

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในแรงงานสตรีข้ามชาติ ในระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2557 จำนวน 130 ราย ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบการบรรยาย โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลภาวะสุขภาพจิตของแรงงานสตรีข้ามชาติ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม และข้อมูลการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานสตรีข้ามชาติ

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลด้านสังคมเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านสุขภาพ และภาวะสุขภาพจิตของแรงงานสตรีข้ามชาติ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

ในการศึกษานี้ได้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 คน จำแนกตามอายุ ถิ่นฐานเดิม เชื้อชาติ จำนวนปีที่อาศัยในประเทศไทย และศาสนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 18-50 ปี โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20-25 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.31 และพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดย้ายมาจากประเทศพม่า คิดเป็นร้อยละ 100.00 อาศัยอยู่ในประเทศไทยเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือน ถึง 21 ปี มีเชื้อชาติไทใหญ่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 86.20 และกลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 90.80 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1

จำนวนและร้อยละของข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ ถิ่นฐานเดิม จำนวนปีที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย เชื้อชาติ และศาสนา (n=130)

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
< 19	28	21.54
20-25	55	42.31
26-30	19	14.61
31-35	12	9.23
36 ปีขึ้นไป	16	12.31

(range = 18-50, mean = 25.52, S.D. = 7.62, mode = 20,

median = 22.50, Q.D. = 4.13)

ถิ่นฐานเดิม

พม่า	130	100.00
------	-----	--------

จำนวนปีที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย (ปี)

6 เดือน - 4 ปี	63	48.46
5-8 ปี	30	23.08
9-12 ปี	21	16.15
13 ปีขึ้นไป	16	12.31

(range = 0.5-21, mean = 6.49, S.D. = 5.11, mode = 3,

median = 5.00, Q.D. = 3.50)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เชื้อชาติ		
ไทใหญ่	112	86.20
พม่า	18	13.80
ศาสนา		
ไม่นับถือศาสนาใด	9	6.90
พุทธ	118	90.80
คริสต์ และอิสลาม (คริสต์ = 1, อิสลาม = 2)	3	2.30

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 Copyright© by Chiang Mai University
 All rights reserved

กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสโสดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.50 รองลงมาคือสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 36.20 สำหรับระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่ได้เรียนหนังสือมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.70 รองลงมาคือได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 28.50 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2

จำนวนและร้อยละของข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานภาพสมรส และระดับการศึกษา ($n=130$)

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	63	48.50
คู่	47	36.20
ย้ายมากับคู่สมรส	35	27.00
ไม่ได้ย้ายมากับคู่สมรส	12	9.20
หม้าย/หย่า/แยก (หม้าย = 3, หย่า/แยก = 17)	20	15.40
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	75	57.70
ประถมศึกษา	37	28.50
มัธยมศึกษาตอนต้น ถึงมัธยมศึกษาตอนปลาย	18	13.80

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ด้านความสามารถทางภาษาไทย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถทางภาษาไทยตามการรับรู้ของตนเองในด้านการฟังอยู่ในระดับดีเป็นจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมาคือด้านการพูด ในระดับดี ร้อยละ 46.90 และส่วนใหญ่ไม่มีความสามารถ หรือมีความสามารถในระดับน้อยมากในด้านการอ่านและการเขียนภาษาไทย คิดเป็นร้อยละ 61.50 และร้อยละ 68.50 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3

จำนวนและร้อยละของข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความสามารถทางภาษาไทย (n=130)

ความสามารถทาง ภาษาไทย	ฟัง จำนวน (ร้อยละ)	พูด จำนวน (ร้อยละ)	อ่าน จำนวน (ร้อยละ)	เขียน จำนวน (ร้อยละ)
ไม่มีเลย หรือน้อยมาก	0 (0.00)	0 (0.00)	80 (61.50)	89 (68.50)
ค่อนข้างดี	27 (20.80)	32 (24.60)	30 (23.10)	23 (17.70)
ดี	65 (50.00)	61 (46.90)	10 (7.70)	12 (9.20)
ดีมาก	38 (29.20)	37 (28.50)	10 (7.70)	6 (4.60)

กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพกรรมกรก่อสร้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 23.10 รองลงมาคืออาชีพรับจ้างทำความสะอาดบ้าน ร้อยละ 22.30 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในงานที่ทำอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 49.20 และส่วนใหญ่มีรายได้จากการทำงานต่อวัน วันละ 300 บาท โดยรายได้ต่อวันมากที่สุดคือวันละ 500 บาท และรายได้ต่ำน้อยที่สุดคือวันละ 0 บาท ความพึงพอใจของรายได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอและมีเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 56.90 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4

จำนวนและร้อยละของข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ ความพึงพอใจในงาน รายได้ และความเพียงพอของรายได้ ($n=130$)

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
รับจ้างทำความสะอาดบ้าน	29	22.30
พนักงานในบริษัททำความสะอาด	19	14.60
พนักงานร้านอาหาร	21	16.20
กรรมกรก่อสร้าง	30	23.10
คนงานในโรงงาน	16	12.30
ทำสวน/เลี้ยงสัตว์	5	3.83
ขายของหน้าร้าน	5	3.83
พนักงานร้านเสริมสวย, พนักงานปั๊มน้ำมัน และพนักงานล้างรถ	3	2.31
ว่างงาน	2	1.53
ความพึงพอใจในงาน		
น้อย	33	25.40
ค่อนข้างมาก	21	16.20
มาก	64	49.20
มากที่สุด	12	9.20

