

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของเยาวชนที่ทำงานพาร์ทไทม์ในจังหวัดชลบุรี Depression and related factors among part time youth workers in Chon Buri Province

ใบเฟิร์นส์ เอกฉัตร¹ เสาวนีย์ ทองนพคุณ^{1*}

¹คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Baifern Akechat¹, Saowanee Thongnopakun^{1*}

¹Faculty of Public Health, Burapha University

*Correspondence author: Email: saowaneehe@hotmail.com

(Received: March 23, 2020; Revised: April 18, 2020; Accepted: June 2, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytic study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของเยาวชนที่ทำงานพาร์ทไทม์ จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างคือ เยาวชนอายุ 15-24 ปี ที่ทำงานพาร์ทไทม์ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 234 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic sampling) จากสถานประกอบการ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ ผลการวิจัย พบว่า ร้อยละ 62.0 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนเพศหญิง โดยร้อยละ 77.8 มีอายุ 15-19 ปี ร้อยละ 53.4 มีรายรับไม่เพียงพอสำหรับรายจ่ายต้องกู้ยืม ร้อยละ 88.9 มีสัมพันธภาพกับครอบครัวในระดับดีมาก และร้อยละ 22.7 มีความรอบรู้สุขภาพในระดับไม่ดี โดยมีเยาวชนถึงร้อยละ 23.1 เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของเยาวชนที่ทำงานพาร์ทไทม์ ได้แก่ สัมพันธภาพกับครอบครัว ($p < 0.01$) และทักษะการสื่อสาร ($p < 0.01$) มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนั้น นายจ้าง สถานศึกษา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าให้กับเยาวชนทุกคน และจัดให้มีกิจกรรมเพื่อการดูแลเยาวชนที่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า โดยมุ่งเน้นในเรื่องสัมพันธภาพกับครอบครัว และทักษะการสื่อสารเพื่อให้เยาวชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า ความรอบรู้สุขภาพ งานพาร์ทไทม์ เยาวชน

Abstract

The cross-sectional analytic research meant for the determination of depression and the factors related to depression among part-time youth workers in Chon Buri province. The samples were part-time youth workers aged between 15-24 years old. The sample size was 234 which was sampled by a systematic sampling method in working place. A self-administered questionnaire was used to collect data from January 2019 to February 2019. Data were analyzed by descriptive statistics, and correlation analysis was analyzed by Chi-square test. The results showed that 62.0 percent of the sample group were female youths, with 77.8 percent aged 15-19 years. More than half had insufficient income and needed to borrow money (53.4 percent). About 88.9 percent had a very good relationship with their family and 22.7 percent had a low level of health literacy in which 23.1 percent of youth are classified as depression. Factors that significantly correlated with depression of part-time youth workers were relationship with family ($p < 0.01$) and communication skills ($p < 0.01$). Therefore, employers, institutes, and stakeholders need to conduct depression screening for all youths and should provide the activities for caring of the youths by focusing on a relationship with family and communication skills for a better quality of life.

Keywords: Depression, Health literacy, Part time job, Youth

1. บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคจิตเวชที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุข และนับวันจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น⁽¹⁾ หากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่ได้รับการดูแลรักษา จะทำให้เกิดความรุนแรงของโรคจนนำไปสู่ปัญหาทางด้านสุขภาพและสังคมตามมา เช่น ความสามารถในการทำงานลดลง เกิดความขัดแย้งกับบุคคลรอบข้างไม่ว่าจะเป็นในที่ทำงาน สถานศึกษา เกิดความอ่อนไหวของความสัมพันธ์ในครอบครัว ในขณะที่บางคนโรคซึมเศร้าอาจนำไปสู่การทำร้ายตัวเองและการฆ่าตัวตาย⁽²⁾ โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดความบกพร่องทางสุขภาพ โดยประชากรทั่วโลกมากกว่า 300 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 4 ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า จากสถิติพบว่าในช่วง พ.ศ. 2548 ถึง พ.ศ. 2558 มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 18⁽³⁾ จากรายงานของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถึง 1.5 ล้านคน โดยในทุก ๆ 2 ชั่วโมงจะมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จเฉลี่ย 1 คน ซึ่งสาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตายมาจากภาวะซึมเศร้า โดยในจำนวนนี้เป็นผู้ที่อายุระหว่าง 15 – 19 สูงมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุ⁽⁴⁾

เยาวชนเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างมาก เนื่องจากเป็นช่วงรอยต่อระหว่างวัยเด็กสู่ผู้ใหญ่จึงส่งผลทำให้ต้องเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่มากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเยาวชนที่ทำงานพาร์ทไทม์ เนื่องจากต้องรับผิดชอบต่อเรื่องเรียนและเรื่องงานพาร์ทไทม์ซึ่งเป็นการทำงานที่หารายได้เสริมนอกเหนือเวลาเรียน ในบางครั้งเยาวชนอาจประสบกับปัญหาในชีวิต ทั้งด้านครอบครัว การเงิน และสัมพันธภาพกับผู้อื่นรวมถึงเพื่อนร่วมงาน⁽⁵⁾ ปัญหาเหล่านี้มีผลกระทบต่อสภาพจิตใจของบุคคล เมื่อบุคคลไม่สามารถเผชิญกับปัญหาและแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม บุคคลจึงเกิดความเครียด ความวิตกกังวล เมื่อมีความเครียดรุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า โดยบุคคลอาจมีอาการดังนี้ อาการหุดหุด สุขในชีวิตลดลง อาการเบื่อหน่าย เบื่อเซ็ง ท้อแท้ เบื่ออาหาร หรืออยากทานอาหารมากกว่าปกติ นอนไม่หลับหรือนอนหลับมากผิดปกติ สมาธิไม่ดี มีอาการเหนื่อยง่าย รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า รวมไปถึงการมีความคิดเรื่องการฆ่าตัวตาย⁽⁶⁾

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของเยาวชนไทยที่ทำงานพาร์ทไทม์ในจังหวัดชลบุรี ข้อมูลที่ได้

จากการศึกษาสามารถใช้เป็นแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าของเยาวชนไทยได้

2. วิธีดำเนินการวิจัย

2.1 กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้นครั้งนี้เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของเยาวชนไทยที่ทำงานพาร์ทไทม์ในจังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้ คือ เยาวชนชายหญิง อายุระหว่าง 15-24 ปี ที่ทำงานพาร์ทไทม์ ในจังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ เยาวชนชายหญิง อายุระหว่าง 15-24 ปี ที่ทำงานพาร์ทไทม์ในสถานประกอบการประเภทร้านค้าสะดวกซื้อ (convenience Store) รอบสถานศึกษาในตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี โดยกลุ่มตัวอย่างไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคซึมเศร้า จากนั้นใช้สูตรของ Cochran⁽⁷⁾ ในกรณีที่ไม่ทราบขนาดของประชากรที่แน่นอนและทราบสัดส่วนของประชากรที่ค่าความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ดังนี้

$$n = \frac{p(1-p)Z^2}{e^2}$$

$$n = \frac{0.19(1-0.19)1.96^2}{(0.05)^2}$$

$$n = 237$$

โดยที่ n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

p คือ สัดส่วนของภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาในประเทศไทย มีค่า 0.19

e คือ ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ มีค่า 0.05

Z คือ ระดับความเชื่อมั่น 95 % หรือ 1.96

เมื่อแทนค่าในสูตรได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 237 คน แต่ข้อมูลที่สมบูรณ์และสามารถนำเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลมีจำนวน 234 คน โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic sampling) โดยการสุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อของสถานประกอบการ

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีและประยุกต์จากงานวิจัยของบุคคลอื่น โดยแบ่งเป็น 5 ส่วน จำนวน 94 ข้อ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1) แบบสอบถามลักษณะประชากร จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2) แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว จำนวน 15 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์แบบสอบถามจากงานวิจัยของวงเดือน ปันดี⁽⁸⁾ ได้นำเกณฑ์การแบ่งกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของเบสท์⁽⁹⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย ระดับปานกลาง และระดับมาก

ส่วนที่ 3) แบบสอบถามสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน จำนวน 10 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์แบบสอบถามจากงานวิจัยของวงเดือน ปันดี⁽⁸⁾ ได้นำเกณฑ์การแบ่งกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของเบสท์⁽⁹⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย ระดับปานกลาง และระดับมาก

ส่วนที่ 4) แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 42 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์แบบสอบถามจากการประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กและเยาวชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปของกองสุขศึกษา แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ระดับไม่ดี ระดับพอใช้ ระดับดี และระดับดีมาก⁽¹⁰⁾

ส่วนที่ 5) แบบประเมินระดับความวิตกกังวลของภาวะซึมเศร้า จำนวน 20 ข้อ (Center of Epidemiologic Studies Depression Scale [CES-D]) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1977 เป็นเครื่องมือวัดอาการซึมเศร้าแบบประเมินตนเอง (self-report) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยนักวิจัยแห่ง Center for Epidemiological Studies จาก National institute of Mental health ประเทศสหรัฐอเมริกา และพัฒนาโดย อุมพร ตรังสมบัติ และคณะ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ 0-22 ไม่อยู่ในข่ายภาวะซึมเศร้า 23 คะแนนขึ้นไป อยู่ในข่ายภาวะซึมเศร้าสมควรได้รับการวินิจฉัยเพื่อช่วยเหลือต่อไป⁽¹¹⁾

2.3 การตรวจสอบของคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย โดยนำไปทดลองใช้กับเยาวชนที่ทำงานพาร์ทไทม์ที่มีคุณลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำแบบสอบถามมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช⁽¹²⁾ ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว 0.82 แบบสอบถามสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน 0.79 และแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ 0.75

2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลกับเยาวชนไทยที่ทำงานพาร์ทไทม์ในจังหวัดชลบุรี จำนวนทั้งหมด 234 คน ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม – 30 เมษายน พ.ศ. 2562 โดยการใช้แบบสอบถามและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จากนั้นนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้อง และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอม เต็มใจ และสมัครใจที่จะเข้าร่วมการศึกษาวិจัย การตอบแบบสอบถามผู้ตอบไม่ต้องใส่ชื่อ สกุลจริง แต่จะใช้รหัสแทนตัวเท่านั้น และผู้วิจัยได้คำนึงและตระหนักถึงจริยธรรมการวิจัยในทุกกระบวนการของการวิจัย

2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสัมพันธภาพ ปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพ และภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของของเยาวชนที่ทำงานพาร์ทไทม์ โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square)

3. ผลการวิจัย

จากผลการศึกษาด้านลักษณะประชากร พบว่า ส่วนใหญ่เยาวชนที่ทำงานพาร์ทไทม์ร้อยละ 62.0 เป็นเพศหญิง โดยร้อยละ 77.8 มีอายุ 15-19 ปี ร้อยละ 62.0 มีรายได้เฉลี่ย 5,001-10,000 บาทต่อเดือน และร้อยละ 53.0 มีโรคประจำตัว ด้านสถานภาพทางการเงิน พบว่า เยาวชนมากกว่าครึ่งมีรายรับไม่เพียงพอสำหรับรายจ่ายและต้องกู้ยืมหรือเป็นหนี้ คิดเป็นร้อยละ 53.4 ดังแสดงในตารางที่ 1

ด้านสัมพันธภาพ พบว่า เยาวชนมีสัมพันธภาพกับครอบครัวและเพื่อนร่วมงานในระดับดีมาก (ร้อยละ 88.9 และ 89.3 ตามลำดับ) ด้านความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า เยาวชนมีความรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมในระดับดี ร้อยละ 54.3 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 42.3 ความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 64.6 ทักษะการสื่อสารอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 41.5 ทักษะการจัดการตนเองอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 40.2 ทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 35.9 และการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 36.8 ดังแสดงในตารางที่ 2 เมื่อพิจารณาภาวะซึมเศร้า พบว่า

เยาวชนร้อยละ 23.1 เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า ดังแสดงในตารางที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของเยาวชนที่ทำงานพาร์ทไทม์ พบว่า สัมพันธภาพ

กับครอบครัว ($p < 0.01$) และทักษะการสื่อสาร ($p < 0.01$) มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวนและร้อยละของเยาวชน จำแนกตามลักษณะประชากร ($n = 234$)

ลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	89	38.0
หญิง	145	62.0
อายุ		
15-19 ปี	182	77.8
20-24 ปี	52	22.2
Min = 18.0, Max = 24.0, $\bar{x} = 18.8$, SD = 1.8		
รายได้ (บาท)		
ต่ำกว่า 5,000	31	13.2
5,001 - 10,000	145	62.0
10,001 ขึ้นไป	58	24.8
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	110	47.0
มีโรคประจำตัว	124	53.0
สถานภาพทางการเงิน		
รายรับเพียงพอสำหรับรายจ่าย และเหลือสำหรับเก็บออม	32	13.7
รายรับเพียงพอสำหรับรายจ่าย และไม่เหลือสำหรับเก็บออม	77	32.9
รายรับไม่เพียงพอสำหรับรายจ่าย ต้องกู้ยืมหรือเป็นหนี้	125	53.4

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของเยาวชน จำแนกตามระดับสัมพันธภาพและระดับความรู้ด้านสุขภาพ ($n = 234$)

ระดับสัมพันธภาพและระดับความรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสัมพันธภาพในครอบครัว		
ระดับปานกลาง	26	11.1
ระดับมาก	208	88.9
Min = 38.0, Max = 71.0, $\bar{x} = 57.7$, SD = 5.9		
ระดับสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน		
ระดับปานกลาง	25	10.7
ระดับมาก	209	89.3
Min = 23.0, Max = 50.0, $\bar{x} = 39.1$, SD = 4.1		
ระดับความรู้ด้านสุขภาพ (ภาพรวม)		
ระดับไม่ดี	13	5.5
ระดับพอใช้	40	17.1
ระดับดี	127	54.3
ระดับดีมาก	54	23.1
Min = 77.0, Max = 153.0, $\bar{x} = 126.3$, SD = 12.9		
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ		
ระดับพอใช้	71	30.3
ระดับดี	64	27.4
ระดับดีมาก	99	42.3
Min = 9.0, Max = 25.0, $\bar{x} = 18.8$, SD = 3.0		

ระดับสัมพันธภาพและระดับความรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ความเข้าใจ		
ระดับพอใช้	45	19.2
ระดับดี	38	16.2
ระดับดีมาก	151	64.6
Min = 3.0, Max = 10.0, $\bar{x}$ = 7.8, SD = 1.4		
ทักษะการสื่อสาร		
ระดับพอใช้	74	31.6
ระดับดี	63	26.9
ระดับดีมาก	97	41.5
Min = 18.0, Max = 40.0, $\bar{x}$ = 29.9, SD = 4.5		
ทักษะการจัดการตนเอง		
ระดับไม่ดี	20	8.5
ระดับพอใช้	45	19.2
ระดับดี	75	32.1
ระดับดีมาก	94	40.2
Min = 11.0, Max = 35.0, $\bar{x}$ = 26.1, SD = 3.4		
ทักษะการตัดสินใจ		
ระดับพอใช้	88	37.6
ระดับดี	62	26.5
ระดับดีมาก	84	35.9
Min = 12.0, Max = 30.0, $\bar{x}$ = 21.8, SD = 4.1		
การรู้เท่าทันสื่อ		
ระดับไม่ดี	33	14.1
ระดับพอใช้	49	20.9
ระดับดี	66	28.2
ระดับดีมาก	86	36.8
Min = 6.0, Max = 30.0, $\bar{x}$ = 21.7, SD = 4.5		

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของเยาวชน จำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า (n = 234)

ระดับภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า	180	76.9
เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า	54	23.1
Min = 8.0, Max = 41.0, $\bar{x}$ = 19.6, SD = 4.6		

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของเยาวชนที่ทำงานพาร์ทไทม์ จังหวัดชลบุรี

ปัจจัย	ภาวะซึมเศร้า		χ^2	p-value
	เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)		
ระดับสัมพันธภาพในครอบครัว			16.88	<0.01*
ระดับปานกลาง	73 (35.1)	135 (64.9)		
ระดับมาก	20 (76.9)	6 (23.1)		
ระดับความรู้ด้านสุขภาพ (ภาพรวม)			2.13	0.54
ระดับไม่ดี	5 (38.5)	8 (61.5)		
ระดับพอใช้	20 (50.0)	20 (50.0)		
ระดับดี	48 (37.8)	79 (62.2)		
ระดับดีมาก	20 (37.0)	34 (63.0)		

ปัจจัย	ภาวะซึมเศร้า		χ^2	p-value
	เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)		
ความรู้ความเข้าใจ			3.07	0.22
ระดับพอใช้	51.1 (23)	48.9 (22)		
ระดับดี	36.8 (14)	63.2 (24)		
ระดับดีมาก	62.9 (95)	37.1 (56)		
ทักษะการสื่อสาร			10.61	<0.01*
ระดับพอใช้	35 (47.3)	39 (52.7)		
ระดับดี	16 (25.4)	47 (74.6)		
ระดับดีมาก	38 (39.2)	59 (60.8)		
ทักษะการจัดการตนเอง			1.16	0.76
ระดับไม่ดี	40.0 (8)	60.0 (12)		
ระดับพอใช้	46.7 (21)	53.3 (24)		
ระดับดี	37.3 (28)	62.7 (47)		
ระดับดีมาก	38.3 (36)	61.7 (58)		
ทักษะการตัดสินใจ			0.68	0.71
ระดับพอใช้	42.0 (37)	58.0 (51)		
ระดับดี	35.5 (22)	64.5 (40)		
ระดับดีมาก	40.5 (34)	59.5 (50)		
การรู้เท่าทันสื่อ			4.59	0.20
ระดับไม่ดี	36.4 (12)	63.6 (21)		
ระดับพอใช้	53.1 (26)	46.9 (23)		
ระดับดี	36.4 (24)	63.6 (42)		
ระดับดีมาก	36.0 (31)	64.0 (55)		
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ			2.98	0.22
ระดับไม่ดี	43.7 (31)	56.3 (40)		
ระดับดี	45.3 (29)	54.7 (35)		
ระดับดีมาก	33.3 (33)	66.7 (66)		

4. อภิปรายผล

การวิเคราะห์ภาวะซึมเศร้าของเยาวชนที่ทำงานพาร์ทไทม์ พบว่า เยาวชนเข้าข่ายภาวะซึมเศร้ามากถึงร้อยละ 23.1 ซึ่งสูงกว่าผลการสำรวจในประเทศไทย พบว่า ประชากรไทยมีภาวะซึมเศร้า เกือบ 1 ล้านคน ซึ่งหมายความว่าประชากรไทย 100 คน จะมี 2 คนที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ทั้งนี้เพศหญิงมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชายถึง 1.7 เท่า⁽¹³⁾ จากการสำรวจความชุกของภาวะซึมเศร้าในประชากร ไทยวัยแรงงาน พบว่า เพศหญิง (ร้อยละ 3.80) มีความชุกของภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 2.10) จำแนกเป็นอายุ 15-25 ปี ความชุก ร้อยละ 1 อายุ 30-44 ปี ความชุก ร้อยละ 2.80 และอายุ 45-59 ปี ความชุก ร้อยละ 4.10 โดยพบว่าภาคกลางและภาคตะวันออกมีความชุกสูงสุด⁽¹⁴⁾ โดยอัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทยมักมีสาเหตุมาจากโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ

50 ซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียปีละกว่า 400 ล้านบาท⁽¹⁵⁾ จากผลการศึกษาศาสามารถยืนยันได้จากข้อมูลของ World Health Organization (2019) ที่พบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีความรู้สึกเศร้า ความสนใจในกิจกรรมต่างๆ และความสุขในชีวิตลดลง ความรู้สึกหงุดหงิด รู้สึกผิด หรือรู้สึกด้อยค่า การนอนหลับและการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลงไป ความเหนื่อยล้าเพิ่มมากขึ้น และสมาลดลงทำให้ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตและประสิทธิภาพในการทำงาน⁽¹⁶⁾

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของเยาวชนที่ทำงานพาร์ทไทม์ พบว่า สัมพันธภาพกับครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่มีความสัมพันธ์กับครอบครัวอยู่ในระดับมากจะเข้าข่ายภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ที่มีความสัมพันธ์กับครอบครัวระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเยาวชนอยู่

ในช่วงรอยต่อระหว่างวัยรุ่นสู่ความเป็นผู้ใหญ่ตอนต้น เยาวชนบางคนมีความท้อแท้จากครอบครัวเพราะต้องมาศึกษาต่อในสถาบันที่ห่างไกลจากบ้าน อีกทั้งบางคนยังทำงานพาร์ทไทม์เพื่อรับผิดชอบค่าใช้จ่ายและต้องรับผิดชอบต่อหน้าที่มากขึ้น สิ่งเหล่านี้จึงทำให้เยาวชนต้องการความเป็นอิสระ⁽⁵⁾ ซึ่งในบางครั้งหากครอบครัวเข้ามาดูแลใกล้ชิดมากเกินไปก็อาจจะส่งผลให้เกิดความอึดอัดและไม่เป็นตัวของตัวเองได้ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาผ่านมาที่พบว่าความขัดแย้งภายในครอบครัวส่งผลให้เกิดความไม่สบายใจ ความวิตกกังวล ส่งผลให้เกิดความเครียด หากมีความเครียดสะสมระยะยาวก็จะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้^(8, 17) ขัดแย้งกับการศึกษาของสุนันท์ เสี่ยงเสนาะ ที่พบว่า ถ้าเยาวชนเติบโตมาจากครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดี กอปรด้วยความรักและความผูกพันของบุคคลในครอบครัว ก็จะทำให้เยาวชนเกิดการเรียนรู้ในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในสังคมได้ดีและไม่เกิดปัญหาด้านสัมพันธภาพ⁽¹⁸⁾ นอกจากนี้ครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดีจะทำให้ความเครียดและภาวะซึมเศร้าในเยาวชนลดน้อยลง ตลอดจนมีสุขภาพจิตที่ดีและสามารถจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตได้อย่างราบรื่น⁽¹⁹⁾

นอกจากนี้จากผลการศึกษายังพบว่าทักษะการสื่อสารมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่มีการสื่อสารอยู่ในระดับพอใช้จะเข้าข่ายภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่มีการสื่อสารดีและดีมาก สอดคล้องกับแนวคิดของ Cooper and Straw ที่กล่าวว่า ทักษะในการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพของบุคคลในสถานประกอบการอาจทำให้ขาดการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานหรือผู้บังคับบัญชา ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของความเครียดส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจและซึมเศร้าตามมา⁽²⁰⁾ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของขวัญพนมพร ธรรมไทย ที่กล่าวว่า การสื่อสารพูดคุยระหว่างกันอย่างมีประสิทธิภาพจะเพิ่มความเข้าใจ ยอมรับ การสนับสนุน และการรู้คุณค่าในตนเอง นำไปสู่การร่วมกันแก้ไขปัญหา เพิ่มความรู้สึกด้านบวก และสามารถลดความเสี่ยงในการเป็นโรคซึมเศร้าได้⁽²¹⁾ และจากผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจ ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษาของนุสรา นามเดชที่พบว่า ถ้าเยาวชนมีความรอบรู้ทางสุขภาพจิต โดยได้รับความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าที่ถูกต้องจะ

ส่งผลให้เยาวชนเกิดความเข้าใจในสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิต เกิดกระบวนการวิเคราะห์ผลดี/ ผลเสียในการเลือกวิธีจัดการปัญหาทางสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้อง เช่น การปรับทัศนคติเชิงบวก การเล่าเรื่องเพื่อระบายอารมณ์และความรู้สึก การไปเที่ยวเพื่อผ่อนคลายความเครียด นอกจากนี้การรู้เท่าทันสื่อ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ โดยการเลือกแหล่งที่ให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้เหมาะสม เช่น การปรึกษาจิตแพทย์ การปรึกษานักจิตบำบัด การติดต่อสายด่วนของกรมสุขภาพจิต เป็นต้น เพื่อแก้ปัญหาความซับซ้อนใจ ปัญหาทางสุขภาพจิตที่เกิดขึ้น⁽²²⁾

5. สรุปผลการศึกษา

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า เยาวชนถึงร้อยละ 23.1 เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า ในขณะที่สัมพันธภาพกับครอบครัวและทักษะการสื่อสารมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น นายจ้าง สถานศึกษา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าให้กับเยาวชนทุกคน และจัดให้มีกิจกรรมเพื่อการดูแลเยาวชนที่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า โดยมุ่งเน้นในเรื่องสัมพันธภาพกับครอบครัวให้มีความเหมาะสมและยืดหยุ่นตามบริบทของเยาวชนในแต่ละบุคคล และเพิ่มทักษะการสื่อสารกับบุคคลอื่นเพื่อให้เยาวชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

อย่างไรก็ตามในการศึกษาดังกล่าวไปควรศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นปัจจัยส่วนบุคคล เช่น พันธุกรรมโรคทางจิตเวชในครอบครัว การเลี้ยงดูในวัยเด็ก มุมมองความคิด และลักษณะนิสัยส่วนบุคคล ยาที่ใช้เป็นประจำ ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม เช่น เหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจในชีวิตที่ผ่านมา สถานการณ์ความเครียดและความกดดันของแต่ละบุคคล การมีสังคมกลุ่มเพื่อน ทักษะการจัดการปัญหาส่วนบุคคล เพราะปัจจัยเหล่านี้อาจมีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของเยาวชน

6. กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดีผู้วิจัยขอขอบคุณเยาวชนไทยที่ทำงานพาร์ทไทม์ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้

7. เอกสารอ้างอิง

1. จุลารักษ์ เทพกลาง. การพัฒนาระบบการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุในหน่วยงานผู้ป่วยนอก

- โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2562; 16(1): 70-7.
2. ตฤลิลา จำปาวัลย์. แนวคิดและทฤษฎีภาวะซึมเศร้าทางจิตวิทยา. วารสารพุทธจิตวิทยา. 2560; 2(2): 1-11.
3. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization; 2017.
4. สถาบันราชานุกูล. ซึมเศร้า เราคุยกันได้ [online]. แหล่งข้อมูล: <https://th.rajanukul.go.th>. [เข้าถึงเมื่อ 2 มกราคม 2562].
5. วารุณี พองแก้ว. การป้องกันเอชไอวีในวัยรุ่น ประเด็นท้าทาย และแนวทางการแก้ไข. เชียงใหม่ นนทบุรีการพิมพ์.; 2554.
6. Brown GW, Harris T. Social origins of depression: a reply. Psychological medicine. 1978; 8(4): 577-88.
7. William GC. Sampling techniques. 3rd edition ed. United States of America John Wiley & Sons, Inc. ; 1977. 442 p.
8. วงเดือน ปันตี. ความชุกและปัจจัยของความซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นตอนปลาย : ศึกษาเฉพาะนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคศรีสะเกษ. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2558; 45(3): 298-309.
9. Best JW, Kahn JV. Research in Education. 10th ed. United State: Boston Pearson Education Inc; 2006. 510 p.
10. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ก. การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กและเยาวชน (อายุ 7-14 ปี) กลุ่มประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุง ปี 2561. นนทบุรี กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
11. อุมภาพร ตรังคมสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์, ปิยลัมพร หะวานนท์. การใช้ CES-D ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. วารสารสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย. 2540; 42(1): 2-13.
12. DeVellis RF. Scale development: Theory and applications. Chapel Hill, USA: Sage publications; 2016.
13. กรมสุขภาพจิต. ผลสำรวจสุขภาพจิตคนไทยระดับชาติ: กระทรวงสาธารณสุข [online]. แหล่งข้อมูล: <https://forums.dmh.go.th/index.php?topic=138165.0>. [เข้าถึงเมื่อ 2 มกราคม 2562].
14. วิชัย เอกพลากร. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี; 2557.
15. สุวรรณี อ้อแสงชัย, บรรพต ตันธีรวงศ์, พระมหาหรรษา ธมฺมหาโส. รูปแบบการเสริมสร้างความตระหนักรู้คุณค่าในตนเองเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของเยาวชนโดยพุทธสันติวิธี. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร 2562; 7 (ฉบับเพิ่มเติม): 154-167.
16. World Health Organization. Mental disorders: World Health Organization [online]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>. [cited 28 November 2019].
17. รุ่งมณี ยิ่งยืน. ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเยาวชนที่กระทำผิดกฎหมายและไม่ได้กระทำผิดกฎหมายในจังหวัดอุบลราชธานี. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย; 2538.
18. สุนันท์ เสียงเสนาะ, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, เวทิส ประทุมศรี. อิทธิพลของปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลาย. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ. 2560; 33(3): 59-69.
19. รัตนภรณ์ ชูทอง, ภควัต วิวัฒนวรเศรษฐ์, ณภัท วรตบัวทอง, ยุพา หนูทอง, ขาติ นันท์อยู่สุข, ณัฐกุล รุ่งเรืองและคณะ. ภาวะสุขภาพ จิตสภาพ และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในนักศึกษาระดับปริญญาตรีของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งภาคใต้ของประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2. 2562; 64(4): 337-50.
20. Straw A, Cooper CL. Successful stress management in a week. England: Hodder & Stoughton; 1993. 96 p.
21. ขวัญพนมพร ธรรมไทย, ชาลินี สุวรรณยศ, รจเรช อินทโชติ, ซากาโมโต, ณรงค์ มณีทอง, อัครวิน นาคพงศ์พันธุ์. การถอดบทเรียนการพัฒนาสื่อประสมเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2562; 64(3): 235-44.
22. นุสราน นามเดช. ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดสระบุรี. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2561; 11(3): 125-38.