

## ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในแรงงานสตรีข้ามชาติ

### Mental Health Status and Related Factors Among Women Migrant Laborers

|           |             |         |              |              |         |
|-----------|-------------|---------|--------------|--------------|---------|
| หทัยชนก   | เผ่าวิริยะ  | พย.ม.*  | Hathaichanok | Phaowiriya   | M.S.N.* |
| ภัทราภรณ์ | ทุ่งปันคำ   | พย.ด.** | Patraporn    | Tungpunkom   | Ph.D.** |
| เกสรา     | ศรีพิชญาการ | พย.ด.** | Kasara       | Sripichyakan | Ph.D.** |

#### บทคัดย่อ

แรงงานสตรีข้ามชาติต้องเผชิญกับสิ่งท้าทายต่าง ๆ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตได้ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในแรงงานสตรีข้ามชาติ กลุ่มตัวอย่าง คือ แรงงานสตรีข้ามชาติในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 130 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีบอกต่อ รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2557 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป GHQ-28 ของโกลด์เบิร์ก (Goldberg, 1972) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, และชัชวาล ศิลปกิจ (2539) แบบสอบถามแหล่งสนับสนุนส่วนบุคคล ประเมินจากแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล (PRQ 2000) ส่วนที่ 2 ของ ไวน์เนอร์ท (Weinert, 2000) แปลเป็นภาษาไทยโดยประภาศรี ทุ่งมีผล และภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ (2549) และแบบประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ของสมชาย นันทวัฒน์นารณ์ (2552) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คองดิงเจนซี สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า แรงงานสตรีข้ามชาติมีภาวะสุขภาพจิตปกติ ร้อยละ 50.80 และมีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 49.20 โดยในกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตพบว่า ปัญหาสุขภาพจิตที่พบเรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ อาการทางกายที่สาเหตุมาจากจิตใจ (ร้อยละ 96.90) อาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ (ร้อยละ 93.80) ความบกพร่องเชิงสังคม (ร้อยละ 81.30) และอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (ร้อยละ 23.40) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตในแรงงานสตรีข้ามชาติ ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคลด้านสถานภาพสมรส ( $r_c = .413, p < .05$ ) ระดับการศึกษา ( $r_c = .407, p < .05$ ) ความสามารถทางภาษาไทยด้านการฟัง ( $r_c = .283, p < .05$ ) ด้านการพูด ( $r_c = .274, p < .05$ ) ด้านการอ่าน ( $r_c = .527, p < .05$ ) และด้านการเขียน ( $r_c = .452, p < .05$ ) อาชีพ ( $r_c = .311, p < .05$ ) และรายได้ ( $r_{pb} = .375, p < .01$ ) 2) การสนับสนุนทางสังคม ( $r_c = .664, p < .05$ ) และ 3) การเข้าถึงบริการสุขภาพ ( $r_c = .592, p < .05$ )

ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตในแรงงานสตรีข้ามชาติกลุ่มนี้ ข้อมูลนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เพื่อให้แรงงานสตรีข้ามชาติมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี ผลการศึกษายังสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตของแรงงานสตรีข้ามชาติต่อไป

\* พยาบาลวิชาชีพ

\* Professional Nurse, hathai\_ns@hotmail.com

\*\* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

\*\* Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University



**คำสำคัญ:** ภาวะสุขภาพจิต ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง แรงงานสตรีข้ามชาติ

### Abstract

Women migrant laborers encounter multiple challenges, possibly affecting their mental health. The purpose of this study was to therefore describe the mental health status and related factors among these women. The sample consisted of 130 women migrant laborers in Chiang Mai Province, recruited by a snowball sampling technique, during July to August 2014. The research instruments included a demographic interviewing form, the General Health Questionnaire – 28, developed by Goldberg (1972) and translated into Thai by Thana Nilchaikovit, Chukkrit Sukying, and Chatchawan Silpakit (1996a), the Personal Resource Questionnaire (PRQ 2000) Part 2, developed by Weinert (2000) and translated into Thai by Praphasri Tungmephon and Patraporn Tungpunkom (2006), and the Accessibility to Health Care Service Among Migrant Labor of Somchai Nunthawattanakorn (2009). Data were analyzed by using descriptive statistics, contingency coefficient, point bi-serial correlation coefficient, and Spearman rank correlation coefficient.

The results revealed that 50.80% of the subjects were found to have normal mental health and 49.20% had mental health problems. Among those who had mental health problems, the problems, ranked from highest to lowest, included; somatic symptoms (96.90%), anxiety and insomnia (93.80%), social dysfunction (81.30%), and severe depression (23.40%). Demographic factors related to mental health status among women migrant laborers were marital status ( $r_c = .413$ ,  $p < .05$ ), educational level ( $r_c = .407$ ,  $p < .05$ ), ability to understand Thai language; listening ( $r_c = .283$ ,  $p < .05$ ), speaking ( $r_c = .274$ ,  $p < .05$ ), reading ( $r_c = .527$ ,  $p < .05$ ), and writing ( $r_c = .452$ ,  $p < .05$ ), occupation ( $r_c = .311$ ,  $p < .05$ ), and income ( $r_{pb} = .375$ ,  $p < .01$ ). Mental health status was also associated with social support ( $r_c = .664$ ,  $p < .05$ ) and accessibility to health services ( $r_c = .592$ ,  $p < .05$ ). Furthermore, it was found that mental health status had negative relationship with social support ( $r_s = -.826$ ,  $p < .01$ ) and accessibility to health services ( $r_s = -.666$ ,  $p < .01$ ).