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้ต่อวัน		
0-100 บาท	2	1.54
101-200 บาท	23	17.69
201-300 บาท	95	73.08
301 บาทขึ้นไป	10	7.69
(range = 0-500, mean = 264.85, S.D. = 60.15, mode = 300, median = 280, Q.D. = 27.50)		
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ และมีหนี้สิน	15	11.50
เพียงพอ ไม่มีหนี้เสีย	41	31.50
เพียงพอ มีหนี้เสีย	74	56.90

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับบุคคลแวดล้อม ได้แก่ นายจ้างหรือผู้ประกอบการ อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 51.50 มีความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานข้ามชาติและเพื่อนบ้านข้ามชาติ ในระดับดี ร้อยละ 54.60 และร้อยละ 60.80 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ค่อยมี สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงานไทย และเพื่อนบ้านไทย คิดเป็น ร้อยละ 63.10 และร้อยละ 73.10 ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5

จำนวนและร้อยละของข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความสัมพันธ์กับบุคคลแวดล้อม (n=130)

ความสัมพันธ์กับ บุคคลแวดล้อม	นายจ้าง/ ผู้ประกอบการ	เพื่อนร่วมงาน ไทย	เพื่อนร่วมงาน ข้ามชาติ	เพื่อนบ้าน ไทย	เพื่อนบ้าน ข้ามชาติ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ไม่ค่อยมีสัมพันธภาพ ต่อกัน	21 (16.20)	82 (63.10)	20 (15.40)	95 (73.10)	10 (7.70)
ค่อนข้างดี	23 (17.70)	10 (7.70)	25 (19.20)	7 (5.40)	29 (22.30)
ดี	67 (51.50)	32 (24.60)	71 (54.60)	22 (16.90)	79 (60.80)
ดีมาก	19 (14.60)	6 (4.60)	14 (10.80)	6 (4.60)	12 (9.20)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รายงานว่าไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 90.00 มีการรับรู้ความสมบรูณ์แข็งแรงของสุขภาพร่างกายอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 54.60 และส่วนใหญ่ไม่รู้สิทธิประโยชน์ในบัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ คิดเป็นร้อยละ 50.00 ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6

จำนวนและร้อยละของข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการมีโรคประจำตัว การรับรู้ความสมบรูณ์แข็งแรงของสุขภาพร่างกาย และการรับรู้สิทธิประโยชน์ในบัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ ($n=130$)

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
มี	13	10.00
ไม่มี	117	90.00
การรับรู้ความสมบรูณ์แข็งแรงของร่างกาย		
ไม่ค่อยแข็งแรง	34	26.20
ค่อนข้างดี	18	13.80
ดี	71	54.60
ดีมาก	7	5.40
การรับรู้สิทธิประโยชน์ในบัตรประกันสุขภาพ		
ไม่รู้เลยถึงเล็กน้อย	65	50.00
ค่อนข้างดี	27	20.80
ดี	37	28.50
ดีมาก	1	0.80

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

ส่วนที่ 2 ข้อมูลภาวะสุขภาพจิตของแรงงานสตรีข้ามชาติ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะสุขภาพจิตโดยรวม ซึ่งประเมินจากแบบสอบถามสุขภาพทั่วไป ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ-28) อยู่ระหว่าง 0-19 คะแนน (mean = 4.78, S.D. = 4.82, mode = 0.00, median = 4.00, Q.D. = 4.00) ซึ่งคะแนนภาวะสุขภาพจิตโดยรวมตั้งแต่ 5 คะแนนลงมา ถือว่าเป็นผู้ที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต มีจำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 50.80 และกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพจิต คือ มีคะแนนภาวะสุขภาพจิตโดยรวมตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป มีจำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 49.20

จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 คน ที่มีปัญหาสุขภาพจิต เมื่อนำมาพิจารณาปัญหาสุขภาพจิตเป็นรายด้านพบว่า มีความผิดปกติในกลุ่มอาการทางกายที่สาเหตุมาจากจิตใจมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 96.90 รองลงมาคือ กลุ่มอาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ กลุ่มอาการความบกพร่องเชิงสังคม และกลุ่มอาการซึมเศร้าที่รุนแรง คิดเป็นร้อยละ 93.80 ร้อยละ 81.30 และร้อยละ 23.40 ตามลำดับ ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายสามารถมีกลุ่มอาการภาวะสุขภาพจิตรายด้านมากกว่า 1 กลุ่มอาการได้ ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7

จำนวนและร้อยละของข้อมูลภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนภาวะสุขภาพจิต โดยรวม ($n=130$) และกลุ่มอาการภาวะสุขภาพจิตรายด้าน ($n=64$)

ภาวะสุขภาพจิต	ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต จำนวน (ร้อยละ)	มีปัญหาสุขภาพจิต จำนวน (ร้อยละ)
โดยรวม	66 (50.80)	64 (49.20)
รายด้าน		
อาการทางกายที่สาเหตุมาจากจิตใจ	2 (3.10)	62 (96.90)
อาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ	4 (6.30)	60 (93.80)
ความบกพร่องเชิงสังคม	12 (18.80)	52 (81.30)
อาการซึมเศร้าที่รุนแรง	49 (76.60)	15 (23.40)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม และข้อมูลการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานสตรีข้ามชาติ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง (mean = 63.53, S.D. = 22.37, mode = 90.00, median = 67.50, Q.D. = 22.00) คิดเป็นร้อยละ 47.70 และมีคะแนนการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 40.80 (mean = 37.78, S.D. = 7.46, mode = 43.00, median = 38.00, Q.D. = 6.25) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8

