

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการทางสุขภาพจิตในกลุ่มแรงงานข้ามถิ่นตามนโยบายประชาคมอาเซียน

FACTORS AFFECTING TO MENTAL HEALTH SERVICE UTILIZATION AMONG IMMIGRANT EMPLOYEES BY FOLLOWING ASEAN COMMUNITY'S POLICY

(Received: September 29,2023 ; Revised: October 29,2023 ; Accepted: October 30,2023)

ชลธิชา แก้วอนุชิต¹ ศุภกฤต โสภิกุล² โยธิน แสงวงศ์³

Chonticha Kaewanuchit¹ Suphakrit Sopikul² Yothin Sawangdee³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการทางสุขภาพจิตในกลุ่มแรงงานข้ามถิ่นตามนโยบายประชาคมอาเซียน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบโควตาเพื่อเลือกจำนวนตัวอย่างมาจำนวน 400 คน ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยจำนวน ร้อยละ ตัวแปรต้นวิเคราะห์โดยวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ตลอดจนตัวแปรต้นกับตัวแปรตามจะวิเคราะห์โดยใช้สถิติหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลของการศึกษาพบว่า ตัวแปรการบริหารสาธารณสุข ตัวแปรด้านความต้องการสำหรับการดูแลสุขภาพจิต ตัวแปรสถานะทางสุขภาพจิต และตัวแปรนโยบายประชาคมอาเซียน เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการใช้บริการทางสุขภาพจิตในกลุ่มแรงงานข้ามถิ่นตามนโยบายประชาคมอาเซียน โดยพบว่า ตัวแปรการบริหารสาธารณสุขมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการใช้บริการทางสุขภาพจิตมากที่สุด

คำสำคัญ : การใช้บริการทางสุขภาพจิต, แรงงานข้ามถิ่น, นโยบายประชาคมอาเซียน

ABSTRACT

This research was a cross-sectional descriptive survey. The aim of this research was to study factors affecting to mental health service utilization among immigrant employees by following ASEAN community's policy. The study used the quota sampling to select 400 cases. General data and independent variables were analyzed by number, percentages, mean, S.D., min., max. Moreover, independent and dependent variables were measured by using Pearson's product moment correlation coefficient statistics. The results from the study found that public health administration, the need for mental health care, ASEAN community's policy, and mental health status had a positive relationship with mental health service utilization. Public health administration had the most positive relationship.

Keywords: Mental health service utilization, Immigrant employees, ASEAN community's policy

บทนำ

หลายปีที่ผ่านมาสถานการณ์ของแรงงานข้ามถิ่นของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงค่อยๆ เพิ่มขึ้นจำนวนมากขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งแรงงานที่ไม่ใช่สัญชาติไทยเมื่อสังคมไทยเข้าสู่กรอบการดำเนินงาน

ตามนโยบายประชาคมอาเซียนตั้งแต่ปลายปีพ.ศ. 2558 เป็นต้นมาอย่างเต็มตัว ข้อมูลวิจัยที่ผ่านมาพบว่า มีการศึกษาแรงงานไทยข้ามถิ่นที่ยังคงทำงานอยู่ในประเทศไทย พบว่า แรงงานไทยข้ามถิ่นที่ทำงานในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาในแง่เงื่อนไขจากการ

¹ รองศาสตราจารย์ ดร. กรรมการบริหารหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข และกรรมการหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

² ที่ปรึกษาสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดศรีสะเกษ

³ รองศาสตราจารย์ ดร. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล



ทำงาน และระยะทางระหว่างบ้านกับที่ทำงานส่งผลกระทบโดยตรงกับความเครียดในกลุ่มแรงงานไทยข้ามถิ่นของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา¹ แต่การมีแรงงานเข้ามาทำงานข้ามถิ่นระหว่างประเทศพบมากขึ้นและทวีความสำคัญมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะแรงงานข้ามถิ่นชาวเอเชียที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยซึ่งส่วนใหญ่ประกอบอาชีพที่ใช้ทักษะฝีมือต่ำมากกว่าแรงงานข้ามถิ่นที่มีทักษะฝีมือสูงและเป็นผู้ประกอบวิชาชีพต่างล้วนเข้ามาทำงานและอาศัยอยู่ในประเทศไทยมากขึ้น แรงงานข้ามชาติในกลุ่มประเทศอาเซียน เช่น ลาว และพม่า เป็นต้น และยังพบว่าแรงงานข้ามถิ่นที่เป็นชาวพม่าเข้ามาทำงานในประเทศไทยมากที่สุด² และรองลงมาเป็นชาวกัมพูชา³ จากข้อมูลของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ได้ประกาศจำนวนประชากรของประเทศไทยทั้งสิ้นในวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2559 พบว่า พ.ศ. 2558 มีประชากรในประเทศไทยทั้งหมด 65,729,098 คน แบ่งเป็นสัญชาติไทย 64,930,085 คน ไม่ได้สัญชาติไทย 799,013 คนคิดเป็นร้อยละ 1.2 ของประชากรทั้งหมด เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรผู้ที่ไม่ได้สัญชาติไทยใน พ.ศ. 2557 มีจำนวน 347,376 คนคิดเป็นร้อยละ 0.5 ของประชากรทั้งหมด และได้สัญชาติไทยจำนวน 63,954,777 คน (จากจำนวนประชากรทั้งสิ้น 65,124,716 คน) ซึ่งใน พ.ศ.2558 จะสังเกตว่า จำนวนประชากร ณ ปลายปี 2558 เพิ่มขึ้นจากประกาศของปีก่อนหน้า (พ.ศ. 2557) ถึง 6 แสนคนโดยประมาณ คิดเป็นเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 0.7 โดยไม่ได้จำแนกอายุ^{4,5} และจากข้อมูลการประมาณการประชากรข้ามถิ่นที่เป็นแรงงานจากประเทศกัมพูชา สปป.ลาว และพม่าที่เข้ามาทำงานและพำนักอยู่ในประเทศไทย พ.ศ. 2556 ซึ่งประมาณการโดยอ้างอิงข้อมูลมาจากกรมการปกครองมียอดรวม 2,766,968 คน แบ่งเป็นมีใบอนุญาตทำงาน 1,082,892 คนและมีสถานะผิดปกติ 1,592,870 คน³ ซึ่งกระจุกตัวอย่างหนาแน่นในจังหวัดที่มีความ

