

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การฆ่าตัวตายทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกก่อนวัยอันควร ซึ่งประชากรโลกราว 1 ล้านคน ฆ่าตัวตายในทุกๆ ปีโดยเฉลี่ยมี 3,000 รายต่อวัน ในช่วง 45 ปีที่ผ่านมาอัตราการฆ่าตัวตายทั่วโลกเพิ่มขึ้นร้อยละ 60 และพยากรณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2563 คนที่ฆ่าตัวตายจะมีจำนวนปีละ 1.5 ล้านคน สำหรับประเทศที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงเป็นอันดับต้นๆ ของโลก มีทั้งประเทศพัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา ได้แก่ กรีนิแลนด์ เกาหลีใต้ คาซัคสถานจีน และญี่ปุ่น (องค์การอนามัยโลก, 2013) ส่วนประเทศไทยอยู่ลำดับที่ 58 ของโลก มีอัตราการฆ่าตัวตายเฉลี่ย 6.20 รายต่อแสนประชากร จากการจัดอันดับสาเหตุการฆ่าตัวตายตามกลุ่มอายุในประเทศที่พัฒนาแล้ว การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุอันดับ 1 ของการเสียชีวิตในประชากรกลุ่มอายุ 15-49 ปี อยู่ลำดับก่อนการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ โรคเอดส์ และอุบัติเหตุบนท้องถนน (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ในทวีปเอเชียมีอัตราการฆ่าตัวตายประมาณ 19.3 รายต่อแสนประชากรซึ่งสูงกว่าอัตราการฆ่าตัวตายทั่วโลก ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 15 - 29 ปี สาเหตุการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาทางวัฒนธรรมเศรษฐกิจ และสังคม ประเทศที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดได้แก่เกาหลีใต้ ญี่ปุ่นศรีลังกา มีอัตราการฆ่าตัวตายอยู่ที่ 31.0 24.0 23.0 รายต่อแสนประชากรตามลำดับ (Ying-Yeh Chan, 2011) การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิงโดยอัตราส่วนหญิงต่อชายเท่ากับ 4 ต่อ 1 ในขณะที่หากเป็นการฆ่าตัวตายสำเร็จเพศชายจะมากกว่าเพศหญิง 3 เท่า โดยทั่วไปจะพบการพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่าการฆ่าตัวตายสำเร็จ 10 - 20 เท่า (กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข, 2554) โดยผู้ทำร้ายตนเองจะมีโอกาสทำซ้ำและประสบความสำเร็จโดยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จในระยะ 1 ปี หลังการทำร้ายตนเองครั้งแรกเพิ่มขึ้นเป็น 100 เท่าเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป และร้อยละ 10 ของผู้ทำร้ายตนเองจะจบชีวิตลงด้วยการฆ่าตัวตายในเวลาต่อมา (กนกรัตน์ ปัญญา, 2556)

การฆ่าตัวตาย หรือการพยายามฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยแต่ละปีมีคนฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่า 3,500 คน ในปี พ.ศ. 2555 มีคนไทยฆ่าตัวตายสำเร็จ