จำนวนและร้อยละของข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม และข้อมูลการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยรวม (n=130)

	ระดับคะแนน			Mean	S.D.	ระดับ โดยเฉลี่ย
	สูง/มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ต่ำ/น้อย จำนวน (ร้อยละ)			
การสนับสนุนทางสังคม	62 (47.70)	23 (17.70)	45 (34.60)	63.53	22.37	ปานกลาง
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	50 (38.50)	53 (40.80)	27 (20.80)	37.78	7.46	ปานกลาง

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลด้านสังคมเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านสุขภาพ และภาวะสุขภาพจิตของแรงงานสตรีข้ามชาติ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลด้านสังคมเศรษฐกิจ ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความสามารถทางภาษาไทย และอาชีพ ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คอร์ดิงเจนซี พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านสังคมเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสังคม และปัจจัยด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คอร์ดิงเจนซีของปัจจัยส่วนบุคคลด้านสังคมเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านสุขภาพ และภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง (n=130)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ไม่มีปัญหา สุขภาพจิต จำนวน (ร้อยละ)	มีปัญหา สุขภาพจิต จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	r _c	Approx. Sig.
ปัจจัยส่วนบุคคลด้านสังคมเศรษฐกิจ					
สถานภาพสมรส			26.725	.413	.000
โสด	32 (50.80)	31 (49.20)			
คู่และย้ายมาอยู่กับคู่สมรส	28 (80.00)	7 (20.00)			
คู่ แต่ไม่ได้ย้ายมาอยู่กับคู่สมรส	4 (33.30)	8 (66.70)			
หม้าย/หย่า/แยก	2 (10.00)	18 (90.00)			
ระดับการศึกษา			25.801	.407	.000
ไม่ได้เรียน	25 (33.30)	50 (66.70)			
ประถมศึกษา	24 (64.90)	13 (35.10)			
มัธยมศึกษา	17 (94.40)	1 (5.60)			
ความสามารถทางภาษาไทยด้านการฟัง			11.329	.283	.003
ค่อนข้างดี	8 (29.60)	19 (70.40)			
ดี	31 (47.70)	34 (52.30)			
ดีมาก	27 (71.10)	11 (28.90)			

ตารางที่ 9 (ต่อ)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ไม่มีปัญหา	มีปัญหา	χ^2	r_c	Approx. Sig.
	คุณภาพจิต	คุณภาพจิต			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ความสามารถทางภาษาไทยด้านการพูด			10.569	.274	.005
ค่อนข้างดี	10 (31.30)	22 (68.70)			
ดี	30 (49.20)	31 (50.80)			
ดีมาก	26 (70.30)	11 (29.70)			
ความสามารถทางภาษาไทยด้านการอ่าน			50.031	.527	.000
ไม่มีเลย/น้อยมาก	21 (26.30)	59 (73.70)			
ค่อนข้างดี	27 (90.00)	3 (10.00)			
ดี ถึง ดีมาก	18 (90.00)	2 (10.00)			
ความสามารถทางภาษาไทยด้านการเขียน			33.431	.452	.000
ไม่มีเลย/น้อยมาก	30 (33.70)	59 (66.30)			
ค่อนข้างดี	19 (82.60)	4 (17.40)			
ดี ถึง ดีมาก	17 (94.40)	1 (5.60)			
อาชีพ			13.954	.311	.016
รับจ้างทำความสะอาดบ้าน	18 (62.10)	11 (37.90)			
พนักงานในบริษัททำความสะอาด	14 (73.70)	5 (26.30)			
พนักงานร้านอาหาร	9 (42.90)	12 (57.10)			
กรรมกรก่อสร้าง	8 (26.70)	22 (73.30)			
คนงานในโรงงาน	10 (62.50)	6 (37.50)			
อื่นๆ	7 (46.70)	8 (53.30)			

ตารางที่ 9 (ต่อ)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ไม่มีปัญหา	มีปัญหา	χ^2	r_c	Approx. Sig.
	สุขภาพจิต	สุขภาพจิต			
	จำนวน	จำนวน			
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)			
ปัจจัยด้านสังคม					
การสนับสนุนทางสังคม			102.688	.664	.000
ระดับต่ำ	1 (2.20)	44 (97.80)			
ระดับปานกลาง	5 (21.70)	18 (78.30)			
ระดับสูง	60 (96.80)	2 (3.20)			
ปัจจัยด้านสุขภาพ					
การเข้าถึงบริการสุขภาพ			70.219	.592	.000
ระดับน้อย	2 (7.40)	25 (92.60)			
ระดับปานกลาง	16 (30.20)	37 (69.80)			
ระดับมาก	48 (96.00)	2 (4.00)			

* $p < .05$

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านสังคมเศรษฐกิจ ได้แก่ รายได้ กับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล พบว่า รายได้ และภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ($r_{pb} = .375, p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียลระหว่างรายได้ และภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง ($n=130$)