ต้องการแรงงานสูงมาก ประกอบด้วย กรุงเทพมหานครและจังหวัดปริมณฑล เช่น นนทบุรี ปทุมธานี สมุทรปราการ เป็นต้น^{6,7} ข้อมูลจากสำนักบริหารการทะเบียนของกรมการปกครอง ณ วันที่ 5 สิงหาคม 2564 จำนวนแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ ได้แก่ พม่า ลาว กัมพูชา พบว่า มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 1,300,168 คน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นชาวพม่า และรองมาเป็นชาวกัมพูชา⁸ จะเห็นได้ว่ายังคงมีจำนวนแรงงานข้ามถิ่นที่ยังคงมีเพิ่มจำนวนมาอย่างต่อเนื่องในหลายปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน

การไหลบ่าเข้ามาของแรงงานข้ามถิ่นต่างๆ รวมถึงชาวพม่าและชาวกัมพูชาด้วย แรงงานข้ามถิ่นเหล่านี้ที่เข้ามาทำงานและพำนักอยู่ในประเทศปลายทางรวมถึงประเทศไทยก่อให้เกิดความกังวลเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของการเสี่ยงรับโรคติดต่อที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งปัญหาสุขภาพอื่นๆ ทั้งด้านร่างกาย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศที่พบว่ากลุ่มเหล่านี้มีปัญหาเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอชไอวี ไข้รากลัดใหญ่ บิด อาหารเป็นพิษ ไข้เลือดออก วัณโรค⁹ อหิวาตกโรค หัด มาลาเรีย ท้องร่วง ไข้ ปอดบวม¹⁰⁻¹³ และปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เช่น ความเครียดจากการไม่มีงานทำ ไม่มีบัตรประกันสุขภาพหรือบัตรอนุญาตทำงาน คิดถึงบ้านจนบางครั้งซึมเศร้า วิตกกังวลเรื่องภาษา ทำงานหนักไม่มีเวลาพักผ่อนเพียงพอ รู้สึกต่ำต้อย ถูกเอาเปรียบ เป็นต้น¹⁴ รวมถึงมีงานวิจัยที่พบว่า สุขภาพของแรงงานข้ามถิ่นชาวพม่าที่ไปทำงานที่ประเทศอื่นมีสุขภาพที่ไม่ดีรวมอยู่ด้วย¹⁵ นอกจากนี้ยังพบข้อมูลวิจัยเกี่ยวกับแรงงานข้ามถิ่นจากประเทศอื่นซึ่งแรงงานเหล่านี้เมื่อไปทำงานในต่างประเทศก็มีสุขภาพจิตที่ไม่ดีด้วย¹⁶ รวมทั้งยังมีงานวิจัยที่พบว่า กลุ่มแรงงานข้ามถิ่นในประเทศอื่นๆ ยังความต้องการให้มีระบบการดูแลจากการบริหารสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นตามไปด้วย เนื่องจากมีความยากลำบากในการใช้บริการสาธารณสุข และการรับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์อันก่อให้เกิด

ผลกระทบในแง่ลบแก่สภาวะสุขภาพอนามัยต่อแรงงานข้ามถิ่น¹⁷ รวมทั้งความเข้าใจในด้านนโยบายสุขภาพของประเทศปลายทางที่มีต่อกลุ่มของแรงงานข้ามถิ่นชาวพม่า ชาวกัมพูชาและชาวลาวเหล่านี้ และการใช้บริการทางด้านสุขภาพจิต เพื่อให้มีการบริหารงานสาธารณสุขของไทยอย่างมีศักยภาพให้กับประชากรไทยและแรงงานข้ามถิ่นของกลุ่มเหล่านี้¹⁸ ให้สอดคล้องกับการเปิดนโยบายประชาคมอาเซียนที่ผ่านมามากมาย