The results of this study demonstrate insight into factors related to mental health status of these women migrant laborers. This information can be used as the basic data to further develop mental health prevention programs to maintain and enhance their mental health. The results can also provide baseline data for further research in the area of migrant women's mental health.

**Key words:** Mental Health Status, Related Factors, Women Migrant Laborers



## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แรงงานข้ามชาติ หรือที่เรียกตามภาษาราชการว่า แรงงานต่างด้าว เป็นบุคคลธรรมดาซึ่งไม่มีสัญชาติไทย (กรมการจัดหางาน, 2555) จากรายงานของกรมการจัดหางาน ตั้งแต่ปีพุทธศักราช 2552-2555 พบว่า มีจำนวนแรงงานข้ามชาติเพิ่มขึ้นทุกปี โดยจังหวัดเชียงใหม่ มีการจ้างแรงงานข้ามชาติมากเป็นลำดับที่ 2 ของภาคเหนือ และพบว่าเป็นสตรีถึงร้อยละ 41.53 ของจำนวนแรงงานข้ามชาติทั้งหมดในจังหวัดเชียงใหม่ (กรมการจัดหางาน, 2555)

การย้ายถิ่นไปทำงานในต่างประเทศทำให้แรงงานต้องอยู่ห่างไกลจากครอบครัว และแวดล้อมไปด้วยบุคคลที่แตกต่างทั้งด้านภาษาและวัฒนธรรม ทำให้แรงงานข้ามชาติน่าจะประสบกับปัญหาสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ ปัจจุบัน พบว่า มีแรงงานข้ามชาติประมาณ 50 ล้านคนทั่วโลก และมีประมาณ 5 ล้านคน ที่มีอาการป่วยทางจิตเรื้อรัง (World Health Organization [WHO], 1999) จากการคาดการณ์เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าพบว่า เป็นสาเหตุอันดับ 2 ของโรคที่ทำให้เกิดความพิการ และพบว่าโรคซึมเศร้าเกิดขึ้นกับสตรีมากกว่าเพศชายถึง 2 เท่า (WHO, 2010) โดยการศึกษาในประเทศไทยของกฤตยา อาชวนิจกุล, ทริส โคเอทท์, และนิน นิน โพนี (2543) พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงที่แรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่ประสบอยู่และที่เคยเป็น คือ โรคซึมเศร้า

การเจ็บป่วยทางจิต เช่น โรคซึมเศร้า ดังกล่าวมาข้างต้น สะท้อนถึงปัญหาทางจิตในระดับรุนแรงและต้องการการรักษา ซึ่งต้องใช้ทรัพยากรมาก การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตก่อนที่จะเกิดการเจ็บป่วยจึงมีความสำคัญ ทั้งนี้ต้องมีข้อมูลพื้นฐานเรื่องภาวะสุขภาพจิตในระดับไม่รุนแรงถึงระดับที่มีการเจ็บป่วย แนวคิดภาวะสุขภาพจิตของโกลด์เบิร์ก ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้คัดกรองภาวะสุขภาพจิตในเบื้องต้น โดย โกลด์เบิร์ก (Goldberg, 1972) กล่าวว่า ภาวะสุขภาพจิต หมายถึง สภาพที่บุคคลสามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขตามที่ควรจะเป็น และไม่มีปัญหาที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ หากบุคคลไม่สามารถปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อสิ่งที่เข้ามากระทบได้ จะทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิต

ได้อย่างมีความสุข เกิดเป็นปัญหาใหญ่ ๆ 4 ด้าน คือ ความรู้สึกไม่เป็นสุข ความวิตกกังวล ความบกพร่องเชิงสังคม และความคิดว่ามีโรคทางกายที่รุนแรงโรคใดโรคหนึ่งหรือหลายโรค

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตในแรงงานข้ามชาติสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ปัจจัยใหญ่ ๆ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลด้านสังคมเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสังคม และปัจจัยด้านสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคลด้านสังคมเศรษฐกิจ ประกอบด้วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความสามารถทางภาษาไทย อาชีพ และรายได้ จากการศึกษาของลิ และคณะ (Li et al., 2008) พบว่า แรงงานข้ามชาติที่มีสถานภาพสมรสโสด และสถานภาพสมรสคู่ที่ย้ายมากับคู่สมรสมีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ที่ไม่ได้ย้ายมากับคู่สมรส จากการศึกษาของธนา นิลชัย โกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, และชัชวาล ศิลปกิจ (2539) ในประชากรทั่วไป พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อย มีแนวโน้มที่จะมีภาวะสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง [odds ratio 1.412 (95% CI 1.017, 1.960)] เนื่องจากระดับการศึกษาที่สูงขึ้น มีส่วนช่วยให้บุคคลมีแนวทางการคิดแก้ไขปัญหาได้ดีขึ้น (มนตรี นามมงคล, อุบล หมดธรรม, และเพชร ปาสรานันท์, 2544; Kennedy, 2007) จากการศึกษาของ ฮอลแลนด์เดอร์, บรูซ, บรัสโตรม, และเอกบลัด (Hollander, Bruce, Brustrom, & Ekblad, 2011) ยังพบว่า การมีอุปสรรคทางด้านภาษา มีผลต่อการปรับตัวเข้ากับสังคมใหม่ และมีผลทำให้แรงงานข้ามชาติประสบกับปัญหาสุขภาพจิตได้ จากการศึกษาของฮอลแลนด์เดอร์ (Hollander, 2013) พบว่า การมีข้อจำกัดในการทำงาน และการถูกปิดกั้นโอกาสในการเลือกอาชีพของแรงงานข้ามชาติ มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต และยังพบว่า การมีรายได้น้อยมีความสัมพันธ์กับการมีภาวะสุขภาพจิตของแรงงานข้ามชาติ [combined prevalence rate 14% (95% CI 7, 21)] (Lindert, Ehrenstein, Priebe, Mielck, & Brahler, 2009)