ตัวแปร	รายได้	ภาวะสุขภาพจิต
รายได้	1.000	$r_{pb} = .375^*$
ภาวะสุขภาพจิต		1.000

* $p < .01$

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลที่เป็นผลคะแนนรวม (summated score) ได้แก่ คะแนนการสนับสนุนทางสังคม คะแนนการเข้าถึงบริการสุขภาพ และคะแนนภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง และปัจจัยส่วนบุคคลด้านสังคมเศรษฐกิจ ได้แก่ รายได้ โดยใช้สถิติทดสอบโคลโมโกรอฟสมิโนฟสำหรับกลุ่มตัวอย่างหนึ่งกลุ่ม (Kolmogorov-Smirnov one sample test) พบว่า ข้อมูลทั้ง 4 ชุด มีการแจกแจงไม่เป็นแบบโค้งปกติ จึงทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (spearman rank correlation coefficient) จากนั้น ผู้วิจัยนำค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่ได้มาแปลผลในรูปของความสัมพันธ์ตามเกณฑ์ของ ฮิงเกิล และคณะ (Hinkle et al., 1998) พบว่า คะแนนการสนับสนุนทางสังคม กับคะแนนภาวะสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กันทางลบในระดับสูง ($r_s = -.826, p < .01$) คะแนนการเข้าถึงบริการสุขภาพ กับคะแนนภาวะสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กันทางลบในระดับปานกลาง ($r_s = -.666, p < .01$) และรายได้ กับคะแนนภาวะสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กันทางลบในระดับต่ำ ($r_s = -.307, p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนระหว่างคะแนนภาวะสุขภาพจิต คะแนนการสนับสนุนทางสังคม คะแนนการเข้าถึงบริการสุขภาพ และรายได้ของกลุ่มตัวอย่าง ($n=130$)

ตัวแปร	คะแนนภาวะสุขภาพจิต	คะแนนการสนับสนุนทางสังคม	คะแนนการเข้าถึงบริการสุขภาพ	รายได้
คะแนนภาวะสุขภาพจิต	1.000	$r_s = -.826^*$	$r_s = -.666^*$	$r_s = -.307^*$
คะแนนการสนับสนุนทางสังคม		1.000		
คะแนนการเข้าถึงบริการสุขภาพ			1.000	
รายได้				1.000

* $p < .01$

การอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในแรงงานสตรีข้ามชาติ ในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2557 จำนวน 130 ราย ผู้ศึกษาได้ทำการอภิปรายผล การศึกษาตามคำถามการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ภาวะสุขภาพจิตในแรงงานสตรีข้ามชาติ

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพจิตปกติ คิดเป็นร้อยละ 50.80 และมี ปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 49.20 (ดังตารางที่ 5) ซึ่งเป็นจำนวนที่ใกล้เคียงกัน และเมื่อพิจารณาจำแนก กลุ่มอาการของปัญหาสุขภาพจิตออกเป็นรายด้าน พบว่า ในกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพจิต มีความ ผิดปกติในกลุ่มอาการทางกายที่สาเหตุมาจากจิตใจมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 96.90 รองลงมาคือ กลุ่ม อาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ ร้อยละ 93.80 กลุ่มอาการความบกพร่องเชิงสังคม ร้อยละ 81.30 และกลุ่มอาการซึมเศร้าที่รุนแรง ร้อยละ 23.40 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 6) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา ของ ชงชัย กิริติหัตถยากร และคณะ (2544) ที่พบว่า แรงงานข้ามชาติมีปัญหาสุขภาพจิตถึงร้อยละ 62.70 และประเด็นที่เป็นปัญหาสูงที่สุด คือ ความรู้สึกว่าชีวิตไม่มีความสุข คิดมากเรื่องการเงิน และ รู้สึกท้อแท้ผิดหวัง โดยการศึกษาดังกล่าวนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นแรงงานสตรีข้ามชาติถึงร้อยละ 54.20 แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จิรัฐติกาล ศิลปะสุวรรณ (2551) ที่พบว่า ผู้ลี้ภัยมีปัญหา สุขภาพจิตเพียงร้อยละ 9.60 ทั้งนี้ การศึกษาดังกล่าวพบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรี คิดเป็นร้อยละ 50.40

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าแรงงานสตรีข้ามชาติมีปัญหาสุขภาพจิตเป็นจำนวนมากนั้น สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปรับตัวภายใต้สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง ไปได้อย่างเหมาะสมตามแนวคิดของ โกลด์เบิร์ก (Goldberg, 1972) ไม่สามารถแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกของตนเองได้ ขาดความพึงพอใจ และไม่สามารถจัดการกับปัญหาในการดำเนินชีวิต ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขตามที่ควรจะเป็น มีความทุกข์ใจ รู้สึกไม่เป็นสุข มีความ วิตกกังวล มีความบกพร่องเชิงสังคม และมีความคิดว่ามีโรคทางกายโรคใดโรคหนึ่งหรือหลายโรค ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการในทุก ๆ ด้านอย่างเพียงพอ เช่น การ มีอาชีพ มีงานทำตามระดับความสามารถ การมีรายได้ที่เพียงพอ การได้รับการศึกษา การมีความสามารถ ทางภาษาไทยเพื่อใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ประกอบกับการมีที่อยู่อาศัยที่ไม่แน่นอน และการ ขาดการสนับสนุนทางสังคม รวมถึงการประสบกับความเจ็บป่วย หรือความไม่สุขสบายต่าง ๆ ดังนั้น เมื่อแรงงานสตรีข้ามชาติไม่ได้รับการตอบสนองในสิ่งที่เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์

ได้แก่ ความต้องการด้านปัจจัย 4 คือ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค และที่อยู่อาศัย จึงมีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้คุณภาพชีวิตของตนเองที่แย่ลง ส่งผลให้เกิดเป็นปัญหาสุขภาพจิตตามมา