การวิจัยที่ผ่านมาที่มีการศึกษาสุขภาพจิตแรงงานข้ามถิ่นที่ย้ายถิ่นระหว่างประเทศได้ศึกษาในต่างประเทศ เช่น การศึกษารูปแบบเชิงสาเหตุของการบริหารสาธารณสุข ความต้องการสำหรับการดูแลสุขภาพจิต และสถานะทางสุขภาพจิตสัมพันธ์กับการใช้บริการทางสุขภาพจิตของกลุ่มแรงงานข้ามถิ่นชาวพม่าและชาวกัมพูชานั้นซึ่งมีความซับซ้อนและท้าทายในการศึกษาอย่างมากนั้นกลับพบว่า ยังไม่มีการศึกษาเชื่อมโยงให้เห็นถึงประเด็นดังกล่าวให้ชัดเจน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นและสำคัญยิ่งในการศึกษาวิจัยดังกล่าวเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ต่อการวางแผนในเชิงนโยบายด้านสุขภาพจิตของแรงงานข้ามถิ่นให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีเพื่อเตรียมความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงของประเทศไทยในอนาคต อีกทั้งยังส่งผลกระทบทางด้านคุณภาพชีวิตต่อประชากรไทยตลอดจนสามารถผลักดันนำไปสู่การเป็นศูนย์กลางการแพทย์ในระดับอาเซียนได้อีกทางหนึ่งด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการทางสุขภาพจิตในกลุ่มแรงงานข้ามถิ่นตามนโยบายประชาคมอาเซียน

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิง

สำรวจภาคตัดขวาง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ แรงงานข้ามถิ่นชาวพม่า ชาวกัมพูชา และชาวลาว อายุตั้งแต่ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปถึงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ที่สามารถสื่อสารและเข้าใจคำพูดภาษาไทยได้ ไม่จำกัดเพศ จำนวน 400 คนตามการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง¹⁹ ในที่นี้จะศึกษาจังหวัดที่มีแรงงานข้ามถิ่นชาวพม่า ชาวลาว และชาวกัมพูชามาทำงานและอาศัยอยู่จำนวนมากได้แก่ กรุงเทพมหานคร จ.นนทบุรี จ.นครปฐม และจ.พระนครศรีอยุธยา เนื่องจากจุดเด่นของจังหวัดที่ใช้เป็นสถานที่เก็บข้อมูลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ เป็นจังหวัดที่มีแรงงานข้ามถิ่นมาทำงานและพักอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น และเป็นจังหวัดที่ถือว่าเป็นพื้นที่เศรษฐกิจที่สำคัญของภาคกลาง มีลักษณะพื้นที่เปลี่ยนผ่านของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจและเทคโนโลยีสูง การวิจัยครั้งนี้ใช้การสุ่มแบบกำหนดโควตา (Quota Sampling) เป็นการกำหนดกลุ่มย่อยตามต้องการโดยอาศัยสัดส่วนขององค์ประกอบกลุ่มประชากรโดยจะกำหนดโควตาให้ใช้ประชากรที่เป็นแรงงานข้ามถิ่นชาวเอเชียจำนวนรวมทั้งสิ้น 400 คน ประกอบด้วย แรงงานข้ามถิ่นชาวพม่า 200 คน แรงงานข้ามถิ่นชาวลาว 100 คน และแรงงานข้ามถิ่นชาวกัมพูชา 100 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้แบบสอบถาม มี 4 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนแรก คือ แบบสอบถามประยุกต์ขึ้นมาจะมีทั้งส่วนที่เป็นข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่สอง คือ แบบสอบถามประยุกต์ที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรการบริหารสาธารณสุข ความต้องการสำหรับการดูแลสุขภาพจิต นโยบายประชาคมอาเซียน ตัวแปรทุกตัวเรียงลำดับคะแนนจากน้อยไปหามาก (1 = ไม่เลย, 2 = เล็กน้อย, 3 = มาก, 4 = มากสุด) ส่วนที่สาม คือ แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต เป็นแบบประเมิน General Health Questionnaire (GHQ) พัฒนาจากแบบประเมินภาษาอังกฤษของ Goldberg²⁰ ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ให้ตอบด้วยตัวเอง