ปัจจัยอีกด้านหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต คือ ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทาง



สังคม โดยพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตของแรงงานข้ามชาติ (Cortes, Artazcoz, Rodriguez-Sanz, & Borrell, 2007; Kirmayer et al., 2011) ปัจจัยด้านสุขภาพ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิต ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งจากการศึกษาของกฤตยา อาชวนิจกุล และพันธ์ทิพย์ กาญจนะจิตตรา สายสุนทร (2548) พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตของแรงงานข้ามชาติ เป็นผลที่เกี่ยวข้องเนื่องมาจากการเข้าไม่ถึงระบบบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติและครอบครัว

จากการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของแรงงานพม่าในจังหวัดระนองของธงชัย กิริติหัตถยากร, ประภาพร จอมเทมมาลา, และแสงเดือน ลีวฤกษ์พันธ์ (2544) พบว่าแรงงานพม่ามีปัญหาสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวนี้นับเป็นการศึกษาในจังหวัดระนอง ซึ่งมีบริบทแตกต่างจากจังหวัดเชียงใหม่ และทำการศึกษาในภาพรวมทุกเพศ จึงทำให้ไม่สามารถมองปัญหาสุขภาพจิตในสตรีได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ ยังได้ทำการศึกษามานานแล้ว จึงอาจมีความแตกต่างไปจากบริบทของสังคมในปัจจุบัน ซึ่งอาจมีผลทำให้ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตที่แตกต่างออกไป

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นจะพบว่า แรงงานสตรีข้ามชาติเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าเพศชาย เนื่องจากสตรีมีอารมณ์อ่อนไหว รวมถึงการที่สังคมได้กำหนดบรรทัดฐานของเพศไว้ต่างกัน ซึ่งความแตกต่างของความเป็นสตรีและเพศชายที่ถูกสังคมกำหนดขึ้นนี้ มักนำมาสู่การเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2553) นอกจากนี้ การที่แรงงานสตรีข้ามชาติมีหลายบทบาทในครอบครัว และต้องประกอบอาชีพพร้อมด้วย อาจทำให้เกิดความเครียด และมีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าเพศชาย การให้การดูแลทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตของแรงงานข้ามชาติตามหลักสิทธิมนุษยชนเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น โดยในประเทศไทยพบว่า หลักประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติครอบคลุมเฉพาะการเจ็บป่วยทางกาย ไม่ครอบคลุมถึงการเจ็บป่วยทางจิต (สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2555) อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่พบข้างต้น เป็นเพียงการศึกษาถึงภาวะสุขภาพ

จิตของแรงงานข้ามชาติในภาพรวมทุกเพศ ยังไม่พบการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตในแรงงานสตรีข้ามชาติโดยเฉพาะ ทำให้ไม่ทราบว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของแรงงานสตรีข้ามชาติ แต่หากแรงงานสตรีข้ามชาติเกิดการเจ็บป่วยทางจิตย่อมส่งผลกระทบต่อทั้งตัวของแรงงานสตรีข้ามชาติ และต่อสังคมไทย อาทิเช่น การไม่สามารถทำงานได้ตามปกติเนื่องจากการมีอาการเจ็บป่วยทางจิต หรือการก่อความรุนแรงอันมีสาเหตุจากการเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพกายและภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในพื้นที่ได้ (ชนนาท รัตนมณี, 2547)

จังหวัดเชียงใหม่ มีการขยายตัวทางเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีความต้องการแรงงานจำนวนมาก จึงเป็นจังหวัดหนึ่งที่เป็นเป้าหมายในการเข้ามาประกอบอาชีพของแรงงานข้ามชาติ แรงงานข้ามชาติที่ย้ายเข้ามาในนี้ต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น หากไม่สามารถปรับตัวได้ อาจทำให้เกิดความวิตกกังวล เครียด และเกิดปัญหาสุขภาพจิต

จากเหตุผลดังกล่าวเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิต และความแตกต่างระหว่างสตรีและบุรุษในแรงงานข้ามชาติดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจทำการสำรวจภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในแรงงานสตรีข้ามชาติ เพื่อจะได้ทราบถึงภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในแรงงานสตรีข้ามชาติ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้ที่ต้องการทำการศึกษหาปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิต และพัฒนาโปรแกรมในการส่งเสริมสุขภาพจิตของแรงงานสตรีข้ามชาติที่มีประสิทธิภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสำรวจภาวะสุขภาพจิตในแรงงานสตรีข้ามชาติ
2. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในแรงงานสตรีข้ามชาติ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลด้านสังคมเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสังคม และปัจจัยด้านสุขภาพ



## คำถามการวิจัย

1. ภาวะสุขภาพจิตในแรงงานสตรีข้ามชาติเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลด้านสังคมเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสังคม และปัจจัยด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตในแรงงานสตรีข้ามชาติหรือไม่ อย่างไร

## กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แรงงานข้ามชาติเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เนื่องจากต้องปรับตัวภายใต้สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในแรงงานสตรีข้ามชาติ ที่ต้องรับมือกับอุปสรรคต่าง ๆ ในครอบครัว และต้องประกอบอาชีพพร้อมด้วย นอกจากนี้ ยังอาจประสบปัญหาความเจ็บป่วย ปัญหาเศรษฐกิจ รวมถึงปัญหาภายในครอบครัว หากไม่สามารถปรับตัวได้ อาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตและมีแนวโน้มในการเกิดโรคทางจิตเวชได้ ปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้น สามารถส่งผลกระทบต่อแรงงานสตรีข้ามชาติและครอบครัว และสามารถส่งผลกระทบต่อประเทศไทยได้ จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า ปัจจัยที่น่าจะเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของแรงงานข้ามชาติ สามารถแบ่งได้เป็น 3 ด้าน คือ ปัจจัยส่วนบุคคลด้านสังคมเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสังคม และปัจจัยด้านสุขภาพ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของแรงงานสตรีข้ามชาติได้เช่นกัน

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดภาวะสุขภาพจิตของโกลด์เบิร์ก (Goldberg, 1972) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีแนวคิดที่ว่า ภาวะสุขภาพจิต คือ สภาพของจิตใจ ที่สามารถปรับตัวให้เข้ากับบุคคล สังคม และสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม ภายใต้สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป สามารถประเมินภาวะสุขภาพจิตของบุคคลได้จาก 4 ด้าน คือ ความรู้สึกไม่เป็นสุข ความวิตกกังวล ความบกพร่องเชิงสังคม และความคิดว่ามีโรคทางกายโรคใดโรคหนึ่งหรือหลายโรค โดยผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตดี คือ สามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตได้ และมีความสุขตามที่ควรจะเป็น

และผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิต คือ ผู้ที่ไม่สามารถตอบสนองต่อสิ่งที่เข้ามากระทบ จนทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขเท่าที่ควรจะเป็น มีความทุกข์ใจ และก่อให้เกิดปัญหาใหญ่ ๆ 4 ด้าน ดังกล่าวข้างต้น

ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตในแรงงานสตรีข้ามชาติกลุ่มนี้ ข้อมูลนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เพื่อให้แรงงานสตรีข้ามชาติมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี ผลการศึกษายังสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตของแรงงานสตรีข้ามชาติต่อไป

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ แรงงานสตรีข้ามชาติในจังหวัดเชียงใหม่ ที่เข้ามาอยู่ในประเทศไทยโดยถูกต้องตามพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522 และได้รับใบอนุญาตทำงาน โดยทำงานตรงตามอาชีพ สถานที่ และระยะเวลาที่ได้รับอนุญาต รวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2557 จำนวน 130 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณตามจำนวนตัวแปรเลือกสรรจากสูตรธอร์นดิค (Thorndike อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตย์ นรากูร, 2550) เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีบอกต่อ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ-28) ของธนา นิลชัยโกวิท และคณะ (2539ก) แบบสอบถามแหล่งสนับสนุนส่วนบุคคลของประภาศรี พงษ์มีผล และ ภัทธราภรณ์ พงษ์ปันคำ (2549) และแบบประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติของสมชาย นันทวัฒน์ภรณ์ (2552) เครื่องมือนี้มีความตรง (validity) .905, .90, และ .99 ตามลำดับ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาใช้โดยไม่ได้มีการดัดแปลงข้อความใด ๆ จึงไม่ได้ทำการหาความตรงของเครื่องมือซ้ำ และได้้นำแบบสอบถามไปหาความเชื่อมั่น ซึ่งแบบสอบถามสุขภาพทั่วไป ฉบับภาษาไทย นำไปหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรครุเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 ได้ค่า



ความเชื่อมั่นเท่ากับ .83 สำหรับแบบสอบถามแหล่งสนับสนุนส่วนบุคคล และแบบประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ นำไปหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93 และ .91 ตามลำดับ

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ก่อนทำการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยติดต่อและนัดหมายในการเข้าพบกับตัวแทนของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นแรงงานสตรีข้ามชาติที่มาเข้าเรียนที่ศูนย์การศึกษาออกโรงเรียน ณ วัดสวนดอก และวัดป่าเป้า เพื่อเป็นจุดเริ่มต้นในการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย รวมถึงชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมงานวิจัย และขออนุญาตด้วยวาจาในการทำการวิจัย พร้อมทั้งขอความอนุเคราะห์ในการแนะนำกลุ่มตัวอย่างรายใหม่ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด หลังจากได้รับอนุญาตด้วยวาจา ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง เมื่อรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยให้ตัวแทนของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำหรือเสนอชื่อกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ ที่มีลักษณะคล้ายกับตนเองต่อไปโดยใช้วิธีการบอกต่อ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างรายใหม่ ผู้วิจัยดำเนินการเช่นเดียวกันนี้กับกลุ่มตัวอย่างทุกรายจนครบตามจำนวนที่ต้องการ และเน้นย้ำให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้าใจว่าการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งสามารถปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทั้งหมดได้เก็บเป็นความลับ และนำเสนอเป็นข้อมูลทางวิชาการในภาพรวม เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการวิจัยเท่านั้น ในกรณีที่พบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยมีปัญหาสุขภาพจิต และต้องการความช่วยเหลือ ผู้วิจัยได้ให้การช่วยเหลือโดยการให้คำปรึกษาเบื้องต้น และเมื่อพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในระดับสูง ผู้วิจัยได้พิจารณาส่งต่อไปยังเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย

## การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของแรงงานสตรีข้ามชาติ ข้อมูลภาวะสุขภาพจิตโดยรวมและรายการกลุ่มอาการ ข้อมูลการสนับสนุนทางทางสังคม และข้อมูลการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในแรงงานสตรีข้ามชาติ โดย

2.1 ข้อมูลระดับมาตราบามบัญญัติ ได้แก่ สถานภาพสมรส และอาชีพ และข้อมูลระดับมาตราบเรียงลำดับ ได้แก่ ความสามารถทางภาษาไทย ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม และการเข้าถึงบริการสุขภาพ วิเคราะห์สองขั้นตอนโดยใช้สถิติไคสแควร์ กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่า ผลการทดสอบมีค่าน้อยกว่า .05 จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คอนติเจนซี (contingency coefficient)

2.2 ข้อมูลระดับมาตราอัตราส่วน ได้แก่ รายได้ วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบเซเรียล (point biserial correlation coefficient)

2.3 ตัวแปรที่เป็นคะแนนรวม ได้แก่ คะแนนการสนับสนุนทางสังคม คะแนนการเข้าถึงบริการสุขภาพ และคะแนนภาวะสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยทำการทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติทดสอบโคลโมโกรอฟสมิโนฟสำหรับกลุ่มตัวอย่างหนึ่งกลุ่ม (one sample Kolmogorov-Sminov test) พบว่ามีการแจกแจงไม่เป็นแบบโค้งปกติ จึงทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (spearman rank correlation coefficient)

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 18-50 ปี โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20-25 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.31 ทั้งหมดย้ายมาจากประเทศพม่า คิดเป็นร้อยละ 100.00 อาศัยอยู่ในประเทศไทยเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือน ถึง 21 ปี มีเชื้อชาติไทใหญ่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 86.20 และกลุ่ม



ตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 90.80 สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 48.50 ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 57.70

2. กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพจิตปกติ ร้อยละ 50.80 และมีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 49.20 โดยในกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตพบว่า มีความผิดปกติของกลุ่มอาการทางกายที่สาเหตุมาจากจิตใจมากที่สุด (ร้อยละ 96.90) รองลงมาคืออาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ (ร้อยละ 93.80) มีความบกพร่องเชิงสังคม (ร้อยละ 81.30) และมีอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (ร้อยละ 23.40) ตามลำดับ

3. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 48.50) ไม่ได้เรียนหนังสือมากที่สุด (ร้อยละ 57.70) ส่วนใหญ่มีความสามารถทางภาษาไทยด้านการฟังและการพูดอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 50.00 และร้อยละ 46.90 ตามลำดับ) และส่วนใหญ่ไม่มีความสามารถ หรือมีความสามารถในระดับน้อยมากในด้านการอ่านและการเขียน (ร้อยละ 61.50 และ 68.50 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพกรรมกรก่อสร้างมากที่สุด (ร้อยละ 23.10) โดยส่วนใหญ่มีรายได้ 300 บาทต่อวัน (median = 280.00, Q.D. = 27.50) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง (median = 67.50, Q.D. = 22.00) และมีการเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (median = 38.00, Q.D. = 6.25)

4. ปัจจัยส่วนบุคคลด้านสังคมเศรษฐกิจ ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความสามารถทางภาษาไทยด้านการฟัง การพูด การอ่าน การเขียน และอาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r_c = .413, r_c = .407, r_c = .283, r_c = .274, r_c = .527, r_c = .452, r_c = .311$ ) ตามลำดับ และยังพบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r_{pb} = .375$ )

5. ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r_c = .664$ )

6. ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงบริการ

สุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r_c = .592$ )

## อภิปรายผล

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพจิตปกติ ร้อยละ 50.80 และมีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 49.20 ซึ่งเป็นจำนวนที่ใกล้เคียงกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของธงชัย กิริติหัตถยากร และคณะ (2544) ที่พบว่า แรงงานข้ามชาติมีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 62.70 การพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาพจิตเป็นจำนวนมากนั้น สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปรับตัวภายใต้สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้เหมาะสมตามแนวคิดของโกลด์เบิร์ก (Goldberg, 1972) ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขตามที่ควรจะเป็น มีความทุกข์ใจ รู้สึกไม่เป็นสุข มีความวิตกกังวล มีความบกพร่องเชิงสังคม และมีความคิดว่ามีโรคทางกายโรคใดโรคหนึ่งหรือหลายโรค

หากพิจารณารายละเอียดเป็นรายด้านจะพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพจิตมีความผิดปกติในกลุ่มอาการทางกายที่สาเหตุมาจากจิตใจมากที่สุด (ร้อยละ 96.90) ทั้งนี้ อธิบายได้ว่าอาการดังกล่าวอาจเนื่องมาจากอาชีพของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพจิต พบว่า มีอาชีพกรรมกรก่อสร้างมากที่สุด (ร้อยละ 73.30) ทั้งนี้ อาจเนื่องจากมีลักษณะงานที่เหมาะสมกับเพศชายมากกว่าสตรี เพราะเป็นงานที่หนัก ทำให้สตรีอาจเกิดการเจ็บป่วยหรืออาการทางกาย ตรงกันข้ามกับกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพพนักงานทำความสะอาดในบริษัท ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตน้อยที่สุด (ร้อยละ 26.30) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากลักษณะงานเป็นงานที่เหมาะสมกับลักษณะของสตรี และเป็นงานที่ไม่หนักมากเกินไป ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี และมีอาการทางกายที่สาเหตุมาจากจิตใจน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างอาชีพอื่น