หากพิจารณารายละเอียดเป็นรายด้านจะพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพจิตมีความผิดปกติในกลุ่มอาการทางกายที่สาเหตุมาจากจิตใจมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 96.90 โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงความรู้สึกทรมานและสุขภาพไม่ดี รู้สึกไม่สบาย เจ็บหรือปวดบริเวณศีรษะ และมีอาการวูบร้อนหรือหนาว ทั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่าอาการดังกล่าวอาจเนื่องมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพกรรมกรก่อสร้าง (ร้อยละ 23.10) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพกรรมกรก่อสร้างเป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.30 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่มีปัญหาสุขภาพจิต ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากอาชีพกรรมกรก่อสร้างมีลักษณะงานที่เหมาะสมกับเพศชายมากกว่าสตรี เพราะเป็นงานที่หนัก และต้องใช้พลกำลังมาก จึงไม่เหมาะสมกับลักษณะทางกายภาพของสตรี ส่งผลให้สตรีที่มีอาชีพกรรมกรก่อสร้างอาจเกิดการเจ็บป่วยหรืออาการทางกายที่สามารถส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ตรงกันข้ามกับกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพพนักงานทำความสะอาดในบริษัท ซึ่งพบว่าเป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.30 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากลักษณะงานเป็นงานที่เหมาะสมกับลักษณะของสตรี และเป็นงานที่ไม่หนักมากเกินไป ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี และมีอาการทางกายที่สาเหตุมาจากจิตใจน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพกรรมกรก่อสร้าง นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพจิต เป็นกลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือถึงร้อยละ 66.70 จึงอาจมีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ทราบถึงการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ทำให้เกิดเป็นความเครียด ความวิตกกังวล และมีอาการทางกายเกิดขึ้น เช่น ปวดศีรษะ หรืออ่อนเพลีย ทั้งนี้ เนื่องจากร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์กัน จึงอาจทำให้เกิดอาการทางกายที่สาเหตุมาจากจิตใจได้

กลุ่มอาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพจิตมีอาการในกลุ่มอาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ คิดเป็นร้อยละ 93.80 โดยมีอาการนอนไม่หลับเพราะกังวลใจ ไม่สามารถหลับได้สนิทหลังจากหลับแล้ว รู้สึกตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา รู้สึกหงุดหงิด อารมณ์ไม่ดี รู้สึกกลัวหรือตกใจโดยไม่มีเหตุผลสมควร รู้สึกเรื่องต่าง ๆ ทั้บถมจนรับไม่ไหว และรู้สึกกังวล กระวนกระวาย และเครียดอยู่ตลอดเวลา ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างแม้ว่าส่วนใหญ่จะมีรายได้เพียงพอ และมีเงินเหลือเก็บ (ร้อยละ 56.90) แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างต้องทำงานหนัก และใช้ชีวิตอย่างประหยัดคอดออมเพื่อให้มีเงินเหลือเก็บมากที่สุด เนื่องจากต้องส่งเงินกลับไปช่วยเหลือทางบ้าน และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ไม่เพียงพอ และมีภาระหนี้สิน เป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 93.30 (ดังตารางที่ ก1, ภาคผนวก หน้า 82) จึงทำให้เกิดความวิตกกังวลและนอนไม่หลับได้ นอกจากนี้ยังพบว่า อาชีพที่กลุ่มตัวอย่างทำอยู่นั้นเป็นอาชีพที่ไม่มั่นคง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความ

วิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัวได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ธงชัย กิริติหัตถยากร และคณะ (2544) ที่พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตในแรงงานข้ามชาติ สาเหตุหนึ่งพบว่าเป็นจากความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเศรษฐกิจ

จากการศึกษาในครั้งนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพจิตมีอาการในกลุ่มความบกพร่องเชิงสังคม ร้อยละ 81.30 โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าจะอะไรได้ช้ากว่าปกติ พอใจกับการที่ทำงาน ล่วงไปน้อยกว่าปกติ รู้สึกว่าสามารถตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ได้น้อยกว่าปกติ รวมถึงสามารถมีความสุขกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้น้อยกว่าปกติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ สิ่งแวดล้อม สังคม ประเพณี วัฒนธรรม และภาษาของคนในพื้นที่ที่อาศัยอยู่ได้ เนื่องจากมีความแตกต่างด้านวัฒนธรรมและภาษาอย่างชัดเจน จึงอาจทำให้เกิดปัญหาด้านการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความสามารถทางภาษาไทย หรือมีความสามารถทางภาษาไทยในระดับน้อย เป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตสูงที่สุด และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนร่วมงานไทย และเพื่อนบ้านไทย คิดเป็นร้อยละ 63.10 และ 73.10 ตามลำดับ ทั้งนี้ อาจเป็นผลมาจากระดับความสามารถทางภาษาไทยดังกล่าวข้างต้น จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความผิดปกติในกลุ่มอาการความบกพร่องเชิงสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฮอลแลนด์เลอร์ และคณะ (Hollander et al., 2011) ที่พบว่า แรงงานข้ามชาติที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร จะประสบกับปัญหาสุขภาพจิตได้ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ประเวศ วะสี (2535) ที่พบว่า ปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตคือ การมีความบีบคั้นทางจิต เช่น ความวิตกกังวล ความไม่พอใจ ความผิดหวัง และความไม่มั่นใจในตนเอง ส่งผลให้ตัดสินใจช้า ไม่มั่นใจ และทำอะไรได้ช้ากว่าปกติ