เพื่อคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของประชากรในชุมชน GHQ เป็นเครื่องมือที่มีส่วนช่วยในการประเมินสภาพปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน หรือในสถานบริการเพื่อวางแผนการดำเนินงานสุขภาพจิต ในที่นี้ใช้แบบประเมิน General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ-12) เพราะมีข้อดีที่ขนาดสั้นและสะดวกแก่การใช้งาน²¹ การคิดคะแนนคิดมาจากตัวเลือก 2 ข้อแรกมีค่าเท่ากันคือข้อละ 0 คะแนน ตัวเลือก 2 ข้อหลังมีค่าเท่ากันคือข้อละ 1 คะแนน ค่าคะแนนรวมมีได้ตั้งแต่ 0 ถึง 12 คะแนน ค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไปถือว่าผิดปกติ และส่วนที่สี่คือ ส่วนนี้เป็นแบบสอบถามประยุกต์โดยถามเป็นข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการใช้บริการทางด้านสุขภาพจิตกับหน่วยงานของรัฐ การใช้โทรศัพท์ไปเพื่อขอคำปรึกษาทางด้านสุขภาพจิตกับหน่วยงานของรัฐ เขียนจดหมายหรือส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์สอบถามการใช้บริการสุขภาพจิตกับหน่วยงานของรัฐ เขียนข้อความลงใน website หรือ web board เพื่อขอคำปรึกษาทางด้านสุขภาพจิตกับหน่วยงานของรัฐ พบแพทย์เพื่อตรวจ ขอคำปรึกษา หรือรักษาทางด้านสุขภาพจิตกับหน่วยงานของรัฐใน 1 ปี ตัวแปรเรียงลำดับคะแนนจากน้อยไปหามาก (1 = ไม่เลย, 2 = เล็กน้อย, 3 = มาก, 4 = มากสุด)

ขั้นตอนการดำเนินงาน เริ่มตั้งแต่จัดทำแบบสอบถามเพื่อให้คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิแก้ไข จากนั้นส่งชุดแบบสอบถามเพื่อให้คณะกรรมการวิจัยในคนออกหนังสือรับรองซึ่งการวิจัยครั้งนี้อยู่ภายใต้โครงการวิจัยที่ได้ผ่านการพิจารณาทางจริยธรรมวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนมหาวิทยาลัยมหิดลก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยที่รับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนเลขที่ 2017/06-127 ขั้นตอนต่อไปจึงเข้าสู่ขั้นตอนการทดสอบข้อมูลก่อนและหลังการทดลองนำไปใช้จริงอย่างน้อย 30 คน และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามก่อนจะเก็บข้อมูลจริง

จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้ตอบแบบสอบถาม กล่าวเชิญชวนให้เข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจอย่างแท้จริง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การสัมภาษณ์ (วัตถุประสงค์การวิจัย) และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ แจ้งให้ผู้ตอบแบบสอบถามทราบถึงระยะเวลาประมาณ 30 นาทีในการตอบแบบสอบถามว่า พร้อมทั้งที่จะให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ รวมถึงเคารพสิทธิหากไม่ยินยอมและไม่สะดวกในการให้ข้อมูล ภายหลังการบอกกล่าวข้างต้นและเต็มใจตอบแบบสอบถาม จึงให้ “หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย” พร้อมอธิบายให้ฟังเป็นภาษาไทย หลังจากนั้นทีมวิจัยจะช่วยกรอกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม และขอความยินยอมจากผู้ตอบแบบสอบถาม การตอบแบบสอบถามเชิงปริมาณ ให้สอบถามความสมัครใจในการให้ข้อมูลจากแบบสอบถาม หลังจากนั้นจึงนำแบบสอบถามที่กรอกข้อมูลเรียบร้อยแล้วใส่ซองหรือกล่องกระดาษที่จัดเตรียมไว้ เพื่อไม่ให้ผู้วิจัยทราบว่าแบบสอบถามของรายใด การหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามพบว่าภาพรวมแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.90 และการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อยจำนวน 3 ท่านเพื่อตรวจสอบเครื่องมือวิจัยได้ค่า IOC เท่ากับ 0.85

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ จำนวน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตามโดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มแรงงานข้ามถิ่นชาวพม่าเข้ามาทำงานอยู่ในประเทศไทยมากที่สุด ร้อยละ 50 ในขณะที่เชื้อชาติลาว และกัมพูชาเข้ามาทำงานอยู่ในประเทศไทยคิดเป็นร้อยละ 25 ซึ่งเป็นปริมาณร้อยละเท่าๆ กัน กลุ่มแรงงานข้ามถิ่นหลังจาก

เปิดนโยบายประชาคมอาเซียน จำนวน 400 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 55 กลุ่มที่ทำงานในประเทศไทยมีสถานภาพคู่สมรสร้อยละ 66.7 อายุเป็นช่วงวัยทำงานผู้ใหญ่ตอนต้นอยู่ระหว่าง 20-29 ปีเป็นส่วนมาก คิดเป็นร้อยละ 43.3 และจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 60.4 ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดของตัวแปร

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด
การบริหารสาธารณสุข	1.68±2.33	1 (ไม่มี)	4 (มากที่สุด)
ความต้องการสำหรับการดูแลสุขภาพจิต	2.52±0.98	1 (ไม่มี)	4 (มากที่สุด)
นโยบายประชาคมอาเซียน	2.00±0.90	1 (ไม่มี)	4 (มากที่สุด)
การใช้บริการทางด้านสุขภาพจิต	1.15±0.34	1 (ไม่มี)	4 (มากที่สุด)
สถานะทางสุขภาพจิต	0.37±0.16	0 (ปกติ)	1 (ไม่ปกติ)