กลุ่มอาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพจิตมีอาการในกลุ่มอาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ คิดเป็นร้อยละ 93.80 ทั้งนี้ พบว่า



กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ไม่เพียงพอ และมีภาระหนี้สิน เป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด (ร้อยละ 93.30) จึงทำให้เกิดความวิตกกังวลและนอนไม่หลับได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของธงชัย กิริติหัตถยากร และคณะ (2544) ที่พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตในแรงงานข้ามชาติ สาเหตุหนึ่งพบว่าเป็นจากความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเศรษฐกิจ

ในกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพจิต พบว่ามีอาการในกลุ่มความบกพร่องเชิงสังคม ร้อยละ 81.30 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปรับตัวได้ เนื่องจากมีความแตกต่างด้านวัฒนธรรมและภาษาอย่างชัดเจน จึงอาจทำให้เกิดปัญหาการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความสามารถทางภาษาไทย หรือมีความสามารถทางภาษาไทยในระดับน้อย เป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตสูงที่สุด และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนร่วมงานไทย และเพื่อนบ้านไทย คิดเป็นร้อยละ 63.10 และ 73.10 ตามลำดับ ทั้งนี้ อาจเป็นผลมาจากระดับความสามารถทางภาษาไทยดังกล่าวข้างต้น จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความผิดปกติในกลุ่มอาการความบกพร่องเชิงสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของฮอลแลนด์ และคณะ (Hollander et al., 2011) ที่พบว่า แรงงานข้ามชาติที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร จะประสบกับปัญหาสุขภาพจิตได้

กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพจิตมีอาการในกลุ่มอาการซึมเศร้าที่รุนแรง ร้อยละ 23.40 ทั้งนี้เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรี รวมถึงการที่สังคมได้กำหนดบรรทัดฐานของเพศไว้ต่างกัน จึงอาจทำให้สตรีมีข้อจำกัดในการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งจากการศึกษาขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2010) เกี่ยวกับประเด็นโรคทางจิต พบว่า สตรีมีอาการของโรคอารมณ์แปรปรวน ซึมเศร้า และวิตกกังวล มากกว่าเพศชาย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตในแรงงานสตรีข้ามชาติ ได้แก่

1. ปัจจัยส่วนบุคคลด้านสังคมเศรษฐกิจ ประกอบด้วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความสามารถทาง

ภาษาไทย อาชีพ และรายได้ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตในแรงงานสตรีข้ามชาติ ซึ่งสถานภาพสมรสพบว่า มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง ( $r_c = .413, p < .05$ ) โดยพบว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ และย้ายมากับคู่สมรส เป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตน้อยที่สุด (ร้อยละ 20.00) และผู้ที่มีสถานภาพสมรสหม้าย หย่าร้าง และแยกกันอยู่ เป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด (ร้อยละ 90.00) สอดคล้องกับการศึกษาของลิ และคณะ (Li et al., 2008) ที่พบว่า แรงงานข้ามชาติที่มีสถานภาพสมรสคู่ที่ย้ายมากับคู่สมรสมีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ที่ไม่ได้ย้ายมากับคู่สมรสระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต ( $r_c = .407, p < .05$ ) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีปัญหาสุขภาพจิตนั้น พบว่า เป็นกลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 66.70) สอดคล้องกับการศึกษาของเคนเนดี้ (Kennedy, 2007) ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของแรงงานข้ามชาติ

การศึกษาในครั้งนี้แบ่งความสามารถทางภาษาไทยออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการฟัง การพูด การอ่าน และการเขียน โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความสามารถทางภาษาไทยในด้านการฟังและการพูดในระดับดีมาก เป็นกลุ่มที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด (ร้อยละ 71.10 และร้อยละ 70.30 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความสามารถ หรือมีความสามารถในระดับน้อยมากในด้านการอ่านและการเขียนพบว่า มีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด (ร้อยละ 73.70 และร้อยละ 66.30 ตามลำดับ) และพบว่าความสามารถทางภาษาไทยด้านการฟัง การพูด การอ่าน และการเขียน มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตามลำดับ ดังนี้ .283, .274, .527 และ .452 ความสามารถทางภาษาไทยในระดับต่าง ๆ ทำให้กลุ่มตัวอย่างประสบปัญหาการสื่อสารที่แตกต่างกัน และทำให้เกิดปัญหาด้านการสร้างความสัมพันธ์ สอดคล้องกับการศึกษาของฮอลแลนด์ (Hollander, 2013) ที่พบว่า การมีอุปสรรคทางด้านภาษา มีผลต่อการปรับตัวให้เข้ากับสังคมใหม่ หากแรงงานข้ามชาติไม่สามารถสื่อสารหรือไม่เข้าใจภาษา จะทำให้ประสบปัญหาการปรับตัว เกิด