ด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพจิตมีอาการในกลุ่มอาการซึมเศร้าที่รุนแรง ร้อยละ 23.40 โดยมีความคิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า รู้สึกว่าชีวิตนี้หมดหวังโดยสิ้นเชิง และรู้สึกว่าบางครั้งทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียดมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรี รวมถึงการที่สังคมได้กำหนดบรรทัดฐานของเพศไว้ต่างกัน จึงอาจทำให้สตรีมีข้อจำกัดในการแสดงออกทางอารมณ์ และพฤติกรรมต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มนตรี นามมงคล, อุบล หมดธรรม, และ เพชร ปาสรานันท์ (2544) ที่พบว่า สตรีชาวไทยภูเขามีการแสดงพฤติกรรมที่มีแนวโน้มไปสู่การเก็บกดในรูปแบบต่าง ๆ เนื่องจากไม่สามารถปรับตัวได้ในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป จะส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ และจากการศึกษาขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2010) เกี่ยวกับประเด็นโรคทางจิต พบว่า สตรีมีอาการของโรคอารมณ์แปรปรวน (mood disorder) ซึมเศร้า (depression) และวิตกกังวล

(anxiety) มากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ จากการศึกษาของ โกลด์เบิร์ก (Goldberg, 1972) ยังพบว่า ผู้ป่วยโรคทางจิตเวชทุกประเภทมักมีอาการพื้นฐานของโรคประสาทซึมเศร้า คือ มีอารมณ์ซึมเศร้าเรื้อรัง อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มีความสับสนยุ่งยากใจ การยอมรับนับถือตนเองเปลี่ยนไป และมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปอย่างชัดเจน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตในแรงงานสตรีข้ามชาติ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตในแรงงานสตรีข้ามชาติ ที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาในครั้งนี้ สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลด้านสังคมเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสังคม และปัจจัยด้านสุขภาพ

ปัจจัยส่วนบุคคลด้านสังคมเศรษฐกิจ

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านสังคมเศรษฐกิจ ซึ่งประกอบด้วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความสามารถทางภาษาไทย อาชีพ และรายได้ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตในแรงงานสตรีข้ามชาติ ซึ่งสถานภาพสมรสนั้น พบว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตในแรงงานสตรีข้ามชาติ ($r_c = .413, p < .05$) โดยในจำนวนแรงงานสตรีข้ามชาติที่มีปัญหาสุขภาพจิตพบว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ และย้ายมากับคู่สมรส เป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 20.00 รองลงมาคือผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 49.20 และแรงงานสตรีข้ามชาติที่มีสถานภาพสมรสหย่าร้าง และแยกกันอยู่ เป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 90.00 (ดังตารางที่ 9) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลิ และคณะ (Li et al., 2008) พบว่า แรงงานข้ามชาติที่มีสถานภาพสมรสโสด และสถานภาพสมรสคู่ที่ย้ายมากับคู่สมรสมีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าผู้มีสถานภาพสมรสคู่ที่ไม่ได้ย้ายมากับคู่สมรส และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ธงชัย กิริติหัตถยากร และคณะ (2544) ที่พบว่า แรงงานข้ามชาติที่หย่าร้างมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าแรงงานข้ามชาติที่มีสถานภาพสมรสโสดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับการศึกษา พบว่า เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต ($r_c = .407, p < .05$) จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 57.70) รองลงมาคือ ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 28.50) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีปัญหาสุขภาพจิตนั้น พบว่า เป็นกลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือ คิดเป็นร้อยละ 66.70 และกลุ่มที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตนั้น พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 94.40 (ดังตารางที่ 9) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ มนตรี นามมงคล และคณะ (2544) วรณี ตั้งเสาวภาคย์ (2543) และ เคนเนดี้ (Kennedy, 2007) ที่พบว่า ปัจจัยด้านการศึกษา มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของแรงงานข้ามชาติและผู้อพยพ โดยระดับการศึกษาที่ต่ำมีความสัมพันธ์กับการมีปัญหาสุขภาพจิต

ความสามารถทางภาษาไทย เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตในแรงงานสตรีข้ามชาติ จากการศึกษาในครั้งนี้ได้แบ่งความสามารถทางภาษาไทยออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ความสามารถทางภาษาไทยด้านการฟัง การพูด การอ่าน และการเขียน โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความสามารถทางภาษาไทยในด้านการฟังและด้านการพูดอยู่ในระดับดีมาก เป็นกลุ่มที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 71.10 และร้อยละ 70.30 (ดังตารางที่ 9) ตามลำดับ ในส่วนของความสามารถทางภาษาไทยในด้านการอ่านและด้านการเขียนพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความสามารถหรือมีความสามารถในระดับน้อยมาก เป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.70 และร้อยละ 66.30 (ดังตารางที่ 9) ตามลำดับ และยังพบว่า การมีความสามารถทางภาษาไทยในด้านการฟัง การพูด การอ่าน และการเขียน มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตามลำดับ ดังนี้ .283, .274, .527 และ .452

การมีความสามารถทางภาษาไทยในระดับต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่าง อาจมีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องประสบกับปัญหาด้านการติดต่อสื่อสารที่แตกต่างกันออกไป ทำให้ไม่สามารถปรับตัวได้ภายใต้สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปจากชีวิตประจำวันในรูปแบบเดิม เพื่อให้เข้ากับสังคม ประเพณี วัฒนธรรม รวมถึงภาษาของคนไทยที่อยู่ร่วมกันในสังคม เนื่องจากมีความแตกต่างกันทั้งทางประเพณี วัฒนธรรม และภาษาอย่างชัดเจน ทำให้เกิดปัญหาด้านการติดต่อสื่อสาร การตัดสินใจ และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ นอกจากนี้ ยังมีผลทำให้เกิดปัญหาด้านการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ด้วยกันอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ฮอลแลนด์เดอร์ (Hollander, 2013) และ เคอร์เมเยอร์ และคณะ (Kirmayer et al., 2011) ที่พบว่า การมีอุปสรรคทางด้านภาษา มีผลต่อการปรับตัวให้เข้ากับสังคมใหม่ หากแรงงานข้ามชาติไม่สามารถสื่อสารหรือไม่เข้าใจภาษา ก็จะทำให้แรงงานข้ามชาติประสบปัญหาเกี่ยวกับการปรับตัว เกิดเป็นความเครียด และเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้