จากตารางที่ 1 พบว่า การบริหารสาธารณสุขของไทยในด้านสุขภาพจิตมีคุณลักษณะในด้านนี้น้อย คิดเป็นร้อยละ 50 ทำให้ค่าเฉลี่ยของตัวแปรการบริหารสาธารณสุข พบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ค่า 1.68±2.33 ในขณะที่ตัวแปรความต้องการสำหรับการดูแลสุขภาพจิต พบว่า มีความต้องการด้านนี้มาก คิดเป็นร้อยละ 34 มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ค่า 2.52±0.98

เมื่อมาทำงานอยู่ในประเทศไทยมีสภาพการจ้างงานในลักษณะแบบลูกจ้างชั่วคราวมากที่สุดร้อยละ 56.3 ลักษณะงานที่ทำส่วนใหญ่เป็นพนักงานทำความสะอาด คิดเป็นร้อยละ 20.0 ของลักษณะงานทั้งหมด

นอกจากนี้ยังพบว่าตัวแปรนโยบายประชาคมอาเซียน มีผลกระทบน้อยคิดเป็นร้อยละ 45 มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.00±0.90 สถานะทางสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 74.7 ซึ่งสุขภาพจิตปกติ และมีแรงงานข้ามถิ่นดังกล่าวไปใช้บริการทางด้านสุขภาพจิตน้อย คิดเป็นร้อยละ 70 มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 1.15±0.34

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารสาธารณสุข ความต้องการสำหรับการดูแลสุขภาพจิตนโยบายประชาคมอาเซียน สถานะทางสุขภาพจิตกับการใช้บริการทางสุขภาพจิตของกลุ่มแรงงานข้ามถิ่นตามนโยบายประชาคมอาเซียน

ตัวแปร	การใช้บริการทางสุขภาพจิต		ระดับความสัมพันธ์ ²²
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	
การบริหารสาธารณสุข	0.73	0.001*	สูง
ความต้องการสำหรับการดูแลสุขภาพจิต	0.46	0.001*	ปานกลาง
นโยบายประชาคมอาเซียน	0.31	0.001*	ปานกลาง
สถานะทางสุขภาพจิต	0.54	0.001*	ปานกลาง

*ค่า p-value<0.05

จากตารางที่ 2 พบว่า การบริหารสาธารณสุข ความต้องการสำหรับการดูแลสุขภาพจิต นโยบายประชาคมอาเซียน สถานะทางสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการใช้บริการทางด้าน

สุขภาพจิตแรงงานข้ามถิ่นชาวพม่า ชาวกัมพูชา และชาวลาว โดยที่ตัวแปรการบริหารสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการจัดการบริการสุขภาพจิตและระบบการดูแลสุขภาพจิตนั้นมีความสัมพันธ์สูงสุด (r =

0.73) กับการใช้บริการทางด้านสุขภาพจิตกลุ่มแรงงานข้ามถิ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ในขณะที่ตัวแปรความต้องการสำหรับการดูแลสุขภาพจิต นโยบายประชาคมอาเซียน สถานะทางสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับการใช้บริการทางด้านสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เกี่ยวข้องกับภาวะเสี่ยงทางสุขภาพจิตของกลุ่มแรงงานข้ามถิ่นซึ่งมีผลต่อประชาชนชาวไทย สังคมไทย และเครือข่ายทางสุขภาพและความปลอดภัยในการประกอบอาชีพของอาเซียน²³ รัฐบาลไทยควรจะต้องจัดการบริหารงานด้านสาธารณสุขให้ดีเพื่อเพิ่มความสามารถในการให้บริการทางด้านสุขภาพจิตและเพื่อลดปัญหาสถานะทางสุขภาพจิตที่ไม่ดีซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ได้ให้ผลการศึกษาที่มีความเชื่อมโยงและความสอดคล้องกับงานในเครือข่ายของ EMCONET (WHO Commission on Social Determinants of Health Employment Conditions Network) ในองค์การอนามัยโลก²⁴

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่า สิ่งสำคัญในการบริหารงานด้านสาธารณสุขจะต้องมีการเชื่อมโยงกับระบบการบริการดูแลสุขภาพจิตด้วย การจัดการให้บริการทางสุขภาพจิต^{25, 26} บริบทของการย้ายถิ่นและบริบทของการให้การต้อนรับของประเทศสำหรับผู้ที่ย้ายถิ่นเข้ามาพำนักอาศัยอยู่^{27, 28} การศึกษาบางอย่างมีรายงานสอดคล้องกับงานวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งพบว่า การจัดการให้บริการทางสุขภาพจิตจะเกี่ยวข้องกับการอำนวยความสะดวกภายในบริบทของการย้ายถิ่นเช่นในการศึกษาของกลุ่มแรงงานข้ามถิ่นชาวคิวบา²⁹ ผู้ซึ่งใช้บริการทางด้านสุขภาพจิตในระบบสุขภาพจิตชุมชนในประเทศคิวบาก่อนที่เขาทั้งหลายจะเคลื่อนย้ายถิ่นฐานมาใช้บริการสุขภาพจิตของ