จำนวน 3,985 คน เฉลี่ยแล้วมากกว่าวันละ 10 คน คิดเป็นอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 6.20 รายต่อแสนประชากรซึ่งมากกว่าปี พ.ศ. 2554 ที่พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 6.03 รายต่อแสนประชากร(วชิระเพ็ญจันทร์, 2556) นับแต่ปี พ.ศ. 2540 - 2553 พบวัยแรงงานยังคงเสี่ยงต่อปัญหาการฆ่าตัวตายโดยช่วงอายุ 20 - 29 ปี มีการฆ่าตัวตายมากที่สุด 15,994 ราย รองลงมาคือ ช่วงอายุ 30 - 39 ปี และ 40 - 49 ปี ซึ่งมีจำนวนการฆ่าตัวตายเท่ากันคือ 14,822 ราย ขณะที่ปี พ.ศ. 2553 ช่วงอายุ 30 - 39 ปี มีการฆ่าตัวตายมากที่สุด (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2554) แนวโน้มปัญหาการฆ่าตัวตายของประชากรในกลุ่มคนวัยต่างๆ กลุ่มคน ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด 7.1 รายต่อแสนประชากรคือกลุ่มคนที่มีอายุระหว่าง 25 - 59 ปี มีอัตราการฆ่าตัวตายอยู่ที่ 4.6 รายต่อแสนประชากรมากกว่ากลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนที่มีอายุระหว่าง 15 - 29 ปี ซึ่งมีอัตราการฆ่าตัวตายอยู่ที่ 2.2 รายต่อแสนประชากร (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่เป็นชายมากกว่าหญิง โดยเพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 9.25 - 9.48 รายต่อแสนประชากรขณะที่เพศหญิงมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 2.38 - 2.72 รายต่อแสนประชากรประมาณอัตราส่วนชายต่อหญิง 3.5 คน ต่อ 1 คน ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จในประเทศไทยอยู่ในช่วงอายุ 30 - 39 ปี มากที่สุด รองลงมาคือ 21 - 30 ปี และถ้าแบ่งตามเพศจะพบว่า เพศชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิงถึง 4 เท่าแต่เพศหญิงมีแนวโน้มที่คิดจะฆ่าตัวตายได้ง่าย และมีจำนวนมากกว่าเพศชาย (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ในขณะที่อัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทยปี พ.ศ. 2543 - 2554 อัตราการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มลดลง ถึงแม้อัตราการฆ่าตัวตายจะไม่เกินตัวชี้วัดที่กำหนดคือ 6.5 รายต่อแสนประชากรถ้านับจำนวนผู้ที่ทำร้ายตนเองทั้งหมดทั้งที่เสียชีวิตและไม่เสียชีวิตจะพบว่า มีจำนวนรวมสูงถึง 25,000 - 27,000 รายต่อปี นับเป็นความสูญเสียต่อครอบครัวสังคมและประเทศชาติอย่างมาก นอกจากนี้ยังพบผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 2.5 จะลงมือทำร้ายคนใกล้ชิดด้วย (พงษ์ศักดิ์ สมใจ, 2556)

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2554) ได้รายงานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคะแนนสุขภาพจิต โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2551 จากจำนวนครัวเรือนตัวอย่าง ประมาณ 27,000 ครัวเรือน เพื่อให้ทราบถึงสภาพของสังคมไทยเกี่ยวกับพฤติกรรม ค่านิยม วัฒนธรรม และสุขภาพจิตของคนไทยพบว่า อาชีพข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจเป็นกลุ่มอาชีพที่มีสุขภาพจิตดีกว่าอาชีพอื่น เพราะมีความมั่นคงในการประกอบอาชีพ ส่วนอาชีพที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าอาชีพอื่นคือ อาชีพรับจ้างรายวัน เพราะเป็นอาชีพที่ไม่มีความมั่นคงและมีรายได้ที่ไม่แน่นอน นักวิชาการส่วนใหญ่กล่าวไว้ว่า ปัญหาการฆ่าตัวตายนั้นเป็นความสูญเสียทั้งเชิงเศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มคนวัยทำงาน ซึ่งถือเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการขับเคลื่อนระบบเศรษฐกิจของประเทศ โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานที่มีความยากลำบากและไม่มีความมั่นคงในชีวิตอย่างเช่นกลุ่มแรงงานรับจ้างรายวัน (สิริกร คำภู

ไทย, 2554) จากรายงานสุขภาพคนไทย (2553) พบอัตราการฆ่าตัวตายของวัยแรงงานเท่ากับ 7 รายต่อแสนประชากร ซึ่งสูงกว่าอัตราการฆ่าตัวตาย ในปี พ.ศ. 2550 และ 2551 อยู่ที่ 5.95 - 5.96 รายต่อแสนประชากรแสดงถึงเครื่องบ่งชี้ภาวะความเครียดและความทุกข์ของวัยแรงงานได้เป็นอย่างดี