เป็นความเครียด และเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้

อาชีพ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับ ภาวะสุขภาพจิตในแรงงานสตรีข้ามชาติ ( $r_c = .311, p < .05$ ) โดยพบว่า อาชีพที่แตกต่างกัน มีผลทำให้แรงงาน สตรีข้ามชาติมีภาวะสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน ซึ่งจากการ ศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพจิต มากที่สุดคือ กลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพกรรมกร ก่อสร้าง คิดเป็นร้อยละ 73.30 รองลงมาคือ อาชีพ พนักงานร้านอาหาร ร้อยละ 57.10 ทั้งนี้ อาจเนื่องมา จากงานกรรมกรก่อสร้างเป็นงานที่หนักที่ และเป็นงานที่ ไม่เหมาะสมกับลักษณะทางกายภาพของสตรี ส่วนอาชีพ พนักงานร้านอาหารนั้น ลักษณะงานอาจทำให้กลุ่ม ตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการถูกล่วงละเมิดทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมพร รุ่งเรือง กลกิจ (2553) ที่พบว่า สตรีมีความเสี่ยงต่อการถูกระทำ รุนแรงทั้งทางร่างกายและจิตใจได้

รายได้ เป็นอีกปัจจัยที่หนึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะ สุขภาพจิตในแรงงานสตรีข้ามชาติ ( $r_{pb} = .375, p < .01$ ) และยังมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคะแนนภาวะ สุขภาพจิต ( $r_s = -.307, p < .01$ ) จากการศึกษาในครั้ง นี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้วันละ 300 บาท ( $median = 280.00, Q.D. = 27.50$ ) ซึ่งเป็นรายได้ที่ เพียงพอและมีเหลือเก็บ (ร้อยละ 56.90) กลุ่มตัวอย่างที่ มีรายได้เพียงพอและมีเหลือเก็บนี้ เป็นกลุ่มที่มีปัญหา สุขภาพจิตน้อยที่สุด (ร้อยละ 25.70) เนื่องจากทำให้กลุ่ม ตัวอย่างมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และกลุ่มตัวอย่างที่ มีรายได้ไม่เพียงพอ และมีหนี้สิน เป็นกลุ่มที่มีปัญหา สุขภาพจิตมากที่สุด (ร้อยละ 93.30) อธิบายได้ว่า การมี รายได้ไม่เพียงพอ และมีหนี้สิน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีวิถี ชีวิตที่ดำเนินไปได้ด้วยความยากลำบาก และต้องทำงาน เพิ่มขึ้นเพื่อให้มีเงินมาใช้จ่ายอย่างเพียงพอ สอดคล้องกับ รายงานของกรมสุขภาพจิต (2545) ที่พบว่า การมีรายได้ ไม่เพียงพอ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้

2. ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 47.70) มีการรับรู้ การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ( $mode = 90, median = 67.50, Q.D. = 22.00$ ) และการสนับสนุน

ทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่ม ตัวอย่าง ( $r_c = .664, p < .05$ ) โดยพบว่าคะแนนการ สนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับ คะแนนภาวะสุขภาพจิต ( $r_s = -.826, p < .01$ ) ทิศทาง ของความสัมพันธ์แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนน การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมสูง จะมีคะแนนภาวะ สุขภาพจิตต่ำ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการมีภาวะสุขภาพจิตที่ เป็นปกติของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาในครั้งนี้ยัง สอดคล้องกับการศึกษาของคอร์เตส และคณะ (Cortes et al., 2007) และธอมป์สัน และคณะ (Thompson et al., 2008) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความ สัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตที่ดีของแรงงานต่างชาติด

3. ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงบริการ สุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเข้าถึงบริการ สุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 40.80) ( $mode = 43, median = 38.00, Q.D. = 6.25$ ) โดยพบว่า การ เข้าถึงบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต ของกลุ่มตัวอย่าง ( $r_c = .592, p < .05$ ) และคะแนนการ เข้าถึงบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปาน กลางกับคะแนนภาวะสุขภาพจิต ( $r_s = -.666, p < .01$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของสมชาย นันทวัฒนารณ (2552) ที่พบว่า แรงงานข้ามชาติมีการเข้าถึงบริการ สุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อธิบายได้ว่าสาเหตุที่ แรงงานสตรีข้ามชาติ เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพอาจเกิดจาก ความไม่เข้าใจภาษา การมีปัญหาด้านการสื่อสาร รวมถึง การมีทัศนคติด้านลบของผู้ให้บริการและชุมชนที่มีต่อ แรงงานข้ามชาติ (ธนพรรณ จรรยาศิริ และศิวพร อึ้งวัฒนา, 2551)

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

#### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. แรงงานสตรีข้ามชาติที่มีภาวะสุขภาพจิตปกติ ควรสนับสนุน ส่งเสริม เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพจิตที่ดี และป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต และแรงงานสตรี ข้ามชาติที่มีปัญหาสุขภาพจิต ควรได้รับการช่วยเหลือ อย่างเร่งด่วนตั้งแต่เริ่มค้นพบ

2. ควรเพิ่มการตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพจิตใน



ขั้นตอนการตรวจสอบสุขภาพเมื่อแรงงานข้ามชาติต่ออายุใบอนุญาตทำงาน ซึ่งสามารถใช้การคัดกรองด้วยแบบสอบถามสุขภาพทั่วไป ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ-28) หรืออาจแปลเป็นภาษาอื่นที่แรงงานข้ามชาติสามารถอ่านและตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง

ด้านการบริหารการพยาบาล

1. ควรส่งผลการวิจัยไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงเผยแพร่ให้สื่อทราบ เพื่อร่วมกันหาแนวทางในการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูภาวะสุขภาพจิตของแรงงานสตรีข้ามชาติต่อไป