ระบบสุขภาพจิตในรัฐฟลอริดา²⁹ แต่กลุ่มแรงงานข้ามถิ่นชาวแอฟริกัน ชาวเอเชีย และชาวละตินอเมริกาผู้ซึ่งไม่เคยได้รับการดูแลจากระบบเกี่ยวกับระบบสุขภาพถ้วนหน้ามีแนวโน้มที่จะได้รับการปฏิเสธจากระบบบริการเหล่านี้เมื่อย้ายถิ่นมาอาศัยอยู่ที่อื่น³⁰ รวมทั้งยังพบว่างานวิจัยศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการทางสุขภาพจิตในหลายปีที่ผ่านมาซึ่งส่วนใหญ่จะศึกษาในแรงงานข้ามถิ่นที่เป็นชาวละตินอเมริกา ชาวจีน และชาวแอฟริกันมากกว่าในแรงงานข้ามถิ่นที่เป็นชาวอาเซียน³¹⁻³³

อย่างไรก็ตามการบริหารด้านสาธารณสุขของประเทศไทยในเรื่องสุขภาพของแรงงานข้ามถิ่นของประชากรในกลุ่มอาเซียนได้มีการเตรียมระบบการดูแลสุขภาพจิตไว้ด้วยตามนโยบายประชาคมอาเซียน^{18, 34} มีรายงานกล่าวว่า การดูแลสุขภาพจิตในกลุ่มชาวพม่าได้นำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสุขภาพจิตและใช้กับผู้ลี้ภัยด้วย^{18, 34} หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า ตัวแปรการบริหารสาธารณสุขนั้นเป็นตัวแปรปัจจัยในการบ่งชี้ถึงความเกี่ยวข้องกับการใช้บริการทางด้านสุขภาพจิตสะท้อนชี้ให้เห็นว่า การบริหารสาธารณสุขที่เกี่ยวกับการจัดการบริการสุขภาพจิตและระบบการดูแลทางสุขภาพจิตนั้นมีความสัมพันธ์เชิงบวกที่สำคัญในการใช้บริการทางด้านสุขภาพจิต สถานะทางสุขภาพจิตและความต้องการการดูแลด้านสุขภาพจิต จัดเป็นความสัมพันธ์ลำดับสองและสามตามลำดับที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพจิตในกลุ่มแรงงานข้ามถิ่นตามนโยบายประชาคมอาเซียนด้วยซึ่งรัฐบาลไทยควรให้ความสำคัญในประเด็นดังกล่าวด้วยเช่นกัน

นอกจากนี้ผลการวิจัยในครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ เช่น การศึกษาวิจัยชาวละติน ชาวแกมพูชา ชาวอิหร่าน ชาวอิรัก ชาวเวียดนาม ชาวแอฟริกัน และชาวยุโรปตะวันออก³⁵ ซึ่งเป็นแรงงานข้ามถิ่นด้วยเช่นกัน ตัวอย่างการศึกษาที่พบในกลุ่มอาชีพ

แม่บ้านทำความสะอาดในโรงแรมชาวละตินซึ่งเป็นแรงงานข้ามถิ่นที่ต้องทำงานเผชิญกับความสกดปรกฝุ่น การถูกตีตราจากสังคมรวมทั้งข้อจำกัดต่างๆ ที่มีในการทำงานของคนกลุ่มนี้ที่นำไปสู่ภาวะความเครียด³⁶ พวกเขาต้องใช้บริการทางสุขภาพแต่เขาก็ไม่สามารถเข้าไปใช้บริการได้เนื่องจากขาดความสามารถในการใช้บริการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิต³⁶ รวมถึงฐานะทางเศรษฐกิจ การถูกดูถูกเหยียดหยาม การถูกตีตราจากสังคม³⁷ ความแตกต่างทางด้านภาษา การว่าจ้างงาน ขาดบริการดูแลสุขภาพจิตในประเทศต้นทางของตนเอง ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นยังรวมถึงขาดข้อมูลข่าวสารที่มีผลกระทบต่อความต้องการการดูแลสุขภาพจิตและการใช้บริการทางสุขภาพจิตด้วย³⁶ ดังนั้นรายงานวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารด้านสาธารณสุข ความต้องการดูแลสุขภาพจิต และสถานะทางสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพจิตในกลุ่มแรงงานข้ามถิ่นดังกล่าวหลังเปิดนโยบายประชาคมอาเซียนนี้ยังคงมีข้อจำกัดอยู่ การวิเคราะห์ในประเด็นดังกล่าวที่สร้างขึ้นจากงานวิจัยและการสนับสนุนความสัมพันธ์ดังกล่าวจึงเป็นสิ่งสำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นเพื่อทำให้เกิดความเข้าใจและการบริหารงานสาธารณสุขดีขึ้นจากพื้นฐานในทางด้านอาชีวอนามัยของกลุ่มแรงงานข้ามถิ่นชาวเอเชียอื่นๆ ด้วย ยิ่งไปกว่านั้นมุมมองด้านสาธารณสุขที่มีรากฐานมาจากกัญตรายทางจิตสังคมของงานด้านอาชีวอนามัยยังมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการ

บริหารงานสาธารณสุขที่เข้ามามีผลกระทบต่อสุขภาพจิตและจิตสังคมร่วมด้วยเช่นกัน³⁹ โดยทั่วไประบบสาธารณสุขไม่ค่อยได้ใส่ใจกับกัญตรายทางมิติจิตสังคมด้านการบริหารงานทางสาธารณสุขในส่วนที่เกี่ยวข้องกับประเด็นทางอาชีวอนามัย (เช่น สถานะทางสุขภาพจิตและความเครียดในการทำงาน) จำเป็นที่จะต้องให้สหสาขาวิชามานำเสนอการทางสุขภาพให้มากขึ้นกว่าเดิมด้วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. จากผลการศึกษา พบว่า การบริหารสาธารณสุข ความต้องการสำหรับการดูแลสุขภาพจิต นโยบายประชาคมอาเซียน และสถานะทางสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการใช้บริการทางสุขภาพจิตของกลุ่มแรงงานข้ามถิ่นตามนโยบายประชาคมอาเซียน ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดนโยบายและการปฏิบัติให้ในทางระบบการบริหารจัดการทางสาธารณสุขโดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับการจัดบริการและการใช้บริการทางสุขภาพจิตสำหรับกลุ่มดังกล่าวให้มีความชัดเจนและมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับนโยบายประชาคมอาเซียนที่จัดทำขึ้นเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพและตามหลักสิทธิมนุษยชนด้วย

2. ควรสนับสนุนให้เกิดการศึกษาการวิจัยที่เพิ่มมากขึ้นทั้งในส่วนของการวิจัยเชิงปริมาณขั้นสูงเพื่อประโยชน์ในการวางแผนงานบริหารจัดการทางด้านสาธารณสุขในอนาคตอีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Kaewanuchit, C., & Sawangdee, Y. A path analysis of mental health among Thai immigrant employees in Pranakron Si Ayutthaya Province. J. Immigr. Minor. Health, 2016;18(4):871-877.
2. นรากร ศรีเที่ยง. แรงงานข้ามชาติกับการใช้สวัสดิการด้านสุขภาพในประเทศไทย กรณีศึกษาแรงงานข้ามชาติ จังหวัดสมุทรสาคร. (Internet). 2564 (เข้าถึงเมื่อ 11 พฤศจิกายน 2564). เข้าถึงได้จาก <https://www.amnesty.or.th/latest/blog/921/>
3. คณะทำงานเฉพาะเรื่องแห่งสหประชาชาติว่าด้วยการย้ายถิ่นของประเทศไทย. 2557. การย้ายถิ่นของประเทศไทยฉบับปี 2557. กรุงเทพฯ:บริษัทธรรมดาเพรส จำกัด
4. กระทรวงมหาดไทย. (Internet). 2559 (เข้าถึงเมื่อ 11 มิถุนายน 2559). เข้าถึงได้จาก http://stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstatage_disp.php.



5. ปัทมา พัฒนวงศ์. ฉนวน !!! ประกาศจำนวนราษฎรทั่วราชอาณาจักร ณ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2558. ประชากรและการพัฒนา, 2559;36(5):1.
6. กิริยา กุลกลการ. 2557. การบริหารจัดการแรงงานต่างชาติ ในประเทศไทยและต่างประเทศ. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.):กรุงเทพฯ
7. สำนักบริหารแรงงานต่างชาติ กระทรวงแรงงาน. (Internet). 2559 (เข้าถึงเมื่อ 11 มิถุนายน 2559). เข้าถึงได้จาก <http://wp.doe.go.th/wp/index.php/mou>
8. สำนักบริหารการทะเบียนของกรมการปกครอง. จำนวนแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ (เมียนมา ลาว กัมพูชา) รายจังหวัด แบ่งช่วงอายุ (Internet). 2566 (เข้าถึงเมื่อ 12 มีนาคม 2566). เข้าถึงได้จาก <https://www.bora.dopa.go.th/exec-stat/>
9. Oo, M.M., Boonathapat, N., Aung, H.K.K., Pungrassami, P, Liabsuetrakul, T. Changes in health-related quality of life and the associated factors among Myanmar migrants with tuberculosis: a cohort study. BMC Infect. Dis., 2021;21:377.
10. Bureau of Policy and Strategy. 2013. National Tuberculosis programme, Thailand: situation and activities, Ministry of Public Health, Bangkok.
11. Hewitt, S., Delacollete, C., & Chavez, I. 2013. Malaria situation in the Greater Mekong Sub-region. Southeast Asian J Trop Med Public Health, 2013;44(1):46-47.
12. Jithai, N. Migrants and malaria. Southeast Asian J Trop Med Public Health, 2013;44(1):166-200.
13. Boonchutima, S., Sukonthasab, S., Sthapitanonda, P. Myanmar migrants' access to information HIV/AIDS in Thailand. JSHS; 2020;21(1): 111-124.
14. Kesornsri, S., Sitthimongkol, Y., Punpuing, S., Vongsirimas, N., Hegadoren, K.M. Mental health and related factors among migrants from Myanmar in Thailand. JPSS, 2019;27(2):124-138.
15. Kim, E.E., Alemi, Q., Stempel, C., Siddiq, H. Health disparities among Burmese diaspora: an integrative review. Lancet Reg. Health Southeast Asia., 2023;8:100083.
16. Font, A., Moncada, S., Benaidos, F.G. The relationship between immigration and mental health: what is the role of workplace psychosocial factors. Int Arch Occup Environ Health, 2012;85:801-806.
17. Bustamante, A.V., Fang, H., Garza, J., Carter-Pokras, O., Wallace, S.P., Rizzo, J.A., Ortega, A.N. Variations in healthcare access and utilization among Mexican immigrants: the role of documentation status. J. Immigr. Minor. Health, 2012;14:146-155.
18. Kittirattanapaiboon, P. 2013. Mental Health-Myanmar Refugee Manual. Nonthaburi: Department of Mental Health.
19. Muthén, L.K., & Muthén, B.O. 2010. Mplus User's Guide. (6th ed). Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
20. Goldberg, D. & Williams, P. 1988. A user's guide to the General Health Questionnaire. Windsor, UK: NFER-Nelson.
21. ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, ชัชวาลย์ ศิลปกิจ. ความเชื่อถือได้และความแม่นยำของ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2539;41:2-17.
22. Borg, W., & Gall, M. 1983. Educational research: An introduction. NY: Longman.
23. The ASEAN Occupational Safety and Health Network. 2015. ASEAN-OSHNET Occupational safety and health management system (OSHMS) initiatives 2011/2012. Bangkok : Ministry of Labor.
24. Benach, J., Muntaner, C., Solar, O., Santana, V., Quinlan, M., EMCONET Network. Introduction to the WHO Commission on Social Determinants of Health Employment Conditions Network (EMCONET) Study, with a Glossary on Employment Relations. Int. J. Health Serv., 2010;40:195-207.
25. Cabassa, L.J., & Zayas, L.H. Latino immigrants' intentions to seek depression care. Am. J.



- Orthopsychiatry, 2007;77(2):231-242.
26. Kiesepää, V., Holm, M., Jokela, M., Suvisaari, J., Gissler, M., Lehti, V. Depression and anxiety disorders among immigrants living in Finland: comorbidity and mental health service use. *J. Affect. Disord.*, 2021;287:334-340.
 27. Durbin, A., Moineddin, R., Lin, F., Steele, L.S., Glazier, R.H. Mental health service use by recent immigrants from different world regions and by non-immigrants in Ontario, Canada: a cross-sectional study. *BMC Health Serv. Res.*, 2015;15:1-15.
 28. Kirmayer, L.J., Weinfeld, M., Burgos, G., du Fort, G.G., Lasry, J.C., Young, A. Use of health care services for psychological distress by immigrants in an urban multicultural milieu. *Can. J. Psychiatr.*, 2007;52(5):295-304.
 29. Portes, A., & Rumbaut, R. 2001. *Legacies: The story of the immigrant second generation*. Berkeley: University of California Press.
 30. Sanz, B., Regidor, E., Galindo, S., Pascual, C., Lostao, L., Diaz, J.M., et al. 2011. Pattern of health services use by immigrants from different regions of the world residing in Spain. *Int. J. Public Health*, 2011;56:567-576.
 31. Bridges, B.R., Andrews, A.R., Deen, T.L. Mental health needs and service utilization by Hispanic immigrants residing in mid-southern United States. *J. Transcult. Nurs.*, 2012;23(4):359-368.
 32. Kim, G., Loi, C.X.A., Chiriboga, D.A., Jang, Y., Parmelee, P., Allen, R.S. Limited English proficiency as a barrier to mental health service use: a study of Latino and Asian immigrants with psychiatric disorders. *J. Psychiatr. Res.*, 2011; 45(1):104-110.
 33. Wang, X. Influences of family relational factors and immigration generation status on mental health service utilization among Asian Americans. *Fam. Soc.*, 2021;102 (2):253-271.
 34. Department of Mental Health, Thailand. Mental health issue for resettle refugees. [Internet]. 2016. [cited 2016 June 1]. Available from: <http://ethnomed.org/clinical/mental-health/mental-health>.
 35. Saechao, F., Sharrock, S., Reicherter, D., Livingston, J.D., Aylward, A., Whisnant, J., et al. Stressors and barriers to using mental health services among diverse groups of first-generation immigrants to the United States. *Community Ment. Health J.*, 2021;48 (1):98-106.
 36. Hsieh, Y., Apostolopoulos, Y., & Sonmez, S. Work conditions and health and well-being of Latina hotel housekeepers. *J. Immigr. Minor. Health*, 2016;18:568-581.
 37. Zhang, Z., Sun, K., Jatchavala, C., Koh, J., Chia, Y., Bose, J., et al. Overview of stigma against psychiatric illnesses and advancements of anti-stigma activities in six Asian societies. *Int. J. Environ. Res. Publ. Health*, 2020;17(1):280.
 38. Yang, P.Q., & Hwang, S.H. Explaining immigrant health service utilization: A theoretical framework. *SAGE Open*, 2016;April-June:1-15.
 39. Gatchel, R.J., & Schultz, I.Z. 2012. *Handbook of occupational health and wellness*. New York: Springer Science+Business Media.