การฆ่าตัวตายเป็นปรากฏการณ์ที่มีผลกระทบอย่างสูงต่อทั้งผู้กระทำ ผู้ใกล้ชิด และสังคมนั้นๆ อาจทำให้พวกเขาไม่สามารถทำงานหรือหย่อนประสิทธิภาพลง โดยเฉลี่ยแล้วการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายแต่ละครั้งมีผลกระทบต่อคนใกล้ชิดอย่างน้อย 6 คน หากเหตุการณ์เกิดขึ้นในโรงเรียนหรือโรงงานก็จะมีผลกระทบต่อคนได้เป็นจำนวนร้อย (ไกรสิทธิ์ นฤชิตพิชัย, 2554) โดยเฉพาะวัยแรงงานซึ่งเป็นวัยหลักที่ก่อผลผลิตของประเทศ โดยพบการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 20 - 40 ปี ในวัยนี้จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของครอบครัวจากการขาดหัวหน้าครอบครัว ขาดผู้เป็นที่พึ่ง ในกรณีที่ผู้กระทำเป็นหญิง หากมีครอบครัวมีลูกจะทำให้ลูกมักยังอยู่ในวัยเด็กเล็กที่ต้องการคนดูแลเอาใจใส่ใกล้ชิดจะเติบโตขึ้นอย่างขาดความอบอุ่น อาจเกิดปัญหาทางสังคมในอนาคตต่อไป (มานิช หล่อตระกูล, 2554) และแม้ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแต่ยังไม่ถึงแก่ชีวิต ก็ยังมีความสูญเสียจากการที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือพิการทุพพลภาพ ตลอดจนปัญหาสุขภาพจิตของครอบครัวและผู้ใกล้ชิด ในระดับบุคคลนั้นความมั่นคงของจิตใจหรือการมีวุฒิภาวะทางอารมณ์เป็นปัจจัยสำคัญ บุคคลที่ปรับตัวได้ไม่ดีต่อปัญหา อ่อนไหวง่าย เก็บตัวไม่ค่อยปรึกษาผู้อื่น เมื่อมีปัญหา มักจะมองไม่เห็นทางออก เมื่อพบกับความกดดันทางจิตใจ ทำให้ตกอยู่ในสภาวะไม่มีทางออก (รตพร ปัทมเจริญ, 2552)

จากการรวบรวมข้อมูลล่าสุดทางด้านสุขภาพจิตของคนทำงานอาชีพต่างๆ ในช่วงเวลา 3 ปีที่ผ่านมาพบว่า แรงงานไทยเกือบ 1 ใน 10 ตั้งแต่ระดับกรรมกรจนถึงคนทำงานบริษัทคิดจะฆ่าตัวตาย (สิริกร คำภูไทย, 2554) Emile Durkheim (อ้างถึงใน รตพร ปัทมเจริญ, 2552) มีความเชื่อว่าการฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กับความผูกพันของสมาชิกกับสังคม โดยในสังคมที่พบการฆ่าตัวตายสูงจะเป็นสังคมที่สมาชิกมีความผูกพันกับสังคมน้อย ไม่ค่อยพึ่งพากัน นอกจากนี้ยังพบในสังคมมีการเปลี่ยนแปลงเร็ว สมาชิกสับสน ขาดบรรทัดฐานที่แน่นอนในการปฏิบัติหรือสมาชิกมีความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับสังคมเปลี่ยนไป เช่น มีการตกงาน หย่าร้าง เป็นต้น คนไทยที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ผู้ใช้แรงงานสถานภาพหม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ การศึกษาต่ำ เป็นผู้ว่างงานหรือลูกจ้างเอกชนรายจ่ายของครัวเรือนต่ำครัวเรือนเกษตรกรรมที่ไม่มีที่ดินทำกินและครัวเรือนที่มีหนี้นอกระบบ (อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์, 2553)

การฆ่าตัวตายยังก่อให้เกิดความสูญเสียในด้านต่างๆมากมายเช่น การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา การบาดเจ็บจากการทำร้ายตนเอง มีการประเมินความสูญเสีย

คร่าวๆ โดยประมาณว่าคนๆ หนึ่งมีอายุการทำงานโดยเฉลี่ย 40 ปี (20 - 60 ปี) ความสูญเสียของประเทศชาติจากการฆ่าตัวตายคิดในเชิงเศรษฐศาสตร์สูญเสียถึงประมาณ 4 พันล้านบาทต่อปี หากคำนวณความสูญเสียเฉพาะอันเนื่องมาจากการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะเพศชายในปี พ.ศ. 2542 คำนวณเป็นความสูญเสียได้เท่ากับ 147,988 DALYs หรือคิดเป็นมูลค่าทางเศรษฐกิจได้อย่างน้อย 5,500 ล้านบาทต่อปี (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ในระดับสังคมจัดว่าเป็นการสูญเสียทั้งแรงงานการผลิตและค่าใช้จ่ายในการรักษา (ทวี ตั้งเสรี, 2551)

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2555) มีมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายและดูแลช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ตามมาตรการที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ 6 มาตรการ ได้แก่ การพัฒนาระบบบริการเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของกลุ่มเสี่ยงคือ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า การพัฒนาระบบการรายงานและเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง การลดการเข้าถึงสารลดปัญหาการฆ่าตัวตาย การพัฒนาทักษะชีวิตของเยาวชนในระดับ โรงเรียน การรณรงค์เนื่องในวันป้องกันการฆ่าตัวตายโลก ในวันที่ 10 กันยายน ของทุกปี และการให้บริการสายด่วนสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวมาอย่างต่อเนื่อง โดยมีกลยุทธ์ที่สำคัญซึ่งประกอบด้วย การพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขด้านการอบรมให้คำปรึกษาเชิงลึก การพัฒนาระบบฐานข้อมูลสำหรับการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย รวมทั้งมีการศึกษาวิจัยด้านระบาดวิทยาของการทำร้ายตนเอง เพื่อการติดตามเฝ้าระวังสถานการณ์ ซึ่งทั้งหมดนี้ได้ส่งผลให้อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จทั่วประเทศระหว่างปี พ.ศ. 2544 ถึง พ.ศ. 2552 มีแนวโน้มลดลง อย่างไรก็ตามหากพิจารณาในระดับพื้นที่พบว่าบางแห่งยังมีอัตราการฆ่าตัวตายสูง ข้อมูลสถิติการฆ่าตัวตายของประเทศ โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2555) จังหวัดที่มีการฆ่าตัวตายสูงสุด 3 ใน 10 อันดับแรก ได้แก่ ลำพูน ระยอง และเชียงใหม่ มีสถิติการฆ่าตัวตายอยู่ที่ 15.58 13.45 และ 12.90 รายต่อแสนประชากรตามลำดับจำนวนประชากรจังหวัดระยองมีทั้งหมด 637,736 คน โดยเพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายมากกว่าเพศหญิงกลุ่มอายุที่มีการฆ่าตัวตายอยู่ในช่วงอายุ 30 - 45 ปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มคนวัยทำงาน(วชิระ เฟื่องจันทร์, 2556)

จังหวัดระยองเป็นแหล่งนิคมอุตสาหกรรม ซึ่งมีวัยแรงงานอยู่จำนวนมาก 21,431 คน (การนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด, 2556) จากรายงานอัตราการฆ่าตัวตายกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2554 พบว่าจังหวัดระยองมีอัตราการฆ่าตัวตายทั้งหมด 85 ราย แยกเป็นชาย 57 ราย หญิง 28 ราย อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ 13.45 รายต่อประชากรแสนคน และในปี พ.ศ. 2555 พบว่าจังหวัดระยองมีอัตราการฆ่าตัวตายทั้งหมด 79 ราย แยกเป็นชาย 62 ราย หญิง 17 ราย อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ 12.28 รายต่อประชากรแสนคน จากสถิติ 9 เดือนของจังหวัดระยอง ตั้งแต่เดือนตุลาคม

ปี พ.ศ. 2554 ถึงเดือนมิถุนายน ปี พ.ศ. 2555 พบว่าอำเภอเมือง จังหวัดระยองมีอัตราการฆ่าตัวตาย สูงที่สุดเมื่อเทียบกับอำเภออื่นๆ จำนวน 8 ราย (ศุภมาส บำรุงรัตน์, 2555)