2. ควรมีการจัดตั้งหน่วยงานเพื่อให้การช่วยเหลือแรงงานข้ามชาติทั้งในเรื่องของการทำงาน วิถีชีวิตความเป็นอยู่ รวมถึงการจัดสถานศึกษา เพื่อช่วยให้แรงงานข้ามชาติมีความสามารถทางภาษาไทยเนื่องจากเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตในประเทศไทยของแรงงานข้ามชาติ

3. หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องควรทำความเข้าใจกับแรงงานข้ามชาติในเรื่องสิทธิ และความสามารถตาม

กฎหมายของแรงงานข้ามชาติ เพื่อลดความวิตกกังวลของแรงงานข้ามชาติ อันจะสามารถนำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพจิตในประชากรกลุ่มนี้ได้

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาตัวแปรของการมีบัตรอนุญาตทำงานว่ามีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของแรงงานสตรี ข้ามชาติหรือไม่ อย่างไร เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่ครอบคลุมประชากรทั้งหมด

2. ควรศึกษาหาปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิต และพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตในแรงงานสตรีข้ามชาติต่อไป

3. ควรศึกษาสถานการณ์ด้านภาวะสุขภาพจิตของแรงงานสตรีข้ามชาติ และรวบรวมสถิติผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชและสุขภาพจิต เพื่อใช้ในการวางแผนให้ความช่วยเหลือกับประชากรกลุ่มนี้ต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

- กรมการจัดหางาน. (2555). รายงานผลการพิจารณาอนุญาตทำงานคนต่างด้าว สำนักบริหารแรงงานต่างด้าวประจำปี 2555. ฝ่ายทะเบียนและข้อมูลสารสนเทศกลุ่มพัฒนาระบบควบคุมการทำงานคนต่างด้าว กระทรวงแรงงาน.
- กรมสุขภาพจิต. (2545). รายงานสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตของประเทศไทย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กฤตยา อาชวนิจกุล, ทริส โคเอท์ และนิน นิน โพน. (2543). เรื่องเพศอนามัยเจริญพันธุ์และความรุนแรง: ประสบการณ์ชีวิตของแรงงานอพยพจากประเทศพม่า. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ขมนาท รัตนมณี (2547). แรงงานต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมายกับปัญหาความมั่นคงแห่งชาติ สาธารณะสุขสังคมและเศรษฐกิจ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2550). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย.
- ธงชัย กิริติหัตถยากร, ประภาพร จอมเทพมาลา, และแสงเดือน ลีวฤกษ์พันธ์. (2544). การศึกษาภาวะสุขภาพจิตแรงงานพม่าในจังหวัดระนอง (รายงานผลการวิจัย). สุราษฎร์ธานี: ศูนย์สุขภาพจิตเขต 11 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ธนพรธณ จรยาศิริ และ ศิวพร อึ้งวัฒนา. (2550). การทบทวนสถานการณ์และพัฒนาผังพิสัยงานวิจัยแรงงานข้ามชาติ. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, และชัชวาล ศิลปกิจ. (2539). ความเชื่อถือได้และความแม่นยำของ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 41(1), 2-17.
- ประภาศรี พุ่มมีผล. (2549). การสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแล และความเครียดของมารดาเด็กออทิสติก.



วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

มนตรี นามมงคล, อุบล หมดธรรม, และเพชร ปาสรานันท์. (2544). *การสำรวจภาวะสุขภาพจิตชาวไทยภูเขา: รายงานการวิจัย*. เชียงใหม่: ศูนย์สุขภาพจิตเขต 10 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

สมชาย นันทวัฒน์นาครณ์. (2552). *การเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในสถานเอนกมัยสันพระเนตร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2553). เพศภาวะกับสุขภาพจิต. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 55(1), 109-118.

สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ (2555) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อคนชายขอบผู้ไม่มีสัญชาติไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 6(3), 403-415.

Cortes, L., Artazcoz, L., Rodriguez-Sanz, M., & Borrell, C. (2007). Inequalities in mental health in the working population. *Gaceta Sanitaria. Social Science & Medicine*, 18(5).

Goldberg, D. P. (1972). *The detection of Psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.

Hollander, A. C., Bruce, D., Brustrom, B., & Ekblad, S. (2011). Gender-related mental health differences between refugees and non-refugees immigrants- a cross-sectional register-based study. *BMC Public Health*, 11, 180-187.

Hollander, A. C. (2013). *Social inequalities in mental health and mortality among refugees and other immigrants to Sweden-epidemiological studies of register data*. Doctoral dissertation, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden.

Kennedy, S. (2007) *Immigrant mental health and unemployment*. SEDAP Research Program. Retrieved from <http://socserv2.mcmaster.ca/sedap>

Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A.G., Guzder, J., et al. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), 959-966.

Li, L., Wang, H., Ye, X., Jiang, M., Lou, Q., & Hesketh, T. (2008) The mental health status of Chinese rural-urban migrant worker. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(9), 716-722.

Lindert J, Ehrenstein O. S., Priebe, S., Mielck, A., & Brähler, E. (2009). Depression and anxiety in labor migrants and refugees -A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 69(2), 246-257.

Thompson, S., Hartel, G., Manderson, L., Woelz-Stirling, N. & Kelaher, M. (2008) The mental health status of Filipinas in Queensland . *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, (5), 674-680.

World Health Organization. (1999). *WHO/UNHCR mental health of refugees*. Geneva: Author

World Health Organization. (2010). *Depression*. Geneva: World Health Organization. Available from [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/index.html)