อาชีพ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตในแรงงานสตรีข้ามชาติ ($r_c = .311, p < .05$) โดยพบว่า อาชีพที่แตกต่างกัน มีผลทำให้แรงงานสตรีข้ามชาติมีภาวะสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุดคือ กลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพกรรมกรก่อสร้าง คิดเป็นร้อยละ 73.30 รองลงมาคือ อาชีพพนักงานร้านอาหาร ร้อยละ 57.10 (ดังตารางที่ 9) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากคุณลักษณะในด้านอาชีพของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน โดยงานกรรมกรก่อสร้างที่แรงงานสตรีข้ามชาติต้องรับผิดชอบนั้นเป็นงานหนักที่ต้องใช้พลกำลังมากกว่างานอื่นที่แรงงานสตรีข้ามชาติอื่นได้รับ และยังเป็นงานที่ไม่เหมาะสมกับลักษณะทางกายภาพของสตรี จึงทำให้แรงงานสตรีข้ามชาติที่มีอาชีพกรรมกรก่อสร้างมีปัญาสุขภาพจิตสูงที่สุด ส่วนอาชีพพนักงานร้านอาหารที่พบว่ามีผู้มีปัญหาสุขภาพจิตมากเป็นอันดับที่ 2

รองจากอาชีพกรรมกรก่อสร้างนั้น อาจเนื่องมาจากลักษณะงานที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการถูกกระทำหรือถูกล่วงละเมิดทางเพศทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ (2553) ที่พบว่า สตรีมีความเสี่ยงต่อการถูกกระทำรุนแรงทั้งทางร่างกายและจิตใจ หากพิจารณาในด้านความมั่นคงของอาชีพจะพบว่า อาชีพที่แรงงานสตรีข้ามชาติทำอยู่นั้น ส่วนใหญ่เป็นอาชีพที่ไม่มั่นคง และเป็นลักษณะงานที่มีความเสี่ยง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแรงงานสตรีข้ามชาติพบว่า มักจะได้รับงานที่ไม่มีอิสระทางความคิด และเป็นงานระดับล่าง จึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตในแรงงานสตรีข้ามชาติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ฮอลแลนด์เดอร์ (Hollander, 2013) และองค์การอนามัยโลก (WHO, 2010) ที่พบว่า การมีข้อจำกัดในการทำงาน และการถูกปิดกั้นโอกาสในการเลือกอาชีพของแรงงานข้ามชาติ มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต นอกจากนี้ จากการศึกษาของ อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์ และคณะ (2553) ยังพบว่า การมีอาชีพที่ไม่มั่นคง เช่น รับจ้างทั่วไป หรือกรรมกร จะมีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ที่มีอาชีพมั่นคง

รายได้ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตในแรงงานสตรีข้ามชาติ ($r_{pb} = .375, p < .01$) และยังพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคะแนนภาวะสุขภาพจิต ($r_s = -.307, p < .01$) (ดังตารางที่ 11) จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้วันละ 300 บาท (median = 280.00, Q.D. = 27.50) ซึ่งเป็นรายได้ที่เพียงพอและมีเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 56.90 (ดังตารางที่ 3) และยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เพียงพอและมีเหลือเก็บนี้ เป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25.70 (ดังตารางที่ ก1, ภาคผนวก หน้า 84) การมีรายได้ที่เพียงพอและมีเงินเหลือเก็บ มีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย มีกำลังใจในการประกอบอาชีพ และในการดำเนินชีวิตต่อไปได้โดยไม่ต้องวิตกกังวลกับปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว จึงมีส่วนช่วยให้บุคคลสามารถตอบสนองความจำเป็นพื้นฐาน ซึ่งเป็นตัวกำหนดความพึงพอใจในชีวิตของตนเอง และทำให้เกิดความผาสุกในครอบครัวได้ (Orem, 1995) นอกจากนี้ ยังพบว่า ในกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ไม่เพียงพอ และมีหนี้สิน เป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 93.30 (ดังตารางที่ ก1, ภาคผนวก หน้า 82) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ที่ไม่เพียงพอ และมีหนี้สิน เป็นกลุ่มที่มีวิถีชีวิตที่ดำเนินไปได้ด้วยความยากลำบาก ขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการต่าง ๆ ทางสังคม เนื่องจากต้องทำงานเพิ่มมากขึ้นเพื่อให้มีเงินมาใช้จ่ายภายในครอบครัวอย่างเพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาแห่งชาติ (2551) ที่พบว่า การมีรายได้ที่ไม่เพียงพอ มีผลทำให้การดำรงชีวิตในสังคมของบุคคลนั้นดำเนินไปได้ด้วยความยากลำบาก ขาดแคลนโอกาสในด้านต่าง ๆ เช่น การเข้าถึงบริการพื้นฐานทางสังคม เป็นต้น และยังสอดคล้องกับรายงานของ กรมสุขภาพจิต (2545) ที่ได้กล่าวไว้ว่า การมีปัญหาด้านการเงิน และการมีรายได้ที่ไม่เพียงพอ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้

