา.....

() 3. มี ไม่ใช่ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ โปรดระบุชื่อยา.....

9. ท่านทำงานเป็นกะหรือไม่

() 1. ไม่ทำ

() 2. ทำ

() 1. กะเช้า () 2. กะบ่าย () 3. กะกลางคืน () 4. หมุนเวียนทุกกะ

10. ชั่วโมงการทำงานปกติตามเวลาการทำงานของโรงงาน.....ชั่วโมง/วัน

11. ท่านทำงานล่วงเวลา (OT) หรือไม่

() 1. ไม่ทำ

() 2. ทำ ระยะเวลา.....ชั่วโมง/วัน สัปดาห์ละ.....วัน

12. ท่านทำงานในโรงงานแห่งนี้มานาน(ตั้งแต่เริ่มเข้าทำงานจนถึงปัจจุบัน).....ปี

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ความคิดเห็นของท่านที่มีต่อข้อความต่อไปนี้ โดยให้ท่านเลือกตอบให้ตรงกับความรู้สึกและความนึกคิดของท่านมากที่สุด ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยมีเกณฑ์ในการเลือกตอบ ดังนี้

ไม่เลย หมายถึง ข้อความนี้ตรงกับความรู้สึกของท่านน้อยกว่า 1 วันต่อสัปดาห์
 นาน ๆ ครั้ง หมายถึง ข้อความนี้ตรงกับความรู้สึกของท่าน 1 - 2 วัน ต่อสัปดาห์
 ครึ่งวัน หมายถึง ข้อความนี้ตรงกับความรู้สึกของท่าน 3 - 4 วันต่อสัปดาห์
 บ่อยครั้ง หมายถึง ข้อความนี้ตรงกับความรู้สึกของท่าน 5 - 7 วัน ต่อสัปดาห์

ความรู้สึก	ไม่เลย น้อยกว่า 1 วันต่อ สัปดาห์	นาน ๆ ครั้ง 1 - 2 วัน ต่อสัปดาห์	ครึ่งวัน 3 - 4 วัน ต่อสัปดาห์	บ่อยครั้ง 5 - 7 วัน ต่อสัปดาห์
1. ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่ายกว่าปกติ				
2. ฉันรู้สึกเบื่ออาหาร				
3. ฉันรู้สึกว่า ฉันไม่สามารถจัดความ หม่นหมองออกไป แม้ว่าจะมีคนใน ครอบครัวหรือเพื่อนคอยช่วยเหลือ				
4. ฉันรู้สึกตนเองมีความดีหัดเทียมคน อื่นๆ				
5. ฉันรู้สึกลำบากในการตั้งสมาธิเพื่อทำ สิ่งใดสิ่งหนึ่ง				
6. ฉันรู้สึกหดหู่ใจ				
7. ฉันรู้สึกว่าทุกๆ สิ่งที่ฉันกระทำได้ ฝืนใจทำ				
8. ฉันรู้สึกว่ามีความหวังเกี่ยวกับอนาคต				
9. ฉันคิดว่าชีวิตฉันมีแต่ความล้มเหลว				
10. ฉันรู้สึกหวาดกลัว				
11. ฉันนอนไม่ค่อยหลับ				

ความรู้สึก	ไม่เคย น้อยกว่า 1 วันต่อ สัปดาห์	นาน ๆ ครั้ง 1 - 2 วัน ต่อสัปดาห์	ค่อนข้าง บ่อย 3 - 4 วัน ต่อสัปดาห์	บ่อยครั้ง 5 - 7 วัน ต่อสัปดาห์
12. ฉันมีความสุข				
13. ฉันพุดคุยน้อยกว่าปกติ				
14. ฉันรู้สึกอ้างว้าง เดียวดาย				
15. ฉันรู้สึกว่าผู้คนต่างๆไป ไม่มี เป็นมิตร				
16. ฉันรู้สึกว่าชีวิตนี้สนุกสนาน				
17. ฉันมักร้องไห้				
18. ฉันรู้สึกไม่มีความสุข				
19. ฉันรู้สึกว่าผู้คนรอบข้างไม่ชอบฉัน				
20. ฉันรู้สึกท้อถอยในชีวิต				

ส่วนที่ 3 แบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต

คำชี้แจง ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา มีเหตุการณ์ต่อไปนี้เกิดขึ้นกับครอบครัวของท่านหรือไม่ โปรดทำเครื่องหมาย X ลงในช่องที่มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับตัวท่านหรือไม่มีเหตุการณ์และหากมีเหตุการณ์ท่านคิดว่าเหตุการณ์นั้นมีความรุนแรงหรือผลกระทบต่อท่านมากน้อยเพียงใดและโปรดทำเครื่องหมาย X ที่ช่องคะแนนที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

หมายเหตุ

ระดับคะแนน 0 หมายถึง เหตุการณ์ดังกล่าวเคยเกิดขึ้นแต่ท่านรับรู้ว่าคุณค่าเหตุการณ์ดังกล่าวไม่มีระดับความรุนแรง หรือไม่ส่งผลกระทบต่อตัวท่าน

ระดับคะแนน 100 หมายถึง เหตุการณ์ดังกล่าวเคยเกิดขึ้นและท่านรับรู้ต่อเหตุการณ์ดังกล่าวว่ามี ความรุนแรงมากที่สุด

ตัวอย่าง

☐

ไม่มีเหตุการณ์

คะแนน

☒

มีเหตุการณ์



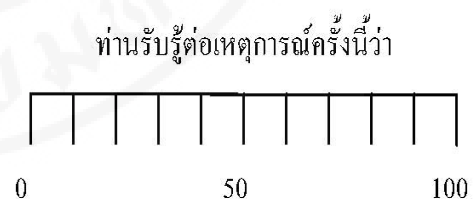
1. คู่ชีวิตหรือคู่สมรสเสียชีวิต

☐

ไม่มีเหตุการณ์

☐

มีเหตุการณ์



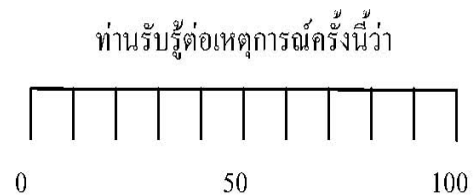
2. สมาชิกในครอบครัวมีเรื่องเป็นคดีความต้องขึ้นศาล

☐

ไม่มีเหตุการณ์

☐

มีเหตุการณ์



3. คนใกล้ชิดในครอบครัวเสียชีวิตกะทันหัน

☐

ไม่มีเหตุการณ์

☐

มีเหตุการณ์



4. คนใกล้ชิดในครอบครัวพยายามที่จะฆ่าตัวตาย

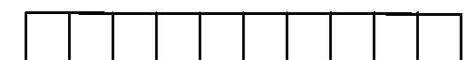
☐

ไม่มีเหตุการณ์

☐

มีเหตุการณ์

ท่านรับรู้ต่อเหตุการณ์ครั้งนี้ว่า



0 50 100

5. คนใกล้ชิดในครอบครัวเจ็บป่วยเป็นโรครุนแรงอย่าง

☐

ไม่มีเหตุการณ์

☐

มีเหตุการณ์

ท่านรับรู้ต่อเหตุการณ์ครั้งนี้ว่า



0 50 100

6. หัวหน้าครอบครัวอยู่ในสภาพตกงานหรือขาดรายได้

☐

ไม่มีเหตุการณ์

☐

มีเหตุการณ์

ท่านรับรู้ต่อเหตุการณ์ครั้งนี้ว่า



0 50 100

7. มีหนี้สินเกินความสามารถในการชดใช้

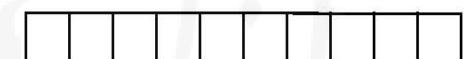
☐

ไม่มีเหตุการณ์

☐

มีเหตุการณ์

ท่านรับรู้ต่อเหตุการณ์ครั้งนี้ว่า



0 50 100

8. อยู่ในช่วงระยะเวลาที่ไม่มีที่อยู่อาศัยหรือกำลังหาที่พักอาศัย

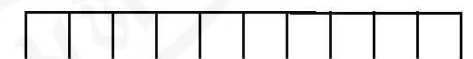
☐

ไม่มีเหตุการณ์

☐

มีเหตุการณ์

ท่านรับรู้ต่อเหตุการณ์ครั้งนี้ว่า



0 50 100

9. มีปัญหาหย่าร้างในชีวิต

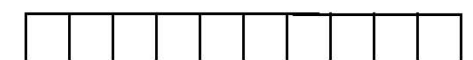
☐

ไม่มีเหตุการณ์

☐

มีเหตุการณ์

ท่านรับรู้ต่อเหตุการณ์ครั้งนี้ว่า



10. ครอบครัวแตกแยก

☐

ไม่มีเหตุการณ์

☐

มีเหตุการณ์

ท่านรับรู้ต่อเหตุการณ์ครั้งนี้ว่า



0 50 100

ส่วนที่ 4 แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว

คำชี้แจง แบบวัดนี้ต้องการทราบความรู้สึก ความคิดเห็นของแรงงานสตรีที่มีต่อสัมพันธภาพในครอบครัว อันได้แก่ พฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่ปฏิบัติต่อแรงงานสตรี การที่สมาชิกในครอบครัวให้แรงงานสตรีได้มีส่วนร่วมในการกระทำสิ่งต่างๆ พฤติกรรมที่แรงงานสตรีปฏิบัติต่อสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งพฤติกรรมที่สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติต่อกัน

เมื่อท่านอ่านข้อความต่อไปนี้แล้วขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ตามความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านที่มีต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวให้มากที่สุด คำตอบนี้จะไม่มีถูกหรือผิด โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบ ดังนี้

- ไม่จริงเลย หมายถึง ข้อความนี้ไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของท่านเลย
- จริงเล็กน้อย หมายถึง ข้อความนี้ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของท่านเพียงเล็กน้อยซึ่งน้อยกว่าครึ่งหนึ่ง
- จริงบ้าง หมายถึง ข้อความนี้ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของท่านเพียงครึ่งหนึ่ง
- จริงเป็นส่วนใหญ่ หมายถึง ข้อความนี้ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของท่านค่อนข้างมากซึ่งเกินครึ่งหนึ่ง
- จริงมากที่สุด หมายถึง ข้อความนี้ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของท่านทั้งหมด

ข้อความ	ไม่จริงเลย	จริงเล็กน้อย	จริงบ้าง	จริงเป็นส่วนใหญ่	จริงมากที่สุด
ด้านความรักและความห่วงใยอาทรซึ่งกันและกัน					
1. สมาชิกในครอบครัวใช้คำพูดและการกระทำที่แสดงว่ารักท่าน					
2. สมาชิกในครอบครัวแสดงความสนใจที่จะเข้ามาพูดคุยกับท่าน					
3. ครอบครัวของท่านมีความรักและความอบอุ่น					

ข้อความ	ไม่ จริง เลย	จริง เล็กน้อย	จริง บ้าง	จริง เป็น ส่วน มาก	จริง มาก ที่สุด
4. ท่านให้ความสนใจเรื่องที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว					
5. สมาชิกภายในครอบครัวให้ความสนใจกับวันสำคัญต่างๆของท่าน เช่น วันเกิด วันครบรอบแต่งงาน					
6. ท่านได้รับการปลอบใจและได้กำลังใจจากสมาชิกในครอบครัว เมื่อท่านมีเรื่องเดือดร้อนหรือไม่สบายใจ					
7. สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่เคยทราบว่าท่านชอบหรือต้องการอะไร					
8. ท่านน้อยใจต่อท่าทางคำพูดหรือวิธีที่สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติต่อท่าน					
9. ท่านรู้สึกเป็นห่วงกังวลเมื่อสมาชิกในครอบครัวมีเรื่องเดือดร้อนไม่สบายใจ					
10. ท่านจะให้ความช่วยเหลือเมื่อสมาชิกในครอบครัวเดือดร้อนเรื่องเงิน					
11. ท่านรู้สึกว่าสมาชิกในครอบครัวเอาใจใส่ในตัวของท่าน					
12. ท่านรู้สึกว่าสมาชิกในครอบครัวห่วงใยท่านเสมอ					
ด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว					
13. ท่านกับสมาชิกในครอบครัวใช้เวลาว่างพูดคุยกันอย่างสนุกสนาน					
14. เมื่อสมาชิกในครอบครัวไปเที่ยวหรือพักผ่อน จะชวนท่านไปด้วย					

ข้อความ	ไม่ จริง เลย	จริง เล็กน้อย	จริง บ้าง	จริง เป็น ส่วน มาก	จริง มาก ที่สุด
15. ท่านและสมาชิกในครอบครัวทำงานอดิเรก ร่วมกัน เช่น ปลูกต้นไม้ เลี้ยงปลา					
16. ท่านและสมาชิกในครอบครัวมักชวนกันไป เที่ยวพักผ่อนหย่อนใจเมื่อมีเวลาว่าง					
17. ท่านและสมาชิกในครอบครัวรับประทานอาหาร ร่วมกันเสมอ					
18. เมื่อมีเวลาหลังเลิกงาน ท่านและครอบครัวมัก ออกกำลังกายร่วมกัน เช่น วิ่ง เดินเล่นรอบบ้าน เป็นต้น					
ด้านการเคารพซึ่งกันและกัน					
19. ท่านเห็นด้วยกับการกระทำหรือความคิดเห็น ส่วนใหญ่ของสมาชิกในครอบครัว					
20. สมาชิกในครอบครัวรับฟังความคิดเห็นต่างๆ ของท่าน					
21. ท่านเห็นความสำคัญและปฏิบัติตามแบบแผน ของสมาชิกในครอบครัว					
22. เมื่อท่านมีปัญหาท่านจะปรึกษากับสมาชิกใน ครอบครัว					
23. สมาชิกในครอบครัวจะช่วยแก้ปัญหาให้แก่ ท่าน					
24. สมาชิกในครอบครัวให้ความเคารพเชื่อฟัง และให้ความสำคัญต่อคำแนะนำของท่าน					
25. สมาชิกในครอบครัวมักปรึกษาหารือกันใน ครอบครัวเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น					

ข้อความ	ไม่ จริง เลย	จริง เล็กน้อย	จริง บ้าง	จริง เป็น ส่วน มาก	จริง มาก ที่สุด
26. ท่านมีส่วนร่วมตัดสินใจปัญหาต่างๆ ใน ครอบครัว					
27. สมาชิกในครอบครัวให้ความเคารพ ยกย่อง และเห็นความสำคัญของท่าน					
ด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน 28. สมาชิกในครอบครัวมักเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ซึ่งกัน และกัน					
29. สมาชิกในครอบครัวพุดจาถ้อยทีถ้อยอาศัยกัน ไม่ทะเลาะเบาะแว้งกัน					
30. สมาชิกในครอบครัวเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน					
31. ครอบครัวของท่านรักใคร่ปรองดอง เป็น อันหนึ่งอันเดียวกัน					
32. เมื่อมีการกิจภายในบ้าน ท่านและสมาชิกใน ครอบครัวจะช่วยกันทำงานอย่างเต็มที่					
33. เมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัว ต้องการความช่วยเหลือ ท่านและสมาชิกใน ครอบครัวจะช่วยกันอย่างเต็มที่					

ส่วนที่ 5 แบบวัดปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นข้อความเกี่ยวกับสถานการณ์การทำงานของท่านในปัจจุบัน กรุณาตอบว่าท่านเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความดังกล่าว โดยทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงหรือใกล้เคียงกับความคิดเห็นหรือการรับรู้ของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือการรับรู้ของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือการรับรู้ของท่านมาก
ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือการรับรู้ของท่านน้อย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือการรับรู้ของท่านน้อยที่สุด

ความรู้สึก	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ตลอดช่วงเวลาของการทำงาน ฉันรู้สึกกดดันเรื่องเวลาเนื่องจากปริมาณงานที่มีมาก/ลักษณะงานหนัก				
2. ในขณะที่ทำงานฉันถูกขัดจังหวะหรือถูกรบกวนบ่อยครั้ง				
3. ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ปริมาณงานของฉันมีมากขึ้นเรื่อย ๆ				
4. ฉันได้รับการยอมรับ ตามที่ฉันควรได้จากผู้บังคับบัญชา				
5. หน้าที่การงานของฉันในอนาคตไม่ค่อยมีความก้าวหน้า				
6. ฉันเคยมีประสบการณ์ หรืออาจจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่ฉันไม่ต้องการเกี่ยวกับสถานการณ์ของการทำงาน				
7. งานที่ฉันทำมีความมั่นคงในระดับต่ำ				

ความรู้สึก	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
8. จากการที่ฉันพยายาม พยายามทุ่มเทให้กับงาน รวมถึงความสำเร็จต่าง ๆ ในหน้าที่การงาน ฉันคิดว่าได้รับการยอมรับและ ยกย่องให้เกียรติตามที่ฉันสมควรได้รับ				
9. จากการที่ฉันได้ใช้ความพยายามหรือ พยายามทุ่มเทให้กับงาน รวมถึงความสำเร็จต่าง ๆ ในหน้าที่การงาน ฉันมองว่าความก้าวหน้า ในการทำงานของฉันจะอยู่ในระดับที่น่าพอใจและเหมาะสม				
10. จากการที่ฉันได้ใช้ความพยายามหรือ พยายามทุ่มเทให้กับงาน รวมถึงความสำเร็จต่าง ๆ ในหน้าที่การงาน ฉันคิดว่าเงินเดือน/ รายได้ของฉันจัดอยู่ในระดับที่เพียงพอ/ เหมาะสมแล้ว				
11. ฉันรู้สึกถูกกดดันได้ง่ายมากเมื่อมีเรื่อง ของเวลาเข้ามาเกี่ยวข้องในการทำงาน				
12. ฉันเริ่มคิดเกี่ยวกับปัญหาเรื่องงาน ในทันทีที่ฉันตื่นนอนตอนเช้า				
13. เมื่อกลับถึงบ้าน ฉันสามารถพักผ่อน/ ผ่อนคลาย และปล่อยวางทุกอย่างที่เกี่ยวข้อง กับงานได้อย่างง่ายดาย				
14. คนที่ใกล้ชิดกับฉันพูดว่าฉันทุ่มเทชีวิต ให้กับการทำงานมากเกินไป				
15. ฉันยังคงคิดเกี่ยวกับเรื่องงานอยู่เสมอ แม้จะถึงเวลานอนแล้วก็ตาม				
16. ถ้าวันนี้ฉันไม่สามารถทำงานที่ได้รับ มอบหมายให้เสร็จตามที่กำหนด คืนนี้ฉัน จะมีปัญหานอนไม่หลับ				

ส่วนที่ 6 แบบวัดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ตามความคิดเห็นของท่านที่มีต่อแรงสนับสนุนทางสังคมที่ท่านคิดว่าตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด คำตอบนี้จะไม่มีถูกหรือผิด โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก
ค่อนข้างจะเห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านค่อนข้างมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านไม่แน่ใจในข้อความนั้น
ค่อนข้างจะไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ค่อยตรงกับความคิดเห็นของท่าน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน
ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วย	ค่อนข้างจะเห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ค่อนข้างจะไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยมากที่สุด
1. ฉันมีคนที่จะเมื่อได้อยู่ใกล้ชิดแล้วฉันรู้สึกปลอดภัย							
2. ฉันเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มที่ทำให้ฉันรู้สึกเป็นคนสำคัญ							
3. คนอื่นมักจะบอกให้ฉันรู้ว่าฉันทำงานได้ดี(งานและการดูแลบ้าน)							
4. เมื่อฉันมีปัญหาฉันไม่สามารถที่จะพึ่งพาเพื่อนหรือญาติให้ช่วยเหลือได้							

ข้อความ	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย	ค่อนข้าง จะ เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ค่อนข้าง จะ ไม่เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย มาก ที่สุด
5. ฉันพบปะกับคนที่ทำให้ฉันรู้สึก ว่าเป็นคนสำคัญมากเพียงพอ							
6. ฉันได้ใช้เวลากับคนที่มีความ สนใจตรงกับฉัน							
7. ฉันมีโอกาสน้อยมากในชีวิตที่จะ ให้ความช่วยเหลือและดูแลคนอื่น							
8. คนอื่นทำให้ฉันรู้ว่าพวกเขาชอบ ทำงานกับฉัน(งาน, การประชุม, โครงการ)							
9. ฉันมีคนพร้อมจะช่วยเหลือถ้า ฉันต้องการ							
10. ฉันไม่มีใครที่พอจะบอกได้ว่า ฉันรู้สึกอย่างไร							
11. ในกลุ่มเพื่อนของฉันเราต่าง ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน							
12. ฉันมีโอกาที่จะส่งเสริมให้ กำลังใจคนอื่นในการพัฒนาความ สนใจและทักษะของเขา							
13. ครอบครัวของฉันทำให้ฉันรู้สึก ว่าฉันมีความสำคัญต่อการดำเนิน ชีวิตของครอบครัว							
14. ฉันมีญาติหรือเพื่อนที่จะให้ ความช่วยเหลือแก่ฉันแม้ฉันไม่ อาจจะตอบแทนเขาได้							

ข้อความ	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย	ค่อนข้าง จะ เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ค่อนข้าง จะ ไม่เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย มาก ที่สุด
15. เมื่อนั้นอารมณ์ไม่ดีจะมีบางคนที่ ฉันสามารถระบายความรู้สึกให้ฟังได้							
16. ฉันคิดว่าไม่มีใครมีปัญหาเหมือน ฉัน							
17. ฉันชอบที่จะทำอะไรเป็นพิเศษ เล็กๆน้อยๆเพื่อให้คนอื่นรู้สึกมี ชีวิตชีวา							
18. ฉันรู้ว่าคนอื่นรู้สึกยอมรับในตัว ฉัน							
19. มีคนที่รักและห่วงใยฉัน							
20. มีใครบางคนที่ฉันสามารถอยู่ด้วย แล้วทำให้ฉันเป็นตัวของตัวเองเมื่อ ฉันรู้สึกที่ไม่สบายใจ							
21. ฉันมีหน้าที่รับผิดชอบในการให้ ความช่วยเหลือในสิ่งที่คนอื่นต้องการ							
22. เมื่อนั้นต้องการคำแนะนำจะมีคน ช่วยวางแผนเพื่อที่จะจัดการกับ สถานการณ์นั้น							
23. ฉันมีความรู้สึกว่าคุณเป็นที่ ต้องการของคนอื่น							
24. มีคนคิดว่าฉันไม่ใช่เพื่อนที่ดีเท่าที่ ฉันควรเป็น							
25. เมื่อนั้นไม่สบายจะมีคนมาแนะนำ วิธีการดูแลตัวเอง							

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล	นางสาวศุภิสรา เจริญไพฑูรย์
วัน เดือน ปีเกิด	24 พฤศจิกายน 2527
สถานที่เกิด	จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ, พ.ศ. 2545 - 2548 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2550 - 2553 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) (สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข) พยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ(ด้านการสอน) สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชนและ รักษาโรคเบื้องต้น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ 2/1 ถนนพญาไท แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400 02-3548241 ต่อ 3601 085-5144460 E-mail : dear_bcn@hotmail.com
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน	
ที่อยู่ปัจจุบัน	