ความเครียดถือว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างหนึ่งของผู้ที่ประกอบอาชีพต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ที่ใช้แรงงานภาคอุตสาหกรรม ซึ่งมีปัจจัยหลายประการที่ล้วนแต่ส่งผลต่อการ เกิดความเครียด เช่น การทำงาน การเงิน ครอบครัว คนรัก คนใกล้ชิด สังคม และสิ่งแวดล้อม เป็นต้น คนทำงานที่มีความเครียดมากเกินไป และไม่ได้รับการแก้ไขในทางที่ถูกต้อง เหมาะสม นอกจากจะมีผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการทำงานของบุคคล และองค์กรแล้ว ยังอาจส่งผลทำ ให้เกิดความสูญเสียอย่างมากมายทั้งต่อครอบครัว สังคม และประเทศชาติกรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข ได้ดำเนิน โครงการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพจิตของ คนไทยในช่วงเวลาต่างๆเพื่อทราบ ระดับความเครียด การกระจายของปัญหาความเครียดพื้นที่เสี่ยง และกลุ่มเสี่ยง สาเหตุหรือกลไกที่ ทำให้เกิดความเครียด รวมทั้งวิธีการเลือกใช้แก้ไขปัญหาเมื่อเกิดภาวะเครียดสถานการณ์และ แนวโน้มความเครียดของคนไทยตั้งแต่เดือนเมษายน 2552 ถึงมกราคม 2554 มีแนวโน้มที่เริ่มสูงขึ้น ส่วนผู้ที่เครียดสูงและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงสุดอยู่ที่ภาคกลางกับภาคตะวันออกมีร้อยละ 38.9 อาการแสดงออกที่เกิดขึ้นบ่อยถึงเป็นประจำของผู้ที่มีความเครียดสูงคือ หงุดหงิด ภาวะว ุ่นวาย ว้าวุ่นใจ ภาพรวมผู้ที่มีความเครียดนั้นพบชายและหญิงมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่เป็น วัยทำงานมีอายุ 25 - 34 ปีสาเหตุความเครียดอันดับแรก ได้แก่ ปัญหาการเงิน ปัญหาความสัมพันธ์ ในครอบครัวปัญหาความเจ็บป่วยของตนเอง ปัญหาการงาน (วรวรรณ จูฑา, 2554) ดังนั้นผู้ใช้ แรงงานมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายมากกว่ากลุ่มอื่นๆ โดยเฉพาะผู้ที่ทำงานในเขตนิคม อุตสาหกรรมผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มผู้ใช้แรงงานในโรงงาน ขนาดกลาง เขตนิคมอุตสาหกรรม จังหวัดระยอง และเหตุการณ์ในชีวิตที่ก่อให้เกิดความเครียด และ อาจทำให้เกิดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผน ป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะการคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายกลุ่มผู้ใช้แรงงาน

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ใช้แรงงานในโรงงานขนาดกลาง เขตนิคม อุตสาหกรรมจังหวัดระยอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน และความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิต กับ ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ใช้แรงงานใน โรงงานขนาดกลางเขตนิคมอุตสาหกรรมจังหวัด ระยอง

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้ได้ทำการศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ใช้แรงงานที่มีอายุระหว่าง 15 - 59 ปี และทำงานในโรงงานขนาดกลาง เขตนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุดจังหวัดระยอง และทำงานในช่วงเดือนกันยายน ถึง ตุลาคม 2556

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

1. ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หมายถึงการที่ผู้ใช้แรงงานมีความคิดในการทำร้ายตนเองฆ่าตัวตาย หรือการเคยกระทำบางอย่างที่อาจทำให้ตัวเองมีโอกาสเสียชีวิตได้ ได้แก่ การเตรียมการทำร้ายทำให้ตนเองบาดเจ็บ และการพยายามฆ่าตัวตาย วัดด้วยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2553
2. ความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิต หมายถึงความเครียดจากเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นกับชีวิตของผู้ใช้แรงงาน โดยเริ่มจากเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตประจำวันจนถึงเหตุการณ์สำคัญหรือร้ายแรงที่เกิดขึ้นโดยการวัดค่าการเปลี่ยนแปลง หรือปริมาณการปรับตัวที่ใช้ในเหตุการณ์นั้น โดยนำมาจากแบบประเมิน Social Readjustment Rating Scale (SRRS) ของ Thomas Holmes และ Richard Rahe
3. พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพหมายถึง การที่ผู้ใช้แรงงานเคยสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และใช้สารเสพติด ได้แก่ ฝิ่น มอร์ฟีน เฮโรอีนทินเนอร์ กายาบ้า ยาไอซ์ ยาอี โคเคนและกัญชา
4. โรคประจำตัว หมายถึง การที่ผู้ใช้แรงงานได้รับการวินิจฉัยโรคต่อไปน้จากแพทย์ ได้แก่ โรคเรื้อรัง โรคมะเร็งและเนื้องอก โรคทางจิตเวช และการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
5. โรงงานขนาดกลาง หมายถึง โรงงานที่มีการจ้างงานของผู้ใช้แรงงานเกินกว่า 20 คน แต่ไม่เกิน 50 คนซึ่งจะมีภาวะเสี่ยงต่อความมั่นคงการเงิน การงาน มีความเครียดมากกว่าในโรงงานขนาดใหญ่ และสามารถเข้าถึงได้ง่ายกว่าโรงงานขนาดเล็ก