ปัจจัยด้านสังคม

ปัจจัยด้านสังคมที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 47.70 มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\text{mode} = 90$, $\text{median} = 67.50$, $\text{Q.D.} = 22.00$) ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตในแรงงานสตรีข้ามชาติ ($r_s = .664$, $p < .05$) และยังพบว่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม มีความสัมพันธ์กันในทางลบในระดับสูงกับคะแนนภาวะสุขภาพจิตโดยรวม ($r_s = -.826$, $p < .01$) (ดังตารางที่ 11) ทิศทางของความสัมพันธ์แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมสูง จะมีคะแนนภาวะสุขภาพจิตต่ำ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการมีภาวะสุขภาพจิตที่เป็นปกติของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตในสังคมที่ต้องมีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคงเป็นที่รัก เป็นที่ต้องการ เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤต การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะช่วยบรรเทาความรุนแรงหรือเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา (Leahy-Warren, 2007) ผลการศึกษาในครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ คอร์ตส์ และคณะ (Cortes et al., 2007) และ ธรอมป์สัน และคณะ (Thompson et al., 2008) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตที่ดีของแรงงานต่างชาติด

ปัจจัยด้านสุขภาพ

ปัจจัยด้านสุขภาพที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ถึงระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 40.80 และ 38.50 ตามลำดับ ($\text{mode} = 43$, $\text{median} = 38.00$, $\text{Q.D.} = 6.25$) ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตในแรงงานสตรีข้ามชาติ ($r_s = .592$, $p < .05$) และยังพบว่าคะแนนการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยรวม มีความสัมพันธ์กันในทางลบในระดับปานกลางกับคะแนนภาวะสุขภาพจิตโดยรวม ($r_s = -.666$, $p < .01$) (ดังตารางที่ 11) แม้ว่าระดับของความสัมพันธ์จะอยู่ในระดับปานกลาง แต่ทิศทางของความสัมพันธ์แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยรวมสูง จะมีคะแนนภาวะสุขภาพจิตโดยรวมต่ำ ซึ่งแสดงถึงการมีภาวะสุขภาพจิตที่เป็นปกติของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สมชาย นันทวัฒนาภรณ์ (2552) ที่พบว่า แรงงานข้ามชาติมีการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าสาเหตุที่แรงงานสตรีข้ามชาติเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพเกิดจากความไม่เข้าใจภาษา การมีปัญหาด้านการสื่อสาร รวมถึงการมีทัศนคติด้านลบของผู้ให้บริการและชุมชนที่มีต่อแรงงานข้ามชาติ (ธนพรรณ จรรยาศิริ และ ศิวพร อึ้งวัฒนา, 2551) นอกจากนี้ยังพบว่า แรงงานสตรีข้ามชาติจำนวนมากไม่สามารถเดินทางไปเข้ารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาล หรือสถานบริการสุขภาพที่ตนเองมีสิทธิ์ได้

ทั้งนี้ เนื่องจากการย้ายที่อยู่และการย้ายสถานที่ทำงานบ่อย ทำให้เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจึงไม่สะดวกในการเดินทางไปเข้ารับบริการยังโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพที่ตนเองทำบัตรประกันสุขภาพไว้ และเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นก็จะพยายามดูแลตนเองก่อน จนกระทั่งโรคที่เป็นอยู่มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น จึงจะเดินทางมารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุสัณหา ยิ้มแย้ม (2555) ที่พบว่า เมื่อเกิดการเจ็บป่วย แรงงานข้ามชาติมักไม่ไปใช้บริการจากสถานบริการสุขภาพ เนื่องจากมีความไม่เข้าใจภาษา และมีปัญหาด้านการสื่อสาร รวมถึงการมีปัญหาในการเดินทางมารับบริการ นอกจากนี้ยังพบว่า แรงงานสตรีข้ามชาติส่วนใหญ่ไม่รู้ถึงสิทธิของตนเองในบัตรประกันสุขภาพที่มีอยู่ รวมถึงการมีความเชื่อในประเด็นเกี่ยวกับเพศว่าเป็นเรื่องส่วนตัว จึงไม่ควรพูด หรือเปิดเผยอวัยวะนี้ต่อบุคคลอื่น โดยเฉพาะผู้ชายที่ไม่ใช่สามีของตนเอง

จากการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า แรงงานสตรีข้ามชาติ เป็นกลุ่มบุคคลที่ต้องประสบกับการปรับตัวต่อสถานะที่มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งในด้านการปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงในถิ่นที่อยู่ รวมถึงการปรับตัวกับปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ส่งผลให้แรงงานสตรีข้ามชาติที่ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้เกิดความรู้สึกไม่เป็นสุขตามที่ควรจะเป็น และมีความทุกข์ใจ เกิดเป็นปัญหาสุขภาพจิตในทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ อาการทางกายที่สาเหตุมาจากจิตใจ อาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ มีความบกพร่องเชิงสังคม และมีอาการซึมเศร้าที่รุนแรงตามมา และยังพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านสังคมเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสังคม และปัจจัยด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตในแรงงานสตรีข้ามชาติ ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้ที่ต้องการศึกษาหาปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิต และพัฒนาโปรแกรมในการส่งเสริมสุขภาพจิตในแรงงานสตรีข้ามชาติที่มีประสิทธิภาพต่อไป

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved